

Paragraafid	Lehekülje nr.
5. Fookusteema – vähitõrje	1
5.1. Vähitõrje üldised tulemused	3
5.2. Ennetus ja sõeluuringud	6
5.3. Diagnostika ja ravi	12
5.4. Laste ja noorte vähk	16
5.5. Sotsiaalne ebavõrdsus	18
5.6. Vähiandmed	19
Järeldused ja ettepanekud	22
Kokkuvõtteks	23

5. Fookusteema – Vähitõrje

Vähk on üks juhtivaid enneaegse surma põhjuseid nii Eestis kui ka mujal Euroopas. Eestis registreeritakse aastas üle 9000 vähijuhtu ja ligi 3500 vähisurma. Hinnanguliselt 30–50% vähijuhtudest on välditavad, kui vähendada eluviisist ja keskkonnast tulenevaid riskitegureid ja vaktsineerida vähki põhjustavate viiruste vastu. Vähi haigestunute arvu aitavad vähendada ka emakakaelavähi ja soolevähi sõeluuring, mille eesmärk on avastada ja ravida vähieelsed muutused enne, kui need muutuvad pahaloolumuliseks. Juba tekkinud vähi varasele avastamisele suunatud rinnavähi ja soolevähi sõeluuringu eesmärk on ilma sümptomiteta inimestel diagnoosida pahaloolumuline kasvaja võimalikult varases staadiumis, et tõhusa ja vähem kõrvaltoimeid tekitava raviga jõuda paremate ravitulemusteni ja vähendada suremust.

Juba ilmnunud sümptomite korral on esmatähtis õigeaegne diagnoosimine, mis oleneb ühelt poolt sellest, millal inimene ise arsti poole pöördub, teiselt poolt aga sellest, kui kiiresti rakendatakse tervishoiusüsteemis diagnostika ning suunatakse inimene ravile. Vähisurmade vältimisel ja vähipatsientide elukvaliteedi tagamisel on määrav kvaliteetne vähidiagnostika ning -ravi, ent sama tähtis on kvaliteetsete teenuste kättesaadavus, hoolimata inimese elukohast, haridusest või elujärgest. Headel vähiandmetel tuginevad teadusuuringud aitavad selgitada vähi põhjuseid ja töötada välja vähi ennetamise, diagnoosimise ja ravi tõhusad abinõud.

Vähilevimus oleneb ühelt poolt haigestumusest (kui palju diagnoositakse rahvastikus uusi vähijuhte) ja teiselt poolt elulemusest (kui kaua vähidiagnoosi saanud inimesed pärast diagnoosi elavad). Eestis elas 2022. aasta 31. detsembri seisuga 70 457 inimest, kellel oli kunagi elu jooksul diagnoositud mõni pahaloolumuline kasvaja, neist 28 736 mehed ja 41 721 naised. Tingituna haigestumuse suurenemisest ja elulemuse

paranemisest on vähidiagnoosiga elavate inimeste arv kahekordistunud, võrreldes 2000. aastate algusega. Vähiga elavate inimeste seas oli meestel levinuim eesnäärmevähi (43%) ja naistel rinnavähi diagnoos (31%) (Zimmermann jt, 2024).

Üleeuroopalise uuringu andmete kohaselt elas 2020. aastal Euroopas hinnanguliselt 23,7 miljonit inimest, kellel oli elu jooksul diagnoositud vähk (vanusestandarditud levimusmäär Euroopas 4783 / 100 000 kohta, Eestis 4109 / 100 000). Umbes 40%-l naistest ja meestest oli diagnoositud vastavalt rinna- või eesnäärmevähk. Mõlemal sool oli sageduselt teisel kohal käär- ja pärasoolevähk (De Angelis jt, 2024).

Vähitõrje all mõistetakse kogu vähivastast tegevust vähiennetusest tavaellu naasmiseni pärast tervenemist või väärika elulõpuni. TAI teadlaste juhtimisel ja paljude osaliste koostöös koostati 2020. ja 2021. aastal [riiklik vähitõrje tegevuskava](#), milles sõnastati aastateks 2021–2030 pikaajalised eesmärgid ja esmatähtsad ülesanded, mis on kooskõlas Euroopa vähitõrje eesmärkidega.

Seekordses rahvastiku tervise aastaraamatus võtamegi tähelepanu keskmesse vähitõrje ja anname ülevaate Eesti vähitõrjemeetmete tulemuslikkusest. Ülevaade põhineb seireandmetel ja teadusuuringute tulemustel. Esitame ka ettepanekud, mille elluviimine aitaks Eestis kaasa vähitõrje tegevuskava eesmärkide saavutamiseks.

Eesti vähitõrje tegevuskava 2021–2030. Visioon ja prioriteedid

1. Vähi haigestub vähem inimesi

- ▶ Elustiiliga seotud vähiriski vähendamine
- ▶ Uute põlvkondade kaitse: vaktsineerimine vähi põhjustavate viiruste vastu
- ▶ Vähielsete seisundite avastamine ennetavate sõeluuringutega (emakakaela- ja soolevähk)

2. Inimesed elavad pärast vähidiagnoosi kauem ja tervemana

- ▶ Vähi võimalikult varane diagnoosimine igas vanuses patsientidel
- ▶ Parim võimalik ravi igale patsiendile: diagnostika ja ravi koondamine vähikeskuste juhtimise alla
- ▶ Ravi kättesaadavus lähtuvalt patsiendi vajadustest, sh kodulähedane ravi vähikeskuste koordineerimisel

3. Vähi elavate inimeste elukvaliteet on parem

- ▶ Patsiendikeskne terviklik vähiteekond koos sotsiaalse ja psühholoogilise toega patsiendile ning tema lähedastele
- ▶ Vähist paranenute optimaalne järelkontroll vähikeskuste ja esmatasandi koostöös
- ▶ Elu pärast vähi: psühhosotsiaalne tugi ühiskonda naasmiseks

Vähiepidemioloogilised uuringud, et teadusuuringute tulemustega toetada riigi vähitõrjepoliitika kujundamist ja rakendamist on olnud üks TAI juhtivaid uurimissuundi juba aastakümneid. Peamiselt põhinevad uuringud pika ajalooga vähiregistri andmetel, mis ulatuvad 1968. aastasse, aga ka surma põhjuste registri ja vähi sõeluuringute registri andmetel ning täiendavalt kogutud kliinilistel, sotsiaaldemograafilistel jt andmetel.

Sekkumisuuringutega töötatakse välja uusi tervishoiulahendusi, nende hulgas ka ebavõrdsuse vähendamiseks. Paralleelselt teadusuuringutega arendatakse pidevalt registreid ja parandatakse andmekvaliteeti. Vähi riskitegurite kohta rahvastikus annavad teavet regulaarsed seireuuringud.

Aastatel 2020–2024 korraldas TAI Eesti teadusagentuuri rahastatud uurimisprojekti [„Vähiravi ja -tulemite parandamine: reaalandmetele](#)

tuginev rahvastikupõhine uuring“, mille eesmärk oli saada uusi teadmisi vähi esinemise ja mõjurite kohta ning seega parandada vähiravi kvaliteeti ja vähitulemeid.

Projekti tulemused aitavad kindlaks teha riskirühmi, võimaldavad hinnata riiklike vähitõrjemeetmete tõhusust, tagavad teabe poliitikakujundajatele ja aitavad kaasa kliiniliste otsuste langetamisele. Eesmärgi saavutamiseks tehti mitu epidemioloogilist uuringut, milles uuriti vähidiagnostika ja -ravi kasutamist ning efekti vähitulemitele, sõeluuringute mõju ja tõhusust ning sotsiaalsete tegurite rolli vähi esinemises.

Grandiprojekti tulemused arvudes

- ▶ Üle 30 rahvusvahelise teadusartikli
- ▶ Kaks kaitstud doktoritööd
- ▶ Kaheksa kaitstud magistritööd
- ▶ 14 ettekannet rahvusvahelistel konverentsidel

5.1. Vähitõrje Üldised Tulemused

Vähitõrje tegevuskava koostamisel lepiti kokku vähitõrje tulemuslikkuse näitajad ja tähtajad**. Visiooni suunas liikumist mõõdetakse ja hinnatakse tulemusindikaatorite abil ja tegevuskava rakendamist protsessiindikaatorite abil.

Visioon - vähki haigestub vähem inimesi

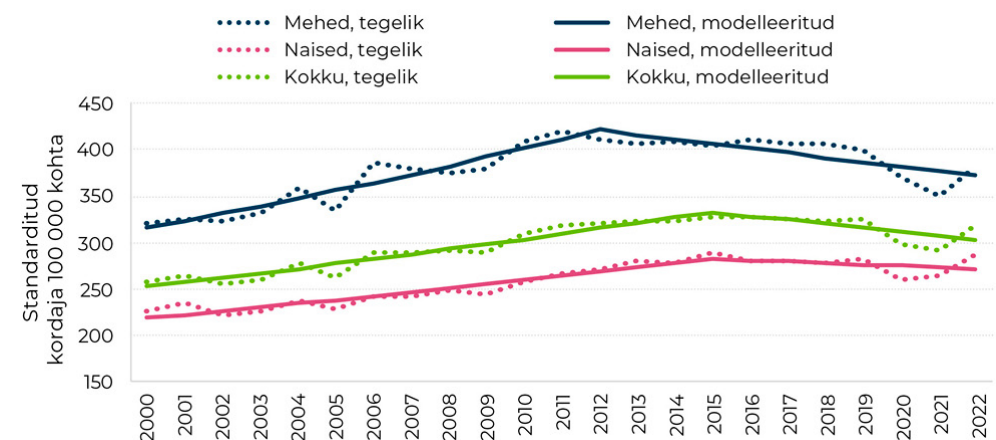
Esmase vähiennetuse ja ennetavate sõeluuringute tulemuslikkust

hinnatakse vanusestandarditud haigestumuskordaja abil.

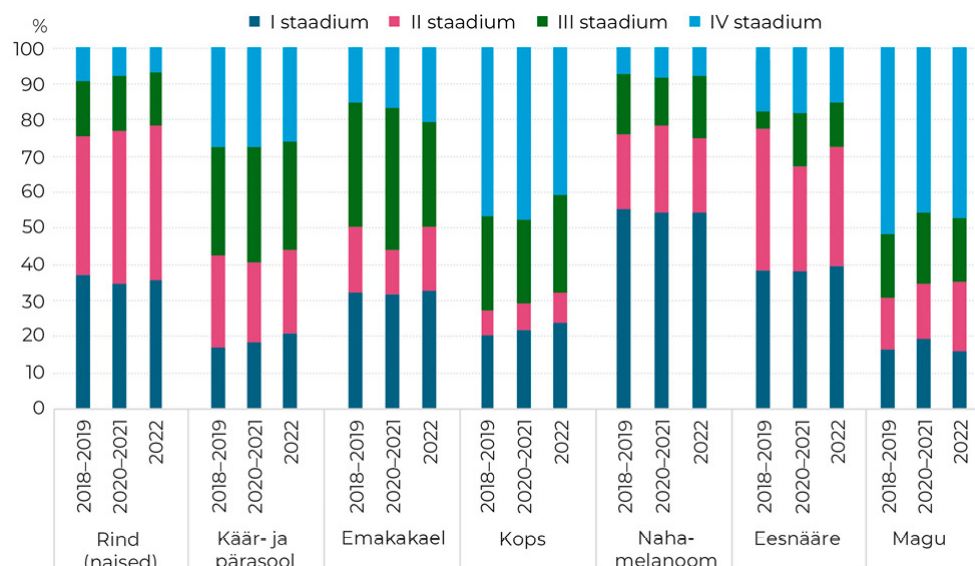
Visioon	Vähitõrje tegevuskava tulemusindikaator ja tähtaeg
Vähki haigestub vähem inimesi	- Kogu vähihaigestumuse* vähenemine alates 2030 - Emakakaelavähi haigestumuse* vähenemine alates 2022 - Käär- ja pärasoolevähi haigestumuse* vähenemine alates 2026

* Vanusestandarditud näitajad

Vanusestandarditud kogu vähihaigestumus on Eestis alates 2015. aastast vähenenud 1,3% aastas (joonis 81)***. Langus on toimunud meeste vähihaigestumuse arvelt (langus 1,2% aastas), samal ajal kui naistel on haigestumus püsinud stabiilsena. Pikaajalisi järeldusi ei saa praegustele andmetele tuginedes veel teha, sest langustrendi on mõjutanud haigestumuse vähenemine COVID-19 pandeemia ajal aastatel 2020 ja 2021, mis oli seotud tervishoiuteenuste piiratud kättesaadavuse, sõeluuringute madala osalusmäära, patsientide vähenenud pöördumistega kergemate sümptomite korral ja COVID-19 surmadega inimeste seas, kellel oleks võidud lähiajal vähk diagnoosida. Juhtude arv suurenes taas 2022. aastal ja vanusestandarditud haigestumuskordaja tõusis umbes pandeemiaeelsele tasemele.

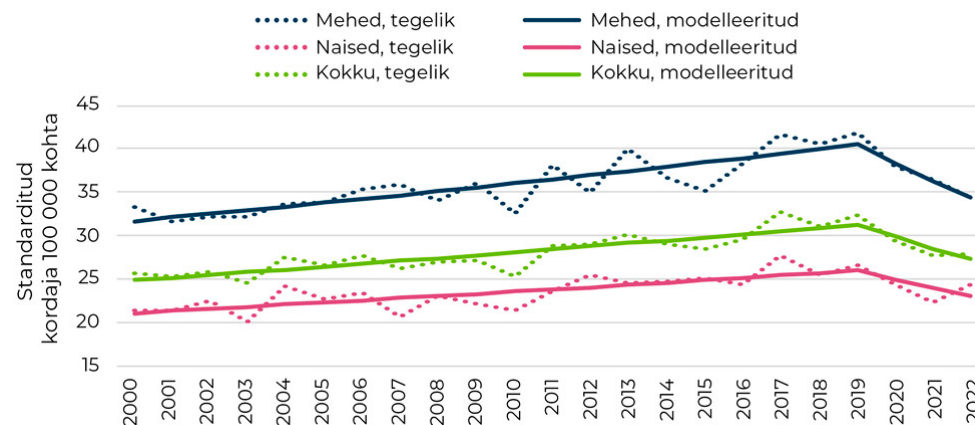


Võrreldes haigusjuhte, mis diagnoositi enne COVID-19 pandeemiat, selle ajal ja pärast pandeemiat, saab öelda, et pandeemia ei ole toonud kaasa vähidiagnoosi märkimisväärset hilinemist: varases staadiumis diagnoositud juhtude osatähtsus teadaoleva staadiumiga juhtude hulgas on pigem suurenenud ja kaugelearenenud staadiumi osatähtsus vähenenud (joonis 82).

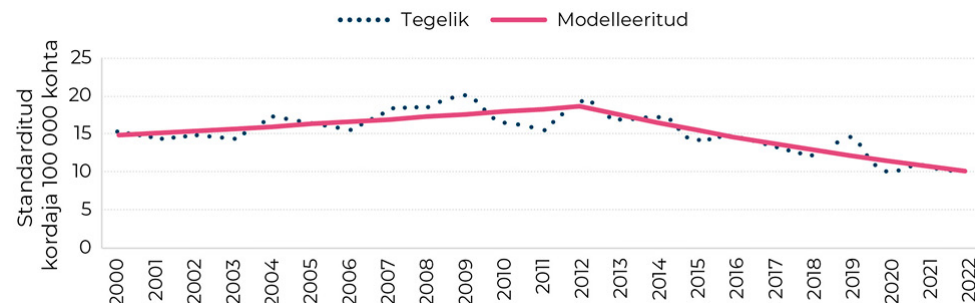


Käär- ja pärasoolevähi haigestumuses on toimunud kiire langus pärast 2019. aastat: kokku 4,5% aastas, meestel 5,3% aastas (joonis 83). Arvestades COVID-19 pandeemiast tingitud tervishoiuteenuste piiratud kättesaadavust, samuti sõeluuringul osaluse vähenemist pandeemia ajal, ei saa praegu veel järeldada, et tegemist on sõeluuringu mõju avaldumisega, kuigi haigestumus ei tõusnud 2022. aastal tagasi pandeemiaeelsele tasemele (loe täpsemalt peatükist 5.2). Ühtlasi võib täheldada esimeses staadiumis diagnoositud juhtude osatähtsuse

suurenemist, mis on kooskõlas sõeluuringu oodatava efektiga (joonis 82).



Haigestumus emakakaelavähki on vähenenud alates 2012. aastast ligi 6% aastas (joonis 84). Tegemist on pikaajalise püsiva trendiga, mida saab seostada sõeluuringu mõjuga. Küll aga viitab kaugelearenenud staadiumis diagnoositud juhtude osatähtsuse suurenemine, et sõeluuringuga on õnnestunud ära hoida varase staadiumi kasvaja, ent sõeluuringust jäävad kõrvale naised, kellel on suurem risk nii emakakaelavähi tekkeks kui ka hiliseks avastamiseks (loe täpsemalt peatükist 5.2).



Teistest sagedamatest paikmetest suureneb naiste seas endiselt haigestumus rinnavähki. Rinnavähi korral suureneb aeglaselt ka varases staadiumis diagnoositud juhtude osatähtsus. Kaugmetastaasidena diagnoositud juhtude osatähtsus püsib alla 10% (joonis 82). Kopsuvähihaigestumus on meestel pikaajalises langustrendis, naistel stabiliseerunud ning haiguse avastamine on nihkunud pigem varasemaks. Maovähihaigestumus on pikaajaliselt vähene- mas nii meestel kui ka naistel ja haigus avastatakse pigem varem. Haigestumus eesnäärme- vähki oli langustrendis alates 2011. aastast, ent suurenes 2022. aastal taas. Andmed viitavad väikese riskiga kasvaja- te ülemäärasele diagnoosimisele tingituna laialdasest prostata- spetsiifilise antigeeni (PSA) testimisest meesrahvastikus. Nahamelanoomi haigestumus on viimastel aastatel vähenenud ja staadiumijaotus on püsinud stabiilsena.

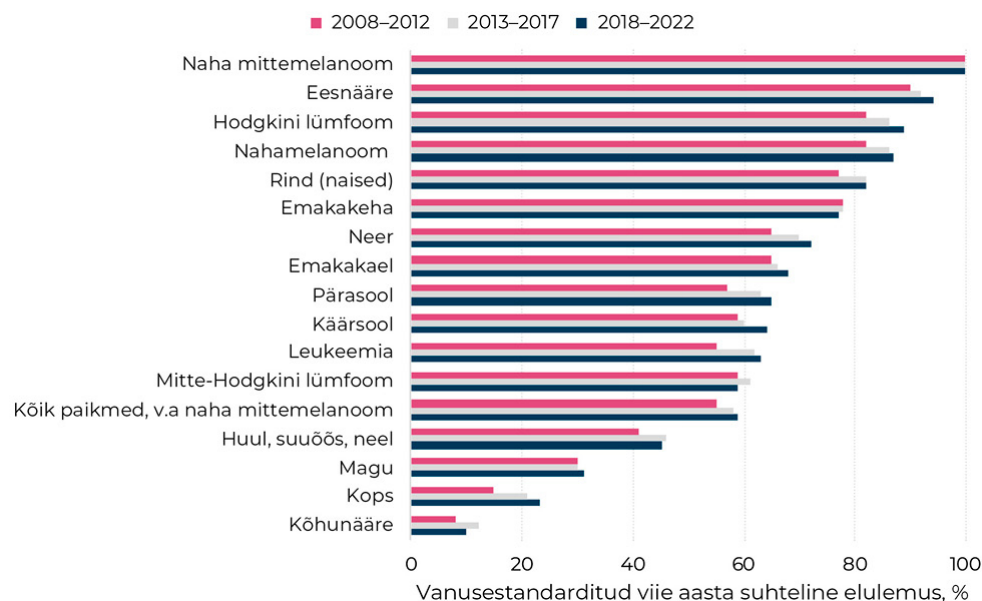
Visioon - inimesed elavad pärast vähidiagnoosi kauem ja tervemana

Vähielulemuse mõõtmine võimaldab hinnata vähitõrjemeetmeid tervikuna, hõlmates nii varase avastamise kui ka ravi tõhususe mõju.

Visioon	Vähitõrje tegevuskava tulemusindikaator ja eesmärk
Inimesed elavad pärast vähidiagnoosi kauem ja tervemana	- Suhteline elulemus suureneb pidevalt - Elulemusnäitajad paikmeti on samal tasemel Põhjamaadega - Vähenevad soolised erinevused elulemuses

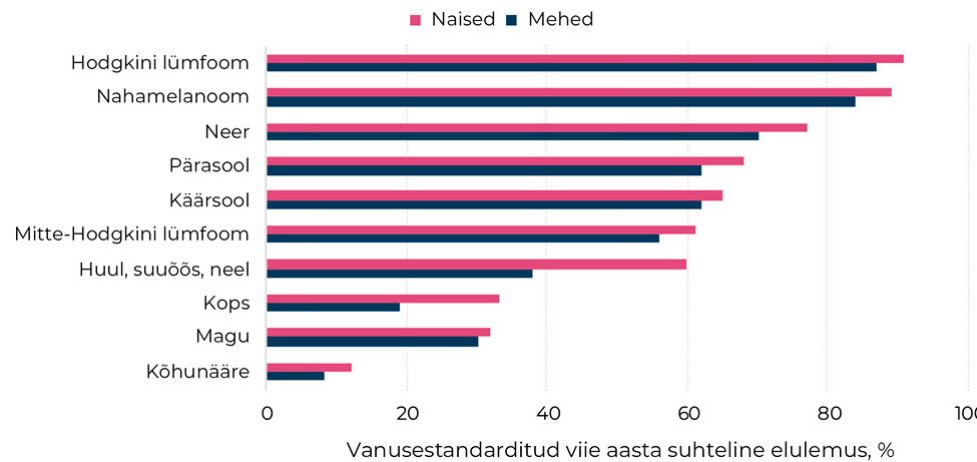
Viie aasta suhteline elulemus suureneb Eestis järjepidevalt (joonis 85). Kõigi vähijuhtude viie aasta elulemus (v.a naha mittemelanoom) on perioodide 2008-2012 ja 2018-2022 võrdluses suurenenud 55%-lt 59%-le. Viimase perioodi (2018-2022) näitajate hindamisel tuleb arvesta- da,

et vähiga elavatel inimestel oli kogurahvastikuga võrreldes suurem risk surra COVID-19 tagajärjel. Viimase kümne aasta jooksul on suurimaid muutusi täheldatud pärasoolevähi, kopsuvähi ja leukeemia korral (8% võrra), samuti neeruvähi ja Hodgkini lümfoomi korral (7% võrra) ning käärsoolevähi, nahamelanoomi ja naiste rinnavähi korral (5% võrra). Muutumatusena on püsinud emakakehavähi ja mitte-Hodgkini lümfoomi elulemus.



Enamiku paikmete korral on naiste elulemusnäitajad paremad kui meestel (joonis 86). Eriti suur erinevus iseloomustab suu- ja neeluvähki, mille korral naiste elulemus ületab meeste oma 22% võrra, ning kopsuvähki (14% võrra). Võrreldes viimaseid näitajaid perioodiga 1995-2006 (Innos jt, 2015), on elulemuse erinevus meeste ja naiste vahel märgatavalt vähenenud nahamelanoomi korral (varem vahe 17%, nüüd 5%), samuti Hodgkini lümfoomi korral (9% vs. 4%). Samal ajal on suurenenud elulemuse erinevus kopsuvähi korral (5% vs. 14%), mis on

peamiselt põhjustatud naiste elulemuse kiirest kasvust. Meestel täheldatava elulemuse mahajäämuse peamised põhjused peituvad tõenäoliselt hilisemas avastamises, aga ka tervisekäitumises nii enne kui ka pärast diagnoosi.



Valitud paikmete elulemusnäitajaid Põhjamaadega võrreldes on Eestis elulemus Soome ja Taaniga üldjoontes samal tasemel mao-, kõhunäärme-, kopsu-, munasarja-, eesnäärme- ja munandivähi ning Hodgkini tõve korral. Suur mahajäämus ilmneb mitte-Hodgkini lümfoomi ning pea- ja kaelapiirkonna vähi korral (huul, suuõõs, neel), mõõdukas mahajäämus iseloomustab käär- ja pärasoolevähki, nahamelanoomi ja rinnavähki (tabel 2).

Tabel 2. Valitud paikmete vanusestandarditud viie aasta suhteline elulemus Eestis, Soomes ja Taanis, 2018–2022

Paige	Mehed; %			Naised; %		
	Eesti	Soome	Taani	Eesti	Soome	Taani
Huul, suuõõs, neel	38	65	62	60	78	70
Magu	30	30	30	32	38	37
Käärsool	62	66	73	65	72	73
Pärasool	62	70	72	68	73	75
Kõhunääre	8	11	13	12	13	15
Kops	19	17	26	33	27	34
Nahamelanoom	84	93	96	89	95	98
Rind	–	–	–	82	91	91
Emakakael	–	–	–	68	70	76
Emakakeha	–	–	–	77	83	83
Munasari	–	–	–	46	50	46
Eesnääre	94	94	91	–	–	–
Munand	98	92	96	–	–	–
Neer	70	75	79	77	74	78
Hodgkini lümfoom	87	89	92	91	94	95
Mitte-Hodgkini lümfoom	56	69	80	61	75	84

Allikas: vähiregister (TAI); (Larønningen jt, 2024)

** Näitajad on kirjeldatud vähitõrje tegevuskavas.

*** Siin ja edaspidi on kordajad modelleeritud ning aastane protsentuaalne muutus leitud muutuspunkti regressioonianalüüsiga.

5.2. Ennetus Ja Sõeluuringud

Nii üleilmselt kui ka Eestis saab hinnanguliselt 44% vähisurmades seostada potentsiaalselt mõjutatavate vähi riskiteguritega, mis on käitumuslikud (nt tubaka ja alkoholi tarvitamine), keskkonnaga seotud

(nt õhusaaste, töökohtadel esinevad tegurid) ja metaboolsed (nt liigne kehakaal). Eestis on olulisemad just käitumuslikud ja metaboolsed riskitegurid (Tran jt, 2022). Vähitõrje tegevuskavas on kokku lepitud vähihaigestumust ja -suremust enim mõjutavate tervisekäitumise aspektide, samuti vähki põhjustavate viiruste vastu vaktsineerimise ja sõeluuringutega seotud näitajate jälgimises (tabel 3).

Tabel 3. Vähitõrje tegevuskava ennetuse ja varase avastamise protsessiindikaatorid

Indikaator	Hetkeseis (andmete aasta)	Siht (tähtaeg)
Igapäevasuitsetajate osatähtsus täiskasvanud rahvastikus; %		
Mehed	18 (2024)	19 (2024)
Naised	10 (2024)	10 (2024)
Absoluutalkoholi tarbimine elaniku kohta aastas; l	11 (2023)	< 8 (2030)
Ülekaaluliste ja rasvunute osatähtsus täiskasvanute seas; %	52 (2024)	< 50 (2030)
Ülekaaluliste ja rasvunute osatähtsus 7–8-aastaste laste seas; %	28 (2022)	< 25 (2030)
Viimase 7 päeva jooksul päevas keskmiselt üle 300 g päevas köögivilju söönud inimeste osatähtsus tööealise rahvastiku seas; %	32 (2024)	≥ 40 (2030)
Viimase 7 päeva jooksul päevas keskmiselt üle 200 g päevas puuvilju/marju söönud inimeste osatähtsus rahvastiku seas; %	47 (2024)	≥ 65 (2030)
Suhkrute, soola või küllastanud rasvhapete sisalduse vähenemine reformuleerimise plaanis kokkulepitud toidugruppides; %	–	≥ 10 (2030)
Neli korda nädalas või sagedamini poole tunni või pikema aja vältel tervisesporti harrastavate täiskasvanute osatähtsus; %	18 (2024)	≥ 15 (2030)
Iga päev vähemalt 60 minutit kehaliselt aktiivsete 11-, 13- ja 15-aastaste kooliõpilaste osatähtsus; %	16 (2022)	≥ 30 (2030)
Kodus tubakasuitsuga kokkupuutuvate elanike osatähtsus; %	9 (2024)	< 5 (2030)
Sihtrühma hõlmatus HPV-vaktsiiniga; %		
12–14-aastased tüdrukud	54 (2024)	
12–14-aastased poisid	41 (2024)	≥ 70 (2030)
Sihtrühma hõlmatus HBV-vaktsiiniga; %		
3-aastased (4 doosi)	79 (2024)	≥ 95 (2030)
Rahvastikupõhiste sõeluuringute osalusmäär sihtrühmas; %		
Rinnavähk	65 (2024)	≥ 70 (2025)
Emakakaelavähk	65 (2024)	≥ 70 (2025)
Soolevähk	62 (2024)	≥ 70 (2025)
I ja II staadiumis diagnoositud rinnavähijuhtude osatähtsus; %	74 (2022)	≥ 75 (2025)
I ja II staadiumis diagnoositud käär- ja pärasoolevähijuhtude osatähtsus; %	39 (2022)	≥ 70 (2025)

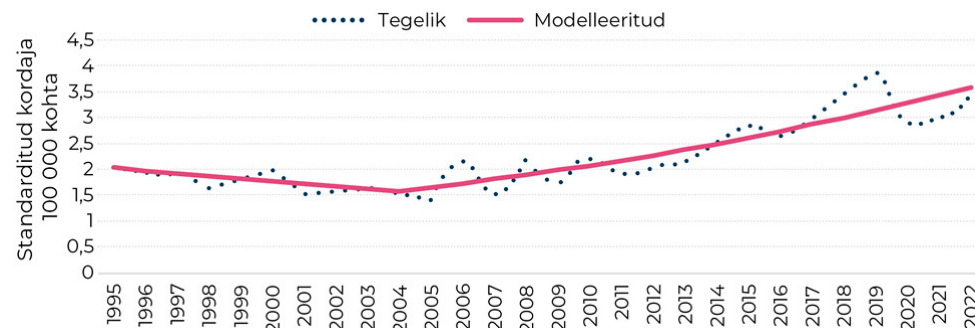
Allikas: TAI; terviseamet

Täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringu andmete kohaselt oli Eestis 2024. aastal igapäevasuitsetajaid meestest 18% ja naistest 10%, mis on kooskõlas vähitõrje tegevuskavas seatud sihiga (tabel 3). Kodus puutub tubakasuitsuga kokku 9% inimestest. Ülekaaluliste ja rasvunute osatähtsuses, köögiviljade ja puuviljade tarbimises on sihid seatud 2030.

aastaks ja nendeni ei ole veel jõutud. Murettekitavalt väike on iga päev kehaliselt aktiivsete kooliõpilaste osatähtsus (16% aastal 2022, siht 2030. aastaks $\geq 30\%$).

Vähitõrje tegevuskava näeb ette inimeste teavitamist **alkoholiga seotud vähiriskist**. Aastal 2022 korraldatud uuringust selgus, et Eesti inimeste teadlikkus alkoholist kui eri tüüpi vähkide riskitegurist on üldiselt madal. Maksavähki oskas alkoholiga seostada üle 60% vastanutest, kuid soolevähki vaid 30% ja rinnavähki 10% (Kaal ja Pajula, 2024). Üldine toetus vastava tootemärgistuse kasutuselevõtule oli vaid 54%, ent mida suurem oli teadlikkus alkoholi põhjustatud vähiriskist ja mida riskeerivamaks hinnati enda alkoholitarvitamist, seda suurem oli ka toetus tootemärgistuse rakendamisele (Reile ja Innos, 2024). Absoluutalkoholi tarbiti 2023. aastal 9 liitrit elaniku kohta (eesmärk 2030. aastaks < 8 l).

Üks vähiennetuse tähtsamaid eesmärke on uute põlvkondade kaitsmine, vaktsineerides neid vähki põhjustavate viiruste vastu. Eestis on pikka aega täheldatud murettekitavaid suundumusi **inimese papilloomiviirusest (HPV)** tingitud emakakaelavähi haigestumuses. Ent hiljutine põhjalik trendianalüüs viitas, et HPV-nakkus mõjutab märkimisväärselt ka pea- ja kaelakasvajatesse haigestumust, olles lisandunud nende kasvaja peamistele riskiteguritele alkoholi- ja tubakatarvitamisele (Kase jt, 2021). Peamiselt HPV-st tingitud haigestumus suuneeluvähki on Eestis suurenenud väga kiiresti, 5% aastas (joonis 87), eriti kiiresti on haigestumus suurenenud naistel (10% aastas, meestel 3% aastas).

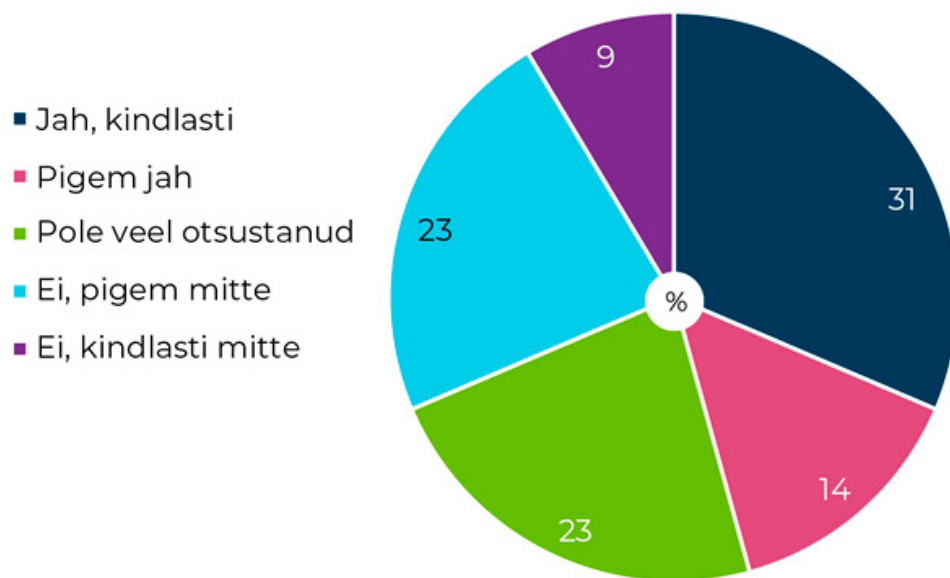


Emakakaelavähi sõeluuringus osalenud naiste seas oli kõrge onkogeense riskiga HPV-tüvede levimus Eestis 2021. aastal 9%, olles kõrgeim (17%) 30-aastastel naistel ja madalaim (6%) 50-aastastel naistel (Eamets, 2023). Kõige suurema levimusega (2,5%) genotüüp oli HPV16, mis kannab ka kõige suuremat vähiriski. Arvestades, et sõeluuringus osalevad terviseteadlikumad ja väiksema vähiriskiga naised, võib eeldada, et suure riskiga HPV-tüvede levimus rahvastikus on siiski mõnevõrra suurem.

HPV-vastane vaktsineerimine lisati Eestis riiklikku immuniseerimiskavasse 2018. aastal, kui alustati 12–14-aastaste tüdrukute vaktsineerimist üheksavalentse vaktsiiniga kahedoosilise skeemiga. Aastal 2024 võeti kasutusele ühe doosiga skeem, vaktsineerimist laiendati poistele ja tasuta vaktsiini pakutakse kõigile 12–18-aastastele noortele.

Euroopa Komisjoni rahastatud projekti PERCH raames uuriti 2023. aastal HPV-vastase vaktsineerimisega seotud teadmisi ja hoiakuid lapsevanemate, õpetajate, kooliõpilaste ja tervishoiutöötajate seas. Küsitlusest selgus, et 79% vastanud lapsevanemate kuuendas klassis õppiv laps ei olnud vaktsineeritud HPV vastu, 11% oli vaktsineeritud ja

10% ei osanud vastata. Ilmnes lapsevanemate vähene valmidus vaktsineerida oma lapsi HPV vastu: vaid 45% väljendasid soovi oma last vaktsineerida (joonis 88) (Veerus jt, 2024).



Lapsevanemad tõid välja, et teavet HPV kohta napib ja küsimus on ühiskonnas vähe nähtav. Ka õpetajate ja õpilaste hinnangul on lapsevanemad vaktsineerimisest vähe teadlikud ja vajaksid sihipärast teavitamist terviseteemadel. Rõhutati, et teave peab olema lihtsasti mõistetav ja arusaadav kõigi jaoks. Lapsevanemad ootavad teavet eelkõige tervishoiutöötajatelt (nt perearstid, naistearstid). Vaktsineerimisega seotud tervishoiutöötajad väljendasid vajadust värskendada teadmisi vaktsiinide ohutusest, kõrvaltoimetest ja tõhususest ning täiendada oma nõustamisoskusi.

Suurt muret teevad venekeelsed koolid, kus HPV ja sellega seotud

küsimused on tabud ja teadlikkus madal ning kooliõdedel on väga keeruline selle teemaga tegeleda. Eestikeelsetes koolides on olukord parem, kuid üldine teadlikkus HPV-st ja HPV- vastasest vaktsineerimisest on õpilaste seas endiselt madal, kuid tüdrukud on poistest teadlikumad. Õpetajad väljendasid selget vajadust lisada vaktsineerimisega seotud teemad õppekavasse.

Eestis toimub kolm organiseeritud vähi sõeluuringut: vähieelsete seisundite avastamisele ja sellega vähijuhtude ärahoidmisele suunatud emakakaelavähi ja soolevähi sõeluuring ning varasele avastamisele suunatud rinnavähi sõeluuring. Viimase viie aasta jooksul on TAI-s pööratud suurt tähelepanu sõeluuringute tulemuslikkuse hindamisele ja uute lahenduste väljatöötamisele. COVID-19 pandeemia järel on mitme osalise jõupingutuste tulemusena õnnestunud suurendada vähi sõeluuringute osalusmäära. Viimase nelja aastaga on osalus kasvanud rinnavähi sõeluuringus 59%-lt 65%-le, soolevähi sõeluuringus 49%-lt 62%-le ja emakakaelavähi sõeluuringus 51%-lt 65%-le (joonis 45, ptk 2.3.3). Sellele on kaasa aidanud nii laialdane teavitus ja tõhusam kutsete saatmine e-kirjade ning SMS-dega kui ka uute lahenduste pakkumine.

Eestis 2006. aastal alustatud emakakaelavähi sõeluuring on ennetav, mis võimaldab avastada rakumuutused enne pahaloomuliseks muutumist. Vähieelsete seisundite eduka ravi korral õnnestub vähi teke ära hoida. Aastal 2021 avastati emakakaelavähi sõeluuringul vähieelsed seisundid ligi 600 naisel ja sõeluuringul avastatud vähijuhtudest enamik olid preinvasiivsed in situ vähid või varases staadiumis (Zimmermann jt, 2024).

Emakakaelavähi koguhaigestumus püsis Eestis pikka aega Euroopa kõrgeimate seas (ECIS, 2024), kuid on alates 2013. aastast vähenenud 5,6% aastas (joonis 84). Haigestumus on vähenenud sõeluuringu vanuserühmas järgmiselt: 30–39-aastastel naistel 11% aastas alates

2015. aastast, 40–49-aastastel naistel 7% aastast alates 2009. aastast ja 50–59-aastastel naistel 2008. aastast alates 4% aastast, samal ajal kui kuni 30-aastastel ning vähemalt 60-aastastel naistel on haigestumus püsinud stabiilsena (Innos, 2024).

Peamine probleem on haigestumuse vähenemine ainult varase staadiumi arvelt ehk teisisõnu ei ole vähenenud kaugelearenenud (III ja IV staadiumi) emakakaelavähi haigestumus (Šavrova jt, 2023), mis viitab võimalusele, et ennetamisele ja varasele avastamisele suunatud tegevusest jäävad peamiselt kõrvale just suurema riskiga naised, kes ei käi ka väljaspool sõeluuringut regulaarselt tervisekontrollis.

Kuni 2020. aastani oli emakakaelavähi sõeluuringu esmasuuring tavapärane tsütoloogiline uuring ehk PAP-test. Võrreldes juhtkontrolluuringus emakakaelavähi diagnoosi saanud naisi tervete kontrollidega, selgus, et PAP-testi tegemata jätmine suurendas emakakaelavähi riski kaks ja pool korda (Nõmm, 2021; Nõmm jt, 2022). Paraku näitasid tulemused, et vähidiagnoosi said siiski ka paljud naised, kes olid hiljuti PAP-testi teinud, samuti ilmnemise olulised erinevused Eesti eri piirkondades. Tulemused viitasid seega probleemidele sõeluuringu korraldamise kvaliteedis. TAI-s ellu viidud järeldoktoriprojekti raames tehtud täiendavad uuringud tõid esile tõsised küsitavused PAP-testide võtmises ja dokumenteerimises, eriti väiksemates laborites (Orumaa jt, 2022, 2023). Samuti täheldati märkimisväärsed puudusi nende naiste jälgimises, kellel sõeluuringu PAP-test näitas kõrvalekaldeid ja kes vajasisid korduvaid uuringuid (Orumaa jt, 2022, 2023).

Alates 2021. aastast on emakakaelavähi sõeluuringu esmasuuring HPV-uuring, mille eesmärk on leida vähki põhjustav inimese papilloomviirusnakkus. See tekitab võimaluse juurutada uus lahendus

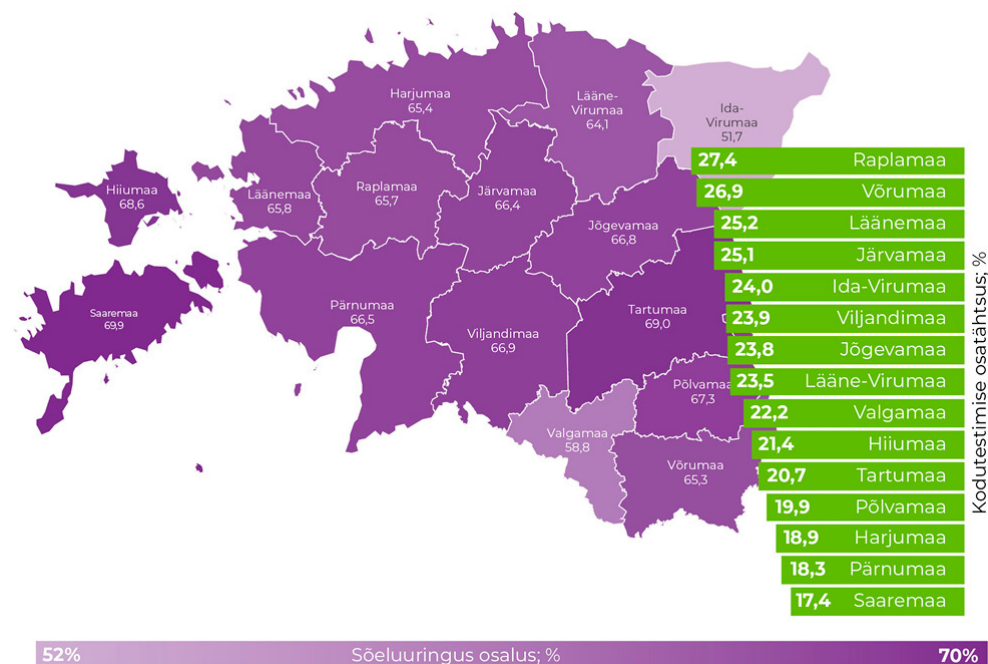
ehk HPV kodutestimine, mis võimaldab sõeluuringust osa saada ka naistel, kes seda tavapärasel moel teha ei saa. HPV kodutesti võib pidada väga oluliseks teguriks emakakaelavähi sõeluuringu osaluse suurendamisel.

Aastal 2020 pikaajaliselt sõeluuringus mitteosalejate seas korraldatud HPV kodutestimise teostatavusuuring näitas suurimat osalusmäära rühmas, kus proovivõtuvahend saadeti postiga koju (opt-out), võrreldes veebipõhise tellimusevõimaluse saanud rühmaga (opt-in) (Hallik, 2021; Veerus jt, 2021). Kodutesti oli naiste hinnangul lihtne ja mugav teha ning üle 90% osalenutest soovis kodutestimist kasutada ka edaspidi.

Aastal 2021 sõeluuringu sihtrühmas korraldatud randomiseeritud pilootuuring näitas kodutesti võimaluse saanud naiste seas osalusmäära olulist tõusu (keskmiselt 10% võrra), võrreldes tavapärase sõeluuringuga (Hallik jt, 2024). Mõju oli oluline nii opt-in- kui ka opt-out-rühmas, ent suurem viimases. Kodutesti kasutajakogemuse hinnangud olid valdavalt kõrged, sõeluuringul osalemisviisina eelistasid kodutesti enim eestlased ning 60- ja 65-aastased naised (Pöldmaa, 2024). Aastail 2022. ja 2023. pakuti HPV kodutesti sihtrühma naistele, kes ei olnud esimesel poolaastal sõeluuringus osalenud. Aastal 2024 oli HPV kodutest kättesaadav juba kõigile sõeluuringu sihtrühma naistele aasta algusest, lisaks pakuti eriti madala sõeluuringu osalusmääraga maakondades (Ida-Viru ja Lõuna-Eesti maakonnad) HPV kodutesti naistele ka apteekides. Kodutesti valis sõeluuringus osalemiseks iga viies sõeluuringus osalenud naine (21%). Enim oli kodutesti teinud naisi Rapla ja Võru maakonnas (27%) ja kõige vähem Saare maakonnas (17%) (joonis 89).

Erinevalt enamikust maakondadest, kus sõeluuringu osalus eelmise aastaga võrreldes ei muutunud, suurenes Ida-Viru maakonnas üldine sõeluuringus osalus aastaga 3% võrra ja kodutestijate osatähtsus oli seal üks suurimaid (24%). Vanuserühmade võrdluses oli kodutesti valinud naisi kõige rohkem 65-aastaste ja 60-aastaste seas (vastavalt 25% ja 23%), kõige vähem 50-aastaste naiste seas (18%). Alates 2025. aastast

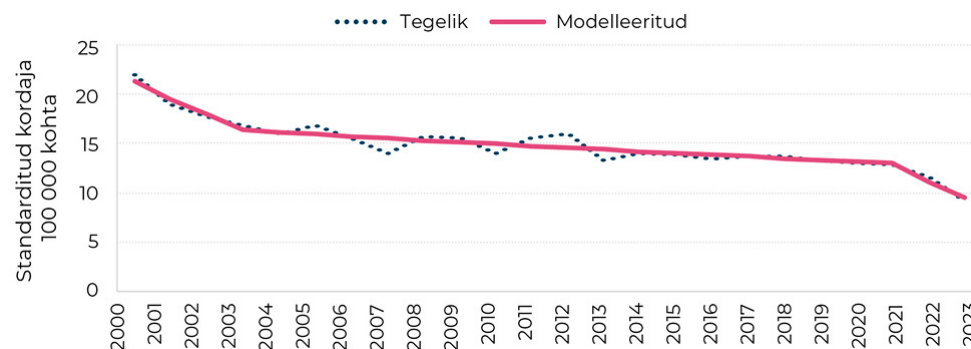
koordineerib HPV kodutestide veebipõhist tellimisvõimalust tervisekassa.



Rinnavähi varasele avastamisele ja sellega suremuse vähendamisele suunatud **sõeluuring** algas Eestis organiseeritud kujul 2004. aastal. Sõeluuringu sihtrühma on järk-järgult laiendatud: kuni 2018. aastani kutsuti uuringule 50–62-aastaseid naisi, alates 2018. aastast kaasati kuni 68-aastased ja praeguseks saavad sõeluuringul osaleda 50–74-aastased naised. Osalusmäär aga on olnud pigem madal ja jõudis 60%-ni esimest korda alles 2022. aastal. Haigestumus rinnavähki on viimastel aastakümnetel suurenenud umbes 1,4% aastas, kasv on toimunud peamiselt esimese staadiumi arvelt, kolmanda ja neljanda staadiumi haigestumus on samal ajal vähenenud (Baburin, 2024). Üldist haigestumuse suurenemist rinnavähki saab tõenäoliselt seostada

üleminekuga läänelikule eluviisile, mis on toonud kaasa rinnavähi riski suurendavad reproduktiivkäitumise muutused (nt vähem lapsi ja hilisemad sünnitused), rasvumise ja vähese kehalise aktiivsuse. Teiselt poolt viitab varase rinnavähi haigestumuse kiire kasv ka mammograafia laialdasele kasutamisele nii sõeluuringus kui ka selle väliselt.

Haigestumus rinnavähki on Eestis siiski 25% väiksem kui Euroopa Liidus keskmiselt, samal ajal kui suremus jääb keskmisele alla vaid 12% (ECIS, 2024). Suremus rinnavähki on Eestis alates 1990. aastate teisest poolest pidevalt vähenenud ligi 2% aastas. Enim on suremus vähenenud vanuserühmades 40–69 aastat, samal ajal kui vähemalt 70-aastaste naiste seas on suremus endiselt suurenemas (Baburin, 2024). Uuringutulemused on näidanud, et sõeluuringule kutsutud sünnikohortides ilmnes pärast sõeluuringuvanusesse jõudmist suremuse vähenemine, mis viitab sõeluuringu positiivsele mõjule (Baburin jt, 2024). Sõeluuringul avastatud vähijuhud on oluliselt varasemas staadiumis kui samas vanuserühmas muudmoodi tuvastatud vähijuhud (Innos jt, 2022a; Zimmermann jt, 2024). Viimased andmed näitavad rinnavähisuremuse vähenemist COVID-19 pandeemia järgnenud aastatel (joonis 90), mis on peamiselt tingitud 80-aastaste ja vanemate naiste suremuse järsust langusest.

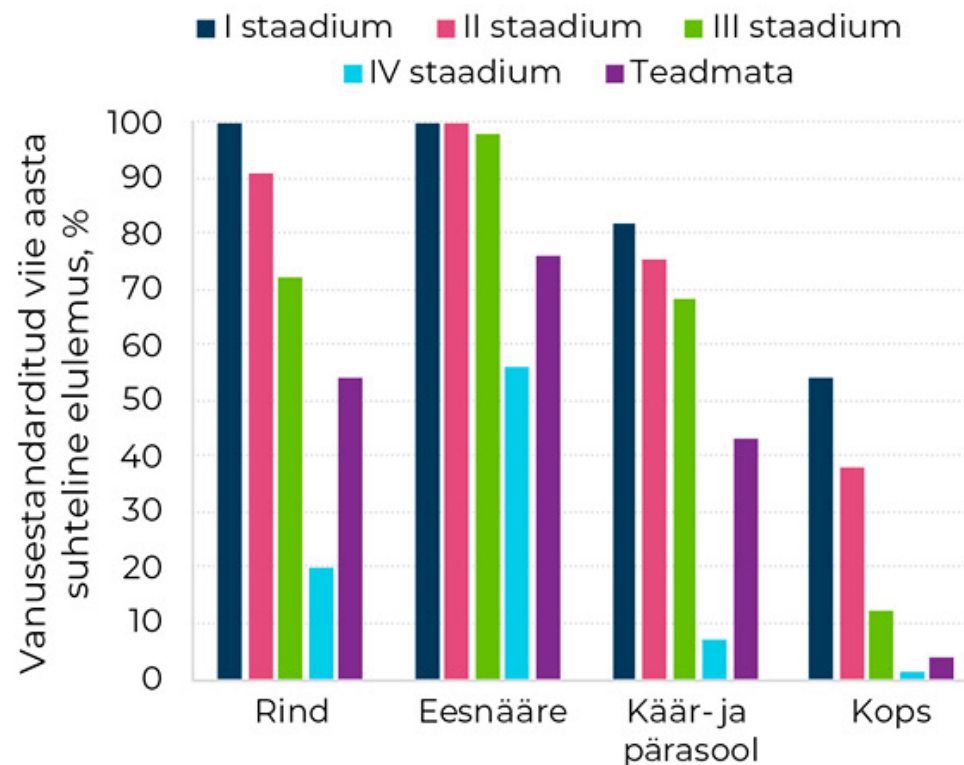


Käär- ja pärasoolevähi ennetusele ning varasele avastamisele suunatud **soolevähi sõeluuringut** alustati Eestis alles 2016. aastal ja selle mõju haigestumusele on praegu raske hinnata. Haigestumus on alates 2019. aastast vähenenud nii üldiselt (joonis 83) kui ka vähemalt 60-aastaste vanuserühmas, mistõttu ei saa välistada COVID-19 pandeemia mõju. Aastal 2021 avastati vähieelne seisund ligi 600 inimesel ja avastatud vähkidest kaks kolmandikku olid esimeses või teises staadiumis (Zimmermann jt, 2024). Rahvusvahelise uuringu tulemused näitasid, et riikides, kus soolevähi sõeluuring on toimunud juba pikka aega, ilmnes märgatav mõju haigestumuse vähenemisele ja varasemale diagnoosimisele (Cardoso jt, 2021). Lisaks madalale osalusmäärale võib Eesti tagasihoidlike tulemuste taga olla sõeluuringu sihtrühma kitsas vanusevahemik. Kuni 2025. aastani kutsuti soolevähi sõeluuringule 60–68-aastaseid mehi ja naisi, kuigi rahvusvaheliselt soovitatakse sõeluuringut vanuses 50–69 aastat. Alates 2025. aastast oodatakse sõeluuringule ka 58-aastaseid inimesi. Kuni 60-aastastel inimestel suureneb käär- ja pärasoolevähi haigestumus püsivalt 1,4% aastas.

Kooskõlas Euroopa Komisjoni soovitustega on Eestis alustatud uuringuid kopsuvähi ja eesnäärmevähi riskipõhiste sõeluuringute teostatavuse hindamiseks.

5.3. Diagnostika Ja Ravi

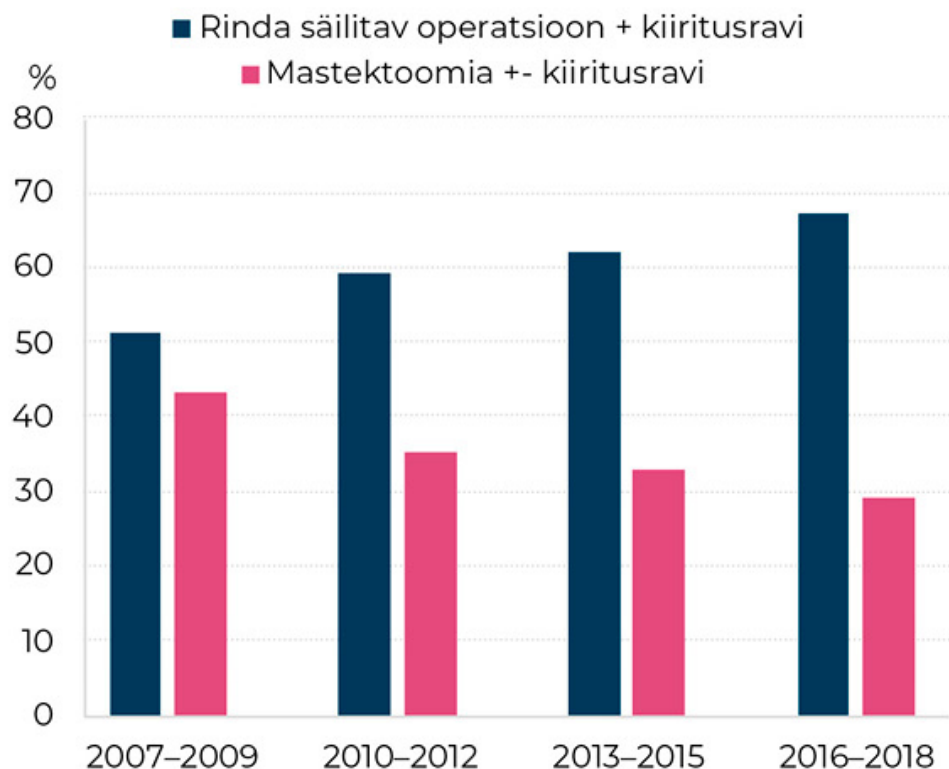
Viie aasta suhteline elulemus on üks olulisemaid näitajaid vähitõrje üldise tõhususe hindamisel, summaarselt kajastades õigeaegse diagnoosimise ja ravi tulemusi (vt ka 5.1). Vähiravi edukust eraldi aitab hinnata staadiumispetsiifilise elulemuse jälgimine (joonis 91).



Viimase 27 aasta jooksul on rinnavähi viie aasta suhteline elulemus Eestis suurenenud 19% võrra (Baburin, 2024). Võrdluses Põhjamaadega on Eesti naiste rinnavähielulemus umbes 10% võrra väiksem (tabel 2) (Zimmermann jt, 2024), mis on tõenäoliselt seotud sõeluuringul diagnoositud kasvaja väiksema osatähtsusega Eestis. Varases staadiumis diagnoositud **rinnavähi** elulemus on Eestis olnud heal tasemel juba pikemat aega (joonis 91), viimastel aastakümnetel on enim paranenud kolmanda ja neljanda staadiumi elulemus (Baburin, 2024; Baburin jt, 2014).

Üldine kiiritusravi kasutus ja samuti rinda säilitava operatsiooni ning

kiiritusravi kombinatsiooni kasutus varase rinnavähiga patsientidel on Eestis tõhusalt suurenenud (joonis 92) (Innos jt, 2021; Shahrabi Fahirani, 2021; Shahrabi Farahani jt, 2021). Hormoonravi kasutus Eestis oli Euroopa teiste riikidega võrreldes suur ja vastas ravijuhistele, kuid vähi taasteket täheldati Eesti patsientidel sagedamini (Sant jt, 2020). Ühtlasi on Eesti rinnavähipatsientidel rohkem kaasuvaid haigusi Euroopa teiste riikidega võrreldes, mis võib mõjutada ravitulemusi (Minicozzi jt, 2019).



Käär- ja pärasoolevähi elulemuses on toimunud kiire areng, kuigi Eesti näitajad jäävad endiselt veidi maha Põhjamaade tulemustest (tabel 2).

Varases avastamises ei ole märgatavaid muutusi toimunud, ent eriti kiiresti on kasvanud kolmandas staadiumis diagnoositud patsientide elulemus (joonis 91), mis viitab peamiselt diagnostika ja ravi tõhustumisele (Reima, 2022). Võrreldes 1997. ja 2011. aastal kasutatud diagnoosi- ja ravimeetodeid, leiti, et peamised elulemust parandanud tegurid on tõenäoliselt põhjalikud muutused diagnostikas ja ravis, eelkõige patoloogias ja adjuvantravis (Reima, 2022; Reima jt, 2020). Uurides käärsoolevähi täpse lokalisatsiooni mõju elulemusele, näidati, et parempoolse käärsoolevähi kehvem elulemus on seotud maksanurga kasvajatega, mis on tõenäoliselt tingitud kirurgilise ravi kehvemast kvaliteedist selle alapaikme korral (Reima jt, 2021). Rahvusvahelistes võrdlusuuringutes täheldati suuri erinevusi diagnostiliste protseduuride ja ravimeetodite kasutamises Euroopa riikides (Bouvier jt, 2021; Minicozzi jt, 2020).

Euroopa üheksa riigi andmeid hõlmanud uuringus ilmnes, et käär- ja pärasoolevähi viie aasta suhteline elulemus erines riigiti märkimisväärselt, samal ajal kui vähi taastekke esinemissagedus oli sarnane. Eesti elulemuse mahajäämus oli tingitud kaugelearenenud juhtude suurest osatähtsusest. Kirurgiliselt ravitud metastaasideta soolevähijuhtude elulemus oli Eestis sama hea nagu Euroopa teistes riikides (Bouvier jt, 2024).

Kopsuvähi elulemus Eestis püsib madal sarnaselt Põhjamaade näitajatega (tabel 2). Esimese staadiumi korral ulatub viie aasta elulemus üle 50%, kuid hilisema staadiumi korral on see oluliselt halvem (joonis 91).

Rahvusvahelises uuringus võrreldi kopsuvähi diagnostikat, ravi ja elulemust Euroopa riikides (Belgia, Eesti, Portugal, Hispaania ja Šveits), kasutades andmeid aastatel 2010–2013 diagnoositud kopsuvähijuhtude kohta. Varases staadiumis kopsuvähi korral said Eesti patsiendid osalenud riikide keskmisest rohkem kirurgilist ravi, kuid

kaugelearenenud haiguse korral said Eesti patsiendid teiste riikidega võrreldes vähem kiiritus- ja keemiaravi. Eesti elulemusnäitajad jäid teiste riikidega võrreldes madalamaks (Sant jt, 2023). Kuue Euroopa riigi (sh Eesti) ja USA võrdluses ilmnesevad suured erinevused kirurgilise ja kiiritusravi kasutuses varases staadiumis mitteväikerakulise kopsuvähi korral, mis viitab ravijuhiste erinevale tõlgendamisele. Eesti paistis silma kirurgilist ravi saanud patsientide suure osatähtsusega, kuid kiiritusravi sai vähem patsiente kui teistes riikides. Kopsuvähi elulemuses erinevusi ei täheldatud (Baum jt, 2024).

Eestis täheldati perioodide 2004–2008 ja 2014–2018 võrdluses kirurgilist, kiiritus- või süsteemravi saanud kopsuvähipatsientide osatähtsuse suurt tõusu, eriti kolmanda ja neljanda staadiumi korral (Innos & Paapsi, 2023). Euroopa Komisjon on andnud liikmesriikidele soovitusi uurida riskipõhise kopsuvähi sõeluuringu teostatavust, asjaomased uuringud on Eestis ka käimas.

Eesnäärmevähk on Eestis meestel kõige sagedamini diagnoositav kasvaja, mille korral ligi 60% juhtudest diagnoositakse esimeses või teises staadiumis. Eesnäärmevähi elulemus on kiiresti kasvanud ja ulatub 93%-ni ning on samal tasemel Põhjamaadega (tabel 2). Nii esimese, teise kui ka kolmanda staadiumi eesnäärmevähi viie aasta elulemus on Eestis 100% või selle lähedal, ka neljanda staadiumi elulemus ületab 55% (joonis 91). Viimastel andmetel on eesnäärmevähi suremus Eestis samuti üsna lähedal Põhjamaade näitajatele. Eesnäärmevähi suremuse kohta loe ka peatükist 5.6.

Euroopa Komisjon on andnud eesnäärmevähi suremuse vähendamiseks liikmesriikidele soovitusi uurida riskipõhise eesnäärmevähi sõeluuringu teostatavust, et selgitada kulutõhusalt välja suure riskiga kasvajakasvaja, vältides samal ajal tarbetuid ning meeste elukvaliteeti mitte parandavaid diagnostika- ja raviprotseduure, Eestis on esimene teostatavusuuring

käimas.

Pea- ja kaelapiirkonna vähkide elulemuses ilmneb Eestis suur mahajäämus Põhjamaade näitajatest, eriti meestel (tabel 2). Üks Eestis silmatorkav probleem on kasvajate diagnoosimine hilises staadiumis: suu- ja neeluvähkidest diagnoositi neljandas staadiumis üle 60%, alaneelu vähkidest lausa 80% (Kase jt, 2021). Pea- ja kaelakasvajatest kõige parema elulemusega on kilpnäärmevähk ja kõrivähk, mille korral viie aasta suhteline elulemus ulatub vastavalt 90%-ni ja üle 60%. Kõige halvem on elulemus suu- ja neeluvähi korral (viie aasta suhteline elulemus 33%), eriti suuneelu ja alaneelu korral (vastavalt 24% ja 17%).

Pea- ja kaelapiirkonna vähkide korral on väga suur erinevus meeste ja naiste elulemuses, nt suu- ja neeluvähi korral täheldati erinevust lausa 20% võrra. Võimalike selgituste hulka kuuluvad hilisem diagnoosimine, tervisekäitumine, kaasuvad haigused ja ravi järgimine (Innos jt, 2015; Kase jt, 2021).

Nahamelanoomi elulemus on viimastel aastakümnetel kiiresti paranenud ning on naistel jõudnud lähedale Põhjamaade näitajatele (tabel 2). Rahvusvahelise uuringu tulemused näitasid, et Eesti melanoomijuhtude staadiumijaotus oli sarnane Lääne-Euroopa osalenud riikidega (üle poole juhtudest diagnoositi esimeses staadiumis) (Sant jt, 2022). Uuringus vaadeldi diagnostikaprotseduuride vastavust ravijuhistele ja seoseid elulemusega. Hinnati patoloogiaraporti vastavust ravijuhistele (kas patoloogiaraport sisaldas täpseks diagnoosimiseks vajalikke andmevälju, nagu kasvaja paksus, haavandumine, mitooside arv jms) ning täheldati madalamat elulemust nendel patsientidel, kelle patoloogiaraport ei olnud täielik. Eesti patsientide seas oli vähem neid, kelle patoloogiaraport sisaldas kõiki vajalikke andmevälju, ent vähi leviku hindamiseks vajalikku valvurlümfisõlme uuringut tehti Eestis sama sageli

nagu teistes osalenud riikides (Sant jt, 2022).

Harvaesinevateks nimetatakse kasvajaid, mida esineb vähem kui kuus juhtu 100 000 inimese kohta. Sellesse rühma kuulub umbes 200 erinevat kasvajat, mis kokku moodustavad 25% kõigist uutest Euroopas diagnoositud vähijuhtudest (Trama jt, 2025). Harvikkasvajate esinemissageduse muutusi saab seostada muutustega teadaolevate riskitegurite esinemises. Nii on Euroopas vähenenud haigestumus suitsetamisega seotud kasvajatesse, nagu näiteks kõri-, alaneelu- ja hingetoruvähk, ent kasvanud haigestumus HPV-ga seotud kasvajatesse, nagu suuneelu-, anaalkanali-, peenise-, hääme- ja tupevähk.

Harvaesinevate kasvajate prognoos ei ole Euroopa riikides paranenud eelkõige diagnoosi hiline, esialgse ebakorrekse diagnoosi ja ravi tõttu. Elulemus oli madalaim rindkere, kesknärvisüsteemi ja seedesüsteemi kasvajate korral (vastavalt 12%, 20%, 27%) ja kõrgeim endokriinsete ning meeste suguelundite ja urogenitaalsete kasvajate korral (vastavalt 93% ja 77%). Riikide vahel täheldati olulisi erinevusi pea- ja kaelapiirkonna mitme kasvaja elulemuses, ent ühtmoodi kõrge oli elulemus munandivähi korral (85–98%). Uuringus järelitati, et kuigi harvikkasvajate ravis ei ole toimunud olulisi läbimurdeid, mõjutavad tervishoiusüsteemi investeeringud nende kasvajate elulemust siiski oluliselt (Trama jt, 2025).

Hematoloogilistest kasvajatest diagnoositi Eestis aastatel 2011–2015 ja 2016–2020 nii meeste kui ka naiste seas kõige sagedamini B-rakulist kroonilist lümfotsüüt-leukeemiat/ väikerakk-lümfoomi ja difuusset B-suurrakk-lümfoomi. Nii meeste kui ka naiste seas oli viie aasta suhteline elulemus aastatel 2016–2020 kõrgeim Hodgkini lümfoomi (89%) ja krooniliste müeloproliferatiivsete haiguste korral (meestel 74%, naistel 87%). Viie aasta suhteline elulemus oli nii meestel kui ka naistel madalaim ägedate müeloidleukeemiate korral (vastavalt 10% ja 15%)

(Zimmermann jt, 2023).

Üleeuroopalise uuringu tulemused näitasid, et riikide erinevused lümfooidkasvajate pikaajalises elulemuses püsivad ja on seotud tervishoiu kogukuludega. Täheldati aga ka erinevusi sarnaste tervishoiu kogukuludega riikides, mis viitab tervishoiupoliitika mõjule. Hodgkini lümfoomi korral on Eesti patsientide elulemus Euroopa keskmisega sarnane, kuid mitte-Hodgkini lümfoomi korral üks Euroopa madalamaid (Sant jt, 2024).

Ka **müeloidkasvajate** peamiste alarühmade (äge müeloidleukeemia, müeloproliferatiivsed kasvajad, müelodüsplastilised sündroomid) elulemus Euroopas oli kõrgem suuremate riiklike tervishoiu kogukuludega riikides ja elulemus vähenes kulukvartilides. Kõige kõrgem oli elulemus müeloproliferatiivsete kasvajate korral ja madalaim ägeda müeloidse leukeemia korral. Naiste elulemus oli üldjuhul parem kui meestel ning elulemus vähenes vanusega (Vener jt, 2025).

Kiiritusravi on kirurgilise ja süsteemravi kõrval tähtis raviviis, mis võimaldab vähist tervistada või elukvaliteeti parandada. Aastatel 2018–2020 tehti Eestis kiiritusravi 7227 kasvajajuhtu korral (neist pahaloolumulised 7102). Pärast diagnoosi kahe kalendriaasta jooksul kiiritusravi saanud vähijuhtude osatähtsus suurenes neil aastatel 24%-lt 26%-le (kõik paikmed, v.a naha mittemelanoom). Sagedamatest paikmetest suurenes kiiritusravi saanud juhtude osatähtsus enim pärasoolevähi (39% vs. 49%), emakakehavähi (23% vs. 33%), peaaajukasvajate (60% vs. 67%) ja rinnavähi (60% vs. 65%) korral. Rahvusvahelised ajakohased võrdlusandmed puuduvad, seetõttu ei ole võimalik anda täpset hinnangut, milline on kiiritusravi senine kasutus Eestis võrreldes optimaalse kasutusega.

Tabel 4. Kahe aasta jooksul pärast diagnoosiaastat kiiritusravi saanud vähijuhtude osatähtsus diagnoosiaasta juhtudest valitud paikmete korral staadiumi või morfoloogia järgi, Eesti, 2018–2020

Paige	TNM staadium/ morfoloogia	Osatähtsus diagnoosiaasta juhtudest; %
Söögitoru	II–III	78
Pärasool	III	69
Kops	IIIB	58
Rind	III	73
Emakakael	IB2–IV	86
Peaaju	Glioblastoom	79

Allikas: TAI

Tabelis 4 näidatud valitud paikmete staadiumi- või morfoloogiarühmades võib ekspertide hinnangul pidada optimaalseks kiiritusravi kasutust emakakaelavähi ja glioblastoomi korral, ent raviviis on alakasutatud söögitoru-, pärasoole-, kopsu- ja rinnavähi korral. Lisaks võib ekspertide hinnangul pidada optimaalseks kiiritusravi kasutust emakakehavähi korral, kuid alakasutus esineb tõenäoliselt kusepõievähi, pea- ja kaelapiirkonna kasvaja ning kõhunäärmevähi korral. Kiiritusravi võimalikud alakasutuse põhjused on patsientide kehv üldseisund, mis ei võimalda kiiritusravi teha, patsientide eelistused (nt keeldumine), kiiritusravi puudulik kättesaadavus (sh voodikohtade kättesaadavus) ja meditsiinipersonali suhtumine.

5.4. Laste Ja Noorte Vähk

Lapseea vähk on väga harv ja Eestis diagnoositakse aastas umbes 35 juhtu. Vähiepidemioloogias käsitletakse lapseeana vanust kuni 14 aastat ning teismeliste ja noorte täiskasvanutena vanust 15–39 aastat. Haigestuvad rohkem poisid ja lapsed noorimas vanuserühmas (kuni nelja-aastased) (Paapsi jt, 2020). Lastel on kõige sagedamad paikmed leukeemiad, kesknärvisüsteemi kasvaja ja lümfoomid. Aastatel

1970–2016 kasvas laste haigestumus umbes 0,6% aastas. Sel ajal tehti Eesti tervishoiusüsteemis olulisi muudatusi ja tänu täpsemale diagnoosimisele ning uutele ravivõimalustele suurenes viie aasta elulemus lastel 25%-lt 80%-le (kõik paikmed kokku). Elulemus kasvas enim leukeemiade ja nefroblastoomide korral (1970.–1979. aastal vastavalt 7% ja 9%, 2007.–2016. aastal 86% ja 85%) (Paapsi jt, 2020).

Lapseeas diagnoositud kasvaja elulemus varieerub riigiti. Üleeuroopalise uuringu andmete kohaselt oli Eesti patsientide elulemus Euroopa keskmisega võrreldav Hodgkini tõve ja mitte-Hodgkini lümfoomi korral, jäädes mõnevõrra madalamaks kesknärvisüsteemi kasvaja korral, samuti kõiki kasvajaid koos vaadeldes (Botta jt, 2022). Riikide erinevuse üks võimalikke põhjusi on haiguse diagnoosimine eri staadiumides.

TAI osalusel toimuva rahvusvahelise uuringu BENCHISTA eesmärk on juurutada laste kasvaja staadiumi määramisel spetsiaalselt selleks välja töötatud Toronto staadiumi klassifikatsioon, mis aitab **vähidiagnoosiga laste prognoosi** paremini hinnata (Lopez- Cortes jt, 2023). Uuringu esmaste tulemuste järgi oli Toronto staadium võimalik määrata 93% juhtudest. Sellegipoolest varieerusid staadiumi määramiseks kasutatud meetodid riigiti ja mitme metastaaside tuvastamiseks vajaliku meetodi (MIBG, kompuutertomograafia, positronemissioontomograafia – PET) kasutus oli Ida-Euroopas väiksem kui Euroopa teistes piirkondades. Pooltel patsientidel tuvastati diagnoosimise hetkel haiguse kauglevik, metastaaside esinemises täheldati geograafilisi erinevusi neuroblastoomi, nefroblastoomi, osteosarkoomi ja rabdomüosarkoomi korral. Ida-Euroopa riikides diagnoositi neuroblastoomi ja nefroblastoomi metastaasidega harvem kui Kesk-Euroopas, mis võib olla tingitud vähematest vajalikest uuringutest. Seega jääb küsimus, kas Ida-Euroopa riikides nähtud haiguse varasem diagnoosimine, ent väiksem arv vajalikke uuringuid kajastub ka elulemuse näitajates, mis avaldatakse uuringu järgmises etapis (Botta jt,

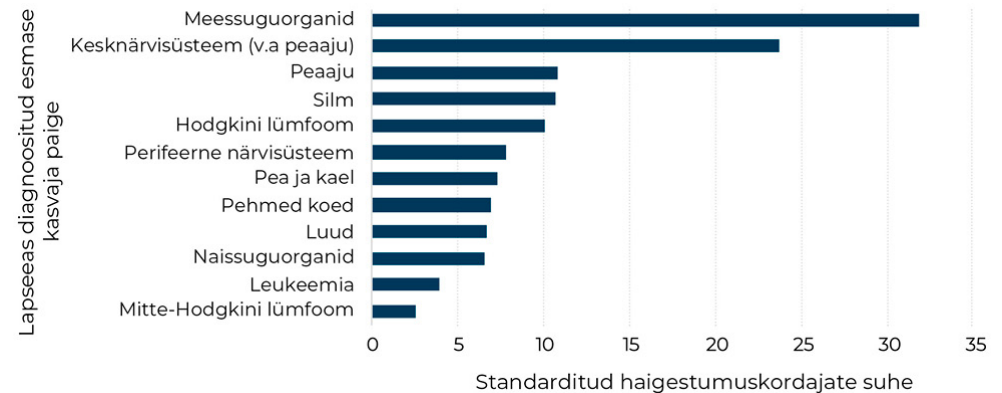
2025).

Lapseea kasvajate ravi on pikk ja toksiline ja pikaajaliste kõrvaltoimetega, millest kõige kriitilisemaks peetakse haigestumist **järgnevasse esmasesse kasvajasse**. Uue kasvaja teket mõjutavad keskkondlikud ja geneetilised riskitegurid, ent ka esmase kasvaja ravi. Eestis oli lapseea kasvajatest tervenenuitel üle kuue korra suurem risk haigestuda vähki, võrreldes kogurahvastikuga, mis oli kooskõlas rahvusvaheliste tulemustega (Soomlais, 2023).

Suurem risk järgneva kasvaja diagnoosimiseks oli patsientidel, kelle esimene kasvaja diagnoositi 1970. aastatel, vanuses 10–14 aastat või kelle lapseas diagnoositud esimese kasvaja paige oli meessuguorganid või kesknärvisüsteem (joonis 93). Järgnevate esmaste kasvajate seas oli enim rinnavähki ja naha mittemelanoomi (Soomlais, 2023).

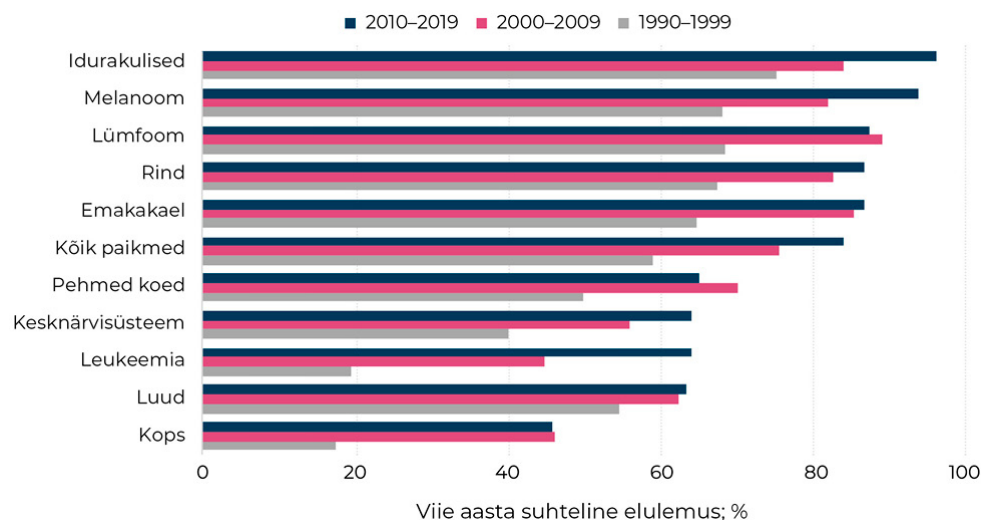
Tulemused rõhutavad vähitõrje tegevuskavas välja toodud vajadust töötada välja jälgimisjuhend geneetilise eelsoodumusega laste jaoks, samuti igakülgne süsteem, mis aitaks lapseea kasvajat tervenenuitele tagada piisava järelkontrolli ja toe edaspidi.

Teismeliste ja noorte täiskasvanute seas (15–39 aastat) diagnoositi maailmas 2019. aastal 1,9 miljonit vähijuhtu ja oli ligi 400 000 vähisurma. Suuremat haigestumust täheldatakse kõrgema arengutasemega riikides ja suuremat suremust madalama arengutasemega riikides. Sarnaselt teiste kõrge arengutasemega riikidega põhjustavad Eestis selles vanuserühmas suurimat haiguskoormust leukeemiad, kesknärvisüsteemi kasvaja ja rinnavähk (Alvarez jt, 2022). Aastatel 1970–2018 suurenes teismeliste ja noorte täiskasvanute haigestumus Eestis keskmiselt 1,4% aastas ja naistel kiiremini kui meestel (1,6% vs. 1,2%). Vanuserühmas 25–39 aastat on haigestumus suurem kui 15–24-aastastel (Paapsi jt, 2021).



Üleeuroopalise uuringu tulemused näitasid, et 15–39-aastaste vähipatsientide elulemus suurenes küll enamiku vähipaikmete korral, ent vanemas vanuserühmas rohkem kui kuni 30-aastastel. Enim on elulemus paranenud hematoloogiliste kasvajate korral. Euroopa keskmisega võrreldes oli Eesti patsientide elulemus kõrgem luukasvajate korral, kuid jäi mõnevõrra madalamaks mitte-Hodgkini lümfoomi korral. Osa riikide kehvema elulemusnäitajaid võib tõenäoliselt seostada hilisema staadiumiga diagnoosimisel, piiratud ligipääsuga ravile ja patsientide vähese või hilineunud suunamisega kompetentsikeskustesse (Trama jt, 2024).

Eestis paranes teismeliste ja noorte täiskasvanute üldine viie aasta vähielulemus perioodide 1990–1999 ja 2010–2019 võrdluses 59%-lt 84%-le (joonis 94). Enim paranes elulemus leukeemiate ja kopsuvähi korral, samal ajal kui luukasvajate ja pehmete kudede kasvajate korral on elulemuse paranemine olnud pigem tagasihoidlik (Paapsi jt, 2024).



5.5. Sotsiaalne Ebavõrdsus

Teadusuuringute tulemused näitavad, et sotsiaalne ebavõrdsus mõjutab Eestis nii vähihaigestumust ja vähisuremust kui ka varast avastamist ja vähiravi saamist.

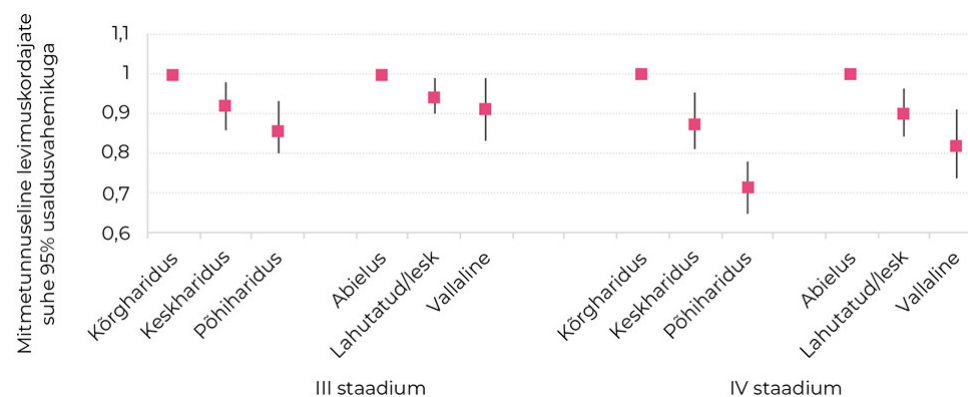
Üleeuroopalisel uuringul ilmnes selgelt, et riikide erisused **vähisures** tulenevad peamiselt madalama haridusega rahvastikurühmade vähisures varieeruvusest riikide vahel (Vaccarella jt, 2023). Lääne- ja Põhja-Euroopaga võrreldes oli Eestis ja Ida-Euroopa riikides madalama haridustasemega inimestel, eriti meestel, märgatavalt suurem vähisuremus, ent kõrgema haridustasemega inimeste vähisuremus oli sarnane.

Eestis tehtud mitme uuringu tulemused on näidanud, et **emakakaelavähi** korral on sotsiaalsed tegurid, nagu näiteks madalam

haridus, ravikindlustuse katkemine ja lahutatud/ lehestunud perekonnaseis, seotud nii suurema vähiriskiga, sõeluuringus väiksema osalusega kui ka vähi hilisema avastamisega (Nõmm jt, 2022; Šavrova jt, 2023; Suurna jt, 2022).

Kopsuvähi korral said kõrgema haridusega või püsivas kooselus inimesed oluliselt suurema tõenäosusega vähispetsiifilist ravi, eriti suured erinevused ilmsid kolmanda ja neljanda staadiumi korral (joonis 95) (Innos ja Paapsi, 2023). **Rinnavähi** korral ei täheldatud kiiritusravi saamises erinevusi vanuserühmiti ega patsiendi elukoha maakonna järgi, millest viimane viitab heale kättesaadavusele ka keskustest kaugemal elavate patsientide jaoks.

Küll aga said kiiritusravi vähem tõenäoliselt madalama haridusega naised, samuti lahutatud/lehestunud või vallalised naised (Shahrabi Fāharani, 2021; Shahrabi Farahani jt, 2021). Rinda säilitava operatsiooni ja kiiritusravi kombinatsiooni said samuti harvem madalama haridustasemega naised (Innos jt, 2021).



Tulemused viitavad vajadusele täpsemalt ja personaalsemalt sihitud

ennetusmeetmete järele nii esmases vähiennetuses kui ka sõeluuringutes. Ühtlasi on vaja pöörata rohkem tähelepanu raviga seotud väärarusaamadele, mis võivad mõjutada patsientide valikuid. Patsientidele tuleb pakkuda psühhosotsiaalset tuge, et ravi ei jääks saamata sotsiaalsete või majanduslike takistuste tõttu.

Indikaator	Hetke seis; % (andmete aasta)	Siht; % (tähtaeg)
Vähiregistri andmete avaldamise viivitus	23 kuud (2022)	< 18 kuud (2025)
Vähi sõeluuringute registri avaldatavad sõeluuringute kvaliteediindikaatorid		
Emakakaelavähi sõeluuring	38 (2022)	
Rinnavähi sõeluuring	32 (2022)	
Soolevähi sõeluuring	29 (2022)	≥ 80 (2022)

5.6. Vähiandmed

Rahvastikupõhise vähiregistri põhieesmärk on järjepidevalt andmeid koguda rahvastikus diagnoositud kõigi vähijuhtude kohta, et tagada usaldusväärsed andmed vähistatistika ja teadusuuringute tarbeks. Vähi diagnoosimine ja ravi on aeganõudev, samuti nõuab aega registrisse jõudnud andmete kontrollimine ning toimingud andmete täielikkuse ja täpsuse tagamiseks. Rahvusvahelise tava kohaselt peetakse ajakohaseks vähiandmeid, mis avaldatakse kuni kaheaastase viivitusega. Vähitõrje tegevuskavas on seatud eesmärk lühendada vähiregistri andmete avaldamise aeg 18 kuuni selleks hetkeks, kui avaldatakse 2025. aasta vähiandmed (tabel 5).

Vähi sõeluuringute registrisse kogutakse tervise infosüsteemist andmed Eestis korraldatavate vähi sõeluuringute kohta, et arvutada regulaarselt kvaliteedinäitajaid ja sellega tagada sõeluuringute kvaliteet. Vähitõrje tegevuskavas seati eesmärk saavutada 2022. aastaks vähemalt 80% näitajate arvutamise võimekus (tabel 5).

Tabel 5. Vähitõrje tegevuskava vähiandmete protsessiindikaatorid

Vähiregister avaldas 2022. aasta haigestumuse andmed 2024. aasta novembris, mis teeb **andmete avaldamise ajaks** 23 kuud, 2023. aasta vähijuhtude andmed avaldatakse septembris 2025 (avaldamisae 21 kuud). Avaldamisaja lühendamine oleneb esmajoonel registrile laekuvate andmete täielikkusest ja täpsusest ehk teisisõnu töö mahust, mida register peab tegema andmete täiendavaks kogumiseks tervishoiuasutustest päringute ja linkimisega.

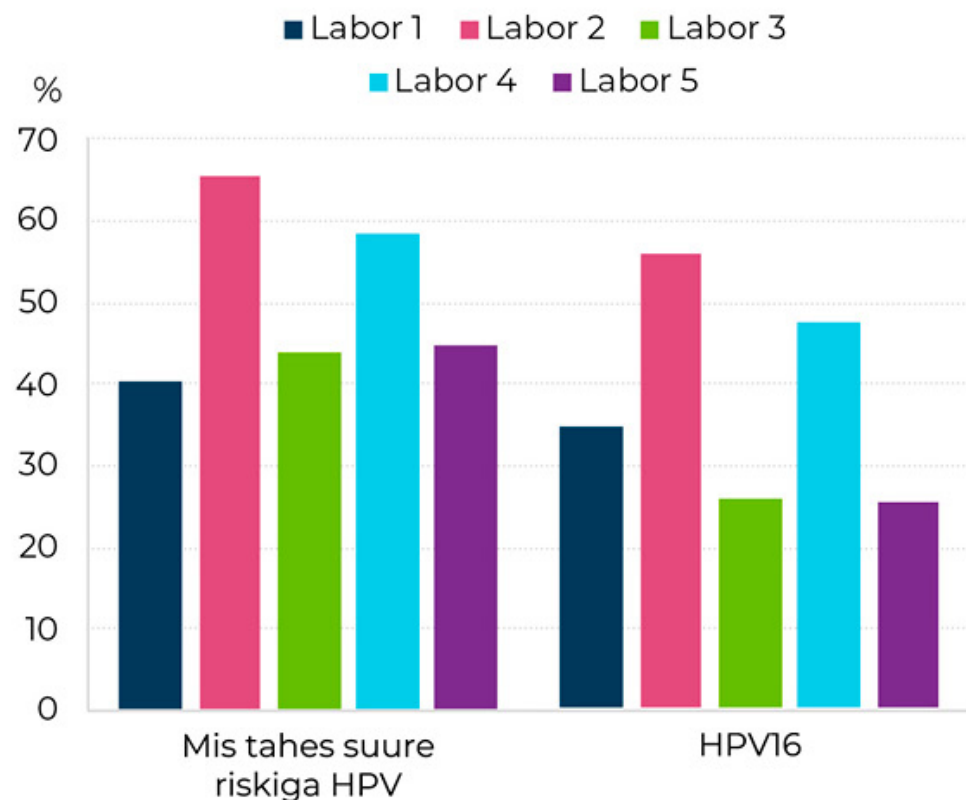
Praegu on käimas mitu projekti, mis on suunatud vähiandmete struktureerimisele tervishoiuasutustes, samuti digitaalse andmeedastuse tõhustamisele, mis aitavad kaasa andmete avaldamise viivituse lühendamisele. Samuti on töös põhimääruse muudatused, et laiendada andmekoosseisu ja paremini vastata tänapäeva vähiuuringute vajadustele.

Vähiregistri **andmekvaliteedi jälgimiseks** avaldatakse iga-aastastes raportites rahvusvaheliselt tunnustatud kvaliteedinäitajate andmed. Aastal 2021 kinnitus pahaloomulise kasvaja diagnoos mikroskoopilise uuringu põhjal 90% patsientidel, mis peegeldab diagnoosimise head taset. Surmatunnistusest lähtunud juhtude osakaal oli 3,4% ja nende seas oli kõige rohkem kopsuvähki (17%), teadmata algkoldega pahaloomulisi kasvaid (11%) ning kõhunäärme- ja eesnäärmevähki (vastavalt 9% ja 8%). Sellised juhud viitavad teatavale puudujäägile vähijuhtudest õigeaegses teatamises.

Ainult surmatunnistuse alusel registreeriti veidi üle 2% kõigist vähijuhtudest, mis on rahvusvahelises võrdluses madal näitaja ja näitab registriandmete usaldusväärsust. COVID-19 aastatel suurenes mõnevõrra teadmata staadiumiga juhtude osatähtsus. Aastal 2021 paistis selles eriti silma kopsuvähk, mille juhtudest ligikaudu 15%-l oli mõlema soo hulgas staadium määramata, aga ka näiteks rinnavähi, käär- ja pärasoole ning nahamelanoomi juhtudest üle 10%-l oli staadium teadmata. Üksnes vähiregistri andmetele tuginedes ei ole paraku võimalik hinnata, kas staadium jäi tervishoiuasutuses määramata või registrile teatamata.

Vähi sõeluuringute registri andmete kohaselt avaldati 2022. aasta kohta 38% emakakaelavähi, 32% rinnavähi ja 29% jämesoolevähi tol aastal kehtinud tegevusjuhendis sisalduvatest kvaliteediindikaatoritest (tabel 5). Register on teinud ettepanekud näitajate ajakohastamiseks: emakakaelavähi sõeluuringu 2025. aasta algusest kehtivas tegevusjuhendis on uus loetelu, millest register suudab avaldada 71%. Teiste paikmete tegevusjuhendites ei ole näitajaid veel korrigeeritud. Peamine põhjus, miks ei ole võimalik avaldada vähemalt 80% näitajatest, on tervise infosüsteemist registrisse laekuvate andmete kehv kvaliteet, mis ei võimalda näitajaid arvutada piisavalt täielikult.

Vähi sõeluuringute registri andmekvaliteedi analüüs tõi esile probleemid emakakaelavähi sõeluuringu andmete laekumises nii esmasuuringu (HPV-uuring) kui ka lisauuringute (vedelikupõhine tsütoloogia) kohta (Eamets, 2023). Ühtlasi ilmnesid märgatavad kõikumised laborite kaupa, kui vaadeldi suure riski HPV-alatüüpide leiu korral teatatud ilma patoloogiata tsütoloogilise uuringu (NILM)* osatähtsust (joonis 96).



Tulemused viitavad vajadusele leppida kokku patoloogialaborite täiendavad sise- ja väliskvaliteedikontrolli reeglid ning vajadusele korraldada regulaarseid laborikvaliteedi auditeid, et tagada kogu Eestis kõigile sõeluuringutes osalejatele ühtlane teenuse kvaliteet. Laboriteenuse kvaliteedi ja laboriandmete kvaliteedi tagamiseks, samuti laboriteenuse kulutõhususe parendamiseks võiks kaaluda Eestis ühe kuni kahe referentslabori asutamist.

Soolevähi sõeluuringus oli aastatel 2016–2021 peitveretesti tulemus

registris korrektselt dokumenteeritud 88% juhtudest ja sõelkoloskoopiaeelne soole ettevalmistus kirjeldatud 86% juhtudest (soovituslik 98%) (Mändla, 2024). Soole ettevalmistust, millest oleneb koloskoopia edukus, hinnati adekvaatseks 92% uuringute korral (soovituslik vähemalt 90%) ja piisavaks 67% uuringute korral.

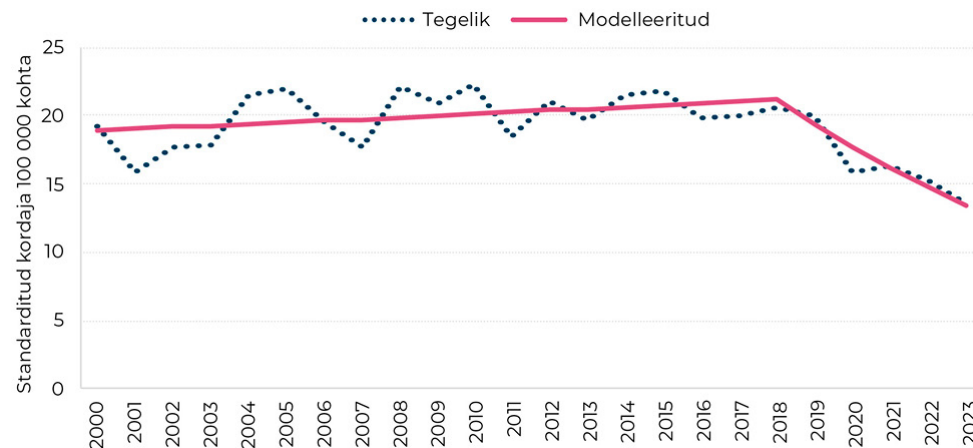
Sõelkoloskoopiast 2% tehti pärast negatiivset peitveretestit. Keskmine aeg positiivsest peitveretestist sõelkoloskoopiani oli 46 päeva, soovitusliku ühe kuu jooksul jõudsid uuringule vähem kui pooled inimestest. Tulemused rõhutavad vajadust andmete parema dokumenteerimise järele, et oleks võimalik sõeluuringute kvaliteeti ja kättesaadavust pidevalt monitoorida.

Surma põhjuste register kogub andmeid Eesti elanike surmajuhtude kohta. Surma põhjuste teatisele märgivad arstid surma põhjuse ja asjaolud, mille alusel register määrab surma algpõhjuse vastavalt WHO reeglitele. Surma põhjuste andmetele tugineva vähisuremusstatistika põhjal tehakse tervisepoliitilisi otsuseid, mistõttu surma põhjuse määramise kvaliteet on väga tähtis.

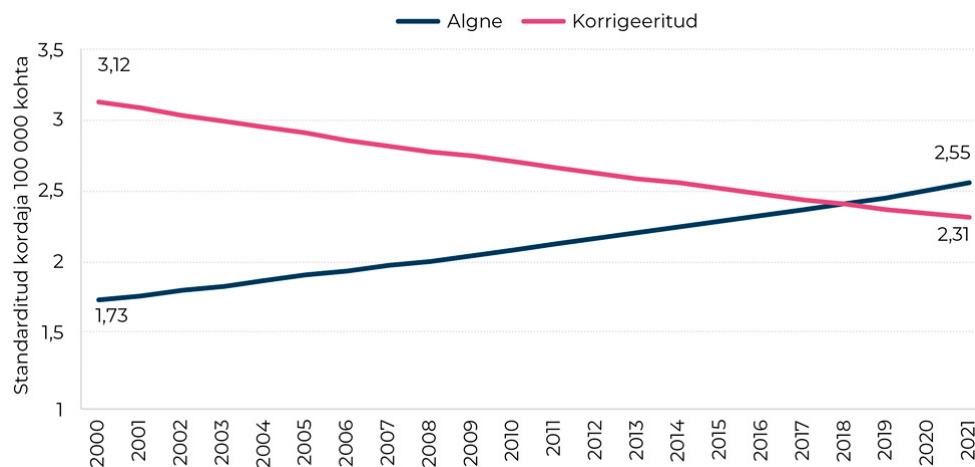
Eesnäärmevähi suremus püsis Eestis Euroopa kõrgeimate seas olenemata sellest, et enamik uusi haigusjuhte diagnoositakse varases staadiumis ja elulemus on väga kõrgel tasemel. Nendest vastuoludest ajendatuna korraldati uuring, milles arst-ekspertid määrasid haiguslugudele tuginedes uuesti, kas 2017. aastal surnud meeste peamine surmapõhjus oli eesnäärmevähk või mitte. Tulemused näitasid, et 2017. aastal oli suremus eesnäärmevähki Eestis surma põhjuse väärade dokumenteerimise tõttu poolteist korda üle hinnatud (Innos jt, 2022b).

Juhud, mille korral eksperdi hinnang surmapõhjusele ei langenud kokku registreeritud surmapõhjusega, esinesid peamiselt vähemalt 75-aastaste meeste seas, surmatõendi väljastaja oli valdavalt perearst ja vähi levik diagnoosimisel oli enamikul juhtudel lokaalne (Aren, 2024). Tulemuste põhjal anti põhjalik tagasiside nii surma põhjuste registrile kui ka

andmeesitajatele, et teadmistele tuginedes andmekvaliteeti parandada. Ühtlasi on kvaliteeti aidanud parandada üleminek digitaalsele andmeedastusele 2019. aastal. Alates kvaliteediprobleemidele tähelepanu juhtimisest ja digitaalsele andmeedastusele üleminekust on eesnäärmevähi suremus kiiresti langenud, mistõttu võib arvata, et tegelik suremuse vähenemine algas juba varem (joonis 97).



Emakakehavähi ja emakakaelavähi suremustrende võib mõjutada nende surmajuhtude osatähtsus, mille korral märgitakse peamiseks surma põhjuseks emaka täpsustamata osa kasvaja, mitte emakakaela- või emakakehavähk. Surma põhjuste registri ja vähiregistri andmete linkimisuuringu tulemustest ilmnes, et ajavahemikul 2000–2021 oli emakakehavähi surmade arv oluliselt alahinnatud, sest paljud neist olid registreeritud emaka täpsustamata osa kasvajatest tingitud surmadena (Allas, 2024). Enamik väärklassifitseerimisi toimus 2000. aastate alguses, seetõttu muutus korrigeerimise tulemusena emakakehavähi suremustrendi suund ja varem täheldatud suremuse tõusu asemel ilmnes oluline suremuse langus (joonis 98).



* NILM – patoloogiata tsütoloogiline uuring (NILM – ingl *negative for intraepithelial lesion or malignancy*)

Järeldused Ja Ettepanekud

Kogu vähihaigestumus on Eestis viimase kümne aasta jooksul vähenenud, osaliselt küll COVID-19 pandeemia tagajärjel. Pandeemia ajal vähenenud uute vähijuhtude arv naasis 2022. aastal 2019. aasta tasemele, ent senistele andmetele tuginedes ei ole pandeemia toonud kaasa diagnoosimise hilinemist.

Haigestumus emakakaelavähki on vähenemas tänu sõeluuringule. Haigestumus käär- ja pärasoolevähki on küll vähenenud, aga seda ei saa COVID-19 pandeemia tõttu veel seostada sõeluuringu mõjuga.

Vähielulemus suureneb pidevalt tänu varasemale avastamisele ning diagnostika ja ravi tõhustumisele. Mitme paikme korral on vähielulemuse

näitajad võrreldavad Põhjamaadega, ent teatavate vähkide korral püsib mahajäämus, peamiselt tingituna hilisemast avastamisest. Meeste ja naiste erinevus vähielulemuses on osa vähkide korral vähenenud, kuid mõne korral ka suurenenud tulenevalt naiste elulemuse kiiremast paranemisest.

Kahjuks ei ole endiselt võimalik hinnata **vähiga elavate inimeste elukvaliteeti ja rahulolu**, mistõttu tuleb viia ellu vähitõrje tegevuskavas kokku lepitud tegevus elukvaliteedi hindamise võimekuse loomiseks.

Seireandmete ja teadusuuringute kokkuvõtlikud järeldused ning neil põhinevad ettepanekud

Järeldused	Ettepanekud
Vähiennetus Alkoholi tarbimine püsib kõrgel tasemel ja inimeste teadlikkus alkoholi vähki tekitavast toimest on vähene. Liigse kehakaaluga laste ja täiskasvanute osatähtsus püsib suur ning laste liikumisaktiivsus on väike. - Suureneb haigestumus mitmesse välditavasse vähki, mille riskitegur on alkoholi tarvitamine või rasvumine.	- Rakendada kogu rahvastikule suunatud poliitikameetmeid alkoholi tarvitamise vähendamiseks (sh vähendada alkoholi kättesaadavaust, taskukohasust ja reklaami). Jätkata teavitust teadlikkuse suurendamiseks alkoholist kui vähi riskitegurist. - Töötada välja ja rakendada toitumisele ning liikumisele suunatud sekkumisi liigse kehakaalu ennetamiseks ja vähendamiseks, eriti lastel.
Hõlmatus HPV- ja HBV-vaktsiiniga on vähene.	Suurendada lapsevanemate teadlikkust HBV- ja HPV-vastase vaktsineerimise vajalikkusest ning ohutusest.
HPV levimus rahvastikus on suur ning suureneb HPV-ga seotud haigestumus pea- ja kaelakasvajatesse.	Pakkuda süsteemset tuge kooliõdedele ja lihtsustada vaktsineerimise korraldust koolides, nt lapsevanema nõusoleku digiteerimine.

Sõeluuringud ja õigeaegne diagnoosimine	
- Ühegi riikliku sõeluuringu osalusmäär ei ole jõudnud soovitusliku 70%-ni. Rinnavähisuremus on märgatavalt vähenenud nii noortel kui ka sõeluuringu vanuserühma naistel, aga mitte vanematel, mistõttu toetavad tulemused kehtivat sõeluuringu vanusevahemikku 50–74 aastat. - Haigestumus emakakaelavähki on sõeluuringu tulemusena vähenemas, kuid suurema vähiriskiga naised jäävad sõeluuringust kõrvale. HPV kodutest suurendab sõeluuringus osalust, kõige tõhusam on proovivõtuvahendi saatmine koju. Tsütoloogia tulemused varieeruvad emakakaelavähi sõeluuringuteenust osutavate laborite hulgas märgatavalt, mis võib põhjustada sõeluuringu kvaliteedierinevusi.	- Töötada välja ja rakendada eri rahvastikurühmadele kohandatud kommunikatsioon sõeluuringutes osaluse suurendamiseks. - Parandada sõeluuringute kättesaadavust (mobiilsed mammograafiaüksused, HPV kodutestimine, sh kodutesti pakkumine apteekides, soolevähi sõeluuringu proovivõtuvahendi pakkumine apteekides ja posti teel). - Jätkata uute lahenduste väljatöötamist haavatavate rühmade kaasamiseks sõeluuringutesse, sh sihitud sekkumised kaua aega sõeluuringus mitte osalenud inimestele (nt proovivõtuvahendi saatmine koju). - Langendada soolevähi sõeluuringu alumist vanusepiiri Euroopa Komisjoni soovitatud tasemele (50 eluaastat). - Monitoorida süsteemselt kogu sõeluuringuteekonna kvaliteeti. - Lua tervise infosüsteemi automaatsed teavitused.
- Haigestumuse vähenemine käär- ja pärasoolevähi vähemalt 60-aastastel võib olla seotud COVID-19 pandeemiaga ja seda ei saa veel seostada sõeluuringu mõjuga. - Kuni 60-aastastel jätkub haigestumuse suurenemine tingituna riskitegurite suurenevast levimusest.	- Kehtestada pidev ja süsteemne kvaliteedi monitoorimine laborites, sh regulaarsed auditid. - Piirata emakakaelavähi sõeluuringu teenuseosutajate arvu lähtuvalt tsütoloogiliste uuringute mahust, kaaluda referentslabori(te) asutamist.
- Sõeluuringuga hõlmamata vähkide ja rahvastikurühmade korral on hiline diagnoosimine endiselt probleem. - Põhjamaadele alla jäävad elulemusnäitajad on peamiselt tingitud hilisemast staadiumist diagnoosimisel. - Eesnäärmevähi juhtude suur arv viitab väikese riskiga vähijuhtude ülemäärasele diagnoosimisele.	- Kommunikatsioon teadlikkuse suurendamiseks võimalikule kasvajale viitavate ohumärkide kohta. - Korrastada ja ühtlustada raviteekonnad ja tagada vähikahtlusega patsientide kiire suunamine kompetentsikeskustesse. - Jätkata uute riskipõhiste sõeluuringute teostatavuse ja kulutõhususe hindamist (kops, eesnäärre).
Diagnostika ja ravi	
Diagnostikameetodite ja eri raviliikide kasutus on märgatavalt paranenud (sh kiiritusravi), osa meetodite kasutuses on teatav mahajäämus, mis võib olla tingitud puudulikest kättesaadavusest või ühtsete ravistandardite puudumisest.	Rakendada ellu vähitõrje tegevuskava ettepanekud diagnostika ja ravi kättesaadavuse parandamiseks, ravikvaliteedi analüüsimiseks ja parandamiseks, samuti raviteekondade ja diagnostika standardimiseks.

Laste ja noorte vähk	
Laste haigestumus kasvab aeglaselt, elulemus on märgatavalt suurenenud tänu ravi paremale kättesaadavusele. Tervenenukel on suurem risk järgneva kasvaja ja muude terviseprobleemide tekkeks. Teismeliste ja noorte täiskasvanute seas kasvab haigestumus, sh riskitegurite suurema levimuse tõttu	- Korrastada laste ja noorte raviteekonnad ning tagada vähikahtlusega patsientide kiire suunamine kompetentsikeskustesse. - Lühendada ravile pääsemise aega erijuhtudel (nt ravi välismaal). - Rakendada igakülgne jälgimissüsteem lapsea kasvajast tervenenukele.
Sotsiaalne ebavõrdsus	
Madalama haridustasemega inimestel või ilma partnerita inimestel on suurem vähirisk, vähk avastatakse hiljem, nad osalevad vähem sõeluuringutes ja saavad vähem vähiravi, mis võib olla tingitud info vähesusest, väärarusaamadest, majanduslikest põhjustest või teenuste puudulikest kättesaadavusest.	- Suunata kohandatud sekkumisi ja teavitust eri rahvastikurühmadele. - Parandada sõeluuringute jm varase avastamise kättesaadavust, sh sihitud meetmed eri rühmadele. - Rakendada vähitõrje tegevuskavas ette nähtud meetmed psühhosotsiaalse abi pakkumiseks vähipatsientidele ja nende lähedastele.
Vähiandmed	
- Puudulike andmete tõttu ei ole võimalik hinnata raviteekondade, diagnostika ega ravi kvaliteeti. Vähiregistri andmekvaliteet on endiselt rahvusvaheliselt heal tasemel, andmete avaldamise viivituse peapõhjus on andmete ebatäielik laekumine tervishoiuasutustest. - Püsivad probleemid kvaliteetsete andmete edastamisel tervise infosüsteemist vähi sõeluuringute registrisse, mistõttu ei ole võimalik arvutada kõiki kokkulepitud sõeluuringute kvaliteedinäitajaid. - Teatavate paikmete korral on esinenud probleeme surma põhjuse korrektsel määramisel, mis on tingitud terviseandmete puudulikest dokumenteerimisest; probleemide esiletoomine on aidanud kvaliteeti parandada.	- Ühtlustada vähiandmete dokumenteerimine tervishoiuasutustes ja tagada lihtne digitaalne andmeedastus vähiregistrisse. - Täiendada vähiregistri andmekoosseisu, et paremini vastata tänapäeva teadusuuringute vajadustele. - Parandada registrite võimalusi andmete kontrollimiseks ja täiendamiseks. - Parandada jõuliselt sõeluuringute andmekvaliteeti tervise infosüsteemis ja seega vähi sõeluuringute registris, et oleks võimalik paremini jälgida sõeluuringute kvaliteeti. - Koolitada tervishoiutöötajaid terviseandmeid täielikumalt dokumenteerima (sh surma põhjus). - Monitoorida pidevalt andmekvaliteeti registrites, teha kvaliteediuuringuid ja anda tagasisidet andmeandjatele.

Kokkuvõtteks

Vähitõrje tegevuskava riikliku rahastuse puudumisest hoolimata on Eesti

liikunud seatud eesmärkide suunas. Vähitõrje koordineerimisele riigis aitab kaasa Eesti vähitõrjevõrgustiku [ESTCAN](#) moodustamine, mis ühendab tervishoiu-, teadus- ja haridusasutused, patsiendiorganisatsioonid ning poliitikakujundajad koostööks. Tuginedes aastaraamatus kokku võetud seireandmetele ja teadusuuringute tulemustele, saab sõnastada kesksed küsimused, millele on vaja vähitõrjes tähelepanu pöörata järgmise kvaliteedihüppe tegemiseks.

- Personaliseeritud ja inimeste vajadustele kohandatud meetmete rakendamine vähiennetuseks, varaseks avastamiseks ja

psühhosotsiaalse toe pakkumiseks, et vähendada ebavõrdsust tervises.

- Tervishoiuteenuste kvaliteedi mõõtmine nii söeluuringutes, vähidiagnostikas ja -ravis kui ka tervenemise jälgimisel, et parandada tulemusi ja hoida kokku tervishoiukulused.
- Kvaliteetsemate vähiandmete esitamine ja teadusuuringute toetamine, et probleemid aegsasti tuvastada ja pakkuda inimestele uuenduslikke lahendusi.
- Vähitõrje osaliste koostöö, et ühiselt leida Eestile parimad lahendused.