



EESTI

Riigi vähiprofiil

2025



Riikide vähiprofiilide sari

Vähktõve ebavõrdsuse register on Euroopa vähktõvevastase võitluse kava juhtalgatus. Sellest saab kindlat ja usaldusväärset teavet vähktõve ennetamise ja ravi kohta, et selgitada välja suundumused ning erinevused ja ebavõrdsus liikmesriikide, piirkondade ja elanikkonnarühmade vahel. Riikide vähiprofiilides tuuakse välja tugevad küljed, probleemid ja konkreetsed tegevusvaldkonnad kõigis 27 ELi liikmesriigis, Islandil ja Norras, et suunata Euroopa vähktõvevastase võitluse kava alusel investeeeringuid ja sekkumisi ELi, riigi ja piirkonna tasandil. Lisaks toetab Euroopa vähktõve ebavõrdsuse register nullsaaste tegevuskava 1. juhtalgatust. Profiilid koostab Majanduskoostöö ja Arengu Organisatsioon (OECD) koostöös Euroopa Komisjoniga. Töörühm on tänulik riiklikele ekspertidele väärtusliku panuse ning OECD tervisekomiteele ja ELi vähktõve ebavõrdsuse registri eksperdirühmale märkuste eest.

Andme- ja teabeallikad

Enamik riikide vähiprofiilides esitatud andmetest ja teabest põhineb riikide poolt Eurostatile ja OECD-le esitatud ametlikul statistikal, mis valideeriti, et tagada andmete võimalikult suur võrreldavus. Teave andmete allikate ja alusmeetodite kohta on kättesaadav Eurostati andmebaasis ja OECD terviseandmebaasis.

Lisaks saadi andmeid ja teavet sellistest allikatest nagu Euroopa Komisjoni Teadusuuringute Ühiskeskus, sissetulekuid ja elamistingimusi käsitlev ELi statistika, Maaelmu Terviseorganisatsioon (WHO), Rahvusvaheline Vähiuurimiskeskus (IARC), Rahvusvaheline Aatomenergiaagentuur (IAEA), Euroopa Liidu Põhiõiguste Amet (LGBTIQ kogukonda käsitlev uuring), kooliealiste laste tervisekäitumist käsitlev uuring ja 2023. aasta riikide tervise- ja vähiprofiilid ning muudest riiklikest allikatest (mis on sõltumatud era- ja ärihuvidest). ELi kohta arvatud keskmised on 27 liikmesriigi kaalutud keskmised, kui ei ole märgitud teisiti. ELi keskmised ei hõlma Islandit ja Norrat. Suremus- ja haigestumuskordajad on standarditud vanuse järgi 2013. aastal Eurostati poolt kinnitatud Euroopa standardrahvastiku põhjal.

Ostujõu pariteet on valuutavahetuskurss, mille abil võrdsustatakse eri vääringute ostujõud, kõrvaldades riikide hinnatasemete erinevused.

Vastutuse välistamine: Käesolev dokument avaldatakse OECD peasekretäri ja Euroopa Komisjoni presidendi vastutusel. Dokumendis esitatud arvamus ja väited ei pruugi tingimata kajastada OECD või Euroopa Liidu liikmesriikide ametlikke seisukohti. Käesoleva dokumendiga ega ka selles esitatud andmete ja diagrammidega ei piirata ühegi territooriumi staatust ega selle suveräänsust, rahvusvaheliste piiride ja riigipiiride piiristamist ega ühegi territooriumi, linna või piirkonna nime. Käesolevas ühisväljaandes kasutatud riikide ja territooriumide nimed ja kaardid on kooskõlas OECDs järgitava tavaga.

OECD vastutuse välistamine seoses konkreetsete territooriumidega:

Märkus Türgi Vabariigilt: käesolevas dokumendis sisalduv teave Küprose kohta puudutab saare lõunaosa. Ükski ametlik võim saarel ei esinda korraga nii Türgi kui ka kreeka rahvusest küproslasi. Türgi tunnustab Põhja-Küprose Türgi Vabariiki. Türgi jääb Küprose küsimuses oma seisukohale seni, kuni ÜRO raames on leitud alaline ja erapooletu lahendus.

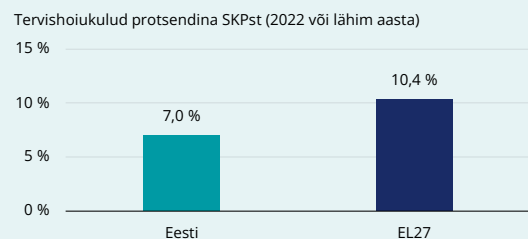
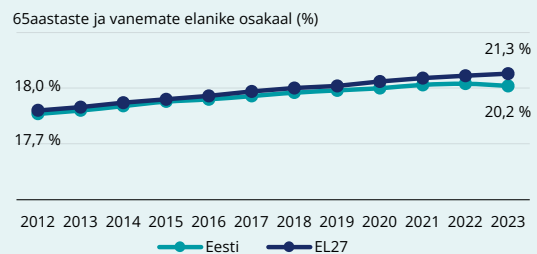
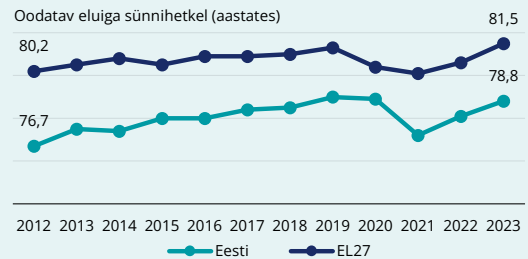
Märkus kõigilt OECDsse kuuluvatelt Euroopa Liidu liikmesriikidelt ja Euroopa Liidult: Küprose Vabariiki on tunnustanud kõik Ühinenud Rahvaste Organisatsiooni liikmed peale Türgi. Käesolevas dokumendis esitatud teave puudutab piirkonda, mis on Küprose Vabariigi tegelik kontrolli all.

© OECD / Euroopa Liit, 2025 Käesoleva dokumendi originaali ja tõlke mis tahes vastuolu korral tuleks lugeda kehtivaks üksnes dokumendi originaal.

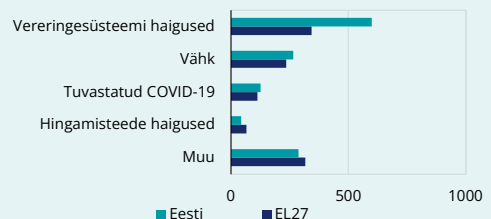
Sisukord

1. PÕHIPUNKTID	3
2. VÄHKTÕBI EESTIS	4
3. RISKITEGURID JA ENNETUSPOLIITIKA	8
4. VARAJANE AVASTAMINE	13
5. VÄHIRAVI TOIMIVUS	17
5.1. Kättesaadavus	17
5.2. Kvaliteet	20
5.3. Kulud ja kulutõhusus	23
5.4. Heaolu ja elukvaliteet	24
6. PILGUHEIT LASTE VÄHKTÕVELE	26

Peamised tervisesüsteemi ja demograafilised näitajad

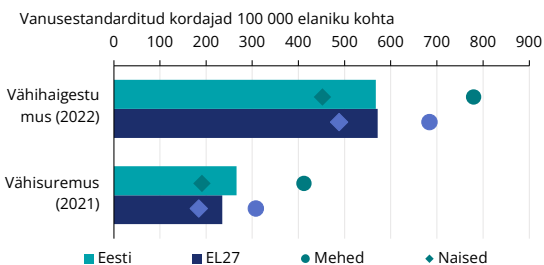


Vanusestandarditud suremus 100 000 elaniku kohta (2021)



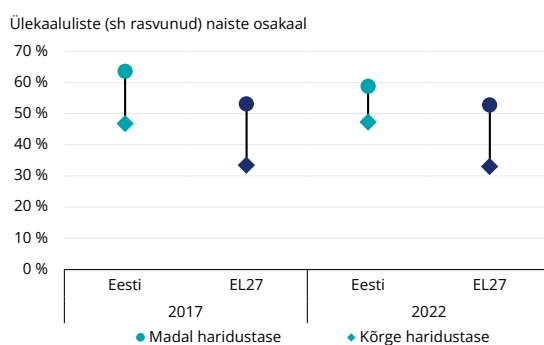
Allikas: Eurostati andmebaas.

1. Põhipunktid



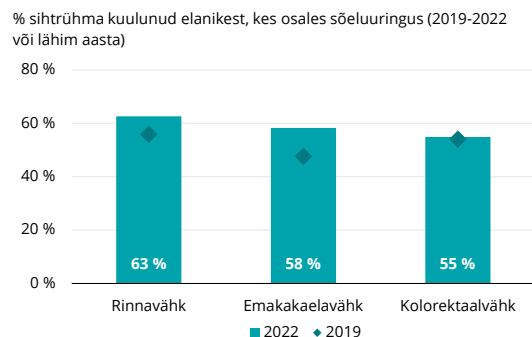
Vähktõbi Eestis

2022. aastal oli hinnanguline vähihaigestumus Eestis meeste seas suurem, kuid naiste seas väiksem kui ELi keskmine. Sooline erinevus vähisuremuses oli üks ELi suurimaid: meeste suremus ületas naiste oma enam kui kaks korda. Tänu pidevatele edusammudele suurenes vähielulemus aastatel 2010–2020 peaaegu 40 %. 2025. aastal toimub Eesti vähitõrje tegevuskava 2021–2030 eesmärkide vahehindamine.



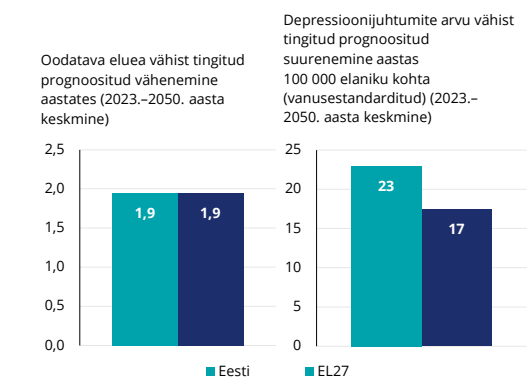
Riskitegurid ja ennetuspoliitika

Kuigi igapäevane suitsetamine on märkimisväärselt vähenenud, on Eesti elanike tulemused mitme riskiteguri puhul, mille hulka kuuluvad ülekaalulisus ning puu- ja köögiviljade tarbimine, viletsamad kui ELi keskmine. Sotsiaal-majanduslikud erinevused naiste ülekaalulisuses on Eestis siiski väiksemad kui ELis keskmiselt ja need on viimastel aastatel vähenenud. Alkoholi tarbimine on riigis tänu alkoholi taskukohasemaks muutumisele kasvanud ja on üks kõrgemaid ELis, ulatudes 2022. aastal 11,2 liitrini elaniku kohta. Lisaks võib osa suitsetajate osakaalu vähenemisest seostada suurenenud e-sigarettide kasutamisega, mis on eriti levinud noorte seas.



Varajane avastamine

2023. aastal oli Eesti rinna-, emakakaela- ja kolorektaalvähi sõeluuringu programmides osalusmäär läbi aegade kõrgeim. Seda tänu jõupingutustele parandada mitmesuguste vahendite abil, nagu HPV kodutestid ja maapiirkondi külastavad mammograafiabussid, programmide kättesaadavust ja teadlikkust neist programmidest. Ühes maakonnas on katsetatud ka kopsuvähi sõeluuringut ja samuti uuritakse eesnäärmevähi sõeluuringu teostatavust.



Vähiravi toimivus

Viie aasta elulemus paranes 54 %-lt aastatel 2007–2011 diagnoositud vähijuhtude puhul 58 %-le vähijuhtude puhul, mis diagnoositi aastatel 2017–2021. Eestis toimub tsentraliseeritud vähiravi ning arendatakse personaalmeditsiini ja inimesekeskseid lähenemisviise ravi kvaliteedi hindamiseks. Samas on oluline tagada ülevaade ooteaegadest, mis praegu puudub, ja piisav tööjõud. Esmatähtsaks peetakse ka vähiravimite ning diagnoosimis- ja raviviiside kättesaadavust. Palliatiivne ravi on Eestis killustunud ja teenustes esineb lünki, eriti hajuasustusega piirkondades. On oodata, et vähktõvest põhjustatud depressioonijuhtumite esinemissagedus on Eestis aastatel 2023–2050 suurem kui ELis keskmiselt, ehkki vähktõve mõju oodatavale elueale on sarnane.

2. Vähktõbi Eestis

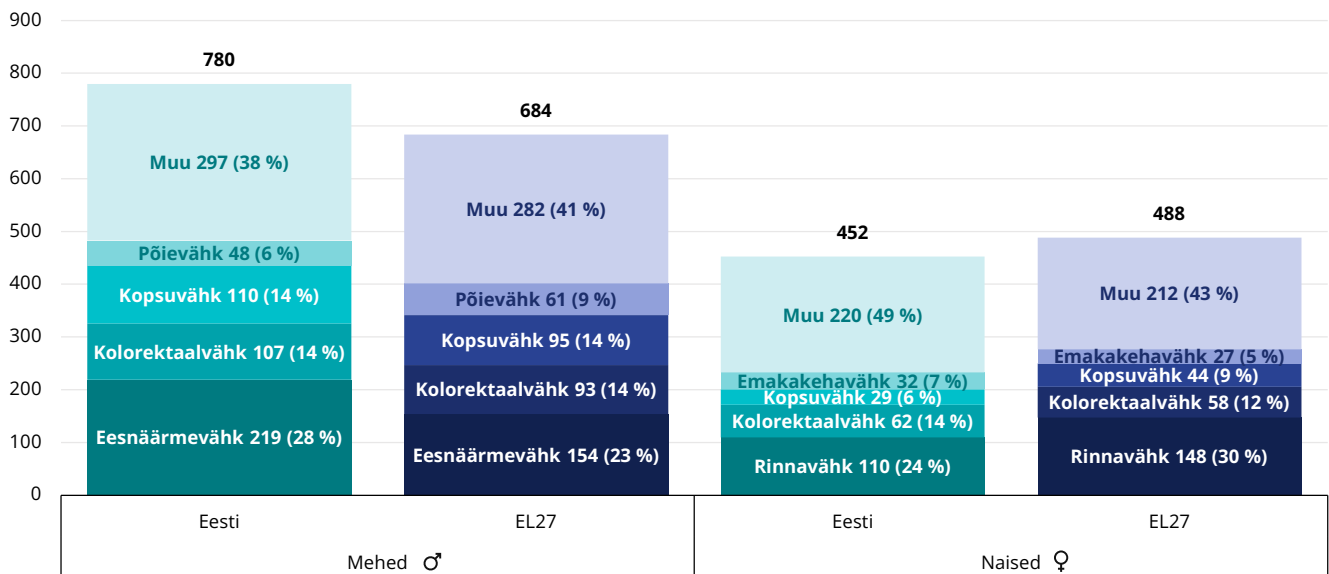
Vähihaigestumus on Eestis meeste seas suurem, kuid naiste seas väiksem kui ELi keskmine

Teadusuuringute Ühis keskuse Euroopa vähiteabesüsteemi (ECIS) andmete kohaselt oli Eestis 2022. aastal – tuginedes pandeemiaeelsete aastate haigestumussuundumustele – hinnanguliselt 7817 vähijuhtumit: 3726 naiste ja 4091 meeste seas. Vanusestandarditud hinnanguline haigestumus oli meeste puhul 780 juhtumit 100 000 elaniku kohta, mis oli suuruselt kuues ELis ja 14 % suurem kui ELi keskmine (Joonis 1). Naiste seas oli hinnanguline haigestumus 452 juhtumit 100 000 elaniku kohta, mis jääb 7 % alla ELi keskmise.

Eesti meeste vähijuhtumite seas oli suurim osakaal eesnäärmevähil (28 %), kusjuures selle esinemissagedus oli 42 % suurem kui ELi keskmine. Teine meeste seas kõige enam levinud vähivorm oli kolorektaalvähk (14 %), millele järgnes kopsuvähk1 (14 %). Naiste seas oli Eestis levinuim vähivorm rinnavähk, mis moodustas 24 % kõigist vähijuhtumitest, kuigi selle esinemissagedus oli 26 % väiksem kui ELi keskmine. Eesti maakondade lõikes oli vähihaigestumus 2021. aastal väga erinev. See oli mõlema soo puhul kõige suurem Lõuna- ja Ida-Eesti maakondades ning kõige väiksem Tallinna ja Tartu piirkonnas (Tervise Arengu Instituut, 2024a).

Joonis 1. Eestis on vähihaigestumus meeste seas suurem, kuid naiste seas väiksem kui ELi keskmine

Hinnanguline vanusestandarditud haigestumus 100 000 elaniku kohta (2022)



Märkused. 2022. aasta näitajad on varasemate aastate haigestumussuundumustel põhinevad hinnangud ja võivad hilisematel aastatel täheldatud haigestumusest erineda. Kõik vähipaikmed, v.a. mittemelanoomne nahavähk. Emakakehavähk ei hõlma emakakaelavähki.

Allikas: Euroopa vähiteabesüsteem (ECIS), <https://ecis.jrc.ec.europa.eu> (vaadatud 10. märtsil 2024), © Euroopa Liit, 2024. Haigestumuse protsentuaalne jaotus arvutati vanusestandarditud haigestumuse põhjal ümber ja seetõttu erineb see ECISe veebisaidil esitatud absoluutarvude protsentuaalsest jaotusest.

Võrreldes 2000. aastaga oli vanusestandardimata vähihaigestumus 2019. aastaks Eestis mõlema soo puhul suurenenud: 55 % meeste ja 44 % naiste seas (Tervise Arengu Instituut, 2024a). Pärast korrigeerimist elanikkonna vananemise mõju arvesse võtmiseks on siiski näha, et

vähihaigestumus on püsinud alates 2010. aastast nii meeste kui ka naiste puhul stabiilne. Meeste hulgas on alates 1990. aastate lõpust vähenenud vanusestandarditud haigestumus kopsuvähki (Zimmermann et al., 2024), samas kui rinnavähki haigestumus naiste seas on suurenenud (Tervise

1 Kopsuvähk hõlmab ka hingetoru- ja bronhivähki.

Arengu Instituut, 2024b). 2021. aastal oli koguvähihaigestumus mõlema soo puhul Eestis 8 % väiksem kui COVID-19 pandeemia eelne viie aasta keskmine (2015–2019), osaliselt viivituste tõttu mõne vähivormi diagnoosimisel, mida täheldati nii 2020. kui ka 2021. aasta puhul. Haigestumuse vähenemist saab osaliselt seostada riskitegurite pikaajalise vähenemisega (nt kopsu- ja maovähi puhul) ning emakakaelavähi söeluuringu programmi mõjuga (Zimmermann et al., 2024). Tulevikku vaadates prognoosib ECIS siiski, et vähijuhtumite arv suureneb 2022.–2040. aastal 19 %.

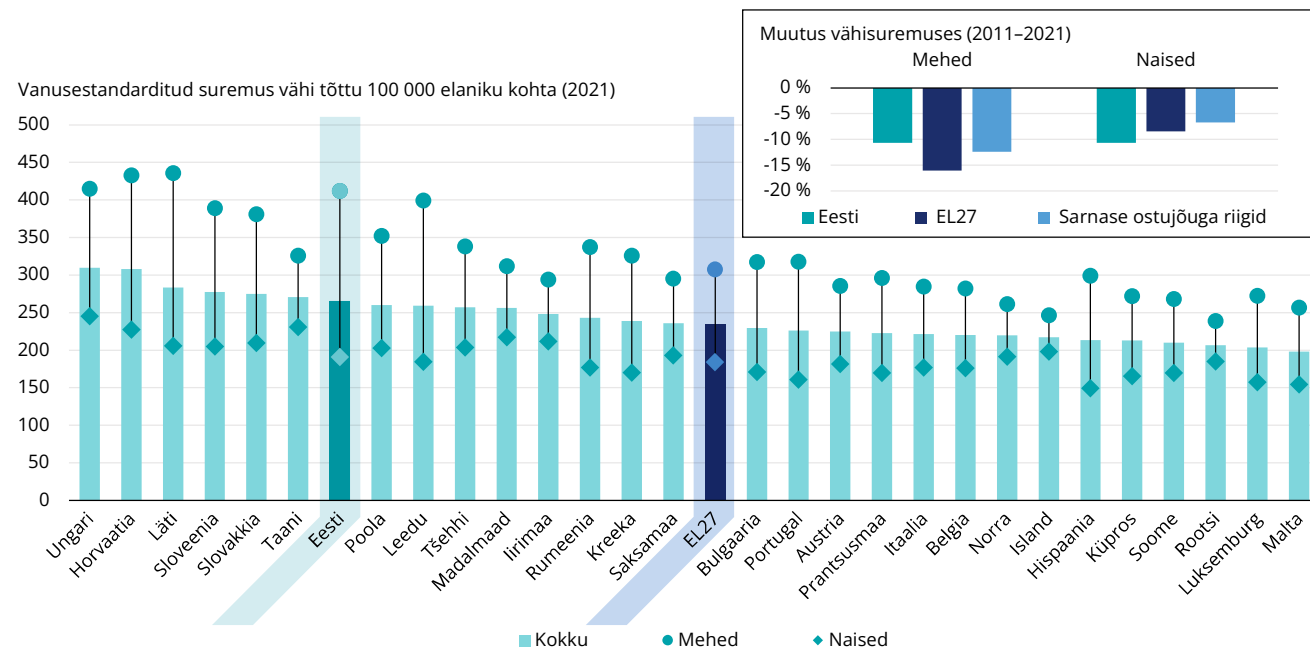
Vähk põhjustab Eestis viiendiku kõigist surmadest

2021. aastal oli vähktõvest tingitud vanusestandarditud suremus Eestis 266 juhtumit

100 000 elaniku kohta – vähk põhjustas 20 % kõigist surmadest ja suremus oli 13 % suurem kui ELis keskmiselt. Eesti meeste vähisuremus oli ELis suuruselt neljas (34 % üle ELi keskmise), naiste suremus oli keskmisele lähemal (4 % üle keskmise). Koguvähisuremus oli alates 2011. aastast siiski vähenenud 11 % nii meeste kui ka naiste puhul. Tuleb märkida, et meeste seas kahanes suremus vähem kui ELis ja sarnase ostujõuga riikides keskmiselt, 2 ent naiste puhul rohkem kui teistes riikides keskmiselt (Joonis 2).

Ehkki suremus kopsuvähki on vähenenud Eestis alates 2011. aastast 16 %, oli kopsuvähk 2021. aastal endiselt kõige sagedasem surma kaasa toonud vähiliik, põhjustades 16 % kõigist vähisurmadest; sellele järgnes kolorektaalvähk 13 %ga.

Joonis 2. Eestis on ühed ELi suurimaid soolised erinevused vähisures



Märkused. Riigid on jaotatud tertsiilidesse, võttes aluseks 2022. aasta SKP elaniku kohta ostujõu standardina. Eesti jaoks on sarnase ostujõuga riigid Bulgaaria, Horvaatia, Kreeka, Läti, Poola, Portugal, Rumeenia, Slovakkia ja Ungari. Allikas: Eurostati andmebaas.

Soolised erinevused vähisures on Eestis ühed ELi suurimad

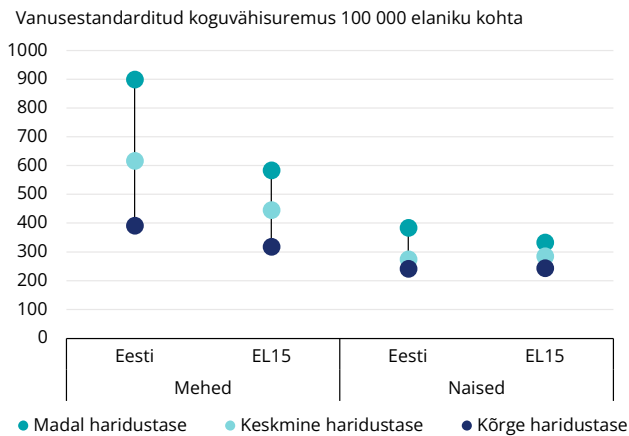
Eesti on Läti ja Leedu kõrval üks kolmest ELi riigist, kus vähisuremus on meeste seas enam kui kaks korda suurem kui naiste seas, mis kujutab endast ühte suurimaid soolisi erinevusi ELis. Kõige suurem erinevus võrreldes ELi keskmisega oli vanemate meeste hulgas: üle 65aastaste suremus ületas ELi keskmist 37 %, olles Horvaatia ja Läti näitaja järel ELis suuruselt kolmas. Nagu mujalgi ELis, vähenes suremus aastatel 2011–2022 märksa enam

nooremate inimeste hulgas. Langus oli suurem alla 65aastaste meeste seas (25 %) kui üle 65aastastel meeste seas (7 %) ja alla 65aastaste naiste seas (26 %) kui üle 65aastastel naiste seas (5 %).

Eestis on eriti suured haridustasemest tingitud sotsiaalsed erinevused vähisures. Meeste seas on erinevus madalama ja kõrgema haridustasemega inimeste vahel peaaegu 130 % (võrreldes 84 %ga ELis), naiste seas peaaegu 60 % (võrreldes 36 %ga ELis) (Joonis 3).

2 Riigid on jaotatud tertsiilidesse, võttes aluseks 2022. aasta SKP elaniku kohta ostujõu standardina. Eesti jaoks on sarnase ostujõuga riigid Bulgaaria, Horvaatia, Kreeka, Läti, Poola, Portugal, Rumeenia, Slovakkia ja Ungari.

Joonis 3. Eestis on madalama haridustasemega meeste suurem üle kahe korra suurem kui kõrgema haridustasemega meeste suurem



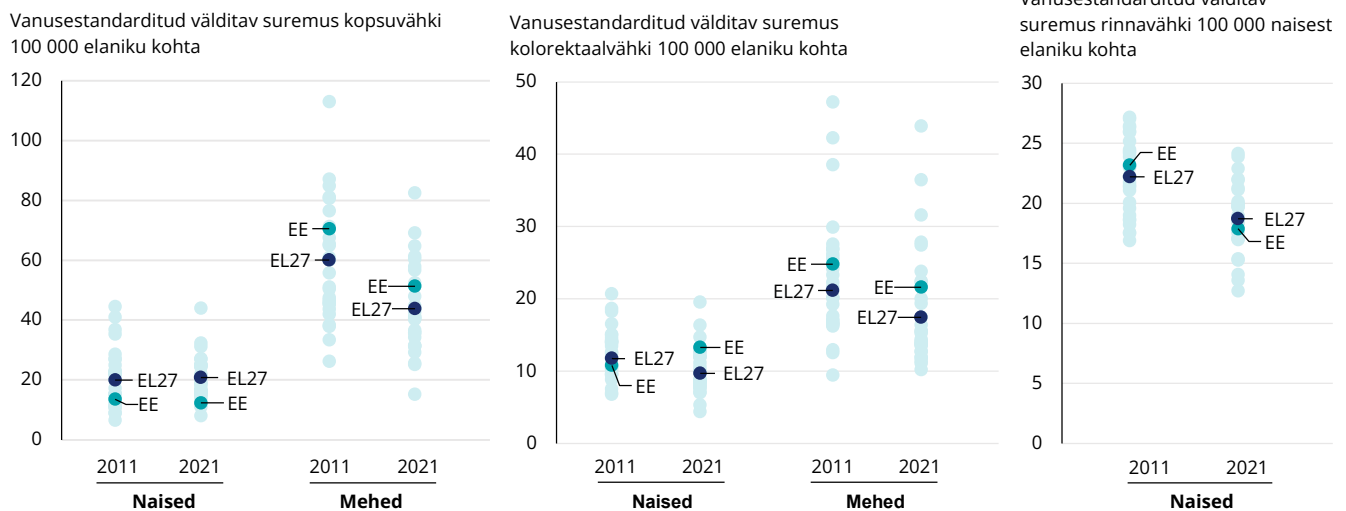
Märkused. Andmed tulevad ELi CanIneqi uuringust ja on aastate 2015–2019 kohta. EL 15 keskmine on 14 ELi riigi ja Norra kaalumata keskmine. Allikas: Euroopa Komisjon / IARC / Erasmus MC (2024), „Mapping Social-economic Inequalities in Cancer Mortality in European Countries“, vähktõve ebavõrdsuse registri teabeleht vähktõvega seotud erinevuste kohta.

Ehkki ennetatav suurem kopsuvähki väheneb, on probleemiks raviga välditav suurem kolorektaalvähi

2021. aastal oli ennetatavaks suuremuseks liigituv välditav suurem³ kopsuvähki naiste seas 12 juhtumit 100 000 elaniku kohta (41 % väiksem kui ELi keskmine) ja meeste seas 51 juhtumit 100 000 elaniku kohta (17 % suurem kui ELi keskmine). Võrreldes 2011. aastaga on see näitaja kahanenud naiste puhul 9 % ja meeste puhul 27 % (Joonis 4), mis on kooskõlas suitsetamise vähenemisega (vt punkt 3).

Raviga välditav suuremuse rinnavähki oli Eestis 2021. aastal 18 juhtumit 100 000 naise kohta, mis on 4 % väiksem kui ELi keskmine. Seda on 23 % vähem kui 2011. aastal, mis tähendab suuremat kahanemist kui ELi keskmine. Raviga välditav suuremuse kolorektaalvähi oli Eestis märkimisväärselt suurem – naiste seas 37 % ja meeste seas 24 % üle ELi keskmise. Võrreldes 2011. aastaga oli standarditud suuremuse 2021. aastal naiste puhul 23 % suurem, kuid raviga välditavate surmajuhtumite arv vähenes nii 2022. kui ka 2023. aastal mõlema soo puhul. Siinkohal tuleks arvesse võtta seda, et kolorektaalvähi sõeluuring hõlmab Eestis kitsast vanusevahemikku (vt punkt 4), mis võib kaasa tuua hilisema diagnoosimise ja keerukama ravi.

Joonis 4. Hoolimata vähenemisest meeste seas, on suurem kolorektaalvähi Eesti naiste seas suurenenud



Märkus. Välditava suuremuse näitajad hõlmavad alla 75aastaseid inimesi. Allikas: Eurostati andmebaas. Andmed on 2021. aasta kohta.

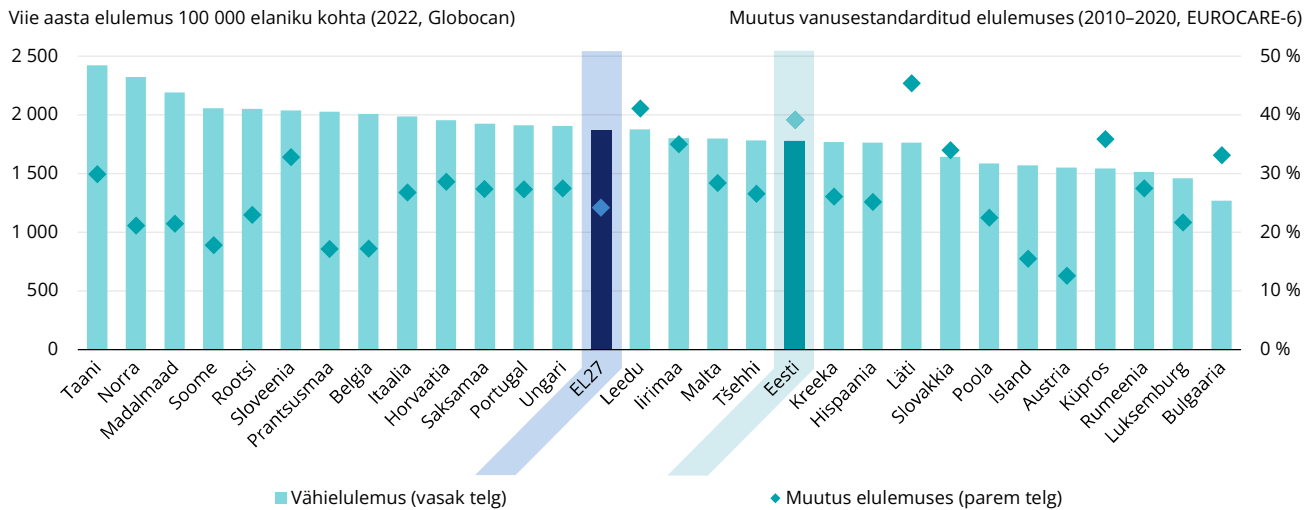
³ Välditav suuremuse hõlmab ennetatavaid surmajuhtumeid, mida on võimalik ära hoida tõhusate rahvatervise ja ennetusmeetmetega, kui ka raviga välditavaid surmajuhtumeid, mida saab ära hoida õigeaegse ja tõhusa raviga.

Vähilevimus on suurenenud Eestis alates 2010. aastast rohkem kui kolmandiku võrra

2022. aastal oli viie aasta levimus⁴ Eestis 1780 vähijuhtumit 100 000 elaniku kohta, mis on 5 % väiksem kui ELi keskmine. Tänu muutustele mõne vähivormi esinemissageduses ja elulemuse paranemisele (vt punkt 5.2) suurenes vanusestandarditud vähilevimus riigis 2010.–2020. aastal 39 % (Joonis 5). Kuigi

see on üks suuremaid suhtelisi kasve kogu ELis, tuleb märkida, et 2010. aastal oli Eesti vähilevimus poolest ELis tagantpoolt kuuendal kohal. Muutused levimuses kajastavad varajase avastamise ning vähiravi kättesaadavuse ja kvaliteedi paranemist ning neil on ulatuslik mõju vajadusele tagada vähktõvega elavatele inimestele ja vähktõvest jagusaanutele pikaajaline hooldus ja psühhosotsiaalne tugi.

Joonis 5. Vähilevimus suureneb Eestis kiiresti



Allikad: Rahvusvahelise Vähiuurimiskeskuse (IARC) Globocani andmebaas, 2024; uuring EUROCORE-6 (De Angelis et al., 2024).

2025. aastal toimub Eesti vähitõrje tegevuskava 2021–2030 vahehindamine

Eestis on tehtud alates 2021. aastast ulatuslikke jõupingutusi, et parandada vähktõve tõrjet, rakendades vähitõrje tegevuskava 2021–2030 (sotsiaalministeerium ja Tervise Arengu Instituut, 2021) (Tekstikast 1). Kasutusel on jooksev rakenduskava, et vaadata regulaarselt läbi eri sidusrühmade tegevus. Hoolimata COVID-19 põhjustatud viivitustest vähitõrje tegevuskava elluviimisel hinnatakse 2025. aastal tegevuskava eesmärkide saavutamisel tehtud edusamme kooskõlas Eesti riikliku tervisekava 2020–2030 vahehindamisega.

Eesti vähiregister sisaldab enam kui 50 aasta andmeid, mis hõlmavad kõiki pahaloomulisi kasvajaid, sealhulgas in situ kasvajaid ja mõningaid piirpahaloomulisi kasvajaid. Register jälgib vähidiagnoosi saanud isikuid kogu nende elu jooksul, kogudes eri allikatest andmeid haigestumuse, suremuse, elulemuse, vähi staadiumide, diagnoosimise ja ravi kohta. Tervise Arengu Instituut juhib ennetustegevust ja sõeluuringute korraldamist, mida rahastab Tervisekassa. Andmete kogumine ja protsessinäitajad on valdkond, mis vajab parandamist, kuna oluline teave, näiteks vähikahtluse ning diagnoosi ja ravi vahele jäävate ooteaegade kohta, puudub. Jälgimise parandamiseks tehakse tööd vähikeskuste andmestruktuuride ühtlustamiseks.

⁴ Vähi levimus osutab sellele osale elanikkonnast, kellel on diagnoositud vähk ja kes on endiselt elus, hõlmates nii neid, kes saavad praegu vähiravi, kui ka neid, kelle ravi on lõppenud. Viie aasta levimus hõlmab inimesi, kellel on diagnoositud vähk viimase viie aasta jooksul.

Tekstikast 1. Eesti vähitõrje tegevuskava 2020–2030 on üldjoontes kooskõlas Euroopa vähktõvevastase võitluse kava põhisammastega

Eesti avaldas uuendatud vähitõrje tegevuskava aastateks 2021–2030, viies oma prioriteetidid kooskõlla Euroopa vähktõvevastase võitluse kavaga selle mitme samba ja valdkonnaülese teema puhul (Tabel 1). Tegevuskava eesmärk on vähendada kõige sagedasemate riskitegurite levimust, lahendada kvaliteedinäitajate abil probleeme sõeluuringuprogrammide koordineerimisel ja hindamisel, rakendada diagnoosimisel patsiendikesket, personaalset ja süstemaatilist lähenemisviisi ning parandada vähipatsientide juurdepääsu psühholoogilisele ja sotsiaalsele toele ning rehabilitatsiooniteenustele. Tegevuskavas on seatud tähtsale kohale ka lastele pakutavad teenused (vt punkt 6). Kuigi tegevuskava erinevates jagudes käsitletakse ebavõrdsust ja teadusuuringuid, ei ole neile eraldi keskendutud.

Tabel 1. Eesti vähitõrje tegevuskava on osaliselt kooskõlas Euroopa vähktõvevastase võitluse kavaga

Euroopa kava sambad				Euroopa kava valdkonnaülised teemad		
Ennetus	Varajane avastamine	Diagnoosimine ja ravi	Elukvaliteet	Ebavõrdsus	Pediaatria	Teadusuuringud ja innovatsioon
●	●	●	●	●	●	●

Märkused. Sinine tähendab, et vähitõrje tegevuskava sisaldab eraldi jagu sel teemal; oranž tähendab, et teemat käsitletakse mõnes tegevuskava jaos, kuid sellele ei ole eraldi keskendutud, ning roosa tähendab, et seda teemat tegevuskavas ei käsitleta. Allikas: Euroopa vähktõvevastase võitluse kava rakendamise kaardistamist ja hindamist käsitleva veel avaldamata uuringu põhjal.

3. Riskitegurid ja ennetuspoliitika

Eesti peab esmatähtsaks vähendada vähi riskitegurite levimust elanikkonna seas

2019. aastal oli ennetuse eesmärgil tehtud tervishoiukulutuste osakaal Eestis 4 %⁵. Järgmistel aastatel kulus kuni 9 % tervishoiukulutustest COVID-19ga seotud tegevusele, mille järel oli ennetusele kulutatud vahendite osakaal 2022. aastal 6 %. Oluline on märkida, et Eesti kulutab tervishoiule ELi keskmisega võrreldes vähe ning kuigi ennetusele kulutatud osa tervishoiukulutustest oli suurem kui ELi keskmine, olid Eesti ennetuskulutused elaniku kohta (mida on kohandatud ostujõu erinevuste alusel) 2019. aastal ELi keskmisest 31 % väiksemad.

Eesti vähitõrje tegevuskava 2021–2030 üks põhieesmärke on vähendada riskitegurite levimust elanikkonnas. Iga riskiteguriga tegelemiseks on algatatud mitmeid meetmeid, sealhulgas pandud rõhku noorukite kaitsmisele riskide eest

terviklikuma koolitervishoiu kaudu. 1995. aastal vastu võetud määruse alusel on kogu riigis tööle võetud riigi palgal olevad kooliõed, kes tegelevad peamiselt tervise edendamise ja haiguste ennetamisega. Lisaks, et rakendada koordineeritud strateegiaid ja parimaid tavasid, osaleb Tervise Arengu Instituut ELi ühisprojektis (Joint Action PreventNCD), mille eesmärk on ennetada mitmesuguste riskiteguritega seotud meetmete abil vähktõbe ja muid mittenakkuslikke haigusi.

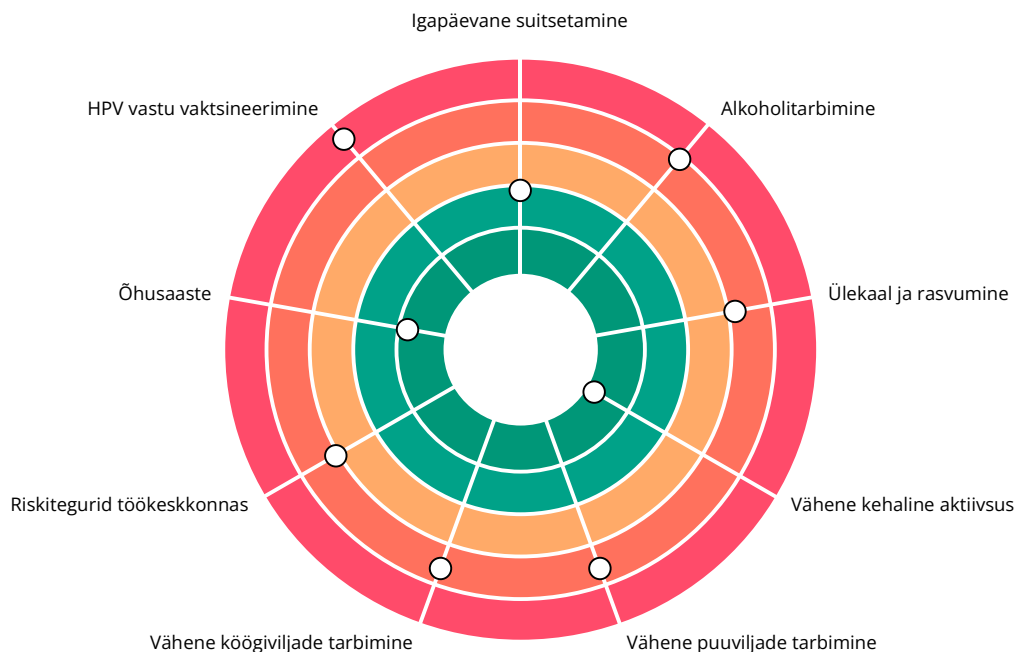
Joonisel 6 on näidatud Eesti paiknemine valitud riskitegurite osas võrreldes teiste ELi riikide, Islandi ja Norraga. Teiste riikidega võrreldes läheb Eestil hästi õhusaastega kokkupuutumise vaatenurgast. Samas on kõrge levimuse tõttu jätkuvalt olulisteks riskideks alkoholitarbimine, ülekaalulisus ja viletsad toitumisharjumused ning inimeste papilloomiviiruse (HPV) vastu vaktsineerituse tase Eestis oli 2023. aastal üks madalamaid ELis. Kuigi sissetulekuid ja elamistingimusi käsitleva

⁵ Tervishoiu arvepidamissüsteemis kajastatavad ennetuskulutused peaksid hõlmama riiklike programmide väliseid tegevusi (nt oportunistlikud vähi sõeluuringud või suitsetamisest loobumise alane nõustamine tavalise arstivisiidi ajal), kuid tegelikkuses võib riikidel olla keeruline eristada kulutusi, mis tehakse ennetusele väljaspool riiklike programme.

ELi uuringu (EU-SILC) andmetest on näha, et Eesti tulemused igapäevase suitsetamise ja vähese kehalise aktiivsuse osas on teiste ELi riikidega

võrreldes suhteliselt head, osutavad riiklikud uuringud, et need riskitegurid on jätkuvalt probleemiks.

Joonis 6. Eestis on võrreldes ELi keskmisega laialt levinud sellised olulised vähi riskitegurid nagu alkoholtarbimine ning ülekaalulisus ja rasvumine



Märkused. Mida lähemal on punkt keskpunktile, seda paremad on riigi tulemused võrreldes teiste ELi riikidega. Valgel n-ö sihttalal ei ole ükski riik, kuna kõigil riikidel on kõigis valdkondades arenguruumi. Öhusaastet mõõdetakse tahkete osakestena, mille läbimõõt jääb alla 2,5 mikromeetri ($PM_{2,5}$).

Allikad: sissetulekuid ja elamistingimusi käsitleval 2022. aasta ELi uuringul (EU-SILC) põhinevad OECD arvutused (ülekaalulisuse, rasvumise, kehalise aktiivsuse ning puu- ja köögiviljade tarbimise puhul (täiskasvanud)); Eurofoundi uuring töökohal esinevate ohutegurite kohta; OECD tervisestatistika (suitsetamise ja alkoholtarbimise (täiskasvanud) ning õhusaaste puhul) ning WHO (HPV vastu vaktsineerimise puhul (15aastased tüdrukud)).

Suitsetamise levimuse vähenemist varjutavad uued riskid – noored on hakanud üha rohkem veipima

Igapäevane suitsetamine on Eestis alates 2010. aastast märkimisväärselt vähenenud, olles kahanenud 2022. aastaks rohkem kui 10 protsendipunkti võrra 16 %-le. Kahanemine on olnud eriti järsk meeste seas – 37 %-lt 2010. aastal 21 %-le 2022. aastal –, mis on kooskõlas kopsuvähki haigestumuse ja suremuse vähenemisega. Viimase

30 päeva jooksul vähemalt korra suitsetanute osakaal 15aastaste seas vähenes Eestis aastatel 2014–2022 mõlema soo puhul, ehkki poiste seas rohkem (vähenes 49 %) kui tüdrukute seas (36 %) (Joonis 7). Seda saab osaliselt seostada viimati 2019. aastal muudetud tõhusa tubakatoodete tarbimise piiramise poliitikaga, millega reguleeritakse tubakatoodete ja nendega seotud toodete reklaami ja väljapanekut.

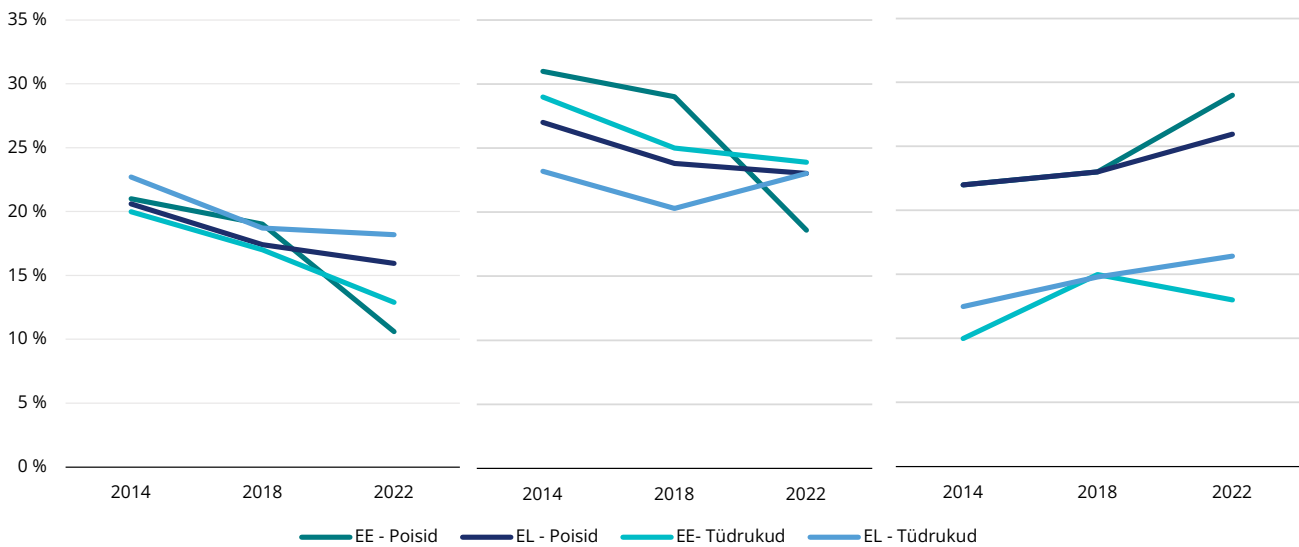


Joonis 7. Eesti 15aastased tüdrukud suitsetavad ja teatavad, et nad on olnud purjus, suurema tõenäosusega kui samas vanuses poisid

30 päeva jooksul vähemalt korra suitsetanute osakaal 15aastaste seas (%)

Elus rohkem kui korra purjus olnute osakaal 15aastaste seas (%)

Ülekaaluliste (sh rasvunute) osakaal 15aastaste seas (%)



Märkus. ELi keskmine on kaalumata keskmine. Andmed on 2022. aasta kohta. Allikas: kooliealiste laste tervisekäitumist käsitlev uuring.

Paraku on osa suitsetamise vähenemisest tingitud ka sellest, et alternatiivsed nikotiinivõtted on muutunud laialdaselt kättesaadavaks – 2022. aastal kasutas neid 10 % Eesti elanikest. Kogunäitajast ei ole näha, kui ulatuslik on see probleem noorte hulgas: 15–24aastastest teatas regulaarsest veipimisest peaaegu 30 % (35 % naistest ja 24 % meestest); 15aastastest oli viimase 30 päeva jooksul suitsetanud vähemalt üks kord e-sigaretti 20 % poistest ja 30 % tüdrukutest. Alates 2019. aastast on olnud tubakaseadusega keelatud kasutada e-sigarettide vedelikes muid maitse- ja lõhnaained peale tubaka ning samuti on keelatud tubakatoodete kaugmüük. Samas on endiselt võimalik teha internetioste välismaalt.

Pärast alkoholiaktsiisi vähendamist 2019. aastal suurenes Eestis alkoholitarbimine

Kuigi alkoholitarbimine inimese kohta vähenes tänu alkoholipoliitika rohelises raamatus ette nähtud meetmete süstemaatilisele rakendamisele 12 liitrit 2012. aastal 10 liitriks 2018. aastal, suurenes see 2022. aastal 11 liitriks, kuna alkohol muutus 2019. aasta aktsiisivähenduse tulemusel taskukohasemaks. Alkoholitarbimise reguleerimist riigis raskendab tava osta alkoholi üle piiri Lätist, mis nõuab ühtlustatud poliitikameetmeid. Kuigi Eesti on piiranud kellaeguga, mil alkohol on kauplustes kättesaadav, ei ole kehtestatud piiranguid müügikohtade tihedusele, maksustamist ei kohandata vastavalt inflatsioonile ning alkoholi puhul ei ole kasutusel spetsiaalseid terviseohust hoiatavaid etikette (OECD, 2024a).

2021. aastal oli Eestis 4 % kõigist vähijuhtumitest seostatavad alkoholiga. Samas selgus 2022. aastal

alkoholitarbivate seas korraldatud uuringust, et vaid 11 % naistest pidas alkoholi rinnavähi riskiteguriks ja üksnes 27 % inimestest pidas seda riskiteguriks kolorektaalvähi puhul, mis näitab, et üldsuse teadlikkus on suhteliselt madal. Teadlikkuse suurendamiseks on korraldatud avalikke kampaaniaid, et juhtida tähelepanu alkoholi rollile vähktõve puhul, nagu kampaania „Septembris ei joo“, veebipõhine eneseabialgatus „Selge“ ning Euroopa Sotsiaalfondi programm „Kainem ja tervem Eesti“. Vaid 9 % neist inimestest, kelle igapäevane alkoholitarbimine kujutab endast suurt riski (7 standardühikut naiste ja 14 meeste puhul), teatasid, et nad on saanud tervishoiutöötajalt soovitusi tarbimist vähendada, mis osutab vajadusele tervishoiutöötajaid täiendada koolitades ära tundma probleeme ja vajaduse korral sekkuma (Tervise Arengu Instituut, 2023).

Tarbimisharjumused on mõnevõrra muutunud: aastatel 2012–2022 vähenes rohkem kui üks kord nädalas alkoholi tarbivate meeste osakaal (33 %-lt 27 %-le), samal ajal kui naiste seas see osakaal suurenes (11 %-lt 12 %-le). Naiste hulgas on suurenenud korrapärane veinijoomine (Tervise Arengu Instituut, 2023). Alkoholitarbimine Eesti noorukite seas on vähenenud: purjus olnute osakaal 15aastaste noorukite hulgas kahanes 2014.–2022. aastal 9 protsendipunkti, kuigi see on endiselt suurem kui ELi keskmine. Vastupidiselt varasematele suundumustele oli neid 15aastaseid, kes olid viimase 30 päeva jooksul purjus olnud, 2022. aastal tüdrukute seas rohkem kui poiste seas (vt Joonis 7).

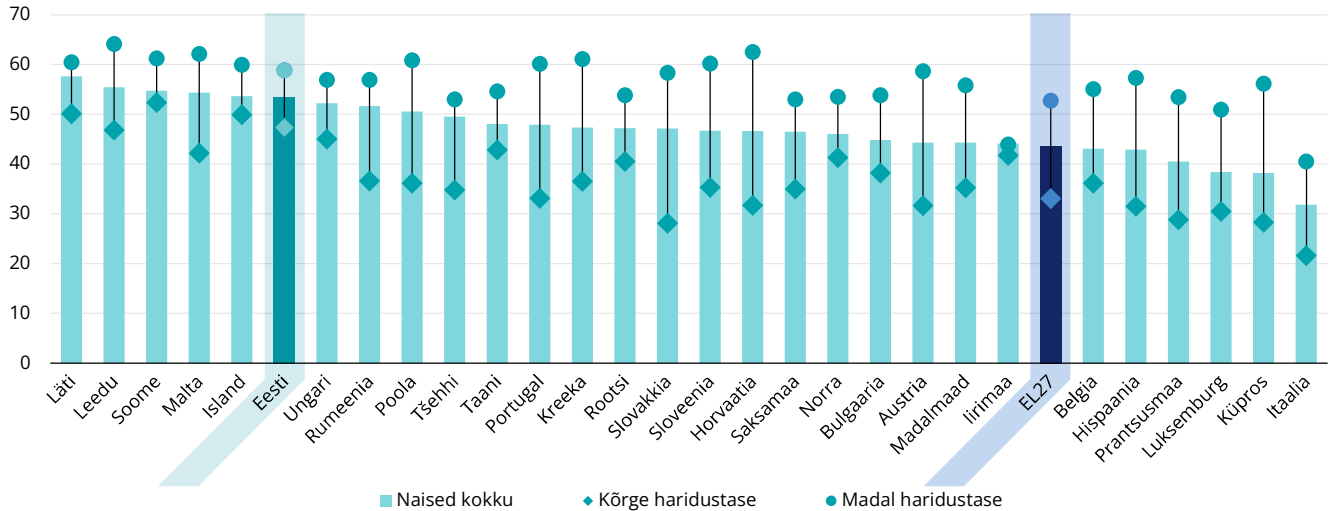
Ülekaalusis ja rasvumine sageneb Eestis mõlema soo puhul

Peaegu kolm täiskasvanut viiest (57 %) on Eestis ülekaalulised (sh rasvunud) ja 22 % täiskasvanutest on rasvunud. Ülekaalusisus ja rasvumine on rohkem levinud Eesti meeste seas (62 %) kui naiste hulgas (53 %), kuigi rasvumine üksi on naiste

seas sagedasem (23 %) kui meeste hulgas (21 %). Ülekaaluliste osakaal on võrreldes 2017. aastaga suurenenud mõlema soo puhul. Naiste puhul on ülekaalul seos haridustasemega (Joonis 8), kuid mitte meeste puhul, kuigi rasvumisest teatavad nii madalama haridustasemega mehed kui ka naised suurema tõenäosusega kui kõrgema haridustasemega mehed ja naised.

Joonis 8. Eesti on ülekaaluliste (sh rasvunud) naiste osakaalu poolest ELis viiendal kohal

% 18aastastest ja vanematest naistest, kes on ülekaalulised (sh rasvunud) (2022)



Märkus. Ülekaalulised (sh rasvunud) inimesed on inimesed, kelle kehamassiindeks on üle 25. Allikas: Eurostati andmebaas.

Eestis suurenes 15aastaste seas ülekaalusisus 2014.–2022. aastal 5 protsendipunkti võrra (vt Joonis 7). Olulised soolised erinevused ilmnevad juba selles vanuses, kuna 2022. aastal teatas ülekaalusisusest 29 % poistest võrreldes 13 %ga tüdrukutest.

Jätakuvalt on probleemiks kehalise aktiivsuse ja toitumisega seotud riskitegurid

Enam kui pool Eesti elanikest teatas, et nad tarbivad puu- (51 %) ja köögivilju (50 %) harvem kui kord päevas, mida on üle 10 protsendipunkti rohkem kui ELi keskmine (39 % puuviljade ja 40 % köögiviljade puhul). Väiksema tõenäosusega teatasid vähesest tarbimisest naised ja kõrgharidusega inimesed. 15aastastest teatas üle kahe kolmandiku, et nad ei söö vähemalt kord päevas puuvilju (tüdrukud veidi vähem (67 %) kui poisid (74 %)), samal ajal kui peaaegu kolm neljandikku (73 %) teatas, et nad ei söö iga päev köögivilju.

Toitumise parandamiseks on koostatud toidu koostise muutmise kava, mille üle hakatakse pidama 2023. aasta septembris läbirääkimisi toidutööstusega. 2023. aastal võeti vastu käitumiskodeks, mis käsitleb ebatervisliku toidu ja joogi vastutustundlikku telereklaami

lastesaadete ajal, kuigi seda juhendit kohaldatakse ainult alla 12aastaste laste puhul. Lisaks on juhend vabatahtlik ja see ei hõlma digiturundust, otseturundust ega avalikus ruumis korraldatavaid kampaaniaid. 2024. aastal arutati suhkrumaksu kehtestamist suhkruga magustatud jookidele ja 1995. aasta rahvatervise seaduse läbivaatamist lisapiirangute osas reklaamidele, kuid neist loobuti.

Ehkki sissetulekuid ja elamistingimusi käsitleva ELi uuringu (EU-SILC) andmed osutavad sellele, et Eesti elanike seas on vähene kehaline aktiivsus (treenimine vähem kui kolm korda nädalas) suhteliselt harv (Joonis 6), on 2021. aasta riiklike andmete kohaselt peaaegu kolm neljandikku Eesti täiskasvanutest mitteaktiivsed (vähem kui 120 minutit treenimist nädalas) (Tervise Arengu Instituut, 2024b). Eesti 15aastased tüdrukud teatasid vähem igapäevasest kehalisest aktiivsusest (9 %) kui poisid (15 %) ja mõlema tulemus jääb alla ELi keskmise. Eesti on rakendanud noorte kehalise aktiivsuse suurendamiseks programme, nagu 2016. aastal käivitatud programm „Liikuma kutsuv kool“, mille eesmärk on tuua liikumine ja kehaline aktiivsus kõigi Eesti õpilasteni.

Eesti on teinud edusamme õhusaaste valdkonnas, kuid töökeskkonnast tulenevad riskid on endiselt laialt levinud

Pärast mitut õhukvaliteedi parandamiseks võetud poliitikameedet oli Eesti 2023. aastal üks seitsmest maailma riigist, kus õhukvaliteet vastas WHO kehtestatud PM_{2,5} kontsentratsiooni standardile (alla 5 µg/m³). See kajastub nii elanikkonna keskmises kokkupuutes PM_{2,5}-osakestega kui ka sellest kokkupuutest tingitud enneaegsete surmade hinnangulises määras, mis on langenud varasemate aastakümnete märksa kõrgematelt tasemetelt ELi madalaimate hulka.

Samas tekitavad muret riskitegurid töökeskkonnas, kuna ligikaudu 26 % nii meestest kui ka naistest on teatanud, et nad puutuvad tööl kokku selliste keemiliste toodete või ainetega, mis võivad põhjustada vähktõbe. Eestis puudub tööst tingitud vähisurmade registreerimise süsteem, kuid hinnangute kohaselt võib kuni 11 % aastatel 2016–2020 diagnoositud vähijuhtudest, millest suurima osa moodustasid kopsuvähk ja mittemelanoomne nahavähk, seostada tööalase kokkupuutega. 2020. aastal täiendati Eesti töökeskkonnas esinevate keemiliste ohtude loetelu, lisades sellesse vähki tekitavad ained.

Eesmärkide saavutamiseks tuleb suurendada inimeste papilloomiviiruse ja B-hepatiidi vastu vaktsineerituse taset

Selleks et kaotada kooskõlas WHO ülemaailmse strateegiaga 2040. aastaks emakakaelavähk,

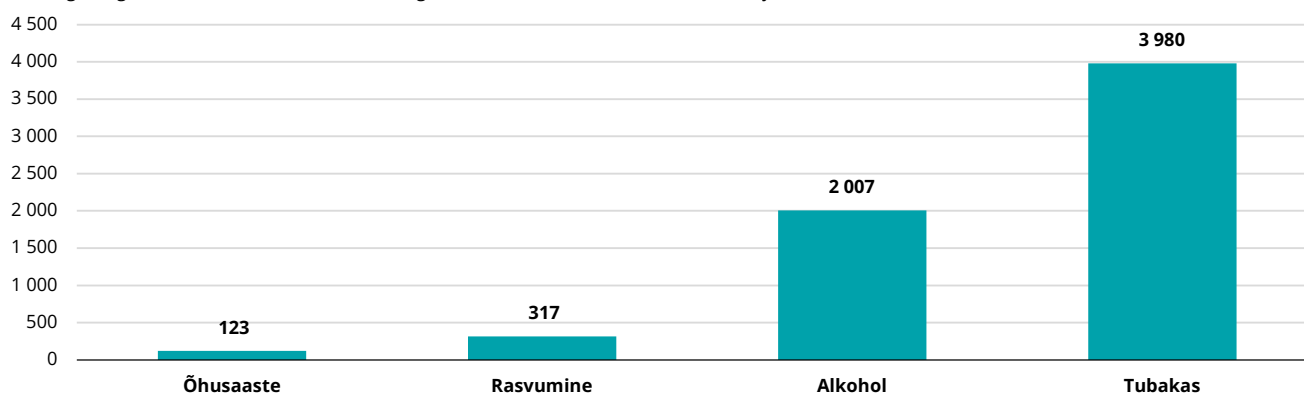
algatas Eesti 2018. aastal 12–14aastaste tüdrukute HPV vastu vaktsineerimise programmi; 2024. aasta veebruaris laiendati programmi ka poistele ja programm võimaldab järelvaktsineerimist. 2023. aastal oli saanud 15. eluaastaks kõik HPV vaktsiini doosid 43 % tüdrukutest, mida on vähem kui 60 % aastal 2022 ning oluliselt vähem kui WHO eesmärk 90 % ja ELi keskmine 64 %. Murettekitavalt on viimastel aastatel vähenenud üheaastaste laste kolme doosiga vaktsineerimine B-hepatiidi vastu – 2023. aastal kahanes see 72 %-le, võrreldes 90 %ga 2020. aastal ja 95 %ga 2007. aastal. Reageerides madalale üldisele vaktsineerituse tasemele, eraldas Tervisekassa aastatel 2024–2028 sihtotstarbeliselt rahalisi vahendeid teadlikkuse suurendamise kampaaniate korraldamiseks.

Eesti saaks ära hoida suure hulga vähijuhtumeid, võttes otsustavaid meetmeid riskide vähendamiseks

OECD rahvatervise strateegilise planeerimise modelleerimise (SPHeP) andmed, võttes arvesse praegust vähihaigestumust, osutavad sellele, et Eesti igal saaks igal aastal ära hoida hulga vähijuhtumeid, kui oleksid täidetud riskitegurite levimusega seotud eesmärgid. Näiteks tubakaga seotud eesmärkide saavutamiseks oleks võimalik hoida aastatel 2023–2050 ära peaaegu 4000 vähijuhtumit ning alkoholitarbimise vähendamiseks rohkem kui 2000 vähijuhtumit (Joonis 9).

Joonis 9. Aastatel 2023–2050 oleks võimalik ära hoida tuhandeid vähijuhtumeid, võttes otsustavaid meetmeid tubaka ja alkoholiga seotud eesmärkide saavutamiseks

Riskiteguritega seotud eesmärkide saavutamiseks aastatel 2023–2050 ära hoitavate vähijuhtumite arv



Märkused. Tubaka puhul on seatud eesmärk vähendada aastatel 2010–2025 tubakatarbimist 30 % ja saavutada 2040. aastaks olukord, kus tubakat tarbib alla 5 % elanikkonnast. Alkoholil puhul on eesmärk vähendada aastatel 2010–2030 vähemalt 20 % üldist alkoholitarbimist ja 20 % alkoholi liigtarbimist (korraga kuus või rohkem alkoholset jooki (täiskasvanud)). Õhusaaste valdkonnas on eesmärk tagada, et aasta keskmine PM_{2,5} tase on 2030. aastaks maksimaalselt 10 µg/m³ ja 2050. aastaks maksimaalselt 5 µg/m³. Rasvumise puhul on eesmärk alandada rasvumise taset 2025. aastaks 2010. aasta tasemele.

Allikas: OECD (2024b), „Tackling the Impact of Cancer on Health, the Economy and Society“, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Pariis, DOI: <https://doi.org/10.1787/85e7c3ba-en>

Sellel on ka mitmesugune positiivne kõrvalmõju: vähenevad muud kroonilised haigused ja koormus tervishoiusüsteemile, sealhulgas tööjõupuudus (vt punkt 5.1). Kõikide riskitegurite löikes saab tervises seisundit parandada ka terviseteadlikkuse

edendamiseks, mis suurendab kontrolli oma tervise üle. Eestil puudub riiklik strateegia terviseteadlikkuse suurendamiseks elanike seas või organisatsioonides.

4. Varajane avastamine

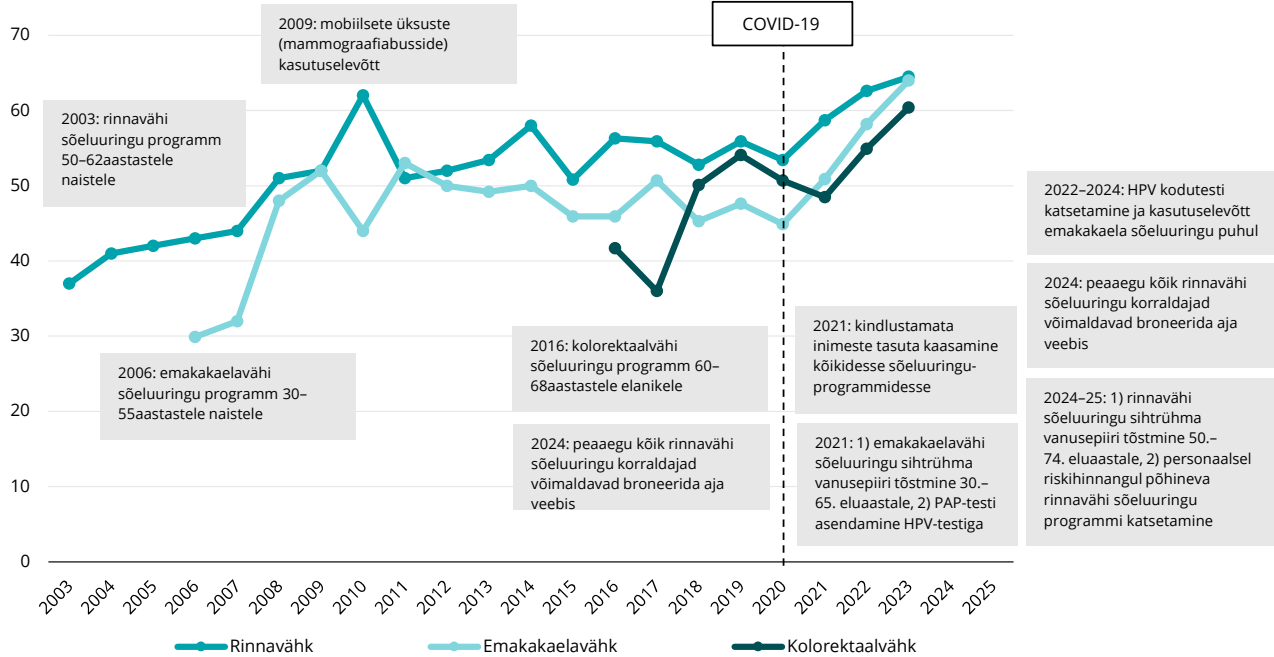
Eesti vähi sõeluuringu programmides osalusmäär oli 2023. aastal kõigi aegade kõrgeim

Eesti on otsinud viise vähi sõeluuringu programmides osalemise suurendamiseks, töötades selle nimel, et parandada nende programmide kättesaadavust ja teadlikkust neist programmidest. Joonisel 10 on näidatud sõeluuringutes osalusmäära muutumine Eestis ning toimunud või kavandatud olulised muudatused. 2023. aasta paistis silma sellega, et kõigis kolmes rahvastikupõhises sõeluuringuprogrammis osalusmäär oli läbi aegade kõrgeim (üle 60 %). Sellele oli eelnenud COVID-19 pandeemia, mille ajal riiklikud sõeluuringuprogrammid ajutiselt peatati ja paljud

tervishoiuteenused olid piiratud. Selle tõttu olid vähenenud sõeluuringute käigus avastatud juhtumite arv ja tervisekontrolli käigus juhuslikult avastatud kergete sümptomitega juhtumite arv (Zimmermann et al., 2024). Oluline areng toimus 2021. aastal, kui programmiga hõlmati kindlustamata inimesed, kelle sõeluuringut hakkas rahastama Eesti Haigekassa (Tervisekassa varasem nimi); varem oli neil tulnud tasuda sõeluuringu eest ise. Aastatel 2022–2023 suurenes põgenike ja pagulaste seas 20 % rinna- ja kolorektaalvähi sõeluuringu eesmärgil tehtud arstivisiitide arv ning 12 % emakakaelavähi sõeluuringu eesmärgil tehtud arstivisiitide arv, mille peamine põhjus oli põgenike suur sissevool Ukrainast (Tervisekassa, 2023).

Joonis 10. Osalusmäär rinna, emakakaela ja kolorektaalvähi sõeluuringuprogrammides on oluliselt suurenenud alates 2020. aastast

% sihtühma kuulunud elanikest, kes osales sõeluuringus



Märkus. Kõigi vähivormide ja aastate puhul on esitatud riiklikest andmebaasidest saadud programmiandmed, mis hõlmavad asjaomasel aastal sõeluuringule kutsutud elanikke.

Allikas: OECD Tervisestatistika 2024. (aastad 2000–2022); Tervise Arengu Instituut, 2024a (aasta 2023).

Vähi sõeluuringute register areneb, võimaldades paremini toetada sõeluuringute korraldamist

Vähi sõeluuringute juhtrühm, mida juhivad sotsiaalministeerium, hõlmab peamisi sidusrühmi ja patsientide organisatsioone ning hindab olemasolevaid ja algatab uusi sõeluuringuprogramme. Tervisekassa korraldab ulatuslikke teadlikkuse suurendamise kampaaniaid ning Tervise Arengu Instituut haldab vähi sõeluuringute registrit, mis hõlmab nii rahvastikupõhiseid kui ka oportunistlikke sõeluuringuid, ning rakendab juurdepääsu- ja kvaliteedimõõtmeid kvaliteedi parandamiseks. Tervisekassa avaldab kindlustusnõuete andmetele tuginedes interaktiivse platvormi kaudu reaajas kolme programmi andmed, sealhulgas tuvastatud juhtumid ning osalusmäärad tervishoiuasutuste, asukohtade ja vanuserühmade kaupa.

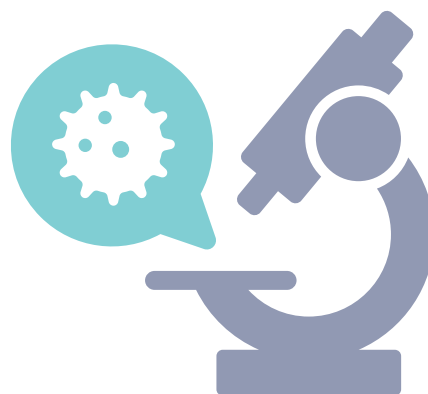
Vähi sõeluuringute register saab rahvastikuregistrist esialgse sihtrühma kohordi, mis põhineb konkreetsetel sünniaastatel ja sool. Register sisaldab elanike kontaktandmeid ja on seotud elektrooniliste terviselugudega (Terviseportaal). Eesti digitaliseeritud tervise infosüsteem võimaldab kõrvale jätta need inimesed, kellel on teatava aja jooksul diagnoositud pahaloomuline kasvaja või kes on hiljuti asjaomasel sõeluuringus osalenud. Vähi sõeluuringute register saadab sihtrühma kuuluvatele elanikele posti ja e-posti teel ning tervise infosüsteemi kaudu osalemiskutsed koos meeldetuletuste ja tekstisõnumitega. Samuti teavitab register tervishoiutöötajaid ja proviisoreid tuletama tervishoiuasutusse või apteeki pöörduvatele inimestele, kes ei ole sõeluuringus osalenud, meelde, et nad laseksid end kontrollida.

Alates 2024. aastast tõstetakse rinnavähi sõeluuringu sihtrühma vanusepiiri

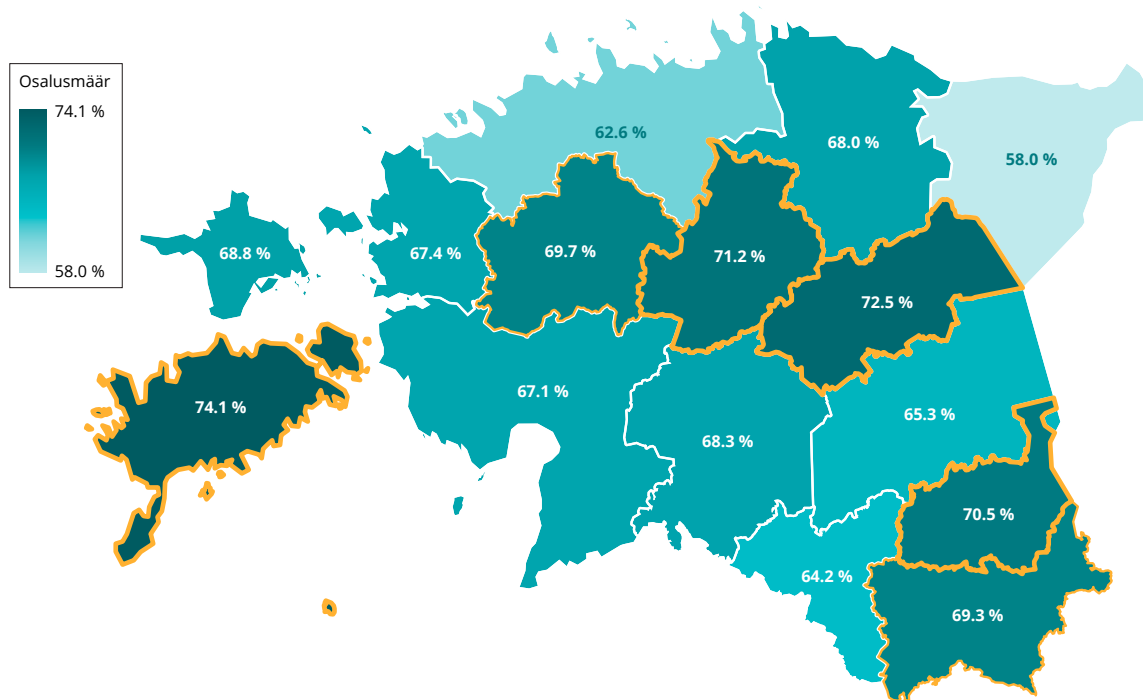
Rinnavähk on Eesti naiste seas kõige enam levinud vähivorm ja umbes veerandil juhtudel on vähk diagnoosimise hetkel juba kaugele arenenud staadiumis. Eesti rinnavähi sõeluuringu programmi raames kutsutakse 50–68aastaseid naisi üles tegema iga kahe aasta tagant mammogramm, kui nad ei ole seda teinud viimase 12 kuu jooksul ja kui neil ei ole olnud viimase viie aasta jooksul rinnavähki. Alates 2024. aastast tõstetakse sihtrühma vanuse ülempiiri järk-järgult 74. eluaastale, millega sihtrühma vanusevahemik viiakse lähemale vahemikule 45–74, mida soovitatakse nõukogu 2022. aasta ajakohastatud soovitusel (joonis 10). 2023. aastal kontrolliti 65 % sihtrühma kuulunud elanikkonnast, mis tähendab märkimisväärset kasvu võrreldes 2003. aastaga,

mil see määr oli 37 %. Vähitõrje tegevuskava 2021–2030 üks põhieesmärke on siiski saavutada kõigis rühmades 70 % osalusmäär (sotsiaalministeerium ja Tervise Arengu Instituut, 2021). 2023. aastal saavutati see eesmärk rinnavähi puhul 15 Eesti maakonnast neljas, kusjuures kahes maakonnas jäi puudu vähem kui 1 protsendipunkt. Kõik kuus maakonda asuvad eemal suurematest linnadest, mis näitab, et rinnavähi sõeluuring on maaelanikele kättesaadav. Ida-Viru maakonnas oli osalusmäär siiski oluliselt väiksem, jäädes alla 60 % (Joonis 11), mis võib olla tingitud väiksemast teadlikkusest, keelebarjäärist või kättesaadavusest (ERR, 2024). Ilmselt jääb eesmärk saavutamata ka madalama haridustasemega inimeste puhul, kes teatavad pidevalt väiksema tõenäosusega, et nad on teinud mammogrammi.

Eestis rakendatakse mitmeid meetmeid, et parandada juurdepääsu sõeluuringule. 2024. aastast alates on kõik rinnavähi sõeluuringu korraldajad pakkunud võimalust broneerida aeg veebis, 2023. aastal oli see võimalik vaid ühes haiglas. Juurdepääsu parandamiseks maapiirkondades sõidavad kogu aasta mööda Eestit ringi kolm mammograafiabussi, et muuta sõeluuring kättesaadavamaks kohtades, kuis naised elavad ja töötavad. See algatus on hästi vastu võetud ja elanike nõudmisel külastavad bussid samu paiku rohkem kui kord aastas, mis aitab saavutada maapiirkondades kõrgemaid osalusmäärasid (ERR, 2024).



Joonis 11. Kättesaadavuse parandamine Eestis on võimaldanud mitmel suurematest linnadest eemal asuval maakonnal saavutada rinnavähi sõeluuringu osalusmääraks 70 %



Märkus. Jämeda oranži joonega tähistatud maakondades ulatub osalusmäär 70 %ni, peenema rohelse joonega tähistatud maakondades jääb sellest puudu vähem kui üks protsendipunkt. Allikas: Kohandatud allikast Tervise Arengu Instituut (2024a).

Sõeluuringute tõhususe suurendamiseks töötab Eesti välja täiustatud programmi, kus kasutatakse geneetilistel andmetel põhinevaid personaalseid riskikoore, mis on olemas viiendiku Eesti elanikkonna kohta. Programm on suunatud neile 40aastastele naistele, kes annavad oma nõusoleku personaalse rinnavähiriski hinnangu koostamiseks geneetilise teabe põhjal. Naised, kelle risk leitakse olevat suurem, kutsutakse iga kahe aasta tagant sõeluuringule alates 40. eluaastast, ülejäänud lisatakse tavapärasesse sõeluuringuprogrammi alates 50. eluaastast.

Eesti on võtnud eesmärgi kaotada 2040. aastaks emakakaelavähk, kasutades osalusmäära suurendamiseks inimeste papilloomviiruse koduteste

Emakakaelavähi sõeluuringu programmi raames kutsutakse 30–65aastaseid naisi osalema uuringus iga viie aasta tagant. 2021. aastal võeti PAP-testi asemel kasutusele HPV-test (vt joonis 10). 2023. aastal oli sõeluuringu osalusmäär riigis 64 %, võrreldes 45 %ga 2020. aastal ja 30 %ga 2006. aastal, mil selle programmiga alustati. See märkimisväärne edasimineku ei kajasta erinevusi riigi sees: osalusmäärad ulatusid 49 %st Ida-Viru maakonnas 71 %ni Saare maakonnas. Tuleb siiski märkida, et pärast mitut sihipärast sekkumist on osalusmäär Ida-Viru maakonnas alates 2021. aastast kasvanud rohkem kui

10 protsendipunkti (Tervise Arengu Instituut, 2024a).

Osalusmäära suurendamiseks katsetati 2022. aastal HPV kodutesti ning 2023. aasta teises pooles võeti see kasutusele naiste puhul, kes ei olnud end veel kontrollida lasknud, millega kaasnes oluline ajakokkuvõide ja suurenes privaatsus kasutajate vaatenurgast. 2023. aastal otsustas kodutesti kasuks enam kui 10 % sõeluuringu osalejatest, sealhulgas – mis on oluline – 14 % osalejatest Ida-Viru maakonnas. 2023. aastal pakkusid koduteste täiendavad 89 apteeki väiksema osalusmääraga maakondades. 2022. aastal tehtud analüüs näitas, et haigestumus emakakaelavähki on Eestis alates 2014. aastast vähenenud ning et märkimisväärset vähenemist mõnes vanuserühmas võib seostada sõeluuringuprogrammi positiivse mõjuga (Zimmermann et al., 2024).

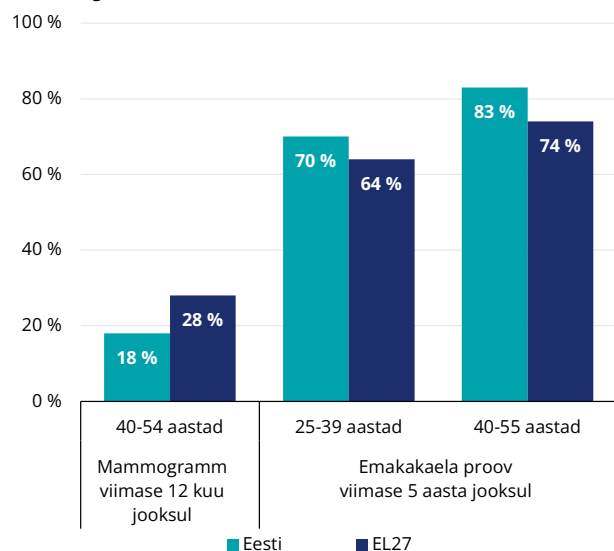
Uuenduslike sõeluuringulahenduste rakendamiseks osaleb Tartu Ülikool ühisprojektis, mille eesmärk on integreerida teaduslikud teadmised rahvastikupõhiste terviseregistrite, tervishoiuteenuste, uuringute ja Eesti geenipanga andmetega, et töötada välja ja valideerida tehisintellekti tehnoloogia, mis modelleerib emakakaelavähi sõeluuringu raames patsientide tulemusi ja hindab vähiriske riskipõhiseks lähenemiseks sõeluuringule.

LGBTIQ-inimesed osalevad Eestis rinnavähi sõeluuringus vähem kui ELis

ELi kolmanda LGBTIQ kogukonda käsitleva uuringu andmete kohaselt teatas Eestis 18 % sellesse kogukonda kuuluvatest cis-soolistest naistest, transsoolistest naistest ja intersoolistest inimestest vanuses 40–54, et neile on viimase 12 kuu jooksul tehtud mammogramm, mis on vähem kui ELi keskmine 28 % (Joonis 12). Mis puudutab emakakaevähi sõeluuringut, siis sellest, et nad on andnud viimase viie aasta jooksul emakakaela proovi, teatas Eestis 70 % LGBTIQ-inimestest vanuses 25–39 (rohkem kui ELi 64 %) ja 83 % LGBTIQ-inimestest vanuses 40–55 (rohkem kui ELi 74 %).

Joonis 12. LGBTIQ kogukonnas on emakakaela prooviga hõlmatus Eestis kõrgem kui ELis

% LGBTIQ-inimestest, kes on osalenud rinna- või emakakaevähi sõeluuringus



Märkus. LGBTIQ kogukonda käsitleva uuringu tulemused viitavad vanuserühmadele ja/või sõeluuringute intervallidele, mis ei ole kooskõlas ELi riikides rahvastikupõhiste sõeluuringute tegemisel rakendatava lähenemisviisiga, mistõttu ei tohiks neid võrrelda. Allikas: Euroopa Liidu Põhiõiguste Amet (ELi kolmas LGBTIQ kogukonda käsitlev uuring).

Kolorektaalvähi sõeluuringu programmi laiendamisel on probleemiks diagnostiliste uuringute kättesaadavus

Kolorektaalvähi sõeluuringu programm loodi 2016. aastal ja see on suunatud 60–68aastastele elanikele, keda kutsutakse iga kahe aasta tagant tegema esmatasandi tervishoius immunokeemilist peitveretesti. Programmist jäetakse välja need inimesed, kellele on tehtud varasema sõeluuringu käigus kolonoskoopia või kellel on kunagi diagnoositud kolorektaalvähi (OECD, 2024a). 2023. aastal oli kolorektaalvähi sõeluuringu osalusmäär 60 % (55 % meeste puhul ja 65 % naiste puhul), mis on suurem kui 2021. aasta 49 %.

Osalusmäär ulatus 51 %st Ida-Viru maakonnas 74 %ni Võru maakonnas (Tervise Arengu Instituut, 2024a). Programmi üks suur puudus on sihtrühma kitsas vanusevahemik – hõlmatud on vaid osa 50–74aastaste vanuserühmast, mida on soovitatud kolorektaalvähi sõeluuringu programmide puhul nõukogu 2022. aasta ajakohastatud soovitusel vähi sõeluuringute kohta. Ehkki vähi sõeluuringute juhtrühmas on arutatud selle vanusevahemiku laiendamise üle, on kahtlusi, kas Eesti suudab täita nõuet, et kõigile, kes saavad positiivse tulemuse, peavad olema kiiresti kättesaadavad endoskoopilised või radioloogilised uuringud.

Töötatakse välja sõeluuringuprogramme kopsuvähi ja eesnäärmevähi jaoks

2021. aastal tehtud teostatavusuuringu järel laiendati 2022. ja 2023. aastal kopsuvähi sõeluuringu katseprogrammi, et hõlmata enamik Tartu maakonna perearstikabinette. Tartu maakonna perearstid ja -õed esitasid 55–74aastastele inimestele küsimusi suitsetamise ja kopsuvähi esinemise kohta perekonnas ning suunasid suure riskiga patsiendid väikesedoosilise kompuutertomograafia uuringule, et teha kindlaks võimalik kopsuvähk. Tänu esmatasandil toimunud süstemaatilisele osalejate otsimisele oli sihtrühma kuulunud inimeste osalusmäär 87 %, mis näitab, et see lähenemisviis võib olla tõhus (OECD, 2024a). 2024. aastal jätkus programm Tartu maakonnas, kuid arutatakse ka laienemist Ida-Viru maakonda. Eesmärk on käivitada 2027. aastaks riiklik rahvastikupõhine sõeluuringuprogramm, mida rahastab Tervisekassa.

Käimas on eesnäärmevähi sõeluuringu teostatavusuuring. 2024. aasta aprillis alustas Tervise Arengu Instituut kutsete saatmist enam kui 13 000-le Tallinnas või Tartus elavale 50–69aastasele mehele, kes ei ole teinud viimase 12 kuu jooksul prostata-spetsiifilise antigeeni (PSA) testi ja kellel ei ole kunagi olnud eesnäärmevähi. Kõrge PSA tasemega mehed suunatakse uroloogi juurde, kes küsitleb patsienti, hindab riske ja saadab kõrge riskiga isikud magnetresonantsomograafia (MRI) uuringule. See programm on oluline areng, kuna eesnäärmevähi on Eesti meestel enim diagnoositud vähivorm ja Eesti on eesnäärmevähi suremuse poolest ELi riikide seas kolmandal kohal.

5. Vähiravi toimivus

5.1. Kättesaadavus

Eesti tervishoiusüsteemis on probleemiks pikad ooteajad; vähitõrje tegevuskavas on kavandatud eesmärkide süstemaatiline jälgimine

Eesti oli 2023. aastal ELis riik, kus rahuldamata vajadusest arstiabi järele teatas suurim osa elanikkonnast – 13 % võrreldes ELi keskmise 2 %ga –, ehkki see osakaal on viimastel aastatel kahanenud. Linnapiirkondades elavad inimesed teatasid pidevalt suuremast rahuldamata vajadusest eriarstiabi järele kui maapiirkondades elavad inimesed. Kui kuludel ja arstiabi kaugusel oli väike roll, siis enam kui 90 % rahuldamata vajadusest teatanud inimestest nimetas peamise põhjusena ooteaegu (Riigikontroll, 2022).

Kuigi 2011. aastal seati vähiravi ooteajaga seoses eesmärk alustada kiiritusravi 28 päeva jooksul alates vähi diagnoosimisest, ei ole ooteaegu veel süstemaatiliselt analüüsitud. Vähitõrje tegevuskavas 2021–2030 on kindlaks määratud maksimaalsed ooteajad raviprotsessi eri osades alates esma- ja teise tasandi arstiabist kuni vähikeskuseni ja ravi alustamiseni (sotsiaalministeerium ja Tervise Arengu Instituut, 2021). Andmetaristus esinevate lünkade tõttu ei ole keskmist ooteaega võimalik arvutada, kuid selle võimaldamiseks on käimas tervise infosüsteemi läbivaatamine.

Eesti otsib digitaalseid lahendusi, et kiirendada diagnoosi- ja raviotsuste tegemist. Nende hulka kuuluvad perearstide ja spetsialistide vahelised e-konsultatsioonid patsientidele, mis moodustasid 2021. aastal üle 40 % arstide ja õdede töökoormusest (Tervise Arengu Instituut, 2023a). Lisaks aitaks riiklik veebipõhine broneerimisteenus valitsusel jälgida, millistel tervishoiuteenustel on pikemad ootenimekirjad, ja analüüsida selle põhjuseid.

Hoolimata sellest, et rahalised takistused vähiravi pakkumisel on väikesed, võivad erinevused tööaliste inimeste kindlustuskattes põhjustada viivitusi diagnoosimisel

Rahaliste vahendite piiratus ei tekita Eestis olulisi takistusi juurdepääsul vähiravile. Kohaldatakse omaosalust, kuid seda hoitakse nii ravi kui ka

ravimite puhul väiksena. Ravimite puhul, millega ravitakse raskeid, eluohtlikke või valutakitavaid haigusi, nagu vähktõbi, tasuvad patsiendid 2,5 euro suuruse fikseeritud omaosaluse, mitte teatud protsendi ravimi hinnast. Kui aasta jooksul makstud omaosaluse kogusumma ületab 100 eurot, on võimalik saada lisahüvitist. Omaosaluse arvutamine ja arvestamine toimub ostu hetkel automaatselt, kasutades ulatuslikku tervisesüsteemi digitaristut. Sotsiaalkindlustus on seotud Eestis tööalase staatusega (kuid hõlmab lapsi ja pensionäre). Sellega seoses oli 2022. aastal 5 % Eesti elanikest kindlustamata (Tervise Arengu Instituut, 2023a). Kuigi patsiendid on pärast vähidiagnoosi saamist kindlustatud invaliidsushüvitiste kaudu, võib muret tekitavate sümptomite esinemise korral arstivisiit kindlustuskatte puudumise tõttu viibida.

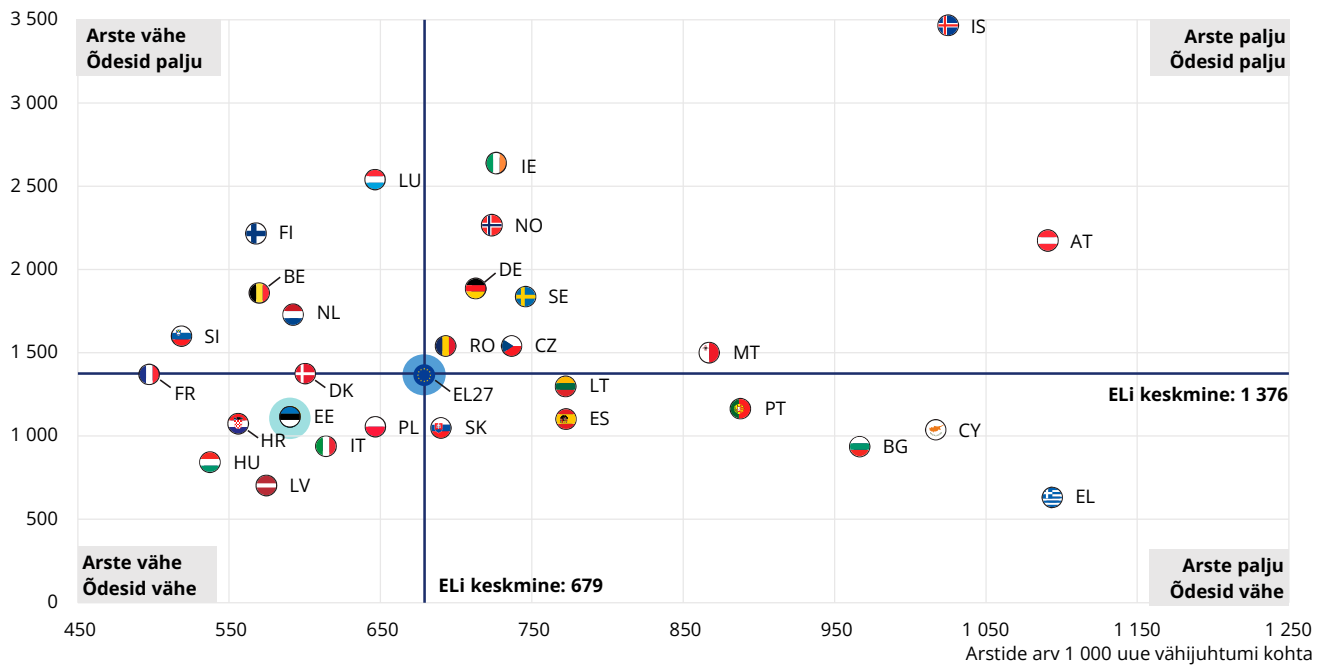
Eesti on suurendanud vastuvõttu meditsiiniõppesse, et tegeleda olulise tööjõupuuduse probleemiga

Eesti tervishoiusüsteemi murekohana on pidevalt esile tõstetud tervishoiutöötajate nappust. 2021. aastal oli Eestis 100 000 elaniku kohta 347 arsti, mis jääb 17 % alla ELi keskmise. Võttes arvesse vähktõve esinemissagedust, on Eestis arste 1000 uue vähijuhtumi kohta 13 % vähem kui ELis keskmiselt (Joonis 13). Peale selle arstikond vananeb ning peremeditsiini ja psühhiaatria valdkonnas, eriti väljaspool suuremaid linnu, valitseb arstide nappus, mis võib põhjustada lünki ravi integreerimisel ning vähipatsientidele ja vähktõvest jagusaanutele pakutava toe kättesaadavuses.

2023. aastal oli riigis 56 onkoloogi ehk neli onkoloogi 100 000 elaniku kohta, kuigi täistööajale taandatud töötajate arv oli väiksem. Radioloogide oli 100 000 elaniku kohta 15 ja see arv ei ole vaatamata suurenenud nõudlusele 2013. aastaga võrreldes eriti muutunud. Radioloogide nappust on nimetatud ka takistusena kopsuvähi sõeluuringu programmi laiendamisel (vt punkt 4), eriti kuna uuenduslikke lahendusi, nagu tehisintellekti kasutamine analüüsimisel, peetakse täiendavateks lahendusteks, mis ei asenda spetsialiste (Alloja et al., 2023).

Joonis 13. Eestis on uute vähijuhtumite arvu arvesse võttes vähem õdesid ja arste kui ELis keskmiselt

Õdede arv 1 000 uue vähijuhtumi kohta



Märkused. Andmed õdede kohta hõlmavad kõiki õdede kategooriaid (mitte üksnes neid, mis vastavad ELi kutse kvalifikatsioonide tunnustamise direktiivile). Andmed on praktiseerivate õdede kohta, välja arvatud Portugal ja Slovakkia, kelle andmed osutavad ametialaselt aktiivsetele õdedele. Kreeka puhul on õdede arv hinnatud tegelikust väiksemaks, kuna arvesse on võetud üksnes haiglates töötavaid õdesid. Portugali ja Kreeka puhul hõlmavad andmed kõiki tegevusloaga arste, mis tähendab, et praktiseerivate arstide arv on hinnatud tegelikust palju suuremaks. ELi keskmine on kaalumata keskmine. Allikas: OECD 2024. aasta tervisetatistika. Andmed on 2022. aasta kohta või viimase aasta kohta, mille andmed on kättesaadavad.

2022. aastal oli Eestis 100 000 elaniku kohta 658 õde, mida on 22% vähem kui ELis keskmiselt. See teeb 1121 õde 1000 vähijuhtumi kohta, mis jääb 19% alla ELi keskmise. Õdede arv 100 000 elaniku kohta on suurenenud alates 2013. aastast peaaegu 100 võrra. 2023. aastal töötas onkoloogiakliinikutes kokku 177 õde (12,9 õde 100 000 elaniku kohta) (Tervise Arengu Instituut, 2024a).

Kõnealuse nappuse leevendamiseks suurendas Eesti 2023. aastal kuuendiku võrra (700ni) õenduse õppekohtade miinimumarvu, kuigi kulub aastaid, et see kajastuks suuremas tööjõus (Tervise Arengu Instituut, 2023a). Eestis on kasutatud mõningal määral ka võimalust jagada ümber tööülesanded, et laiendada õdede rolli, kuna pereõded on sageli esimene kontaktpunkt esmatasandi tervishoius, ning eriõdede (magistrikraadile vastava kvalifikatsiooniga) teenust on hakatud rahastama eraldi teenusena kõigil ravitasanditel. Õdede onkoloogiaalane eriväljaõpe toimub siiski peamiselt töökohal, mis tähendab võimalikku lünka koolituskavas võrreldes mõne teise Euroopa riigiga. Eesti Onkoloogiaõdede Ühing, mis on Eesti Õdede Liidu allorganisatsioon, määrab kindlaks koolitusprogrammide eesmärgid ja sisu ning annab soovitusi õdede heaolu ning patsientide ja nende hooldajate ohutuse parandamiseks (sotsiaalministeerium ja Tervise Arengu Instituut, 2021).

Varasema diagnoosimise saavutamiseks on vaja pöörata suuremat tähelepanu terviseteadlikkusele ja diagnostiliste uuringute kättesaadavusele

2021. aastal diagnoositi Eestis üle poole vähijuhtudest 70aastastel ja vanematel inimestel, kusjuures peaaegu veerand rinnavähi juhtudest diagnoositi 75aastastel ja vanematel, mis osutab vajadusele teha vanuseliselt piiratud sõeluuringuprogrammidele lisaks jõupingutusi varajase diagnoosimise vallas (Tervise Arengu Instituut, 2024a). Vähitõrje tegevuskavas 2021–2030 on seatud eesmärk suurendada elanikkonna teadlikkust vähisümptomitest, parandades seeläbi õigeaegset jõudmist perearsti juurde, kes suunab ligipääsu tervishoiusüsteemile, ning seejärel õigeaegset vähktõve diagnoosimist ja staadiumi määramist. Selleks töötatakse välja standardsed patsienditeekonnad alates esmasest pöördumisest kuni ravi alustamiseni (sotsiaalministeerium ja Tervise Arengu Instituut, 2021).

2021. aastal diagnoositi umbes pooltel vähipatsientidel lokaalne kasvaja enne selle levimist külgnevatesse kudedesse; viiendikul meestest ja enam kui kuuendikul naistest olid siiski diagnoosimise ajal juba kaugmetastaasid. Eriti valmistab muret kõhunäärmevähk, mille puhul olid metastaasid ligikaudu pooltel

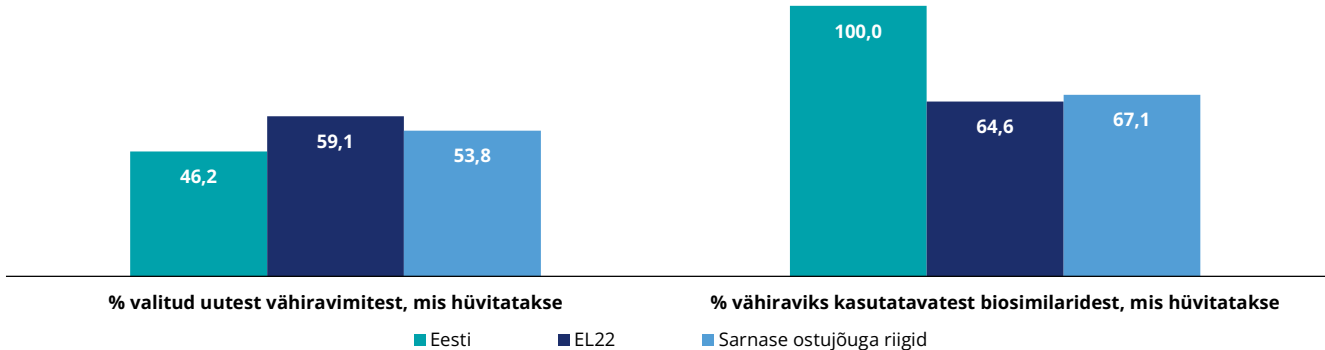
patsientidel. Sapipõievähi, söögitoruvähi või maksavähiga naiste ning kopsuvähiga meeste seas oli kaugemetastaasidega juhtumite osakaal üle 40 % (Zimmermann et al., 2024).

2022. aastal oli Eestis pildidiagnostikaseadmeid elaniku kohta vähem kui ELis keskmiselt ning 100 000 elaniku kohta tehti vähem kompuutertomograafia (3 % vähem), magnetresonantstomograafia (33 % vähem) ja positronemissioontomograafia uuringuid (58 % vähem). Selleks et parandada juurdepääsu diagnoosimisele, eelkõige piirkondades, mis asuvad suurematest haiglatest kaugemal, ostab Eesti Vähiliit mobiilse kompuutertomograafia skänneri, kasutades heategevusorganisatsioonidelt saadud rahalisi vahendeid (Heinsalu, 2024). See toetab ka kopsuvähi sõeluuringu programmi laiendamist, tagades juurdepääsu diagnostilistele uuringutele, eelkõige maapiirkondades (vt punkt 4).

Pikk aeg, mis kulub ravimi hüvitatavate ravimite loetellu kandmiseks, võib takistada juurdepääsu uutele ravimitele

Eestis on nimetatud probleemina juurdepääsu uutele ravimitele, kuna paljudest uuetest ravimitest, mis on mujal Euroopas kättesaadavad, saavad Eestis riiklikult hüvitatavad ravimid alles palju hiljem. Seda seostatakse sellega, et väikeses riigis kulub taotluste läbivaatamiseks ja hinnaläbirääkimisteks rohkem aega. Uute ravimite heakskiitmisest Euroopa Raviametis (EMA) kuni hüvitamiseni Eestis kulus 559 päeva, mida on rohkem kui ELi keskmine 516 päeva. Riik hüvitab või katab valitud kliiniliselt tõhusatest uuematest vähiravimitest 46 %, mida on vähem kui keskmiselt ELis (59 %) ja sarnase ostujõuga riikides (54 %) (Joonis 14). Mõnel juhul kasutatakse Eestis müügiloata ravimite ja ettenähtust erinevalt kasutatavate ravimite / hüvitamisele mittekuuluvate näidustuste puhul patsiendipõhist hüvitamist, et tagada varajane juurdepääs. Lisaks kohaldatakse Eestis umbes poolte uuemate ravimite puhul seoses patsiendi õigusega ravimi hüvitamisele rohkem piiranguid kui on näinud ette Euroopa Raviamet ravimi heakskiitmisel (OECD, 2024a).

Joonis 14. Kuigi tõendid näitavad, et Eesti tagab juurdepääsu biosimilaridele, jääb uuemate ravimite hüvitamine maha keskmisest ELis ja sarnase ostujõuga riikides



Märkused. Analüüs hõlmab valimit, kuhu kuuluvad kümme uut kliiniliselt tõhusat rinnavähi ja kopsuvähi ravimit, mida kasutatakse kolmeteistkümne näidustuse puhul, ning kolme vähiravimi (bevatsisumaab, rituksimab, trastusumaab) üheksateist biosimilarit, millel on 26. märtsi 2023. aasta seisuga kehtiv Euroopa Raviameti müügiluba. Andmed kajastavad nende ravimite ja biosimilaride osakaalu, mis olid kantud 1. aprilli 2023. aasta seisuga riiklikku hüvitatavate ravimite loetellu. Riigid on jaotatud tertsiihidesse, võttes aluseks 2022. aasta SKP elaniku kohta ostujõu standardina. Eesti jaoks on sarnase ostujõuga riigid Bulgaaria, Horvaatia, Kreeka, Läti, Poola, Portugal ja Ungari. ELi keskmine on kaalumata keskmine.

Allikas: Hofmarcher, Berchet ja Dedet (2024), „Access to oncology medicines in EU and OECD countries“, OECD Health Working Papers, nr 170, OECD Publishing, Pariis, <https://doi.org/10.1787/c263c014-en>.

Samal ajal hüvitati Eestis kõik valimisse valitud kolme vähiravimi 19 biosimilarit, millel oli kehtiv Euroopa Raviameti müügiluba, võrreldes keskmiselt 67 %ga sarnase ostujõuga riikides. Selle põhjuseks on asjaolu, et biosimilare ei hüvitata mitte kaubamärgi, vaid toimeaine alusel; kaubamärgi valik sõltub hanke tulemustest.

Juurdepääs kliinilistele uuringutele on Eestis keskmiselt väiksem kui teistes riikides, mis võib olla tingitud sellest, et paberimajanduse, eetiliste aspektide hindamise ja kohalikku keelde tõlkimise kulud on väikestes riikides suuremad. Olukorra parandamiseks luuakse riiklik vähikeskus, mis tõhustab teadus- ja arendustegevust, hõlbustab kõigi sidusrühmade koostööd ning hakkab tegutsema rahvusvaheliste kliiniliste ja

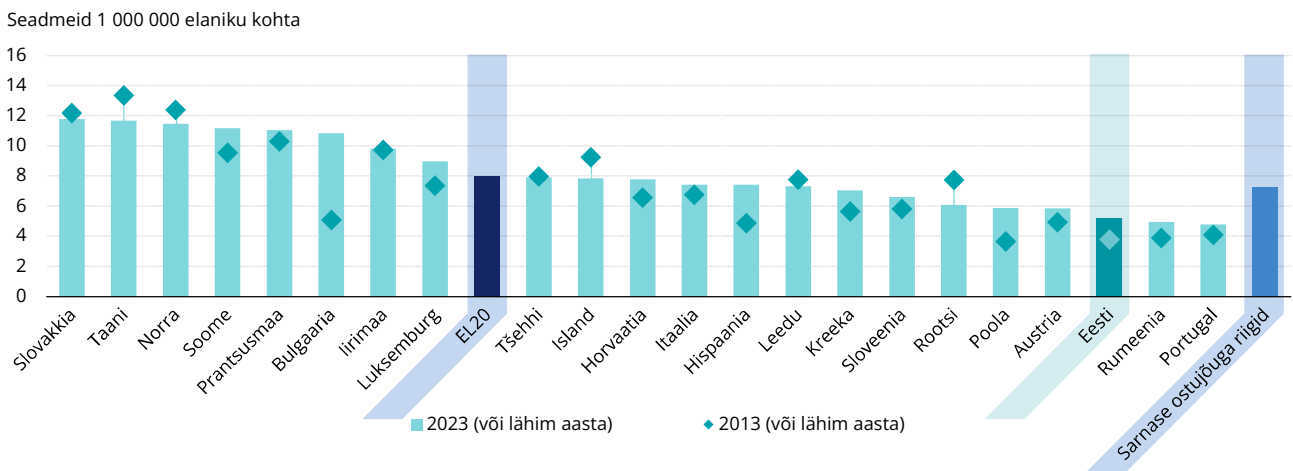
teadusuuringute keskusena, et saada Euroopa Liidu kõikehõlmava vähikeskuse akrediteering (sotsiaalministeerium, 2023).

Eesti hindab kiiritusravi optimaalseks kasutamiseks vajadusi, et tagada piisavate seadmete kättesaadavus

2023. aastal oli Eestis seitse kiiritusraviseadet, mis tähendab, et varustatus inimese kohta on 35 % väiksem kui ELi keskmine (Joonis 15). 2024. aastaks oli Eesti ostanud seadmeid juurde, lähenedes sellega ELi keskmisele. Kõik seadmed on suhteliselt uued, vaid kaks on vanemad kui 15 aastat. Probleemiks võib olla geograafiline ligipääsetavus, sest kiiritusravi pakutakse ainult Tallinna ja Tartu vähikeskuses ning sageli peab patsient viibima seal kaua, et saada mitu päeva järjest väikeseid annuseid.

Rinnavähi diagnoosiga naiste seas korraldatud uuring näitas, et kiiritusravi saamine 12 kuu jooksul pärast esmast operatsiooni oli sagedasem kõrgema haridustasemega naiste ja abielus naiste seas, kuid ei sõltunud geograafilisest elukohast. Uuring näitas ka seda, et kiiritusravi kasutamine on aja jooksul märkimisväärselt kasvanud: 39 %-lt aastatel 2007–2009 diagnoosi saanud patsientidest 58 %-le aastatel 2016–2018 diagnoosi saanutest, mis on kooskõlas kättesaadavate seadmete arvu suurenemisega (Shahrabi Farahani, Paapsi & Innos, 2021). Käimas on analüüs, et hinnata kiiritusravi praegust kasutamist eri vähipaikmete puhul, võttes arvesse rahvusvahelisi soovitusi optimaalse kasutamise kohta. Selle raames hinnatakse vajadust kiiritusravi järele kuni aastani 2040 ning praegust ja tulevast vajadust seadmete ja töajõu järele.

Joonis 15. Eestis on vähem kiiritusraviseadmeid kui ELis keskmiselt



Märkused. Suur enamus kiiritusraviseadmetest ELi liikmesriikides asub haiglates. Portugali ja Prantsusmaa andmed hõlmavad ainult haiglates asuvaid seadmeid, teiste riikide andmed on kõigi seadmete kohta. Riigid on jaotatud tertsiilidesse, võttes aluseks 2022. aasta SKP elaniku kohta ostujõu standardina. Eesti jaoks on sarnase ostujõuga riigid Bulgaaria, Horvaatia, Kreeka, Poola, Portugal, Rumeenia ja Slovakkia. ELi keskmine on kaalumata keskmine. Allikas: OECD 2024. aasta tervisestatistika.

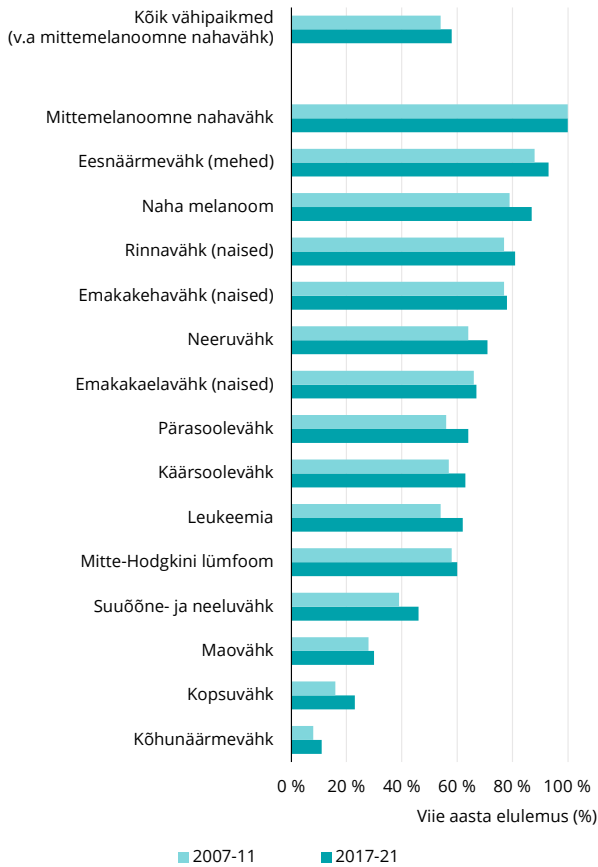
5.2. Kvaliteet

Elulemus on mitme vähivormi puhul Eestis paranenud

Vähipatsientide elulemus on üks peamisi Eesti vähitõrje tegevuskava 2021–2030 tulemusnäitajaid, kuna see võimaldab terviklikult hinnata vähitõrjemeetmeid, hõlmates nii varajast diagnoosimist kui ka vähiravi tõhusust. Aastatel 2017–2021 oli kõigi Eestis diagnoositud vähijuhtude (v.a mittemelanoomne nahavähk) puhul ühe aasta suhteline elulemus 74 %, viie aasta suhteline elulemus 58 % ja kümne aasta suhteline elulemus 53 %. Võrreldes 2007.–2011. aastal diagnoositud vähijuhtudega oli viie aasta elulemus paranenud kõige rohkem nahamelanoomi, pärasoolevähi ja leukeemia puhul (8 protsendipunkti) (Joonis 16).

Eesti eesmärk on jõuda elulemuse näitajateni, mis on lähedal Põhjamaade näitajatele. Mõne vähipaikme puhul on see juba saavutatud, kuid teiste, sealhulgas mitte-Hodgkini lümfoomi ning pea- ja kaelavähi puhul, on veel puudujääke. Ehkki enamiku vähipaikmete puhul oli elulemus naiste seas suurem kui meeste seas, on mõne puhul (kõhunäärme-, mao-, käärsoole- ja neeruvähk) erinevus vähenenud, mis on üks vähitõrje tegevuskava 2021–2030 eesmärke (Zimmermann et al., 2024).

Joonis 16. Viie aasta elulemus paranes 2017.–2021. aastal diagnoositud vähijuhtude puhul 2007.–2011. aastal diagnoositud vähijuhtudega võrreldes 4 protsendipunkti



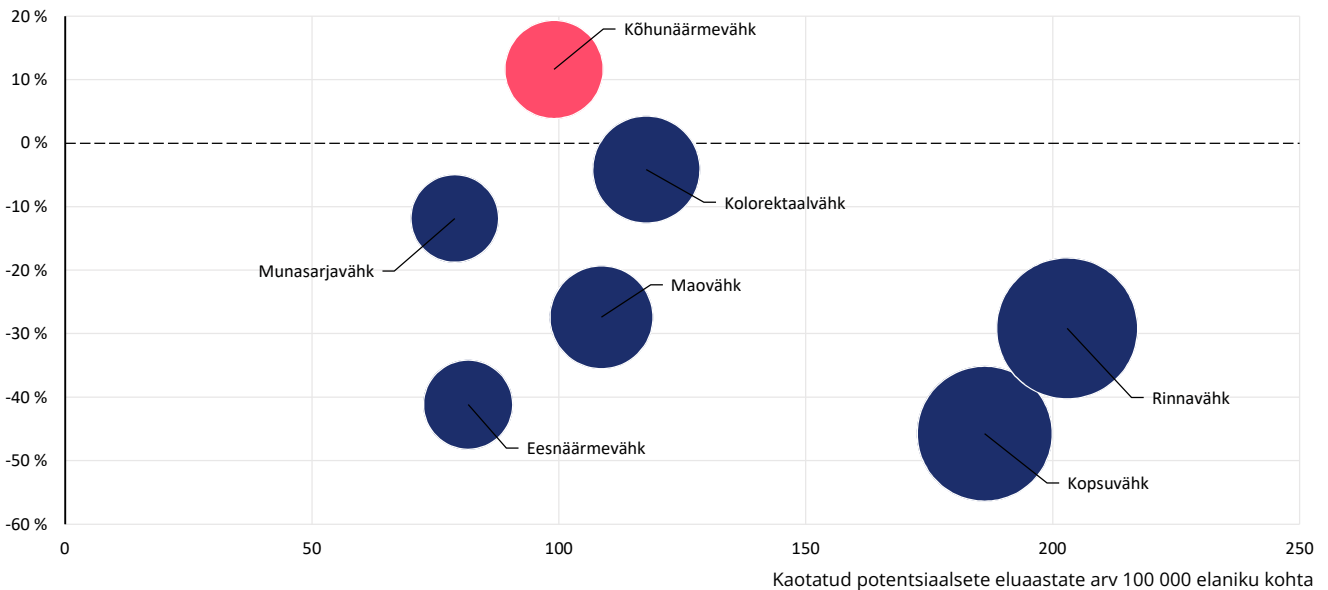
Allikas: Zimmermann et al. (2024).

Kõige rohkem potentsiaalseid eluaastaid kaotati Eestis kopsuvähi tõttu

Lisaks elulemusandmetele on näitaja, mis võimaldab mõõta erinevate vähivormide mõju ühiskonnale, kaotatud potentsiaalsed eluaastad, sest see suurendab nooremate inimeste seas esinevate vähisurmade kaalu. Aja jooksul eri vähipaikmete puhul toimunud muutused kaotatud potentsiaalsete eluaastate arvus võivad osutada sellele, et vähiravisüsteem on tänu enneaegse suremuse vähendamisele paranenud. Eesti elanikud kaotasid 2022. aastal vähktõve tõttu 1283 potentsiaalset eluaastat 100 000 elaniku kohta, mida on 5 % vähem kui ELi keskmine ja 28 % vähem kui 2012. aastal. See näitaja oli meeste seas 58 % suurem kui naiste seas. 2022. aastal langes kõige enam aastaid – 186 eluaastat 100 000 elaniku kohta – kopsuvähi arvele, kuigi see näitaja oli vähenenud 2012. aastaga võrreldes 46 % (Joonis 17). Naiste seas kaotati rinnavähi tõttu 203 eluaastat 100 000 naise kohta. Kuigi enamiku vähivormide puhul täheldati kahanemistrendi, suurenes kõhunäärmevähi tõttu kaotatud eluaastate arv samal ajavahemikul 12 %.

Joonis 17. Kaotatud potentsiaalsete eluaastate arv on enamiku peamiste vähipaikmete puhul vähenemas

Muutus kaotatud potentsiaalsete eluaastate arvus (2012–2022 või lähim aasta) (%)



Märkused. Rinna-, emakakaela- ja munasarjavähi puhul hõlmab kaotatud potentsiaalsete eluaastate arv vaid naisi ja esnäärmevähi puhul üksnes mehi. Roosa ring tähendab kaotatud potentsiaalsete eluaastate arvu suurenemist aastatel 2012–2022 (või viimasel aastal, mille kohta andmed on kättesaadavad), sinised ringid tähendavad vähenemist. Ringide suurus on võrdeline kaotatud potentsiaalsete eluaastate arvu suurusega 2022. aastal. Allikas: OECD 2024. aasta tervisestatistika.

Kuigi inimesekeskust peetakse oluliseks, on vaja jõupingutusi suurendada

Eestis minnakse vähivõit üle personali-seeritud, väärtuspõhisele ja patsiendikesksele lähenemisviisile, mille kohaselt peaksid olema ravi ja selle talutavuse hindamise lahutamatu osa patsiendi poolt teatatud ravitulemused. Eestis on vähikeskustes ellu viidud mitu asjakohast katseprojekti ning selle lähenemisviisi rakendamist rinna- ja kopsuvähki põdevate patsientide puhul peetakse teostatavaks. Sellest hoolimata ei koguta patsientide teatatud ravitulemusi ja ravikogemusi tsentraalselt riigi tasandil ning puudub üldine mudel nende ravitulemuste jälgimiseks – see on vajakajäämine, mis püütakse vähitõrje tegevuskavaga 2021–2030 kaotada.

Käivitatud on mitu inimesekeskust edendavat algatust, nagu e-platvorm KAIKO, mille eesmärk on toetada patsienti kodus ning hõlbustada pidevat suhtlemist ja sümptomitest teatamist patsiendi

ja tervishoiuteenuse osutaja vahel. Tervikliku patsienditeekonna tagamiseks on vähikeskustes loodud õe-koordinaatori teenus, et patsiendil oleks üks kontaktisik, kellele ta saab helistada kogu ravi vältel. Patsiendikeskust on kavas veelgi arendada, parandades patsienditeekonda alates vähikahtlusest kuni ravijärgsesse perioodi, sealhulgas patsientide rahulolu mõotmist eri etappides. Mõningaid edusamme on juba tehtud: kopsuvähi diagnoosiga patsientide jaoks on välja töötatud spetsiifiline raviteekond ja patsientide organisatsioonid on kaasatud juhtorganite tegevusse, näiteks ravijuhiste väljatöötamiseks. Nähes võimalusi kasutada oma digitaliseeritud tervishoiusüsteemi ja parandada geneetilise teabe kättesaadavust, et teha paremaid raviotsuseid, on Eesti alustanud jõupingutusi teatavate ravi aspektide personaliseerimiseks, et suurendada tõhusust konkreetse patsiendi vaatenurgast (tekstikast 2).

Tekstikast 2. Eesti digitaalne tervise infosüsteem võimaldab arendada personaalmeditsiini, et paremini suunata vähitõve sõeluuringuid ja ravi

Inimesekeskus ja personaalmeditsiin on üks viiest Eesti e-tervise strateegia fookusvaldkonnast. Eesti ühtne tervise infosüsteem sisaldab kõiki terviseandmeid, sealhulgas 20 % täiskasvanud elanikkonna genoomiandmeid, mis annab võimaluse teha paremaid ennetus- ja raviotsuseid. Tervise Arengu Instituut juhtis Euroopa Regionaalarengu Fondi toel aastatel 2019–2023 projekti, et suurendada valmisolekut personaalmeditsiini rakendamiseks. Tähelepanu keskmes olid infotehnoloogiasüsteemi ja õigusraamistiku väljaarendamine, tervishoiutöötajate koolitamine ja üldsuse teadlikkus. Esimesed teenused, mida kavatakse arendada, on rinnavähi ennetamine ja varajane avastamine ning personaalsed ravimisoovitused (Tervise Arengu Instituut, 2024d).

Eesti vaatab vähiravi kvaliteedi parandamiseks läbi ravikorralduse

Rakendades ulatuslikke tsentraliseerimis-meetmeid ja -kavu, korraldas Eesti ümber oma vähiravivõrgustiku – nüüd toimub täiskasvanute vähiravi enamjaolt riigi põhja- ja lõunaosas asuvas kolmes vähikeskuses. Väiksemad haiglad pakuvad peamiselt süsteemset ravi vähikeskuste järelevalve all. Kavas on edasine tsentraliseerimine ning arutatakse ideed jagada operatsioonid vähipaikmete kaupa haiglate vahel ära, et tagada piisava oskusteabe kättesaadavus.

2021. aastal viibisid vähipatsiendid Eestis haiglas keskmiselt 7,4 päeva, mida on rohkem kui ELi keskmine 6,9 päeva. Kuna pikemat haiglaravi seostatakse suuremate riskidega, on mitu Euroopa riiki, kus on olemas suutlikkus pakkuda operatsiooni läbinud patsientidele terviklikku järelravi, hakanud rakendama vähiravis rohkem päevakirurgiat, kui see on ohutu. 2022. aastal ei tehtud Eestis päevakirurgia osakonnas siiski ühtki täielikku mastektoomiat ja rinnanäärme ekstsioonidest tehti seal üksnes 13 %.

Eesti parandab vähiravi seiret täiustatud digitaalse tervishoiutaristu kaudu

Eestis on tehtud viimastel aastatel süstemaatiliselt vähiravi tulemuslikkuse seiret ja auditeid. Tervisekassal on kvaliteedinäitajate nõuandekogu, et töötada välja tulemustele suunatud tervishoiuteenused, kuid seire- ja infosüsteemides on mitmeid vajakajäämisi. Vähitõrje tegevuskavas 2021–2030 tunnustatakse lünka juhiste järgimise süstemaatilises järelevalves. Tänu digitaalsele tervise infosüsteemile saavad Eesti arstid otsuste tegemisel tõenduspõhist tuge, omades ligipääsu patsiendi tervisetabele, sealhulgas diagnoosidele ning teabele ravimite, analüüsides ja protseduuride kohta. Raviotsuste tegemises osalevad Eestis tavaliselt multidistsiplinaarses onkoloogilises konsiiliumis, keda rahastab Tervisekassa, kuigi praktika on konkreetsete juhiste puudumise tõttu erinev.

5.3. Kulud ja kulutõhusus

Vähktõve põhjustatud koormus tervishoiukulutustele on Eestis eeldatavasti väiksem kui ELis

Eesti tervishoiusüsteemi rahastab suure osas Tervisekassa, mis korraldab tervishoiuteenuste ostmist. Tegemist on poolautonoomse avalik-õigusliku organisatsiooniga, mis hangib enamiku rahalistest vahenditest palgafondimaksu kaudu, kuigi üha suurem roll on ka riigi tehtavatel ülekannetel. Eesti tervishoiukulutused osana SKPst on ühed ELi väiksemad (2022. aastal 7 %). 2022. aastal hüvitas Tervisekassa 51 000 inimese vähiravi, eraldades operatsioonide, ravi ja ravimite jaoks üle 171 miljoni euro (sotsiaalministeerium, 2023). Tervisekassa 2023. aasta finantsaruande kohaselt oli 15 % eriarstiabiaga seotud tervishoiukuludest seotud vähktõvega, mida on rohkem kui 2022. aasta 14 % (Tervisekassa, 2023). 2023. aastal moodustasid kallite vähiravijuhtude (maksumusega üle 104 000 euro) kulud 12 % kõigist kallite ravijuhtude kuludest.

OECD rahvatervise strateegilise planeerimise modelleerimise andmete kohaselt on kogukulutused tervishoiule aastatel 2023–2050 vähktõvest tingitud koormuse tõttu Eestis hinnanguliselt 3,6 % suuremad. See teeb aastas keskmiselt 37 eurot inimese kohta, mida on tunduvalt vähem kui EL 19 keskmine (242 eurot). Tuleb siiski märkida, et Eesti praegust rahastamismudelit ei peeta jätkusuutlikuks ning Eesti tervishoiusüsteemi peamised kapitalinvesteeringud on tuginenud ELi struktuurifondidele.

Arvestades suurenevat vähihaigestumust ja -elulemust, on oodata, et rohkem inimesi vajab tugiteenuseid pikemat aega, mis toob kaasa kulude kasvu. Prognooside kohaselt suurenevad vähiraviga seotud tervishoiukulutused elaniku kohta Eestis 2023.–2050. aastal 61 %, võrreldes 59 %ga ELis.

Käivitatud on kulutõhususe algatused, keskendudes sõeluuringute ja ravimite rahastamisele

Eestis on kasutatud seni vähem meetmeid vähiravi kulude piiramiseks, kuna pidevalt on rõhutatud vajadust parandada ravi kättesaadavust. Kulude piiramiseks varasema diagnoosimisega, mille järel ravi on odavam, eraldati 2023. aastal lisavahendeid sõeluuringuprogrammide jaoks, et laiendada vanusevahemikke, katsetada uuenduslikke lahendusi ja töötada välja uued programmid (vt punkt 4). Võrreldes 2022. aastaga

kasvasid sõeluuringuprogrammide jaoks eraldatud eelarvevahendid 2023. aastal rinnavähi puhul 5 %, emakakaelavähi puhul 13 % ja kolorektaalvähi puhul 19 % (Tervisekassa, 2023).

Ravimihindade tõusu tõttu on suurenenud ravimihindade mõju eelarvele. Uuemate vähiravimitega seotud kulude piiramiseks kohaldatakse umbes poolte ravimite hüvitamisel piiranguid – ravim hüvitatakse väiksema arvu näidustuste puhul, kui on heaks kiitnud Euroopa Raviamet (OECD, 2024a). Ravimite hüvitamine on toimeainepõhine, mis võimaldab haiglatel teha eelarvet mõjutavaid otsuseid ja osutab sellele, et rõhku pannakse eelarve jätkusuutlikkusele. Hüvitamisotsustes järgib Tervisekassa üldpõhimõtteid – näiteks peaks geneeriline ravim olema vähemalt 30 % ja biosimilar vähemalt 15 % odavam kui riiklikku retseptiravimite loetellu kantud originaalravim.

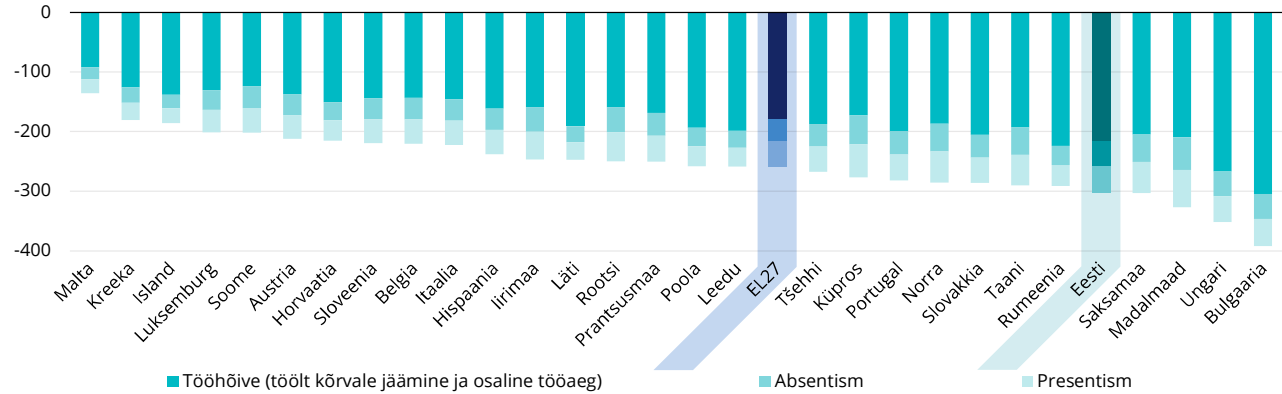
Vähktõbi mõjutab laialdaselt Eesti tööturгу ja majandust

Lisaks otsesele kahjule inimese tervisele, nagu haigestumise tagajärjed ja surm, ning vaimsele ja psühholoogilisele kahjule, mida vähktõbi põhjustab patsiendile ja tema lähedastele, tekitab vähktõbi märkimisväärset kaudset koormust ühiskonnale laiemalt. See tuleneb töölt kõrvalejäämisest, absentismist ja presentismist⁶ suurenenemisest, mille tulemuseks on mõju SKP-le ja sissetulekute vähenemine, mis mõjutab inimeste heaolu ja tervishoiuteenustesse investeerimiseks kättesaadava raha kogust. OECD rahvatervise strateegilise planeerimise modelleerimise andmete kohaselt on tööjõu kadu Eestis hinnanguliselt üks suuremaid ELis (Joonis 18). Aastatel 2023–2050 on kadu, mis on tingitud vajadusest vähendada vähi tõttu töötamist, Eestis eeldatavasti keskmiselt 213 täistööajale taandatud töötajat 100 000 elaniku kohta, mida on rohkem kui ELi keskmine 178 täistööajale taandatud töötajat 100 000 elaniku kohta. Samuti on oodata, et absentismist ja presentismist tingitud kadu on Eestis 89 täistööajale taandatud töötajat 100 000 elaniku kohta, mida on rohkem kui ELi keskmine 81 täistööajale taandatud töötajat 100 000 elaniku kohta.

6 Persentism viitab tootlikkuse vähenemisele, mis leiab aset siis, kui tööl viibiv töötaja ei ole haiguse, vigastuse või muu seisundi tõttu täielikult töövõimeline.

Joonis 18. Vähtkõbi avaldab aastatel 2023–2050 suurt mõju Eesti tööjõule, mille tulemuseks on keskmine aastane kadu suurusega enam kui 300 täistööajale taandatud töötajat 100 000 elaniku kohta

Vähist tingitud prognoositud kadu täistööajale taandatud töötajate arvuna 100 000 elaniku kohta (2023.–2050. aasta)



Märkus: ELi keskmine on kaalumata keskmine.

Allikas: OECD (2024b), „Tackling the Impact of Cancer on Health, the Economy and Society”, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Pariis, DOI: <https://doi.org/10.1787/85e7c3ba-en>.

5.4. Heaolu ja elukvaliteet

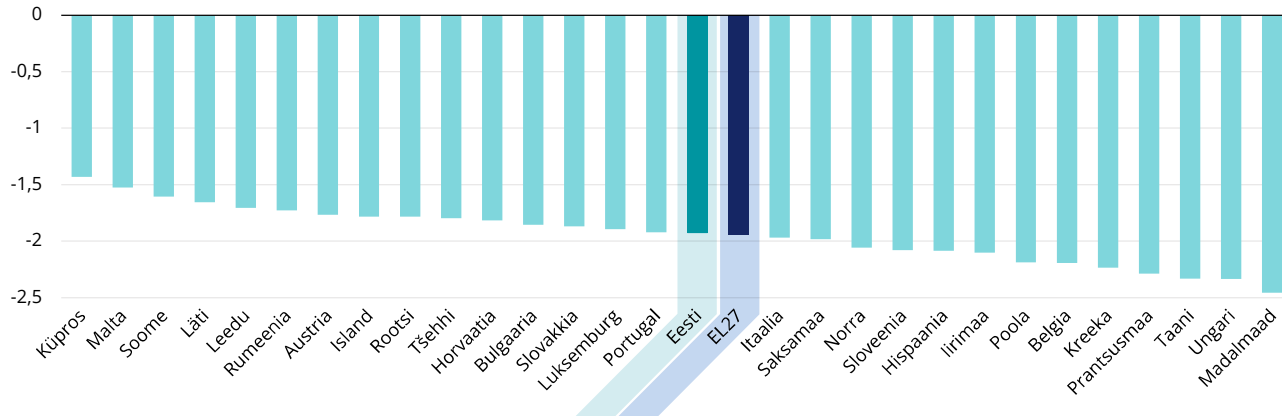
2020. aasta seisuga oli diagnoositud kunagi elu jooksul vähk enam kui 5 %-l Eesti elanikest

OECD rahvatervise strateegilise planeerimise modelleerimise andmete põhjal prognoositakse, et vähtkõbi vähendab aastatel 2023–2050 Eestis oodatavat eluiga võrreldes vähivaba stsenaariumiga 1,9 aasta võrra, mis sarnaneb ELi

keskmisega (Joonis 19). Peale selle seostatakse vähtkõbe oluliste vaimse ja füüsilise tervise probleemidega, mis mõjutavad nii patsienti kui ka tema lähedasi. Riiklike andmete põhjal oli 2020. aasta seisuga saanud oma elus vähidiagnoosi üle 67 000 inimese (5 % Eesti elanikkonnast), mis tõstab esile tugiteenuste kättesaadavuse tähtsuse, et parandada elukvaliteeti ja aidata inimestel toime tulla vähtkõbe mõjuga.

Joonis 19. Vähtkõbe mõju elanike keskmisele oodatavale elueale aastatel 2023–2050 on Eestis lähedal ELi keskmisele

Oodatava eluea vähist tingitud prognoositud vähenemine aastates (2023.–2050. aasta keskmine)



Märkus: ELi keskmine on kaalumata keskmine.

Allikas: OECD (2024b), „Tackling the Impact of Cancer on Health, the Economy and Society”, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Pariis, DOI: <https://doi.org/10.1787/85e7c3ba-en>.

Tugi- ja rehabilitatsiooniteenused kannatavad struktuuri puudumise tõttu

Avaldatud on kaks palliatiivse ravi juhendit, mis hõlmavad sümptomaatilist ravi, soovitusi konkreetsete juhtude käsitlemiseks ning interdistsiplinaarse ravi korraldamist, kaasates vaimse tervise keskused ja eriväljaõppe saanud spetsialistid. See on eriti oluline, võttes arvesse, et eelduste kohaselt suureneb aastatel 2023–2050

Eestis vanusestandarditud depressioonijuhtumite arv 100 000 elaniku kohta vähtkõbe tõttu 23 võrra aastas, mida on märksa rohkem kui 17 juhtumit 100 000 elaniku kohta ELis. Samal ajal on psühholoogilise toe kättesaadavust raskendanud tööjõupuudus, sest kuigi psühholoogide ja psühhoterapeutide arv suurenes 13-lt 100 000 elaniku kohta 2013. aastal 27-le 100 000 elaniku kohta 2023. aastal, on nõudlus hooldusasutustes ja

kogukonnas hüppeliselt kasvanud (Tervise Arengu Instituut, 2024a).

Eestis ei toimu süstemaatilist suunamist onkoloogilise rehabilitatsiooniteenuse pakkuja juurde eesmärgiga parandada vähipatsientide ja vähktõvest jagusaanute elukvaliteeti. Vaatamata mitmes valdkonnas tehtud edusammudele, puuduvad vähipatsientide viljakuse säilitamisega seotud meetmed ja vähktõvest jagusaanute õigus olla unustatud ning Eestis ei ole vähktõvest jagusaanute kliinikute organiseeritud võrgustikku. Järeldravi puhul sõltuvad patsiendid esmatasandi tervishoiusüsteemist.

Palliatiivse ravi kättesaadavus on piirkonniti erinev

Palliatiivne ravi, sealhulgas statsionaarne ja ambulatoorne palliatiivne ravi ning elulõpuravi, kuulub Eestis Tervisekassa hüvitatavate teenuste hulka. Ambulatoorsete teenuste ja hooldekodude puhul kohaldatakse omaosalust ning kasutajad tasuvad osa ravikuludest, näiteks opioidide ja muu valuravi eest. Patsiendid maksavad hooldekodudes ja hosiipsides ka voodipäevatasu.

2019. aastal osutati Eestis rohkem palliatiivse ravi teenuseid kui ELis keskmiselt. Neid teenuseid osutasid haiglad, kutseliidud ja patsientide ühendused, kusjuures alates 2020. aastast on 48 teenuseosutajat pakkunud koduõendusteenust (kõigis maakondades). Analüüsis leiti siiski, et teenused on jaotatud ebaühtlaselt ja juurdepääs, eelkõige vaimse tervise teenustele, on piirkonniti väga erinev. Äärealade elanikel on keeruline terviklikele teenustele ligi pääseda, kuna puudub hüvitis, sealhulgas reisikulude katmiseks.

Lisaks takistavad õigeaegset juurdepääsu tervishoiutöötajate vähene teadlikkus, koordineeritud palliatiivse ravi võrgustiku puudumine ja rahaliste vahendite nappus. Seega sõltub juurdepääs sageli patsiendi või tema hooldaja teadlikkusest. Vaja on paremat integreerimist, meeskonnatööd ja juhtumite haldamist, et vältida patsientide süsteemis kaotamist (HAAP Consulting, 2023).

Eesti töötab välja palliatiivse ravi teenuste mudelit, mis vastaks paremini patsientide vajadustele

Vähitõrje tegevuskavas 2021–2030 on püstitatud eesmärk parandada veelgi palliatiivse ravi kättesaadavust, koolitades tervishoiutöötajaid, suurendades patsientide ja töötajate teadlikkust ning tagades piisava rahastamise. Pidades esmatähtsaks vähipatsientide elukvaliteeti, on tegevuskavas ette nähtud riikliku palliatiivse ravi teenuste mudeli väljatöötamine. Eesti kavatseb

ühineda ELi algatustega tervishoiu ja palliatiivse ravi, sealhulgas pediaatrilise palliatiivse ravi valdkonnas. Tuginedes sotsiaalministeeriumi tellitud aruandele (HAAP Consulting, 2023), kujundatakse ümber palliatiivse ravi võrgustik, et jõuda kõikides piirkondades paremini patsientideni, pöörates tähelepanu esmatasandi arstiabi rollile ja mitteametlike hooldajate suuremale toetamisele. Selles strateegias on kesksel kohal koduõendus, mille eesmärk on vähendada haiglas viibimist, pakkudes hooldust kodus. Lisaks on vähitõrje tegevuskavas seatud eesmärk tagada patsientidele terviklik, kvaliteetne ja õigeaegne onkoloogilise rehabilitatsiooni teenus ning standardida selle teenusega seotud terminoloogia ning kodeerimis- ja hindamissüsteem.

Palliatiivse ravi alast koolitust pakutakse tervishoiutöötajatele osana meditsiiniharidusest, samal ajal soovitatakse palliatiivse ravi juhendis lisakoolitust, kuid see ei ole kohustuslik. Nõrgaks kohaks peetakse praktilise koolituse võimalusi. Palliatiivse ravi teenuste koolitusmudeli väljatöötamise raames on kavas koolitust laiendada, muuta see kohustuslikuks ja koostada spetsiaalne koolituskava koordinaatoritele.

Kuigi Tervisekassa teeb kõigi oma partnerite puhul kvaliteediauditeid ja tervishoiuteenuste osutajatel on seadusest tulenev kohustus teha patsiendikogemust käsitlevaid uuringuid, sealhulgas palliatiivse ravi ja elulõpuravi valdkonnas, puuduvad andmed konkreetsetelt vähipatsientidele mõeldud palliatiivse ravi kättesaadavuse ja kvaliteedi kohta riigis.

Suur osa elulõpuravist sõltub Eestis mitteametlikest hooldajatest, kuigi kavas on välja arendada spetsialistide võrgustik

Eestis pakutakse elulõpuravi kodus ja haiglates, hooldekodudes ja hosiipsides. Ravi võib juhendada pere- või eriarst, sealhulgas kaugkonsultatsiooni teel. Suur osa hoolduskoormusest jääb siiski mitteametlikele hooldajatele, kellel on õigus saada pereliikme hooldamise eest hüvitist vaid 80 % ulatuses kuni seitsme päeva eest. Puudub palgata puhkuse süsteem ja paindlikku töökorraldust ei toetata. Mitteametlikule hooldajale makstava rahalise toetuse määrab kindlaks omavalitsus, kes teeb otsuse toetuse saamise õiguse ja antava toetuse liigi kohta (Rocard & Llana-Nozal, 2022). Vähitõrje tegevuskavas 2021–2030 peetakse esmatähtsaks parandada elulõpuravi teenuste kättesaadavust, tagada, et tervishoiutöötajatel on palliatiivse ravi jaoks vajalikud oskused, arendada elu lõpus pakuvat psühholoogilist tuge ning reguleerida patsientidele ja peredele elulõpuraviga seotud otsuste kohta teabe andmist.

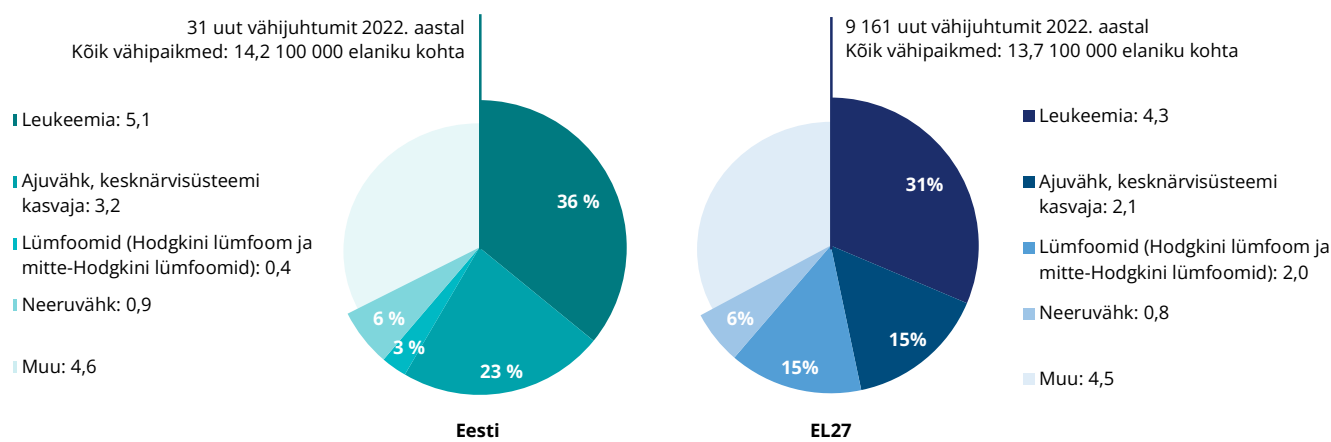
6. Pilguheit laste vähktõvele

Euroopa vähiteabesüsteemi andmete kohaselt oli 2022. aastal Eestis laste ja noorukite seas hinnanguliselt 31 vähijuhtumit. Haigestumus 0–14aastaste seas oli 2022. aastal hinnanguliselt 14,2 juhtumit 100 000 elaniku kohta, mis on sarnane 13,7 juhtumiga 100 000 elaniku kohta EL 27s (Joonis 20). Kõige sagedamini diagnoositud

vähk oli hinnangute kohaselt leukeemia (5 juhtumit 100 000 elaniku kohta), millele järgnesid ajuvähk ja kesknärvisüsteemi kasvaja, lümfoomid ja neeruvähk. Eurostati andmetest on näha, et laste vähktõvest põhjustatud suremus oli 2,9 inimest 100 000 elaniku kohta, ja see näitaja on olnud pidevalt üks ELi kõrgemaid.

Joonis 20. Laste vähihaigestumus on Eestis veidi suurem kui ELi keskmine

Hinnanguline vanusestandarditud haigestumus 100 000 elaniku kohta (0–14aastased) (2022)



Märkused. 2022. aasta näitajad on varasemate aastate haigestumussuundumustel põhinevad hinnangud ja võivad hilisematel aastatel täheldatud haigestumusest erineda. „Kõik vähipaikmed“ ei hõlma mittemelanoomset nahavähki. Allikad: Euroopa vähiteabesüsteem (vähihaigestumuse puhul), <https://ecis.jrc.ec.europa.eu> (vaadatud 10. märtsil 2022), © Euroopa Liit, 2024.

Eestis diagnoositakse ja ravitakse laste vähktõbe kahes laste hematoloogia-onkoloogia keskuses (Tartu Ülikooli Kliinikum ja Tallinna Lastehaigla). Eesti vähitõrje tegevuskavas 2021–2030 osutatakse meditsiinitöötajate ebapiisavale teadlikkusele sellest, et 0–18aastaste patsientide pahaloomuliste kasvaja diagnoosimist ja ravi juhib lasteonkoloog.

Enamik laste vähktõve puhul kasutatavaid raviviise on Eestis kättesaadavad. Lastest vähipatsientidel ei ole siiski võimalik saada riigis prootonkiiritusravi, samuti ei pakuta vähktõvest jagusaanud lastele ellujääja-spetsiifilist hooldust. Eesti vähikeskused tagavad juurdepääsu prootonravile läbi rahvusvahelise koostöö. Lisaks oli Euroopas aastatel 2010–2022 korraldatud 436st kliinilisest uuringust, milles osalesid vähki põdevad lapsed, alla 18aastastele Eesti elanikele ligipääsetav vaid 1 %, mis on üks ELi väiksemaid näitajaid. 68st pediaatria valdkonnas oluliseks tunnistatud ravimist oli Eestis 2018. aastal kättesaadav 59 %, mida on vähem kui ELi keskmine 76 %, kuid

rohkem kui 49 % naabruses asuvas Lätis ja Leedus (Vassal et al., 2021).

Eesti vähitõrje tegevuskavas 2021–2030 on lisaks kindlaks tehtud olulised lüngad sotsiaabisüsteemis lastevanematele, kelle laps on saanud vähidiagnoosi, sealhulgas ebapiisav tugi laste arengu tagamiseks pikaajalise haiglaravi ajal ja laste naasmisel lasteaeda või kooli ning haiglavälise psühholoogilise abi puudumine. Laste vähktõbi on üks vähitõrje tegevuskava 2021–2030 prioriteete. Tegevuskavas on seatud eesmärk parandada teenuste kättesaadavust, tõhustada koostööd rahvusvaheliste pädevuskeskustega ning suurendada vähki põdevate laste juurdepääsu kliinilistele uuringutele.

Alloja, J., et al. (2023), „Kopsuvähi sõeluuringu rakendamise efektiivsus ja kulutõhusus: tervisetehnoloogia hindamise raport TTH63“, Tartu Ülikool, Tartu.

De Angelis, R., et al. (2024), „Complete cancer prevalence in Europe 2020 by disease duration and country (EUROCare-6): a population-based study“, *Lancet Oncology*, 25(3):293-307, doi:10.1016/S1470-2045(23)00646-0.

ERR (2024), „Maria Suurna: sõeluuringul osalemine võib osutuda elupäästvaks“, ERR, 9. mai, <https://www.err.ee/1609336734/maria-suurna-soeluuringul-osalemine-voib-osutada-elupaastvaks>.

HAAP Consulting (2023), „Palliativse ravi korraldus Euroopas fookusega vaimse tervise teenustele ja ettepanekud Eestile“, HAAP Consulting, Tallinn.

Heinsalu, K. (2024), „Vähiliit saab rekordilise annetuse Piilmanni perekonna fondilt“, *MeditSiini uudised*, 5. märts, <https://www.mu.ee/uudised/2024/03/05/vahiliit-saab-rekordilise-annetuse-piilmanni-perekonna-fondilt>.

OECD (2024a), „Beating cancer inequalities in the EU: spotlight on cancer prevention and early detection“, *OECD Health Policy Studies*, OECD Publishing, Pariis, <https://doi.org/10.1787/14fdc89a-en>.

OECD (2024b), *Tackling the Impact of Cancer on Health, the Economy and Society*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/85e7c3ba-en>.

Riigikontroll (2022), „Eesti tervishoiu suundumused“, Riigikontroll, Tallinn.

Rocard, E., Llena-Nozal, A. (2022), „Supporting informal carers of older people: policies to leave no carer behind“, *OECD Health Working Papers*, nr 140, OECD Publishing, Pariis, <https://doi.org/10.1787/0f0c0d52-en>.

Shahrabi Farahani, F., Paapsi, K., Innos, K. (2021), „The impact of sociodemographic factors on the utilization of radiation therapy in breast cancer patients in Estonia: a register-based study“, *International Journal for Equity in Health*, 20(1):152, doi:10.1186/s12939-021-01497-0.

Sotsiaalministeerium (2023), „Sotsiaalministeeriumi konkursitaotlus vähitõrjega seotud teadus- ja arendustöö keskuse rajamiseks sai Vabariigi Valitsuselt 2,6 mln eurot“, sotsiaalministeerium, Tallinn, <https://www.sm.ee/uudised/sotsiaalministeeriumi-konkursitaotlus-vahitorjega-seotud-teadus-ja-arendustoo-keskuse>.

Sotsiaalministeerium ja Tervise Arengu Instituut (2021), „Vähitõrje tegevuskava 2021–2030“, sotsiaalministeerium ja Tervise Arengu Instituut, Tallinn.

Zimmermann, M., et al. (2024), „Cancer in Estonia: incidence 2021, survival 2017–2021 and cancer cases diagnosed in screening“, Tervise Arengu Instituut, Tallinn.

Tervise Arengu Instituut (2023), „Alkohol ja selle tarvitamine Eestis“, Tervise Arengu Instituut, Tallinn.

Tervise Arengu Instituut (2024a), tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas, <https://statistika.tai.ee/>.

Tervise Arengu Instituut (2024b), „Rahvastiku tervise arenguraamat 2024“, Tervise Arengu Instituut, Tallinn.

Tervise Arengu Instituut (2024c), „HPV kodutest on aidanud emakakaelavähi sõeluuringutel osalust jõudsalt kasvatada“, Tervise Arengu Instituut, Tallinn, <https://www.tai.ee/et/uudised/hpv-kodutest-aidanud-emakakaelavahi-soeluuringul-osalust-joudsalt-kasvatada>.

Tervise Arengu Instituut (2024d), personaalmeditsiin, Tervise Arengu Instituut, Tallinn, <https://www.tai.ee/et/personaalmeditsiin>.

Tervisekassa (2023), 2023. majandusaasta aruanne, Tervisekassa, Tallinn.

Vassal, G., et al. (2021), „Access to essential anticancer medicines for children and adolescents in Europe“, *Annals of Oncology*, kd 32/4, lk 560–568, <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2020.12.015>.

Riikide lühendid

Austria	AT	Iirimaa	IE	Leedu	LT	Portugal	PT	Sloveenia	SI
Belgia	BE	Island	IS	Luksemburg	LU	Prantsusmaa	FR	Soome	FI
Bulgaaria	BG	Itaalia	IT	Madalmaad	NL	Rootsi	SE	Taani	DK
Eesti	EE	Kreeka	EL	Malta	MT	Rumeenia	RO	Tšehhi	CZ
Hispaania	ES	Küpros	CY	Norra	NO	Saksamaa	DE	Ungari	HU
Horvaatia	HR	Läti	LV	Poola	PL	Slovakkia	SK		

European Cancer Inequalities Registry

Riigi vähiprofiil 2025

Vähktõve ebavõrdsuse register on Euroopa vähktõvevastase võitluse kava juhtalgatus. Sellest saab kindlat ja usaldusväärset teavet vähktõve ennetamise ja ravi kohta, et selgitada välja suundumused ning erinevused ja ebavõrdsus liikmesriikide ja piirkondade vahel. Register sisaldab veebisaiti ja andmetööriista, mille on välja töötanud Euroopa Komisjoni Teadusuuringute Ühiskeskus (<https://cancer-inequalities.jrc.ec.europa.eu/>), samuti vaheldumisi iga kahe aasta järel koostatavaid riiklike vähiprofiile ja üldist aruannet vähktõve ebavõrdsusest Euroopas.

Riikide vähiprofiilides tuuakse välja tugevad küljed, probleemid ja konkreetsed tegevusvaldkonnad kõigis 27 ELi liikmesriigis, Islandil ja Norras, et suunata Euroopa vähktõvevastase võitluse kava alusel investeringuid ja sekkumisi ELi, riigi ja piirkonna tasandil. Lisaks toetab Euroopa vähktõve ebavõrdsuse register nullsaaste tegevuskava 1. juhtalgatust.

Profiilid koostab Majanduskoostöö ja Arengu Organisatsioon (OECD) koostöös Euroopa Komisjoniga. Töörühm on tänulik riiklikele ekspertidele, OECD tervisekomiteele ja ELi vähktõve ebavõrdsuse registri eksperdirühmale väärtuslike märkuste ja ettepanekute eest.

Iga riigi terviseprofiilis esitatakse lühikokkuvõtte järgmisest:

- vähktõvest tulenev koormus riigis
- vähi riskitegurid, keskendudes käitumuslikele ja keskkonnast tulenevatele riskiteguritele
- varajase avastamise programmid
- vähiravi tulemuslikkus, keskendudes kättesaadavusele, ravi kvaliteedile, kuludele ja elukvaliteedile

Palume käesolevale väljaandele viidata järgmiselt:
OECD/European Commission (2025), „Riigi vähiprofiil: Eesti 2025“, ELi riikide vähiprofiilid, OECD Publishing, Pariis, <https://doi.org/10.1787/664a014c-et>.

Algselt avaldatud inglise keeles pealkirja all: OECD/European Commission (2025), EU Country Cancer Profile: Estonia 2025, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/bb4eec73-en>.

Mis tahes lahknevuse korral loetakse kehtivaks ainult ingliskeelne tekst.

© OECD/European Union 2025 selle Eesti väljaande jaoks.



Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

This work is made available under the Creative Commons Attribution 4.0 International licence. By using this work, you accept to be bound by the terms of this licence (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>).

Attribution – you must cite the work.

Translations – you must cite the original work, identify changes to the original and add the following text: *In the event of any discrepancy between the original work and the translation, only the text of original work should be considered valid.*

Adaptations – you must cite the original work and add the following text: *This is an adaptation of an original work by the OECD and the European Union. The opinions expressed and arguments employed in this adaptation should not be reported as representing the official views of the OECD or of its Member countries or of the European Union.*

Third-party material – the licence does not apply to third-party material in the work. If using such material, you are responsible for obtaining permission from the third party and for any claims of infringement.

You must not use the OECD's or European Commission's logo, visual identity or cover image without express permission or suggest the OECD or European Commission endorses your use of the work.

Any dispute arising under this licence shall be settled by arbitration in accordance with the Permanent Court of Arbitration (PCA) Arbitration Rules 2012. The seat of arbitration shall be Paris (France). The number of arbitrators shall be one.

