

Vähi varajane avastamine ja ravile suunamine

Pille Kuusepalu, Ingrid Hindrikson – Riigikontroll

Kuigi vähk on levinud haigus, avastatakse seda Eestis hilja ja patsiendi teekond ravi alguseni kestab soovituslikust kauem, leidis Riigikontroll oma äsja valminud auditis (1). Selle peamised põhjused on nii inimeste vähene hõlmatus sõeluuringutega kui ka viivitused, mis tekivad patsiendi raviteekonnal tervishoiusüsteemis.

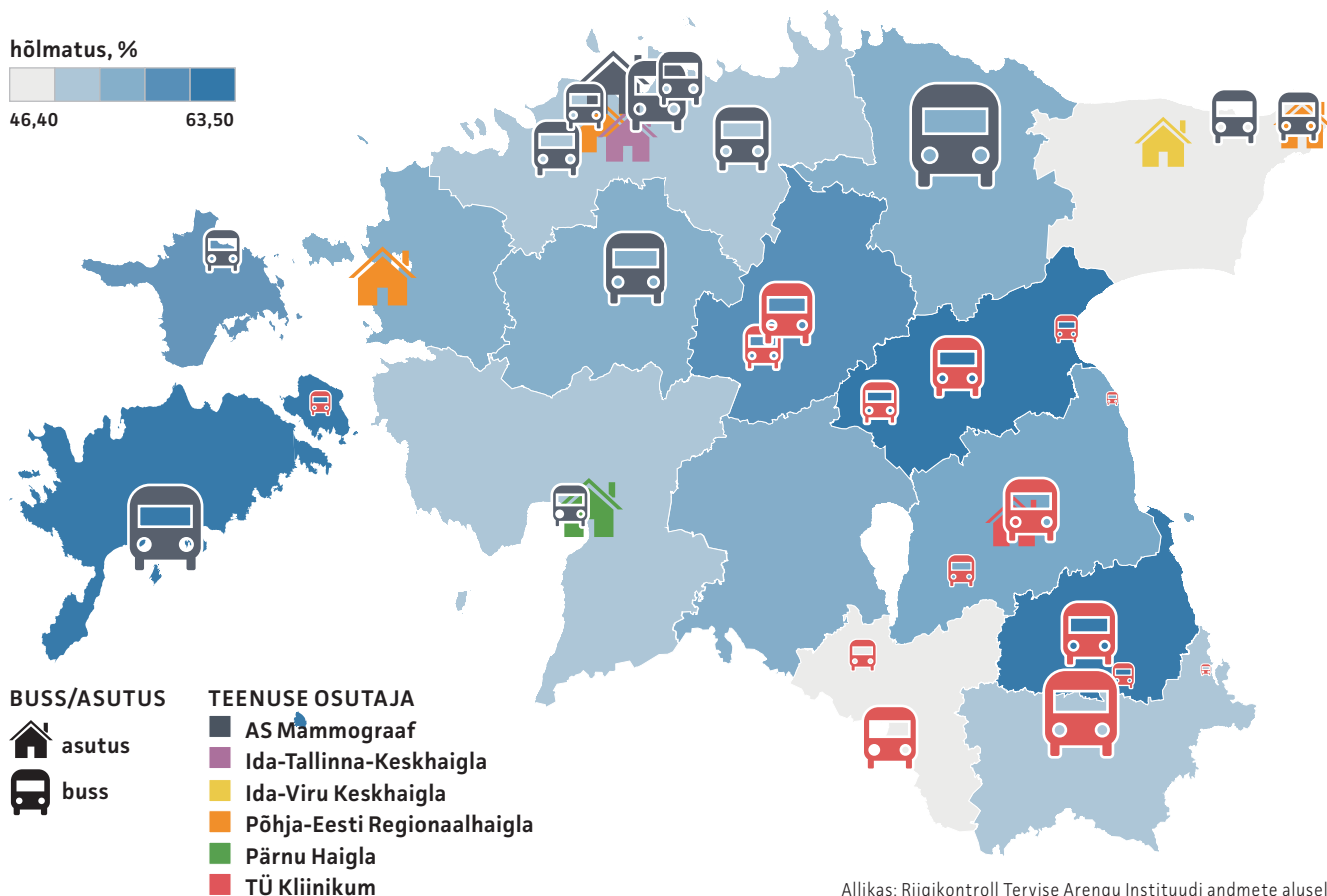
SÕELUURINGUTE KORRALDUS VAJAB TÕHUSTAMIST

Tõhusaks sõeluuringuga hõlmatuks peetakse sihtrühma vähemalt

70%-list osaluse määra, kuid Eesti näitajad jäävad sellele tunduvalt alla. Eestis oli rahvastikupõhiste sõeluuringutega hõlmatud 2020. aastal 52,2% rinnavähi, 42,2% emakakaela-vähi ja 49,8% jämesoolevähi uuringu sihtrühmadest. Ka 2019. aastal ei olnud sõeluuringuga hõlmatus märkimisväärselt suurem, ulatudes vastavalt 55%-ni, 46%-ni ja 53%-ni. Sõeluuringute statistika näitab osalemise määra suurt erinevust ka maakonniti, näiteks Ida-Virumaal ja Harjumaal on see kõikide sõeluuringute puhul olnud viimase viie aasta vältel alla Eesti keskmise.

Sõeluuringutele kui teenusele peab olema mugav ligipääs

Rinnavähi sõeluuringut saab teha mammograafiabussides, mis peatuvad Eesti eri paigus. Nii on teenus toodud inimestele lähemale. Busside peatumise ajad ja kohad on valitud ennekõike sellest lähtudes, et teenus ei ole piirkonnas muidu kättesaadav, kuid arvestatakse ka varasemat visiidiaegade täitumist piirkonnas. Vahetult enne bussi saabumist teavitatakse teenusest eri kanalite kaudu ja sihtrühmale saadetakse eraldi nn bussikutse. 2020. aastal peatusid mammograa-



Joonis 1. Rinnavähi sõeluuringu teenusepakkujad 2020. aastal ja sihtrühma hõlmatus sõeluuringuga maakonniti.

fiabussid korraga ühes paigas 1–35 tööpäeva.

Bussiteenuse pakkumine on suurendanud sihtrühma hõlmatust rinnavähi sõeluuringuga, sest kättesaadavus on parem ning teavitamine, uuringule kutsumine on vahetum. Sõeluuringus osalemine on üsna hea Saare-, Põlva- ja Jõgevamaal, kus osutataksegi vaid mammograafiabussi teenust (vt joonis 1, kus bussi suurus tähistab teenusepäevade arvu aastas).

Sõeluuringule registreerimine on piiratud. Praegu saab aega broneerida peamiselt telefoni teel, helistades selleks konkreetsele teenusepakkujale, üleriigilise digiregistratuuri kaudu seda teha pole võimalik. Samas teeks digiregistratuuri kaudu aegade broneerimise võimaldamine teenuse kättesaadavamaks, sest inimene saaks seal ise endale uuringuks aja ja koha valida või juba tehtud broneeringut kergesti muuta.

Sõeluuringute korraldus erineb paikmeti

Jämesoolevähi sõeluuringu korralduses on perearstil arvestatav roll ja kutsutul on esmane kontakt perearstikeskusega. Jämesoolevähi

sõeluuringu kutse on ainus, mille tavapostiga saadetava teate lõppu on lisatud perearsti nimi, mistõttu on kutse personaalsem. Perearstil on ka otsene huvi patsiente nõustada, kuna see on seotud nende kvaliteedisüsteemiga. See on positiivselt mõjutanud ka jämesoolevähi sõeluuringu hõlmatust.

Perearstide rolli tasuks suurendada ka teistele sõeluuringutele kutsumises. Näiteks võiks sõeluuringute kutsed isiklikumaks muuta, lisades kõigi kutsete alla perearsti nime (2). Üks võimalus on teha perearsti meeskonna ülesandeks võtta ühendust nende sihtrühma liikmetega, kes pole pikka aega sõeluuringus osalenud. Samuti on perearstiabile iseloomuliku personaalsema lähenemise tõttu lihtsam patsiente vajaduse korral nõustada.

Lisaks eelmainitud teguritele mõjutavad sõeluuringutes osalemist ka inimeste sotsiaalne taust, vanus, haridustase, rahvus, samuti uuringu tegemise koht. Seda kinnitavad nii Eesti (3–5) kui ka rahvusvahelised uuringud (6).

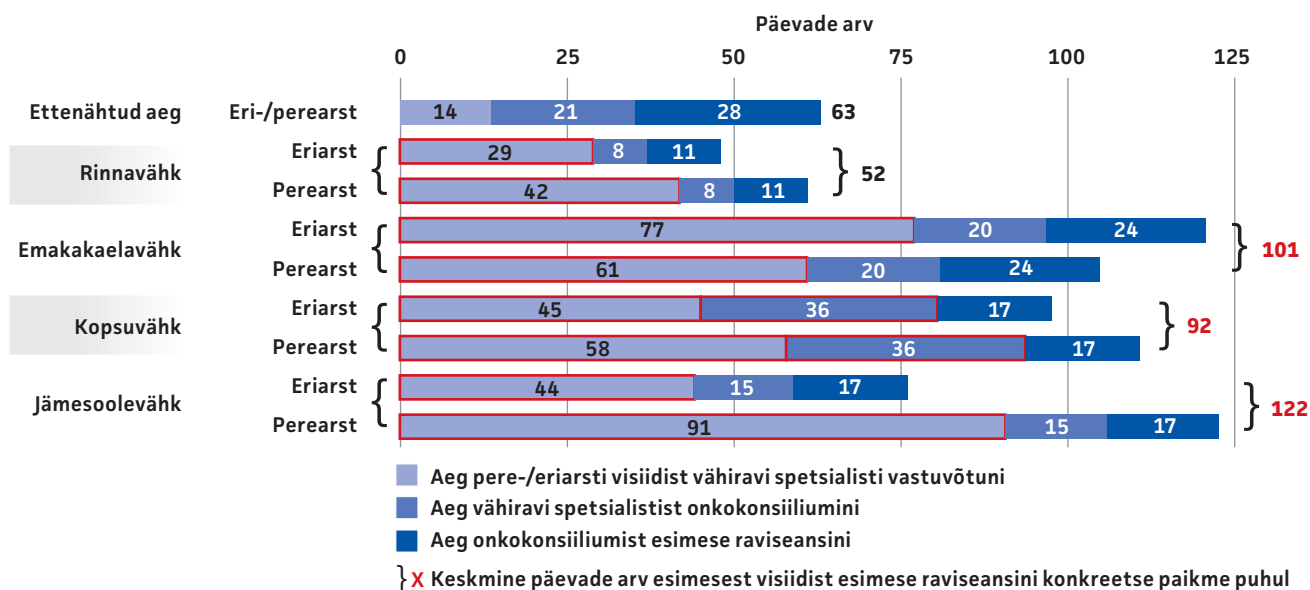
Sõeluuringute kampaaniate korraldamine ja nendest teavitamine on olnud haigekassa õlul, kes on siht-

rühmadeni jõudmiseks kasutanud erinevaid infoedastusvahendeid ja kanaleid: televisioon, raadio, väli-meedia, veebi ribareklaam, trüki- ja sotsiaalmeedia. Hoolimata sellest pole sihtrühmade hõlmatust sõeluuringuga siiani oluliselt muutunud. Seega tuleks senisest enam rakendada uuringutest saadud teadmisi ja kogemusi, et parandada sõeluuringust teavitamist ja selle korraldust, arvestades sihtrühmade piirkondlikku, hariduslikku ja/või vanuselist eripära.

Sõeluuringute hindamiseks on määratud tulemusindikaatorid, mille täitmist ei mõõdata

Igale sõeluuringule on juhendiga määratud 16–28 indikaatorit, ent tegelikkuses on praegu võimalik mõõta vaid üksikuid näitajad. Näiteks saab hinnata, kes on siht-rühmast kutse saanud või kui palju on uuringul osalenud. Muid indikaatoreid ei saa mõõta, sest teenuse osutajad ei edasta andmeid tervise infosüsteemi (TIS) kehtestatud ühtsete standardite alusel.

Sõeluuringute vastavust kinnitatud juhenditele on riik hinnanud



Allikas: Riigikontroll eksperditöö alusel

Joonis 2. Keskmine päevade arv esimesest visiidist järgmise etapini ja päevade arv kokku esimese raviseansini paikmete kaupa.

vaid üksikutel kordadel. Haigekassa on viimase 10 aasta jooksul kontrollinud kahel juhul dokumente (teinud nn sihtvaliku). 2009. aastal hinnati, kas sõeluuringul avastatud jämesoolevähi kohta tehtud sissekanded tervisekaardil vastavad uuringu juhendile ja kas patsiendi keeldumisel sõeluuringust vastab raviarve vormistamisnõuetele. 2014. aasta I poolaastal hinnati rinnavähi sõeluuringule kehtestatud nõuete täitmist ja meditsiinilist näidustust väljaspool sõeluuringut uurin-gusse suunamisel.

Tervise Arengu Instituut tellis 2014. aastal emakakaevähi analüüsi tegevate laborite võrdluse (auditi), mille käigus hinnati 2013. aastal sõeluuringus osalenud kaheksa labori kvaliteeti.

Seega ei mõõdata sõeluuringute läbiviimist ega kasutada kvaliteedi-indikaatoreid, mille alusel oleks võimalik sõeluuringute korraldust tõhusamaks muuta.

KOKKULEPET, ET RAVI PEAB ALUSTAMA HILJEMALT 63 PÄEVA JOOKSUL ALATES PATSIENDI ESIMESEST KOHTUMISEST ARSTIGA, EI SUUDETA TÄITA

Riigikontrolli auditis vaadeldud nelja vähipaikme – kopsud, jämesool, emakakaevähi ja rind – patsientidest jõudsid õigel ajal ravini vaid rinnavähihaiged. Nende esimene ravi-seanss algas keskmiselt 52. päeval pärast esimest visiiti. Emakakaevähi ja kopsuvähi patsientidel kulus selleks ca 100 päeva ning jämesoolevähi patsientidel 122 päeva (vt joonis 2).

Hilinemine raviteekonnal toimus nii pere- kui ka eriarstiabi etapis, väiksemas mahus oli hilinemist ka vähiravi keskustes.

Joonisel 2 on näha, et patsiendi teekond nii pere- kui ka eriarsti esimesest visiidist vähiravi spetsialisti juurde jõudmiseks võttis aega üle 14 päeva kõikide paikmete korral, jämesoolevähi puhul kulus selleks keskmiselt 91 päeva. Vähi-ravikeskuses oli liikumine kiirem ja aeg vastas enamjaolt soovitatule, vaid kopsuvähi puhul toimus mõniganegane hilinemine vähiravi spetsialisti visiidist onkokonsiiliumini.

Auditi käigus viidi koostöös Eesti Onkoloogide Seltsiga läbi eksperttöö, kus anti hinnangud iga raviteekonna etapi kohta ja vaadati konkreetseid haiguslugusid. Ekspertidest selgus, et näiteks ei käsitlenud perearst 24% ja eriarst 12% jämesoolevähi patsientidest õigel ajal. Samas jäi vähiravi spetsialistil õigel ajal käsitlemata 12% kopsuvähi patsientidest ja jämesoolevähi patsientidest ei jõudnud õigel ajal konsiiliumisse 7%. 13%-l juhtudest viivitati jämesoolevähi ravi alustamisega (vt joonis 3). Joonisel näidatud „Ei saa hinnata“ kriteerium tähendas, et puudus info, mille põhjal oleks saanud teha järelduse, kas patsiendi käsitlus oli õigeaegne või mitte.

Ravi viibimise üheks põhjuseks on pikk uuringute ooteaeg. Uuringuteni jõudmise keskmine aeg alates esimesest perearsti visiidist ulatus kohati kuni 30 päevani. Pikimad ooteajad olid koloskoopia uuringule, näiteks ühel juhul võttis see alates

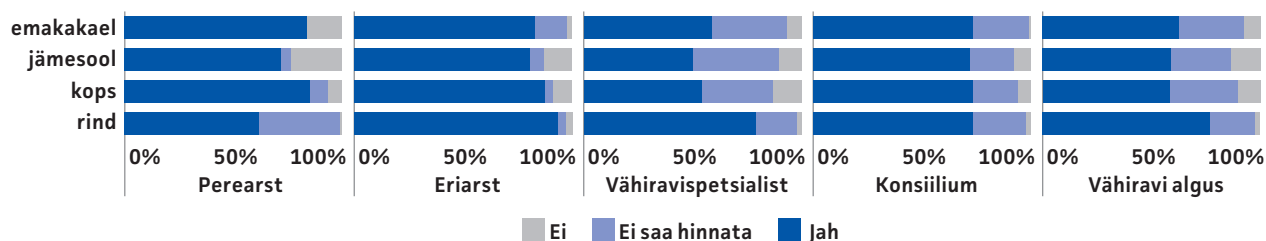
perearsti visiidist aega 55 päeva. Eriarsti puhul ulatusid pikimad uuringute ajad kuni 90 päevani (positronemissioon-tomograafia korral) ja koe histoloogiline uuring võttis näiteks jämesoolevähi korral aega 37 päeva. Lisaks ilmnes, et alati polnud perearst jämesoolevähi patsientide haiguslugudes kirjeldanud patsiendi läbivaatust, mistõttu puudub kindlus, et vajalik läbivaatus tehti. Ligikaudu 5% patsientidest põhjustasid teekonnal ise viivitusi, jättes uuringule või visiidile õigel ajal tulemata.

Samas suurendab iga nädal raviga viivitamist patsientide suremust olulisel määral. Näiteks varajase rinna-, kopsu-, neeru- ja kõhunäärmevähi puhul on uuring näidanud, et ravi alguse viivitus suurendab suremust 1,2–3,2% iga edasilükatud nädala kohta (7).

LÄHIAASTATEL VÕIB VÄHIRAVIS RESSURSI-VAJADUS VEELGI KASVADA

Vähiravi on Eesti tervishoiuteenuste kuludes olulisel kohal. Haigekassa statistika kohaselt on vähiraviga seotud raviarvete kulud kasvanud Eestis ajavahemikul 2016–2019 ca 10% aastas, samal ajal on ka patsientide arv kasvanud ca 3% aastas. Ravi-juhte ja rahastust hinnates võib täheldada, et vähiravi on kallid, kuid selle kulud makstakse üldjuhul kinni – aastatel 2018–2020 on onkoloogias ravijuhtude planeeritav eelarve ületanud väikese varuga ravijuhtumite prognoositud nõudlust.

Haigekassale esitatud raviarvete analüüs näitas, et 2020. aastal



Allikas: Riigikontrolli ekspertitöö alusel

Joonis 3. Ekspertide hinnang vähipaikmete kaupa sellele, kas patsiendi käsitlus raviteekonnal oli õigeaegne.

jõudis pandeemia tõttu vähiravile vähem inimesi. Vähipatsientide arv mitte ei kasvanud tavapäraselt 3%, vaid võrreldes 2019. aastaga hoopis langes 2%. Vähenes ka sõeluuringutes osalejate arv ning pidurdus vähiravi kulude kasvutempo – tavapärase 10%-lise kasvu asemel suurenesid kulud vaid 5%.

Kuivõrd kaugelearenenud vähi-juhtude ravi on kallim kui varakult avastatud haiguse ravi, võib prognoosida ka vähiravikulude kasvu. Näiteks hindas Ida-Tallinna Keskhaigla 2021. aasta suvel, et töömaht saab nii keemiaravis kui ka onkokiirgusolema 15% suurem.

UUTE RAVIMITE KOMPENSEERIMISOTSUSE SAAMISEKS KULUV AEG ON OECD RIIKIDE SEAS PIKIM

Majanduskoostöö ja Arengu Organisatsiooni OECD raporti (8) kohaselt, millega hinnati 109 vähiravimi või unikaalse kombinatsiooni kättesaadavust, oli Eestis neist ravimitest kompenseeritavaid 62% (müügilooaga, kuid haigekassa mittehüvitatavaid vähiravimeid oli 32%). OECD riikide keskmine oli hinnatud ravimite baasil 73%. Samas, Maailma Terviseorganisatsiooni määratud baastaseme vähiravimite kättesaadavus on Eestis tagatud 100%.

Aeg, mis kulub Eestis pärast müügiloo saamist ravimite lisami-

seks soodusravimite ja tervishoiuteenuste loetellu, on teiste riikide seas üks pikemaid – selleks kulub ca 40 kuud, samal ajal on teiste riikide keskmine kokku 28 kuud (vt joonis 4). Viivituse põhjuseks on, et kompenseerimistaotlusi esitatakse mitmeid kuid peale müügiloo saamist, nende menetlemine ravimikomisjonis ja hilisem hinnakokkulepete saavutamine võtab samuti väga kaua aega. Ravimite kättesaadavuse parandamise üheks meetmeks oleks laiendada nende isikute ringi, kellel on õigus esitada taotlusi uute ravimite lisamiseks haigekassa tervishoiuteenuste loetellu.

LÕPETUSEKS

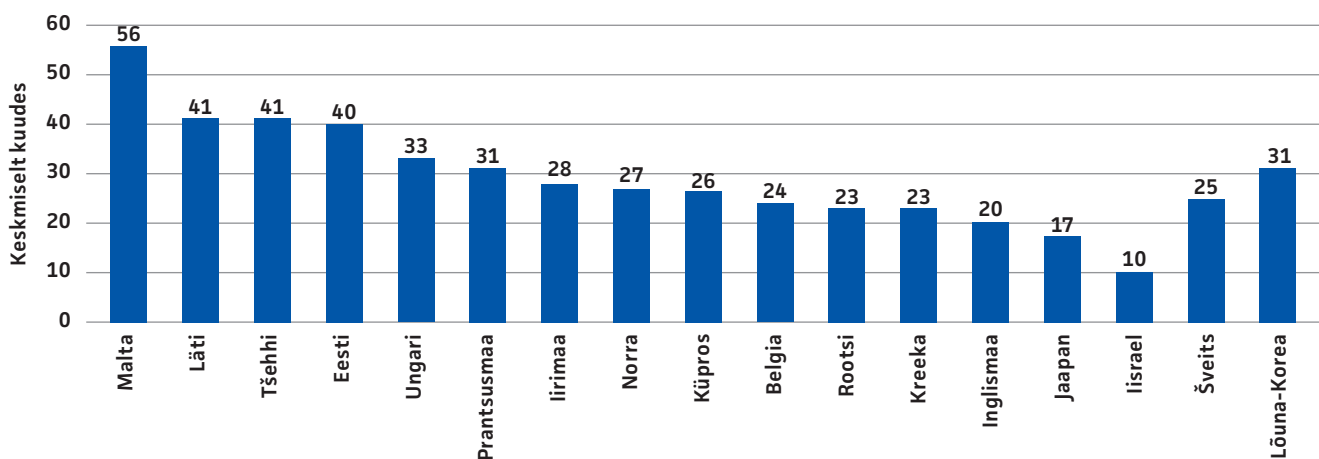
Vähi varasemaks avastamiseks tuleks tõhustada sihtrühma hõlmatust sõeluuringutega, kasutades ära juba olemasolevaid vahendeid (nt rakendada arendustegevuses kvaliteedimõdikuid) ning kaasates inimestes huvi äratamiseks ja harjumuse tekitamiseks ka uuemaid lähenemisi (sh teenusedisaini ja käitumisspühholoogia võtteid). Peale vähi varajase avastamise on oluline tagada haigele õigel ajal uuringud ja vajalik ravi, mis praegu takerdub pikkade järjekordade, vähese personali ja seadmete ning kohati ka teadmiste taha. Olukorra muutmiseks on vaja hakata patsiendi raviteekonda detailselt mõõtma.

Kuigi vähiraviga seotud kulutused maksab haigekassa üldjuhul kinni, eeldaks vähihaigete elulemuse hüppeline suurendamine Eestis (tavapärasel tempos kulude kasvu asemel) senisest märksa rohkemate ressursside eraldamist (lisaks rahale ka seadmed, meditsiinipersonal ja ravimid).

Kõigest saab täpsemalt lugeda Riigikontrolli auditist „Pahaloomuliste kasvaja avastamine ja patsiendi ravile suunamine“ (www.riigikontroll.ee).

KIRJANDUS

1. Pahaloomuliste kasvaja avastamine ja patsiendi ravile suunamine. Riigikontrolli aruanne Riigiko-gule. 06.12.2021.
2. Euroopa Liidu soovitud 50–69aastaste naiste kutsumise kohta rinnavähi sõeluuringusse. The European Commission Initiative on Breast Cancer (ECIBC), 31.05.2021 <https://healthcare-quality.jrc.ec.europa.eu/european-breast-cancer-guidelines/invitation-to-screening-and-decision-aid>.
3. Koreinik L. Emakakaevähi sõeluuringu osalemist mõjutavad tegurid Eestis. Magistritöö. Tartu Ülikool; 2019.
4. Lubi K jt. 50–69aastaste naiste rinnavähi sõeluuringul mitteosalemist mõjutavad põhjused Eestis. Eesti Arst 2020;99:139–46.
5. Rinnavähi alase teadlikkuse uuring. Eesti Uuringukeskus, 2020.
6. Healthcare activities statistics - preventive services. Self-reported screening — proportion of women aged 20 to 69 years having had a cervical smear test within the three years prior to the survey, by educational attainment level. Proportion of women aged 50 to 69 years having had an X-ray breast examination within the two years prior to the survey, by educational attainment level. Eurostat, 2014.
7. Khorana AA, Tullio K, Elson P, et al. Time to initial cancer treatment in the United States and association with survival over time: An observational study. 2019. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30822350/>.
8. Addressing Challenges in Access to Oncology Medicines. OECD, 2020.



Allikas: Riigikontroll OECD aruande „Addressing Challenges in Access to Oncology Medicines“ (2020) andmete alusel

Joonis 4. Keskmine ravimite menetlusajad müügiloo saamisest kuni kompenseerimisotsuse tegemiseni alates 2014. aastast OECD riikides.