

Riigikontrolli auditi kokkuvõtte rõhuasetus ei anna valupunktidest täielikku ülevaadet

Jana Jaal – Tartu Ülikooli hematoloogia ja onkoloogia kliinik

Käesolevas Eesti Arsti numbris on avaldatud lühikokkuvõtte Riigikontrolli 2021. aasta auditist „Pahaloomuliste kasvujate avastamine ja patsiendi ravile suunamine“. Tegemist on igati kiiduväärt algatuse ja teostusega, sest pahaloomulised kasvujad on Eestis vaieldamatult suur probleem. Paraku peab aga onkoloogina tõdema, et auditi kokkuvõtte (sh 14.12.2021 avaldatud pressiteate) rõhuasetus on üldsuse jaoks mõneti eksitav. Eelkõige teeb muret, et vähi varajase avastamise teemal jääb domineerima vaid sõeluuringute ning vähiravi osas ravimite kättesaadavuse temaatika.

Sarnaselt muu maailmaga suureneb Eestis pidevalt nende inimeste hulk, kes saavad mõnel oma eluetapil pahaloomulise kasvaja diagnoosi. Kui 2000. aastal diag-

noosisid arstid pahaloomulise(d) kasvaja(d) 6035 Eesti inimesel, siis 2019. aastal sai sellise diagnoosi juba 8907 isikut (1). Hinnanguliselt suureneb vähijuhtude absoluutarv 2030. aastaks eeldatavalt 11 000-ni, tingituna ühelt poolt rahvastiku vananemisest, kuid teisalt elustiilist tulenevate riskitegurite (nt rasvumine) mõjust (2). Siinjuures peab kahjuks tõdema, et endiselt diagnoositakse palju uusi vähijuhte hilises staadiumis, mistõttu on kvaliteetne, asjakohane ning õigeaegne vähi diagnostika ja ravi lähiaastatel kujunemas oluliseks teemaks Eesti tervishoiupoliitikas.

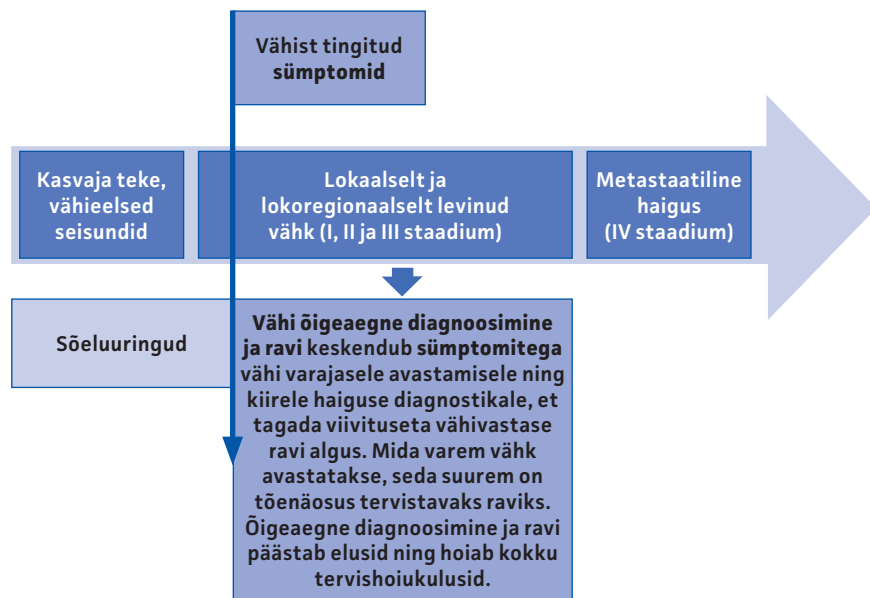
Vähi varajases avastamises on tähtis osa nii sõeluuringutel kui ka pahaloomuliste kasvujate õigeaegsel diagnoosimisel. Sõeluuringuid viiakse läbi haigustunnusteta ehk

asümptomaatilistel inimestel ning nende abil on võimalik diagnoosida vähki varases staadiumis, samuti diagnoosida ja ravida vähieelseid seisundeid. **Õigeaegne diagnoosimine erineb sõeluuringutest, sest hõlmab vähi varast avastamist nendel patsientidel, kellel juba on haigusest tingitud sümptomid** (vt joonis 1) (2).

Eestis on praegu käimas 3 vähi sõeluuringut: rinnavähi sõeluuringule kutsutakse 50–68aastaseid naisi, emakakaelavähi sõeluuringule 30–65aastaseid naisi ning jämesoolevähi sõeluuringule 60–69aastaseid mehi ja naisi. Samas näitavad tervistatistika andmed, et ligikaudu pool (nt 2019. aastal 48%) esmasjuhtudest diagnoositakse vanuserühmas 70 eluaastat ja vanemad, s.t vanuserühmades, mis jäävad sõeluuringutesse kaasatavatest välja. **Samuti ei ole tõhusaid sõeluuringuid kõikidele vähipaikmetele.** Seetõttu on õigeaegne diagnoosimine sõeluuringute väliselt äärmiselt tähtis, sest mida varem vähk avastatakse, seda suurem on tõenäosus tervistavaks raviks ja patsientide paremaks elukvaliteediks. Lisaks eeltoodule aitab vähi õigeaegne diagnostika ja ravi kokku hoida kulutusi levinud haiguse raviks, sest iga järgneva vähistaadiumiga suurenevad kulutused vähiravile.

Vähi õigeaegne diagnoosimine hõlmab kolme olulist asjaolu: 1) inimeste teadlikkus vähi varastest sümptomitest ja pöördumine arstiabi saamiseks; 2) vähi diagnostika, haiguse staadiumi määramine ning 3) vähiravi kättesaadavus (2).

Riigikontrolli auditi kokkuvõttes on õigustatult toodud välja prob-

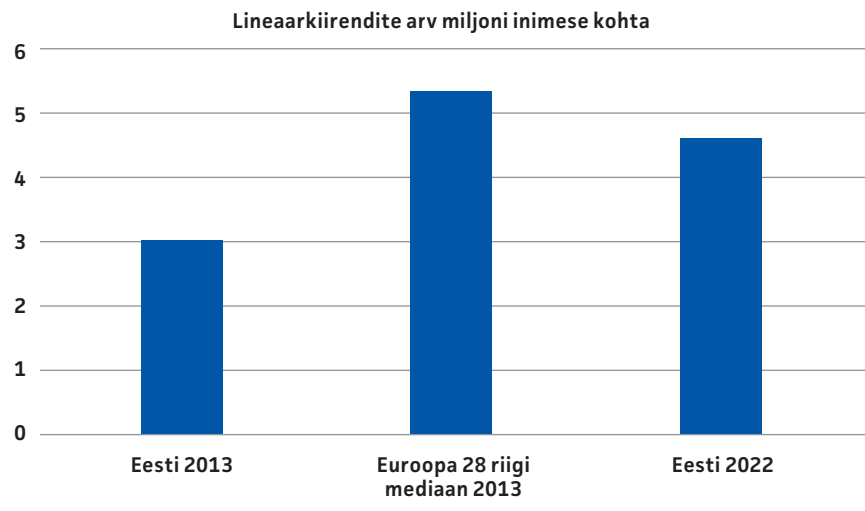


Joonis 1. Vähi varajases avastamises on tähtis osa nii sõeluuringutel kui ka õigeaegsel diagnoosimisel.

leemid patsiendi raviteekonnal. Välja on toodud äärmiselt oluline asjaolu, et vähiravi hilineb ning vajalikku ajaintervalli (ravi algus hiljemalt 63 päeva jooksul alates patsiendi esimesest visiidist) ei suudeta täita. Samuti on käsitletud probleeme pikkade uuringu ooteaegadega, mis kindlasti on üheks suurimaks probleemiks vähi diagnostikas. Siinjuures jääb rõhutamata oluline aspekt, mis käsitleb inimeste teadlikkust vähi varastest sümptomitest ning nende pöördumist arstiabi saamiseks. Isegi siis, kui auditi käigus ei olnud võimalik seda poolt objektiivselt hinnata, tulnuks kokkuvõttes ja tervikliku käsitluse huvides see aspekt kaardistada.

Ravi kättesaadavuse osas on Riigikontrolli auditi kokkuvõttes keskendunud vaid ravimite kättesaadavusele, viidates pikale ravimite kompenseerimisotsuste ajale. Võrreldes Põhjamaadega on vähiravimite kättesaadavus Eestis tõesti väiksem ning suunitletud tegevused selle olukorra leevendamiseks on äärmiselt vajalikud (3). Samas on selle kõrval jäänud paraku tagaplaanile teine oluline vähiravi kättesaadavuse probleem.

Kiiritusravi on kirurgilise ravi kõrval tähtsuset teine tervistav vähiravi meetod (4, 5), olles samas ka kõige kulutõhusam (4). Hiljuti avaldatud uuringus näidati, et **näidustatud tõendus põhise optimaalse kiiritusravini jõuab Eestis vaid 50–60% patsientidest** (6). Lisaks eeltoodule on viimastel aastatel suurenenud oluliselt kiiritusravi näidustuste hulk. Kiiritusravi on üha rohkem näidustatud ka metastaasidega haigetel (oligometastaatilise, oligoprogresseruva, oligopersisteruva metastaatilise haiguse korral) ning seetõttu vajavad haiged kiiritusravi alates I staadiumist kuni levinud haigusega IV staadiumini välja. Siinjuures on oluline teada,



Joonis 2. Kiiritusravi seadmete arv Eestis võrdluses 9 aasta taguse Euroopa mediaaniga.

et uemad ning täpsemad kiiritusravi tehnikad, sh täppiskiiritusravi, nõuavad kiiritusravi masinal rohkem aega. Kui tavalise väliskiiritusravi puhul arvestatakse, et ühe tööpäeva jooksul on võimalik ühel seadmel ravida ca 30–40 patsienti, siis täppiskiiritusravi saavaid patsiente saab ühel masinal ravida vaid 8–10, mistõttu kiiritusravi seadmete järele on tänapäeval tekkinud veelgi suurem vajadus.

Ülal oleval joonisel 2 on toodud kiiritusravi masinate arv 1 miljoni inimese kohta aastas. Juba varem avaldatud andmete alusel jäi Eesti oma kiiritusravi kättesaadavuse osas oluliselt alla Euroopa mediaani, kui 2013. aastal oli meil 3 kiiritusravi masinat 1 miljoni elaniku kohta versus 5,3 masinat 1 miljoni inimese kohta Euroopas (7). **Præguse seisuga on Eesti kiiritusravi masinate arv jätkuvalt alla 9 aasta taguse Euroopa mediaanväärtuse** (4,6 masinat 1 miljoni inimese kohta). Seetõttu on vähiravimite kompenseerimise kohta aeglaselt otsuste tegemise kõrval tegelikult **palju põletavam probleem vähiravis kiiritusravi kättesaadavus nüüd ja lähitulevikus.**

Riigikontrolli auditi näol on tegemist väga olulise analüüsiga ning tuleb tänu avaldada inimestele, kes on ära teinud suure töö. Samas tuleb siiski meele pidada, et audit on dokument, mille alusel tehakse Eestis olulisi tervishoiupoliitilisi otsuseid. Seetõttu peaks nii auditi pressiteade kui ka Eesti Arstis avaldatav auditi lühituvustus andma ühiskonnale kompaktsema pildi hetkeolukorrast ning tooma välja kõik Eestis selles vallas kiiret lahendust vajavad probleemid.

KIRJANDUS

1. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. <http://pxweb.tai.ee/esf/pxweb2008/Databaas/Haigestumus/04Pahaloomulised%20kasvajad/04Pahaloomulised%20kasvajad.asp>.
2. Vähihoolduse tegevuskava 2021–2030. 2020. https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Tervishoid/Vahiravi/vahitorje_tegevuskava_2021-2030.pdf.
3. Cherny N, Sullivan R, Torode J, Saar M, Eniu A. ESMO European Consortium Study on the availability, out-of-pocket costs and accessibility of antineoplastic medicines in Europe. *Ann Oncol* 2016;27:1423–43.
4. Bentzen SM, Heeren G, Cottier B, et al. Towards evidence-based guidelines for radiotherapy infrastructure and staffing needs in Europe: the ESTRO QUARTS project. *Radiother Oncol* 2005;75:355–65.
5. Baskar R, Lee KA, Yeo R, Yeoh KW. Cancer and radiation therapy: current advances and future directions. *Int J Med Sci* 2012;9:193–9.
6. Lievens Y, Borras JM, Grau C. Provision and use of radiotherapy in Europe. *Mol Oncol* 2020;14:1461–9.
7. Grau C, Defourny N, Malicki J, et al. Radiotherapy equipment and departments in the European countries: final results from the ESTRO-HERO survey. *Radiother Oncol* 2014;112:155–64.