

Tartu Ülikool
Tervishoiu instituut

**ÜLEVAADE VÄHIHAIGETE REHABILITATSIOONI-
PROGRAMMIDEST EUROOPA LIIDUS**

Magistritöö rahvatervishoius

Anne Niinepuu

**Juhendajad: Piret Veerus, PhD,
Tervise Arengu Instituut, vanemteadur
Katrín Lang, PhD,
Tartu Ülikool, tervishoiu instituut, dotsent**

Tartu 2014

Magistritöö tehti Tartu Ülikooli tervishoiu instituudis.

Tartu Ülikooli rahvatervishoiu kaitsmiskomisjon otsustas 30.05.2014 lubada väitekiri tervise-
teaduse magistrikraadi kaitsmisele.

Retsensent: Jelena Sokk, PhD, Tartu Ülikooli spordibioloogia ja füsioteraapia instituut, füsio-
teraapia lektor

Kaitsmine: 10.06.2014

SISUKORD

LÜHIKOKKUVÕTE	5
1. SISSEJUHATUS	7
2. KIRJANDUSE ÜLEVAADE.....	8
2.1. Vähi epidemioloogia	8
2.1.1. Esmahaigestumus.....	8
2.1.2. Suremus	10
2.1.3. Elulemus	11
2.1.4. Levimus	13
2.2. Riiklike vähistrateegiate vajalikkus.....	14
2.3. Rehabilitatsioon ja selle vajadus	16
2.3.1. Rehabilitatsiooni tähendus.....	16
2.3.2. Vähihaigete rehabilitatsiooni vajadus.....	17
2.3.3. Rehabilitatsiooniprogrammid	20
2.3.4. Rehabilitatsiooniteenuse osutamise koht ning personal	22
3. EESMÄRGID.....	24
4. MATERJAL JA METOODIKA.....	25
5. TULEMUSED	28
5.1. Vähihaigete rehabilitatsiooni definitsioon EL-i riikides	28
5.1.1. Vastused riikide kaupa.....	28
5.1.2. Kokkuvõte	30
5.2. Vähihaigete rehabilitatsiooni kajastamine EL-i liikmesriikide riiklikus vähistrateegias ja ravijuhendites.....	30
5.2.1. Kokkuvõte	31
5.3. Rehabilitatsiooniteenuse osutamine vähihaigetele erinevates EL-i riikides.....	32
5.3.1. Belgia.....	32
5.3.2. Bulgaaria.....	33
5.3.3. Eesti	33
5.3.4. Hispaania	41
5.3.5. Holland	41
5.3.6. Iirimaa.....	42
5.3.7. Itaalia	43
5.3.8. Kreeka.....	43

5.3.9. Küpros.....	43
5.3.10. Leedu.....	44
5.3.11. Luksemburg	44
5.3.12. Läti	44
5.3.13. Malta	45
5.3.14. Poola.....	45
5.3.15. Portugal	45
5.3.16. Prantsusmaa	46
5.3.17. Rumeenia	46
5.3.18. Saksamaa.....	46
5.3.19. Slovakkia.....	47
5.3.20. Sloveenia.....	48
5.3.21. Soome.....	48
5.3.22. Taani.....	49
5.3.23. Tšehhi Vabariik.....	49
5.3.24. Ungari.....	50
5.3.25. Ühendkuningriik	50
5.4. Kokkuvõtte rehabilitatsiooniteenuseid pakkuvatest struktuuridest EL-i riikides	51
6. ARUTELU	54
7. JÄRELDUSED	58
8. KASUTATUD KIRJANDUS	60
SUMMARY	67
TÄNUAVALDUS	70
ELULUGU	71
LISAD	72
LISA 1. EUROCHIP-3 vähirehabilitatsiooni töörühm	72

LÜHIKOKKUVÕTE

Käesolevas magistritöös uuriti vähihaigete rehabilitatsiooniprogramme Euroopa Liidus (EL-27). Töö eesmärgid olid (1) kirjeldada vähihaigete rehabilitatsiooni definitsiooni liikmesriikides, (2) rehabilitatsiooniteenuse käsitlemist riiklikes dokumentides (riiklik vähistrateegia, ravijuhendid) ning anda ülevaade (3), milliseid rehabilitatsiooniteenuseid vähihaigetele eri riikides pakutakse ja kuidas on rehabilitatsiooniteenuste osutamine korraldatud.

Magistritöö andmed pärinevad Euroopa Komisjoni poolt rahastatud projekti *European Cancer Health Indicator Project–III „Common Action“* (EUROCHIP-3) raames Euroopa Liidus läbiviidud kahel küsitlusuuringul, mis toimusid vastavalt aprillist juunini aastal 2010 ning jaanuarist maini aastal 2011. Mõlema uuringu käigus edastati e-posti teel ekspertidest koosnevale töörühmale (vähemalt üks ekspert igast liikmesriigist) avatud vastustega ankeetküsimustikud, kes oma riigi nimel vastasid. Lisaks antakse ülevaade antud teemal ilmunud kirjutistest ning veebipõhisest infost.

Euroopa Liidus ei ole kõigis liikmesriikides vähihaigete rehabilitatsiooni mõiste ametlikult defineeritud (Luksemburg, Poola), ent rehabilitatsiooni mõistetakse siiski kui protsessi, mis lisaks füüsilise funktsioneerimisvõime parendamisele sisaldab täiendavalt ka sotsiaalse ja psühholoogilise valdkonna komponente. Vähihaigete elukvaliteedile on oma rehabilitatsiooni definitsioonides viidanud Eesti, Iirimaa, Itaalia, Läti ja Rumeenia.

Riiklik vähistrateegia eksisteerib Euroopa Liidus 22-s riigis, nendest 18-s on kajastatud rehabilitatsiooni. Paljud liikmesriigid peavad vähistrateegiate nõrkuseks nende killustatust, sest käsitletavat teemat jäävad sageli üldsõnaliseks või piirduakse ainult eesmärkide sõnastamisega. Reaalne ressursside planeerimine ja eraldamine (väljaõppinud personal, rahalised vahendid, teenuste kättesaadavus) püstitatud eesmärkide saavutamiseks ei kuulu enamikes liikmesriikides vähistrateegia koosseisu. Osades riikides (Hispaania, Holland, Iirimaa, Taani, Inglismaa) on väljatöötatud vähirehabilitatsioonialased juhendid ning vajalikku infot kajastatakse täiendavalt ka muudes dokumentides (nt ravijuhendid). Üleüldine teadlikkuse tõus vähirehabilitatsiooni valdkonnas on liikmesriikides kaasa toonud vajaduse olemasolevate riiklike dokumentide (vähistrateegia, ravijuhendid) uuendamiseks, pakutavate teenuste parendamiseks ning uute väljatöötamiseks, ent ressursside piiratuse ning paljude konkureerivate huvide tõttu on tegevused komplitseeritud.

Euroopa Liidus osutatakse vähihaigetele rehabilitatsiooniteenuseid spetsiaalsetes vähikeskustes, üldistes rehabilitatsioonikeskustes, vähirehabilitatsiooni keskustes, haiglates, hospiitsides, tervisekeskustes ning kirikus. Kõige levinumad rehabilitatsiooniteenuste osutamise kohad on haiglad ja üldised rehabilitatsioonikeskused. Spetsiaalselt

vähirehabilitatsiooni valdkonnas töötava personali koolitamist korraldatakse 13-s liikmesriigis. Nõustamisteenus on saadaval kõigis liikmesriikides (Austria, Rootsi ei vastanud), ent pakutavad teenused erinevad nii oma kättesaadavuse (Iirimaa, Poolas, Rumeenias ja Ungaris teenus saadaval osaliselt) kui ka vähihaigetele spetsialiseerumise osas (Lätis ja Leedus ainult üldine nõustamisteenus). Vähihaigete abistamine kodustes tingimustes ehk koduhooldus on teenusena saadaval 22-s liikmesriigis, kuid varieerub liikmesriikides nii oma sisult kui mahult olulisel määral. Poolas ja Sloveenias koduhooldusteenust ei pakuta.

Eesmärgiga pakkuda kvaliteetsemaid ja asjakohasemaid teenuseid, hinnatakse vähihaigete elukvaliteeti regulaarselt Hollandis (distressi mõõdik „lastmeter“) ning Saksamaal (rehabilitatsioonialane küsimustik IRES-3). Ka teistes riikides kasutatakse elukvaliteedi hindamise küsimustikke (sagedaseim vähihaigete jaoks väljatöötatud EORTC), ent enamasti rakendatakse seda kliinilistes uuringutes teaduslikel eesmärkidel.

Vähirehabilitatsiooni olulisuse teadvustamisest hoolimata pole riikides piisavalt ressursse sh väljaõppinud personali, kes oleksid võimelised õigeaegselt ja tõhusalt rehabilitatsiooniprogramme pakkuma. Jätkuvalt on enamikes liikmesriikides kitsaskohaks vähihaigete vajadustele vastavate rehabilitatsiooniprogrammide vähesus, mille põhjusena on nimetatud ebapiisavat rahastamist, hea koostöö puudumist erinevate huvigruppide vahel (nt poliitikut, arstid, erinevad rehabilitatsioonispetsialistid, patsiendid ja nende lähedased jt) ning raskused vähihaigete vajaduste väljaselgitamisel. Seetõttu piirduvad paljud liikmesriigid valdavalt üksikteenuste pakkumisega (peamiselt füsioteraapia, võimlemine, nõustamine) ning sotsiaalse, tööalase ja psühholoogilise rehabilitatsiooni nõudlusele vastavate teenuste ja programmide pakkumus on limiteeritud.

Käesoleva töö tulemustest lähtudes tuleks Euroopa Liidus (sh Eestis) hinnata rehabilitatsiooniprotsessis regulaarselt vähihaigete elukvaliteeti ning organiseerida saadud teadmiste viimine praktikasse. Arvestades vähilevimuse jätkuvat tõusu ning vähihaigete heterogeensust, oleks mõistlik arendada koolituskavad rehabilitatsiooni valdkonda õppivate isikute spetsialiseerumiseks vähihaigete rehabilitatsioonile ning tõsta olemasoleva personali teadlikkust (nt koolitused, erinevate rehabilitatsiooni valdkonna spetsialistide vahelise koostöö edendamise kogemuste jagamiseks jms).

Et Eestis napib nii vähirehabilitatsioonis osalevat personali kui infot, kuidas toimub vähihaigete liikumine eri ravietaappide vahel, peab olukorra parandamiseks tõstma pakutavate teenuste kättesaadavust ning vähihaigete teadlikkust. Selle saavutamiseks tuleks välja töötada vastavasisuline juhendmaterjal (sh tagada kättesaadavus) ning määrata nii statsionaarse kui ambulatoorse ravi korral kindlad kontaktisikud (nõ vahelüli erinevate spetsialistide ning ametkondade vahel), kes haldavad informatsiooni, mida vähihaige raviteekonna jooksul vajab.

1. SISSEJUHATUS

Eesti Vähistrateegias (1) on vähktõbi ehk pahaloomuline kasvaja defineeritud kui „mistahes koe vahand, mida iseloomustab rakkude vähene diferentseerituse aste ja võime sisse tungida ümbritsevasse kudedesse ning levida nii vere kui ka lümfi kaudu kogu organismi“ (1). Enamasti areneb vähktõbi organismis aeglaselt, mistõttu seda peetakse vanemaealiste haiguseks (1, 2). Lisaks vanusele (3) suurendab vähihaigestumuse riski suitsetamine, vähene liikumine ja rasvarikas toit (4, 5), mistõttu on toimetulek vähktõvega igapäevaseks väljakutseks miljonitele inimestele üle maailma (6). 2008. aastal oli ülemaailmne hinnanguline vähihaigestumus 12,7 miljonit juhtu (7), olles seega üks levinuim ülemaailmse haigestumuse ja suremuse põhjustaja (8, 9), millest tingitud kahjude ohjamisega tuleb riikidel tänapäeval silmitsi seista (7).

Tänu meditsiini edusammudele on vähktõbi jõukamates maades muutunud pigem krooniliseks haiguseks (9), mis omakorda tõstab levimusnäitajaid. 2008. aasta ülemaailmne 5-aasta vähilevimus oli 28,8 miljonit inimest (10), sealhulgas peaaegu pool vähikoormusest oli arenenud riikide kanda (11). Vähktõve varajane avastamine ning efektiivsem ravi toob ühiskonna jaoks kaasa rahvastiku hulgas suureneva nõudluse pikema-aegse ravi ja hoolduse järele (11), mistõttu saab kvaliteetse vähiravi sh rehabilitatsiooni kättesaadavuse tagamine oluliseks väljakutseks isegi kõrge sissetulekuga riikides (9).

Ehkki Euroopa Liidust mõeldakse ja räägitakse tihti kui tervikust, koosneb see siiski 27-st riigist¹, mille tervishoiu- ja sotsiaalabisüsteem üksteisest suuremal või vähemal määral erinevad, mistõttu rehabilitatsiooniprogrammide olemasolu ja kättesaadavus riigiti võib oluliselt varieeruda. Teaduskirjanduses toodud hinnangute kohaselt jääb vähihaigete rehabilitatsioonivajadus 30–70% vahele (12, 13). Nõudlus rehabilitatsiooniteenuste järele on sõltuv nii vähipaikmest, selle levimusest, rakendatud ravimeetoditest kui ka ajahetkest, millise etapini on vähihaige oma raviteekonna jooksul jõudnud (12, 13).

EUROCHIP-3 programmi raames arendas töörühm WP-6 indikaatoreid rehabilitatsiooniprogrammide hindamiseks, mille käigus koguti Euroopa Liidu liikmesriikidelt infot vähirehabilitatsiooni kohta. Käesolevas magistritöös kasutati viidatud uuringu raames kogutud andmeid ning uuriti kuidas (1) mõistetakse Euroopa Liidu liikmesriikides vähihaigete rehabilitatsiooni, (2) kas vähihaigete rehabilitatsioon kuulub riiklike dokumentide (riiklik vähistrateegia, ravijuhendid) koosseisu ning (3) kus ja milliseid rehabilitatsiooniteenuseid vähihaigetele pakutakse.

¹ Magistritöö põhineb aastatel 2010 ja 2011 kogutud andmetel, mil Euroopa Liidu moodustasid 27 liikmesriiki.

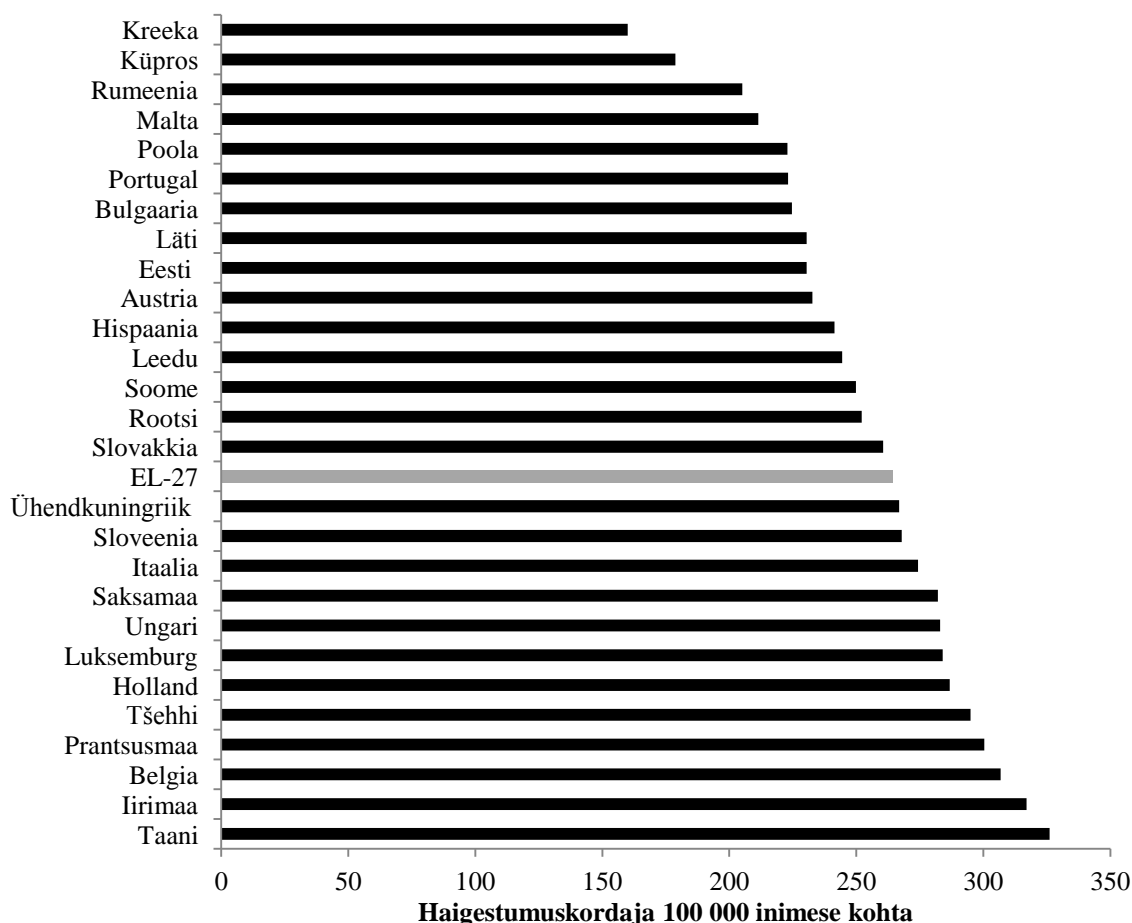
2. KIRJANDUSE ÜLEVAADE

2.1. Vähi epidemioloogia

2.1.1. Esmashaigestumus

2008. aastal oli hinnanguline Euroopa Liidu (EL-27) vähihaigestumus 2,4 miljonit juhtu (8). Vähipaikmete lõikes haigestuti enim eesnäärmevähki (338 700 juhtu), kolorektaalvähki (333 400), rinnavähki (332 800) ning kopsuvähki (288 100) (8). Meesrahvastiku hulgas oli sagedaseim eesnäärme-, kopsu- ja kolorektaalvähk. Naiste hulgas haigestuti enim rinnavähki, millele järgnesid kolorektaal- ja kopsuvähk (14).

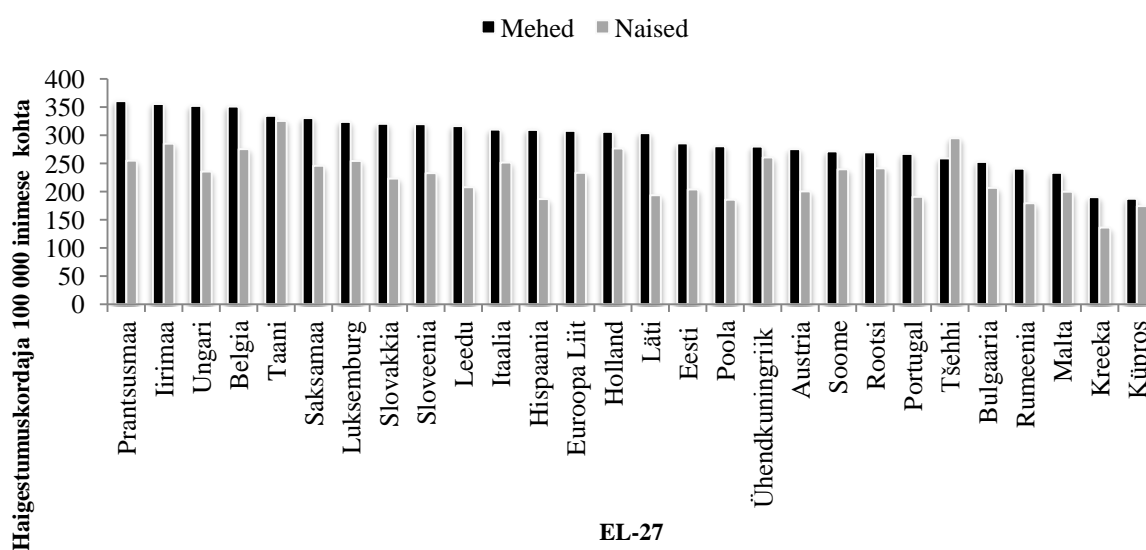
Joonisel 1 on näidatud vähktõve esmashaigestumus Euroopa Liidus 2008. aastal. Sellelt on näha, et vähktõve esmashaigestumus erineb liikmesriigiti rohkem kui kahekordselt. Kõige madalam oli haigestumuskordaja Kreekas (160,0 juhtu 100 000 inimese kohta) ning kõrgeim Taanis (326,1). Euroopa Liidu keskmine haigestumuskordaja oli 264,3 juhtu 100 000 inimese kohta, millest Eesti haigestumuskordaja (230,4) oli väiksem.



Joonis 1. Vanuse järgi standarditud (maailma standardrahvastik) vähiesmashaigestumus (kõik paikmed v.a nahavähk) Euroopa Liidus (EL-27) 2008. aastal.

Arvandmed pärinevad rahvusvahelise kasvaja uurimise instituudi (*International Agency for Research on Cancer*) andmebaasist GLOBOCAN 2008 (<http://globocan.iarc.fr/>).

Joonisel 2 on kujutatud vähktõve esmahaigestumus Euroopa Liidu liikmesriikides soo lõikes. On näha, et naiste hulgas oli 2008. aasta vähihaigestumus kõrgeim Taanis (325,3 juhtu 100 000 inimese kohta) ning madalaim Kreekas (136,2). Meesrahvastiku seas oli sama aasta kõrgeim haigestumuskordaja Prantsusmaal (360,6) ning madalaim Küprosel (187,2). Kõigis riikides, välja arvatud Tšehhi, oli vähihaigestumus suurem meeste hulgas. Samas on näha, et osades liikmesriikides erines naiste- ja meestevaheline vähihaigestumus olulisel määral. Suurimad soo-spetsiifilised erinevused (>100 juhtu 100 000 inimese kohta) olid Hispaanias (122,9), Leedus (108,7), Lätis (110,6), Prantsusmaal (105,7) ja Ungaris (116,8). Väikseimad soo-spetsiifilised erinevused (<20 juhtu 100 000 inimese kohta) on registreeritud Taanis (9,3), Ühendkuningriigis (19,5) ja Küprosel (12,7).



Joonis 2. Vanuse järgi standarditud (maailma standardrahvastik) soo-spetsiifiline vähiesmahaigestumus (kõik paikmed v.a nahavähk) Euroopa Liidus (EL-27) 2008. aastal. Arvandmed pärinevad rahvusvahelise kasvaja uurimise instituudi (*International Agency for Research on Cancer*) andmebaasist GLOBOCAN 2008 (<http://globocan.iarc.fr/>).

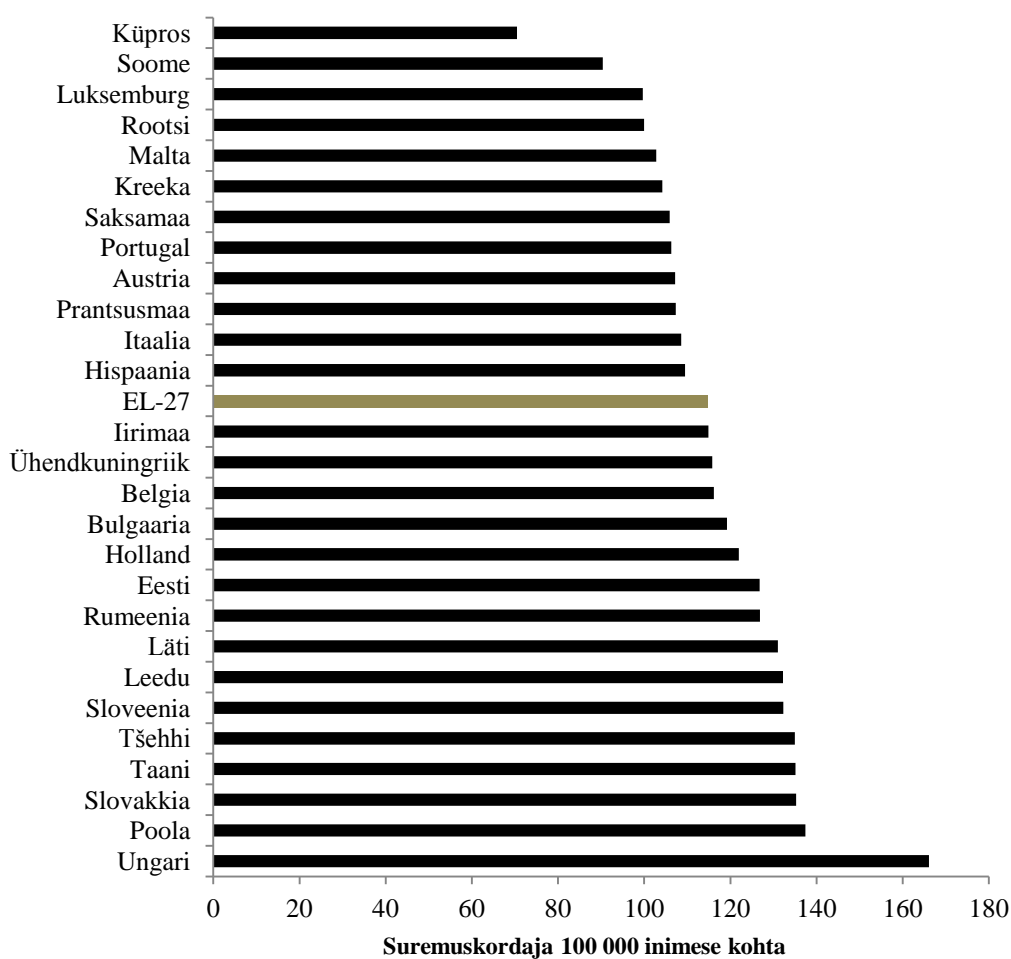
2012. aastal oli uute vähihaigete inimeste hinnanguline arv Euroopa Liidus veelgi suurenenud. Vähihaigestumus meeste ning naiste hulgas oli vastavalt 1,4 ja 1,2 miljonit juhtu. Sealhulgas moodustasid viidatud aasta neli enimesinevat vähipaiget nagu rinna- (364 000 juhtu ehk 13,8%), eesnäärme- (360 000 juhtu ehk 13,7%), kolorektaal- (342 000 ehk 13,0%) ja kopsuvähk (310 000 ehk 11,8%) kogu Euroopa Liidu vähikoormusest 52% (10).

Risk haigestuda vähki on tugevalt seotud vanusega (3). Lisaks vanemaealiste isikute osatähtsuse suurenemisele kogurahvastikus levib arenenud riikides ka vähi teket soodustav nn. „lääneliku elustiili mudel (suitsetamine, vähene liikumine, rasvarikas toit)“ (4, 5), mistõttu vähktõve esmahaigestumuse jätkuv tõus on paratamatu.

2.1.2. Suremus

2008. aastal oli vähktõbi maailmas üks sagedasemaid surmapõhjusti, olles seotud 7,6 miljoni surmaga (5, 7), sealhulgas toimus hinnanguliselt 63% vähisurmadest majanduslikult vähem-arenenud riikides (5).

Joonisel 3 on näha, et 2008. aastal erines vähktõvest põhjustatud suremus Euroopa Liidu liikmesriikide seas üle kahe korra, olles kõrgeim Ungaris (166,1 juhtu 100 000 inimese kohta) ja madalaim Küprosel (70,5). Euroopa Liidu keskmine suremuskordaja oli 114,7 juhtu 100 000 inimese kohta, millest Eesti suremuskordaja (126,8) oli kõrgem.

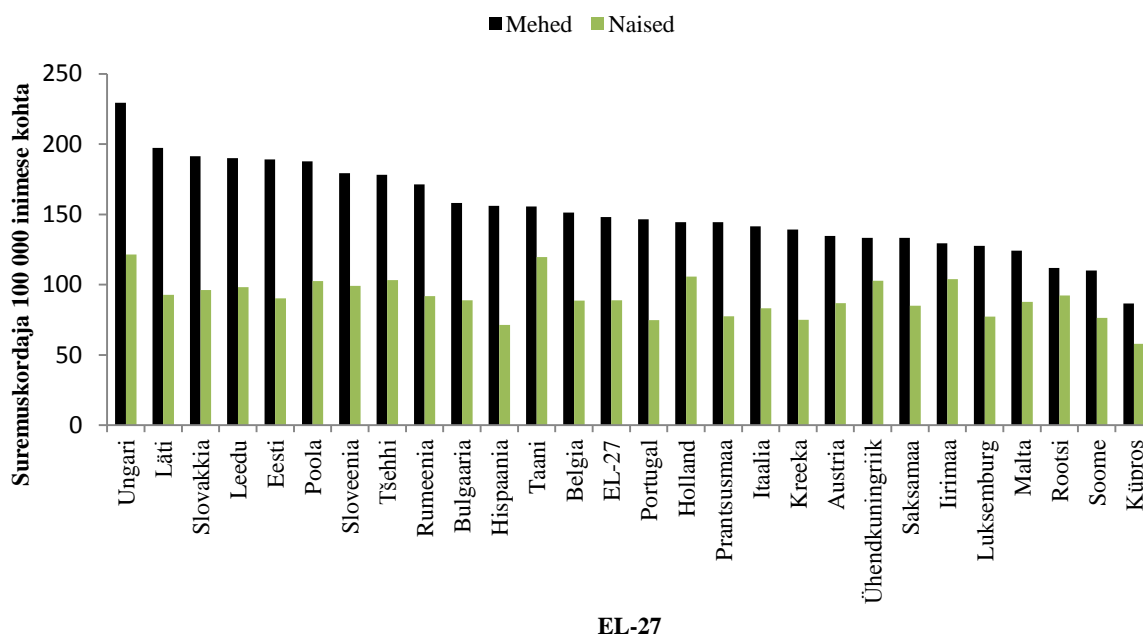


Joonis 3. Vanuse järgi standarditud (maailma standardrahvastik) vähisuremus (kõik paikmed v.a nahavähk) vanuses ≥ 15 aastat Euroopa Liidus (EL-27) 2008. aastal.

Arvandmed pärinevad rahvusvahelise kasvaja uurimise instituudi (*International Agency for Research on Cancer*) andmebaasist GLOBOCAN 2008 (<http://globocan.iarc.fr/>).

Vaadates meeste ja naiste vähisuremust soo-spetsiifiliselt (joonis 4) on näha, et vähisuremus oli kõigis liikmesriikides kõrgem meeste hulgas. Ungaris registreeritud suremuskordaja oli aastal 2008 kõrgeim nii meeste (229,5) kui naiste (121,5) seas. Väikseim suremuskordaja oli Küprosel, olles oma näitajate poolest madalam nii meeste (86,6) kui naiste (57,9) hulgas. Märkimisväärne soo-spetsiifiline erinevus liikmesriikide vähisuremuses esines samuti Ungaris, kus meeste suremus (229,5) võrrelduna naisrahvastikuga (121,5) oli ligi kaks

korda kõrgem. Lisaks Ungarile esinesid suuremad erinevused (>90 juhtu 100 000 inimese kohta) meeste ja naistevahelises vähisuremuses vastavalt erinevuse suurusele veel Lätis (104,4), Eestis (98,8), Slovakkias (95,3) ja Leedus (92).



Joonis 4. Vanuse järgi standarditud (maailma standarddrahvastik) soo-spetsiifiline vähisuremus (kõik paikmed v.a nahavähk) vanuses ≥ 15 aastat Euroopa Liidus (EL-27) 2008. aastal.

Arvandmed pärinevad rahvusvahelise kasvaja uurimise instituudi (*International Agency for Research on Cancer*) andmebaasist GLOBOCAN 2008 (<http://globocan.iarc.fr/>).

2008. aastal esines Euroopa Liidu liikmesriikides surmajuhte kõige sagedamini kopsu- (252 500 juhtu), kolorektaal- (148 800), rinna- (89 800) ja kõhunäärmevähki (70 200) haigestunud inimestel (8). Meeste hulgas oli sagedaseim vähisurma põhjustaja ülekaalukalt kopsuvähk (181 900 juhtu), järgnesid kolorektaal- (80 000) ja eesnäärmevähk (70 800). Naiste vähisuremuses nii suuri erinevusi vähipaikmete lõikes ei esinenud. Surmajuhte esines vastavalt sagedusele enim rinna- (89 800 juhtu), kopsu- (70 600) ja kolorektaalvähki (68 800) haigestunutel (8). 2012. aastal oli hinnanguliselt 1,26 miljonit surmajuhtu. Sealjuures põhjustas enim surmajuhte endiselt kopsuvähk (265 000 juhtu ehk 21% koguvähisurmades), millele järgnes kolorektaal- (150 000 ehk 11,9%), rinna- (91 000 ehk 7,2%) ning kõhunäärmevähk (78 000 ehk 6,2%) (10).

Siiski on viimastel aastakümnetel seoses vähktõvealase ennetustöö, varajase avastamise, sõeluuringu ning parema ravi sümbioosis täheldatud arenenud riikides vähisuremuse langustendentsi (2, 15).

2.1.3. Elulemus

Teaduskirjanduses on korduvalt arutletud, millisel ajahetkel pärast vähiravi lõppu on kohane nimetada paranenud inimest ellujäänuks (6), ent üksmeel on saavutamata. Biomeditsiiniliselt

käsitletakse elulejana (ing.k *survivor*) isikut, kellel on elu jooksul diagnoositud vähktõbi ja ta on uuritava ajahetkel (nt 2, 5, 10 aastat) pärast ravi lõppu elus (6). Kui varasemalt tähendas vähktõve diagnoosi saamine inimeste jaoks nõ. surmaotsust, siis tänapäeval on vähihaigete tervenemise tõenäosus tänu meditsiini valdkonna arengule tõusnud. Kaasaegne ravi tähendab, et paljude vähipaikmete puhul ei sure vähihaige enam mitte diagnoositud vähktõve tõttu, vaid sureb koos vähiga ja seda isegi juhul, kui vähk pole väljaravitud (16). Ühendkuningriigis läbi viidud uuringu raames tehtud arvutused näitasid, et 2008. aastal suri hinnanguliselt 245 000-st vähidiagnoosiga isikust ligikaudu 90 000 vähihaiget vähist mittetingitud põhjustel (17).

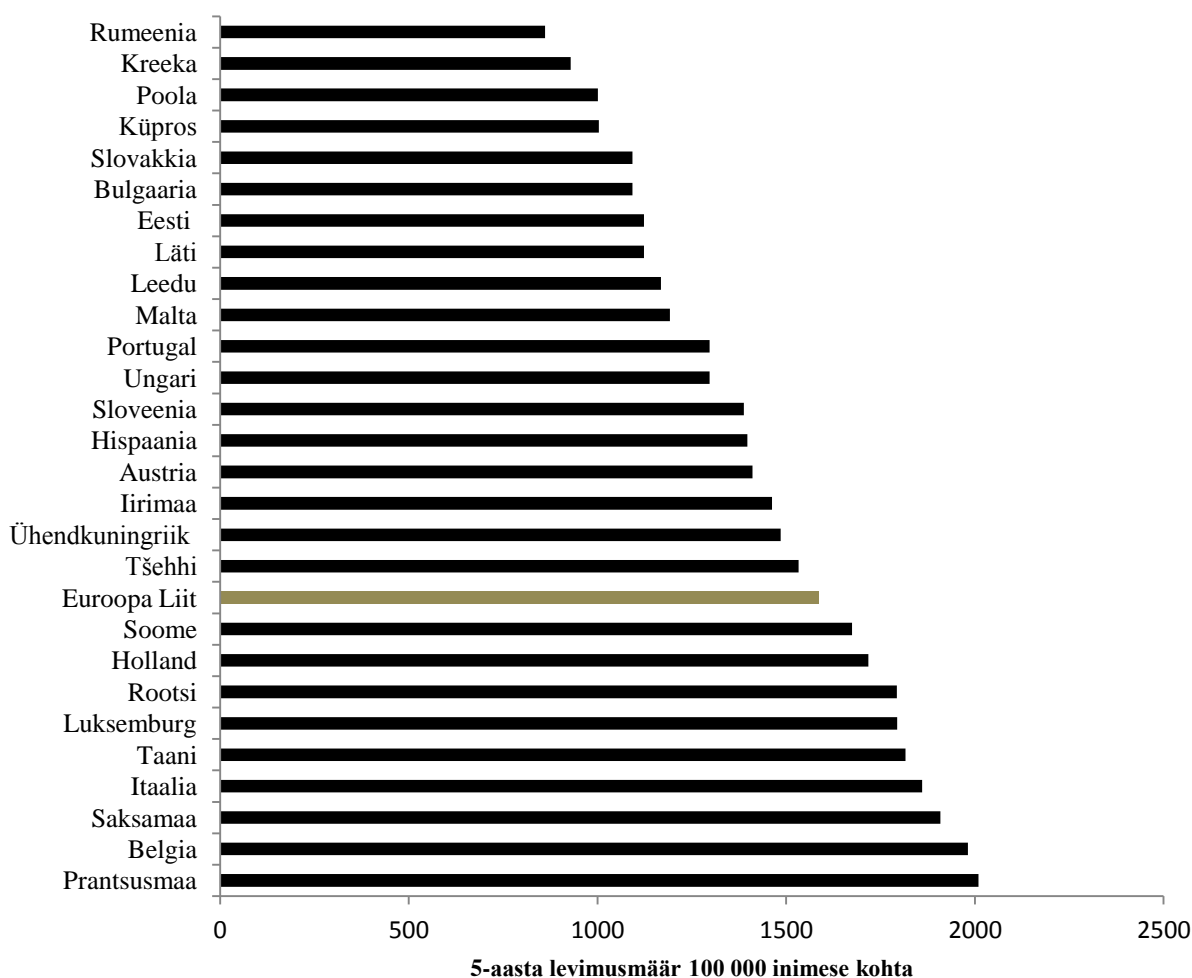
Perioodi 1988–1999 a. uuritud elulemustrendid Euroopas näitasid, et diagnoositud vähihaigete viie aasta suhtelise elulemusmäärade suurimad muutused toimusid peamiselt eesnäärmevähihaigete (58%-lt 79%-ni), käärsoole- ja pärasoolevähihaigete (mehed ja naised, 48%-lt 54%-ni) ning rinnavähihaigete elulemuse paranemise tõttu (naised, 74%-lt 83%-i) (18). Ka uuringus, kus analüüsiti kahekümne kolme Euroopa riigi 83 vähiregistri andmeid selgus, et naistel kõige sagedamini esineva vähipaikme, rinnavähi keskmine vanusele kohandatud suhteline 5-aasta elulemus on 78,9%. Meeste hulgas enimesineva eesnäärmevähihaigete elulemus oli 75,7% (19).

Siiski, suurimad muutused registreeriti eelkõige riikides, kus vähihaigete elulemus oli juba eelnevalt võrreldes muu Euroopaga väiksem. See oli ka üks põhjustest (lisaks paranenud ravikvaliteedile ning sõeluuringumeetodite kasutuselevõtule), miks toimus Euroopas üldine vähihaigete elulemuse tõus (18). Vähemlevinud vähivormid vastavalt RARECARE (*Surveillance of Rare Cancers in Europe*) definitsioonile (esmashaigestumus <6/100,000 aastas) moodustavad iga-aastasest koguvähihaigestumusest 22%, ent nende 5-aasta keskmine suhteline elulemus on oluliselt kehvem (47%) kui levinumatel vähivormidel (65%) (20). Vähihaigete elulemuse üldist tõusutendentsi täheldati ka hilisemas, 2000–2002. aastatel diagnoositud vähihaigete uuringus Euroopa kohta (21). Sellest hoolimata on riikidevahelised erinevused ravitud haigete elulemuses märkimisväärsed, varieerudes 4–13% kopsuvähi, 9–30% maovähi, 25–49% kolorektaalvähi ja 55–73% rinnavähi puhul (22). Kõigi vähipaikmete puhul kokku varieerub meeste tervenemine 21–47% ja naiste tervenemine 38–59% piirides (22).

Siiski, elulemuse näitajaid ei ole alati võimalik kasutada vähiravi kvaliteedi hindamiseks võrdlemaks erinevaid riike, kuna viidatud mõiste ei võimalda hinnata patsientide rehabilitatsioonivajadust (22). Tõusnud elulemuse tõttu tuleb riikidel valmistuda vähihaigete arvu suurenemisega, mis tähendab vajadust arvestada ning valmistuda ette sellega kaasneva rehabilitatsioonivajaduse tõusuga rahvastiku hulgas.

2.1.4. Levimus

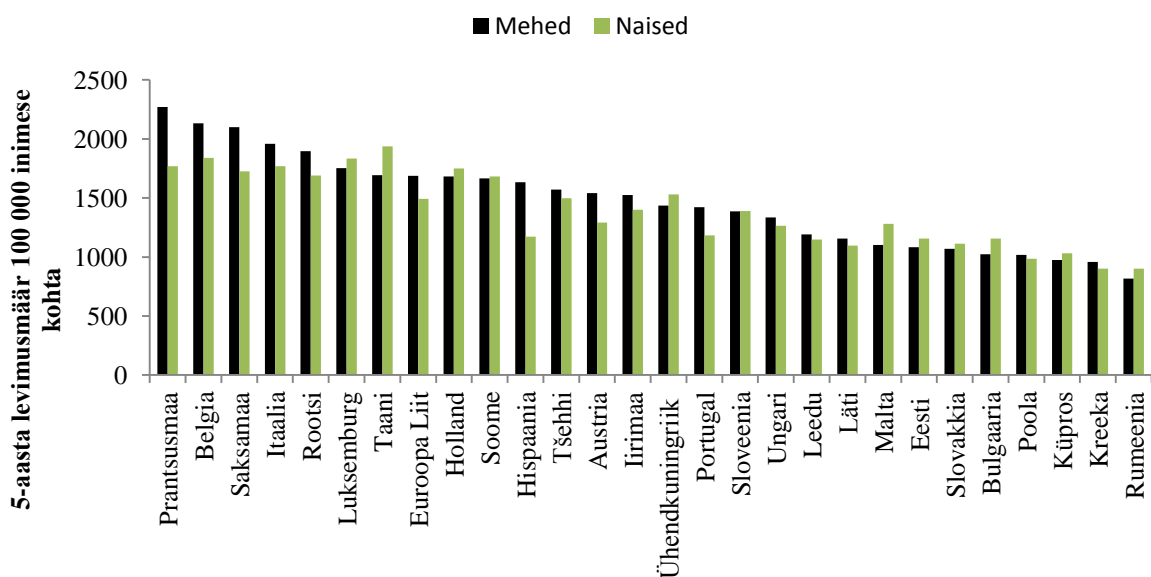
Tänu meditsiini edusammudele on vähktõbi jõukamates maades muutunud pigem krooniliseks haiguseks. 2008. aastal oli täiskasvanud elanikkonna seas ülemaailmne 5-aasta vähilevimus 28,8 miljonit inimest (10), sealhulgas on peaaegu pool vähikoormusest arenenud riikide kanda (11). Euroopa Liidu hinnanguline 5-aasta vähilevimus oli viidatud aastal 17,8 miljonit inimest (20). Mida suurem vähilevimus ehk vähi üleelanud inimeste arv, seda rohkem on meie seas inimesi, kelle tõttu suureneb üldine rehabilitatsiooninõudlus rahvastiku hulgas (23). Varajane diagnoosimine ning kaasaegne ravi on paljudes Euroopa Liidu liikmesriikides suurendanud vähihaigete elulemust. Parem elulemus tõstab aga levimusnäitajaid. Joonisel 5 on näha, et viie-aasta levimusmäär 100 000 inimese kohta oli suurim Prantsusmaal (2009,2), Belgias (1981,7) ja Saksamaal (1908,4). Euroopa Liidu keskmisest tulemusest (1585,9) madalamad levimusnäitajad olid 18-s liikmesriigis, sealhulgas ka Eestis (1123,2).



Joonis 5. Vähtõve (kõik paikmed v.a nahavähk) 5-aasta levimusmäär vanuses ≥ 15 aastat Euroopa Liidu (EL-27) riikides 2008. aastal. Arvandmed pärinevad rahvusvahelise kasvajate uurimise instituudi (*International Agency for Research on Cancer*) andmebaasist GLOBOCAN 2008 (<http://globocan.iarc.fr/>).

Joonisel 6 on näha, et vähktõve viie aasta levimusmäär 2008. aastal oli meeste hulgas suurim Prantsusmaal (2269,9), Belgias (2131,5) ja Saksamaal (2100,5). Naiste seas oli

levimusmäär suurim Taanis (1936,9), Belgias (1840,4) ja Luksemburgis (1833). Väikseimad levimusmäärad esinesid meeste hulgas Rumeenias (817,5), Kreekas (959,1) ja Küprosel (975,5) ning naiste hulgas Kreekas (900,1), Rumeenias (901,1) ja Poolas (986,1). EL-s oli aastal 2008 vähilevimus 15-s liikmesriigis suurem meeste ja 12-s riigis naiste hulgas. Kui Sloveenias oli vähilevimus nii naiste (1388,5) kui meeste hulgas (1387,8) samas suurusjärgus, siis suurimad soo-spetsiifilised erinevused (erinevuse suurus toodud sulgudes), kus levimusmäärad olid meeste hulgas oluliselt kõrgemad, esinesid Prantsusmaal (501,8), Hispaanias (460,1) ja Saksamaal (373,9). Euroopa Liidu keskmine 5-aasta levimusmäär 100 000 inimese kohta oli meeste seas 1687,1 ja naiste hulgas 1491. Eesti 5-aasta levimusmäära näitajad olid nii meeste (1083) kui naiste (1156,2) osas Euroopa Liidu keskmisest tunduvalt madalamad.



Joonis 6. Vähtõve (kõik paikmed v.a nahavähk) soo-spetsiifiline 5-aasta levimusmäär vanuses ≥ 15 aastat Euroopa Liidu (EL-27) riikides 2008. aastal.

Arvandmed pärinevad rahvusvahelise kasvaja uurimise instituudi (*International Agency for Research on Cancer*) andmebaasist GLOBOCAN 2008 (<http://globocan.iarc.fr/>).

2.2. Riiklike vähistrateegiate vajalikkus

Vähtõve varajane avastamine ning efektiivsem ravi tähendab riikide jaoks seda, et rahvastiku hulgas suureneb vajadus pikema-aegse ravi ning hoolduse järgi (11). Arvestades vanemaealiste isikute osakaalu jätkuva tõusuga kogurahvastikus, suureneb vähikoormus ka tulevikus (2, 24). Seetõttu on toimetulek vähiga igapäevaseks väljakutseks miljonitele inimestele üle maailma (6), mis olulise rahvatervise probleemina mõjutab läbi vähihaigete ja nende lähedaste ühiskonda tervikuna. Riikliku tervishoiusüsteemi jaoks tähendab see aasta-aastalt kasvavat ressursikulu (25). Materiaalses mõttes on vähtõve ravimine väga kulukas, kuna kliinilises meditsiinis kasutatav tehnoloogia (sh ülalpidamiskulud) ning ravimid on väga kallid ja selles valdkonnas tuleb paremate tulemuste saavutamise nimel järjepidevalt investeerida teadus- ja arendustöösse (9, 24). Ühiskonna jaoks tähendab vähikoormus lisaks

otsestele meditsiinikuludele ka majanduslikku kahju, mis väljendub inimeste kaotatud produktiivsuses ning enneaegses surmas (2). 2008. aastal kaotati vähist tingitud põhjustel ülemaailmselt hinnanguliselt 169,3 miljonit tervena elatud eluaastat (2). Arvestatuna rahalisse väärtusesse, oli viidatud aasta ülemaailmseks vähist põhjustatud enneaegse surma ja töö- võimetuse hinnanguliseks kuluks 895 biljonit USA dollarit (7).

Kõike eelnevat arvestades on selge, et kvaliteetse vähiravi kättesaadavuse tagamine saab oluliseks väljakutseks isegi kõrge sissetulekuga riikides (9), mistõttu ka jõukad maad peavad riiklikul tasandil võtma vastu otsused ja meetmed, kuidas tulla toime aasta-aastalt kasvava vähikoormusega.

Riiklikud vähistrateegiad (ing. k *cancer plan, cancer strategy, cancer programme*) kui alusdokumendid on võitluses järjest suureneva vähikoormusega üliolulised. Maailma Terviseorganisatsioon (edaspidi MTO) kirjeldab riiklikku vähistrateegiat kui „rahvatervise programmi, mis on loodud vähktõvesse haigestumuse ja suremuse vähendamiseks ning parandamiseks vähihaigete elukvaliteeti läbi süstemaatilise ja õiglase tõenduspõhiste strateegiate ellurakendamise hõlmates ennetamist, varast avastamist, diagnoosimist, ravi, rehabilitatsiooni ja palliatiivravi, kasutades selleks ettenähtud ressursse parimal võimalikul viisil“ (26). Hästi läbimõeldud ja reaalselt ellurakendatav strateegia aitab vähendada vähihaigestumus- ja suremust ning parandada vähihaigete elukvaliteeti (27).

Efekttiivne vähistrateegia peab sisaldama kõiki vähitõrje valdkonnaga seotud komponente: ennetamine, sõeluuringud, varajane diagnoosimine ja vähiravi, samuti teadusuuringuid (25). Toimiva vähistrateegia loomiseks on vaja poliitilist tahet, mis lisaks siseriikliku konteksti arvestamisele tagaks eesmärkide saavutamiseks vajaminevad ressursid. Strateegia väljatöötamine või selle arendamine toodab ühiskonna jaoks kasu ainult juhul, kui planeeritud tegevusi on võimalik ellu rakendada (28). Vähktõve esmashaigestumuse, suremuse, levimuse ja elulemuse informatsiooni kombineerimine uuringutega, mis käsitlevad riskitegureid, vähiravi ning selle kvaliteeti, on oluline alus kõikehõlmavale vähistrateegiale (15). Eeltoodust lähtuvalt on kriitilise tähtsusega kõrge kvaliteediga vähiregistri olemasolu, mis võimaldab saada ja analüüsida rahvastikupõhist informatsiooni (nt haigestumus, elulemus, vähihaige vanus, sugu, vähipaikmed), aidates planeerida vähistrateegias vajalikke tegevusi ning selleks vajalikke vahendeid (29).

2008. aastal Euroopas läbiviidud riiklike vähistrateegiate analüüs näitas, et ainult neljas riigis (Belgia, Inglismaa, Prantsusmaa, Poola) oli väljaarvutatud rahaliste vahendite kogumaksumus, mille olemasolul on võimalik vähistrateegias planeeritud tegevuste elluviimine (27). Rahaliste vahendite planeerimine juba vähistrateegias on vajalik eelkõige seetõttu, et püstitatud eesmärgid ei jääks ainult paberile (27). Ressursside planeerimine (personal, teenuse

osutamise koht jms) tähendab tegevuste ja võimaluste läbimõtlemit, mis tagab efektiivsema vähistrateegia (28). On järeldatud, et poliitika-alased sekkumised nõuavad indiviididelt vähem pingutusi, kuid omavad rahvastiku tasandil suurimat mõju (30). Iga riik peab ise hindama, kas nende poolt koostatud ja ellurakendatud vähistrateegia on reaalselt toimiv või mitte. Üheks võimaluseks on kasutada kogutud elulemuse näitajaid, mille muutused rahvastiku hulgas aitavad analüüsida, kas rakendatavaid meetmeid on vaja muuta või täiendada (31).

Kõikehaarav lähenemine vähktõvele nii riiklikul kui rahvusvahelisel tasandil on väga oluline. Vähktõvega seotud olukorra kaardistamine (epidemioloogiline info levinud vähi-vormide kohta) aitab valida prioriteedid, mida riiklikus vähistrateegias kajastada. Vähi-strateegia pidev arendamine ning kaasajastamine on eduka vähitõrje võtmetegur. Arvestades ka riikide vahelist ebavõrdsust, on poliitikakujundajatel läbi Euroopa Liidu võimalik saada ja jagada olulist informatsiooni ning teadmisi vähktõve kohta (29).

2.3. Rehabilitatsioon ja selle vajadus

2.3.1. Rehabilitatsiooni tähendus

MTO poolt defineeriti juba aastal 1946, et tervis on “täieliku füüsilise, vaimse ja sotsiaalse heaolu seisund ning mitte vaid haiguse ja põduruse puudus“ (32). Arvestades rehabilitatsiooni definitsiooni on tegemist „protsessiga, kus eesmärgiks on saavutada ja hoida puuetega inimeste võimalikult kõrget füüsilise, meelelise, intellektuaalse, psüühilise ja sotsiaalse funktsioneerimise taset. Rehabilitatsioon pakub puuetega inimestele vahendeid saavutamaks suuremat iseseisvust“ (33). Seetõttu ei saa inimest ja tema tervislikku seisundit käsitleda ainult läbi füüsilise funktsioneerimisvõime, vaid tuleb arvestada, et tegemist on ühe osaga tervikust ehk inimesest, kelle heaolu mõjutavad erinevate valdkondade komponendid. See, kuidas indiviid ise, sõltumata igasugustest objektiivsetest füüsilistest iseärasustest, ennast ja oma tervist subjektiivselt tunnetab, mõjutab indiviidi tervisenäitajaid.

Vähirehabilitatsiooni on defineeritud kui „kõikehõlmavat lähenemist, mille eesmärgiks on anda haigetele ja nende lähedastele vajalikku toetust tulemaks toime vähktõve ning selle ravi ja kõrvalnähtudega, võimaldades haigetel saavutada vajalikku elukvaliteeti ning funktsionaalset staatust“ (34). See „protsess võimaldab vähihaigetel läbi interdistsiplinaarse ja kõikehõlmavate rehabilitatsiooniprogrammide taastada oma füüsilist, sotsiaalset, psühholoogilist ja tööga seotud funktsionaalsust pärast ravi (35)“.

Vähktõve kogemine on sündmus, mis muudab iga vähihaige elu erinevalt, mõjutades tema elu füüsilise, psühholoogilise, sotsiaalse ja spirituaalse tervise komponente (6). Kuigi vähktõbi on kogemus, mis muudab kogu inimese elu, omab see lisaks negatiivsele küljele ka positiivseid aspekte nagu näiteks elu väärtustamine (6). Vähihaige peamine eesmärk on

taastada oma tervis ning naasta võimalikult kiiresti harjumuspärase elu juurde. Rehabilitatsioon annab neile võimaluse oma elu taaskontrollida (29), leevendades vähihaigete kaebusi ka kaugelearenenud, progresseeruva ja korduva vähi korral (36).

Täiskasvanud vähihaigete puhul algab vähktõve üleelamise protsess diagnoosi saamisega ning kestab määramatuseni (6). Kui nooremad vähihaiged (kuni 69-aastased) soovivad elada sama produktiivselt kui enne diagnoosi, siis eakamate vähihaigete sooviks on saavutada haiguse-eelne iseseisvus. Ideaalis peakski rehabilitatsioon neile soovidele vastama ning olema ülimalt eesmärgiks, mille poole vähihaigete ravimisel püüelda (29).

Eeltoodust tulenevalt on mõistetav, et vähihaigete puhul on oluline just see, mida nemad arvavad ja tunnevad kasutades erinevaid rehabilitatsiooniprogramme. Seega saab sobivaid ja vähihaigetele vajalikke teenuseid pakkuda vaid juhul, kui on olemas teadmine mida konkreetne vähihaige või vähihaigete grupp vajab.

2.3.2. Vähihaigete rehabilitatsiooni vajadus

Vähihaigete vajaduste uurimiseks analüüsiti teaduskirjanduse süstemaatilises ülevaates (37), millistest teenustest tunnevad vähihaiged enim puudust. Saadud tulemused näitasid, et suurimad vajakajäämised on seotud vähihaigete abistamisega igapäevatoimingutes, psühholoogilise toetuse, ebapiisava informatsiooni, psühhosotsiaalse toetuse ning füsioteraapia kättesaadavusega (37). 2008. aastal Norras läbiviidud uuringu (12) kohaselt vajab 1325-st vähihaigest (25–60 aastased sh 70% naisi) vähemalt ühte rehabilitatsiooniteenust 63% vastanutest. Enim vajati füsioteraapiat (43%), võimlemist (34%) ja psühholoogilist nõustamist (27%). Vastanutest 40% raporteerisid, et ei saanud neile vajalikku rehabilitatsiooniteenust (12). Taanis 2010. aastal läbiviidud samateemalise registripõhise uuringu (38) tulemuste kohaselt tundsid vähihaiged (4346 uuritavat) puudust sarnases olukorras olevate inimestega suhtlemisest (24,1%), psühholoogi nõustamisest (21,4%), füüsilisest rehabilitatsioonist (18,8%), abist igapäevatoimingutes (17,3%) ning töö ja haridusega seonduvast nõustamisest (14,8%) (38).

Vähktõve negatiivne mõju on eriti tuntav sellistes sotsiaalmajanduslikes gruppides nagu vaesuses või üksi elavad isikud, migrandid ja eakad inimesed – inimesed, kellel on keerulisem tulla toime vähktõvest tingitud probleemide ja pingetega, mida põhjustab nii diagnoos kui sellele järgnev ravi (39). Ka on täheldatud, et mida vanemad vähihaiged, seda vähem annavad nad oma rehabilitatsioonivajadusest teada (13). Seega võib sotsiaalmajanduslik staatus olla oluline rehabilitatsioonivajadusele viitav näitaja, millele oleks tervishoiu valdkonna töötajatel vajalik tähelepanu pöörata (40). Ka on teadusuuringutes järeltadud, et naissoost vähihaiged,

nooremad kui 69-aastased ning rinnavähahaiged tunnevad (väljendavad) suuremat vajadust rehabilitatsiooniteenuste järele kui teised vähahaiged (41).

Kuigi vähktõbi mõjutab selle diagnoosi saanud indiviidide elu erinevalt, omab vähktõve üleelamise protsess Rodgers'i evolutsiooni kontseptsiooni kohaselt teatud universaalsust, mis on seotud vähahaige füüsilise, psühholoogilise, sotsiaalse ja spirituaalse tervisega (6).

Füüsiline tervis. Onkoloogiline ravi (sh kirurgia, kemoterapia, kiiritusravi) on agressiivne ning sageli osutatakse seda pika perioodi vältel. Arvestades vähiraviga kaasnevat toksiinide eraldumist, on kaasnevate kõrvalmõjude tekkimine pigem tavapärane (35). Vähhkasvaja võib erinevates staadiumites tekitada palju vaevusi nagu väsimus, valu, viljatus, kõhukinnisus, isutus, suukuivus, õhupuudus, iiveldus, köha, unehäired, nahasügelus jne (6, 34, 42, 43). Kaugelearenenud vähktõve korral on sagedasemad sümptomid valu, õhupuudus, väsimus, isutus, kõhukinnisus ja unetus, mida esineb erinevates kombinatsioonides peaaegu kõigil vähahaigetel. On leitud, et kolm esimest sümptomit esineb 50%-l vähahaigetest (44). Kõige sagedasemaks vähiga seonduvaks sümptomiks peetakse väsimust, mida tunneb hinnanguliselt 50–90% vähahaigetest (45–47), esinedes nii vähahaigetel kui ka vähist võitu saanud isikutel (48). Väsimus on mitmemõõtmeline sümptom, mis sisaldab füüsilist, vaimset ja emotsionaalset aspekti ning võib nii vähahaige kui ka tema pereliikmed viia märkimisväärse stressi ja ängistuseni (48). Enamus vähahaiged tunnevad oma igapäevaelus füüsilisest või vaimsest väsimusest tingitud piiranguid (46, 47). Funktsionaalsed piirangud on aga seotud vähahaigete madalama hinnanguga oma elukvaliteedile (49, 50).

Psühholoogiline tervis. Vähahaigete hulgas on negatiivsete emotsioonide ja stressi kogemine pärast haiguse diagnoosimist üsna levinud (51, 52). Emotsionaalset distressi (nt ängistus, depressiivsus) nii haiguse kui selle ravi tõttu kannatab teadusuuringute kohaselt 30–50% vähahaigetest (35, 51), mistõttu vähahaigete elukvaliteet väheneb ning rehabilitatsioonivajadus pikeneb (53). On leitud, et depressiooni ja ängistuse puhul, mis on enamlevinud kaebused vähahaigete psühholoogilise tervise puhul (54), võiks meditsiinipersonal teostada rutiinset hindamist (51, 54). Siiski on ambulatoorsel ravil viibivate vähahaigete hulgas distressi ning ängistuse märkamine arstide hulgas väga madal (52). Samuti on jõutud järeldusele, et püsiv väsimus on oluline stressiallikas, mis mõjutab eluleja füüsilist, emotsionaalset ja kognitiivset funktsioneerimisvõimet (47). Vähahaige jaoks võib selline psühholoogiline tegur nagu näiteks hirm vähi kordumise ees olla isegi raskemini talutav kui vähiravi tagajärjel tekkinud füüsilised vaevused (6). Ka juhul, kui vähahaiged tunnetavad vajadust psühholoogilise abi ja psühhosotsiaalse toetuse järele, ei ole nad valmis seda alati sõnades väljendama (51) või peavad tekkinud distressi (nt ängistus, depressioon) lihtsalt tavapäraseks vähiraviga kaasnevaks tagajärjeks (51). Rinnavähahaigete (ja teiste güneko-

loogiliste kasvajate) puhul vajavad olulist tähelepanu sellised psühholoogilised aspektid, mis on seotud naiselikkuse, seksuaalsuse vähenemise ja hirmuga mitte saada lapsi (34, 55, 56). Samuti vajavad olukorraga toime tulemiseks psühhosotsiaalset toetust nende partner ning teised lähedased (57, 58). Isegi rõõm vähiravi lõppemise üle võib muunduda ärevuseks ning põhjustada distressi, kuna eluleja peab naasma nii-öelda tavaellu, kus meditsiinilise personali abi pole enam nii kättesaadav (6). Suur rehabilitatsioonivajadus eksisteerib ka kopsuvähihaigete seas, kes tunnevad puudust füüsilisest rehabilitatsioonist, abist tulemaks toime igapäevaeluga (sagedaseim kaebus energiapuudus ja väsimus) ning psühholoogilisest rehabilitatsioonist (sagedaseim mure ebakindlus tuleviku suhtes), mis vajaliku sekkumiseta võib viia olulise distressini (50).

Sotsiaalne tervis. Vähttõbi mõjutab indiviidi materiaalselt olukorda ning toimetulekuvõimet, sageli kogu vähihaige perekonna rahalist seisu. Mõju suurus sõltub sellest, kas ja kuidas hakatakse lähedase vähihaige eest hoolt kandma ning kui suur on sissetuleku kaotus võrreldes diagnoosieelse ajaga (9). Paljudes Euroopa riikides eksisteerivad seadused, mis keelavad diskrimineerimise, kuid paraku kaitsevad need puuetega inimeste õigusi mitte kroonilisi haigeid (9). Vähihaiged ei pruugi muutustega sotsiaalses elus (rolli muutus pereelus, ühiskondlikus staatuses, hooldusküsimused, mittemõistmine jms) kohaneda, mis võib neid viia sotsiaalse isolatsioonini (6). Teadusuuringute tulemused on näidanud, et elulejate hulgas on rohkem töötuid (33,8%) kui tervete hulgas (15,2%) (59). Vähipaikmete lõikes on suurem töötuserisk rinna-, seedetrakti- ja reproduktiivorganitega seotud vähi üleelanutel (59). Sealjuures on peaaegu pooled täiskasvanud vähi üleelanud isikud nooremad kui 65-aastased (59), mis tähendab, et nad saaksid veel tööjõuturule naasta. Näiteks Ameerika Ühendriikides läbiviidud uuringuandmete kohaselt oli neil aastal 2010 elus hinnanguliselt 13 772 000 vähi üleelanud isikut, kelle hulgast 42% olid nooremad kui 65-aastased (60).

Spirituaalne tervis. Vähttõbi on haigus, mis on tugevalt seotud hirmuga. Seetõttu pööratakse sageli vaimsete väärtuste ja/või usu poole. Emotsioonid võivad ebakindla tuleviku suhtes varieeruda mõõdukast muretsemist kuni vaimsete häirete (61) ning enesetapumõtteni (62). Suurendamiseks toimetulekuvõimet peavad vähihaiged õigeaegselt ja vajalikul hulgal saama adekvaatset informatsiooni (63), kuigi paljud vähihaiged tunnevad, et on saanud seda väiksemas mahus kui sooviti/vajati (64, 65). Teadmatus soodustab ebakindlust, rahulolematust ja isegi usaldamatust oma arsti vastu (66). Kuigi spirituaalsus (vaimsus, uskumused) ja usu roll vähihaige elukvaliteedi või lihtsalt heaolu parandajana on kindla tõenduseta (67), aitab millessegi või kellessegi uskumine tõsta vähihaigete toimetulekuvõimet ning kaitsta depressiooni eest (68).

Eelkirjutatust lähtuvalt on mõistetav, et vähihaiged on heterogeenne grupp ning lõplik vajadus rehabilitatsiooniteenuste järele sõltub peamiselt vähihaige isikust, kes võib erinevaid teenuseid vajada alates diagnoosimisest kuni elu lõpuni (23). Arvestades tervise ja rehabilitatsiooni definitsiooni ning sellega hõlmatud erinevate valdkondade omavahelist seotust, on vähirehabilitatsioonis oluline erinevate erialaspetsialistide tõhus koostöö, mille tulemusena tuleb vähihaigele koostada tema vajadustele vastav personaalne raviplaan (69), millega jätkatakse kogu vähihaige teekonna jooksul tema tervenemise suunas (17).

2.3.3. Rehabilitatsiooniprogrammid

Täiskasvanute puhul saab vähidiagnoosist alguse vähktõve üleelamise protsess, mille kestus ja lõpp on teadmata (6). Et vähihaiged tunnetavad vaevusi nii ravi kestel kui selle järgselt oma isikust sõltuvalt ning subjektiivselt, vajab iga indiviid eraldi personaalset ja õigeaegselt koostatud rehabilitatsiooniplaani (35, 38). Seega, rehabilitatsiooninõudlus on sõltuv vähihaigete vajadustest (23). Rehabilitatsioonivajadus sõltub vähipaikmest, kasvaja levikust tema avastamise hetkel ja ajast, mis on diagnoosist möödunud.

Füüsiline tervis. Haiguse ja selle ravi tagajärjel tekkinud füüsilisi vaevusi saab leevendada läbi erinevate harjutuste (nt füsioteraapia, aeroobika, jooga) ning toimetulekustrateegiate (valuravi, lödvestustehnikad) omandamise läbi (34, 56, 70). Rinnavähihaigete puhul on võimlemine ja füsioteraapia parandanud lisaks füüsilisele funktsioneerimisvõimele ka üldist psühholoogilist heaolu (71, 72), mistõttu õigeaegse rehabilitatsiooni korral tõuseb vähihaigete üldine elukvaliteet (34, 49). Positiivseid tulemusi on näidanud programmid, mis sisaldavad kognitiiv-käitumuslike sekkumusi nagu energia säilitamine ja tegevuste juhtimine (*energy conservation and activity management, ECAM*) ning üldine füüsilise aktiivsuse säilitamine ja/või taastamine (34, 45, 73). Füüsilise väsimuse leevendamisel on positiivseid tulemusi näidanud samuti nõelravi (74–76) ja akupressuur ehk punktmassaaž (74). Kopsuvähihaigete uuringus leiti, et füüsilise väsimuse leevendamiseks on hinnanguliselt vaja vähemalt 6 seanssi (75). Rinnavähihaigete puhul saab väsimustunnet vähendada ning üldist heaolu ja elukvaliteeti tõsta ja säilitada stressijuhtimisprogrammide (grupi või individuaalne) ning teiste kognitiiv-käitumuslike programmide kaudu (77). Ka on täheldatud, et füüsilise aktiivsusega seotud sekkumised annavad elulejatele juurde energiat ja jõudu ning parandavad nende füüsilist funktsioneerimisvõimet, mõjutades samas positiivselt enesehinnangut (34, 73). On järeldatud, et mõningate vähipaikmete (nt rinnavähi) puhul aitab füüsiline tegevus vähendada vähi kordumise riski ja suremust (78, 79). Võimlemine või mõni muu füüsilist aktiivsust soodustav tegevus peaks olema rutiinne osa rinnavähihaigetele mõeldud rehabilitatsiooniprogrammist nii ravi ajal kui selle järgselt (64). Füüsilise rehabilitatsiooni positiivset mõju on

täheldatud ka vanemate vähihaigete (65+) funktsionaalsuse parendamisel (80). Õhupuudusega (eriti kopsuvähihaigetel) aitavad toime tulla programmid, kus õpetatakse kasutama erinevaid hingamistehnikaid (34). Füüsilise valu suhtes peaks vähihaigeid pidevalt jälgima (54) ning vajadusel pakkuma leevendust MTO poolt väljatöötatud 3-astmelist valuredeli mudelit kasutades (81). Seksuaalsusega seotud probleemide korral, mis on sagedased eesnäärme- ja rinnavähihaigetel (34), aitavad nõustamine (hirm, kohanemine anatoomiliste muutustega) ning kirurgilised taastavad ja abistavad protseduurid (nt proteeside paigaldamine), samuti sugurakkude krüopreservatsioon (34).

Psühholoogiline tervis. Depressioon ja ängistus on enamlevinud kaebused vähihaigete psühholoogilise tervise puhul (54), ja meditsiinipersonal peaks teostama selle olemasolu hindamist rutiinselt (51, 54). Õigeaegselt alustatud rehabilitatsioonil on oluline roll selles, kas vähihaigel suudetakse säilitada vajalik funktsionaalsus ning haigusele eelnev aktiivsuse tase (34). Psühholoogilise distressiga, mis on seotud tegevuspiirangutega igapäevaelus (nt jõu ja vastupidavuse vähesus), aitab toime tulla aeroobsete harjutuste tegemine (34), mille positiivne mõju on aidanud leevendada ka keemiaravi kõrvalnähte (34). Psühholoogiliste pingete puhul on vähihaigetel aidanud toimetulekut suurendada stressijuhtimisprogrammid (grupi või indiviidi tasandil) ning teised kognitiiv-käitumuslikud teraapiad (34, 77). Näiteks rinnavähihaigete puhul on distressi ravimine aidanud pikendada eluiga ja parandada elukvaliteeti (55). Selleks saab kasutada erinevaid psühhoterapeutilisi sekkumisi nagu psühholoogilised nõustamised või osalemine rinnavähihaigetele mõeldud tugirühmades (55). Ka aitavad psühholoogiliste pingetega paremini toime tulla patsiendikoolitus, õigeaegse ja vajaliku informatsiooni saamine (57, 63) ning erineva spetsialiseerumisega nõustamised (nt seksuaalne nõustamine, fertiilsusega seonduv nõustamine) (34, 82, 83), mille efektiivsust saab tõsta läbi vähihaige lähikondsete kaasamise (57). Vähihaigete seas levinud valu tundmine ei pruugi olla seotud ainult füüsilise valuga, mistõttu aitavad valuga toimetulekut tõhustada ka patsiendikoolitus (84) ning patsiendikeskne lähenemine (85).

Sotsiaalne tervis. Vähihaige ja eluleja jaoks on kasulik olla aktiivne oma tööle naasmise planeerimisel, kuna töötamine tõstab enesehinnangut, parandab materiaalselt olukorda ning edendab sotsiaalseid suhteid, mis läbi tõuseb ka üldine elukvaliteet (86). Selle eesmärgi saavutamisel on abiks erinevad nõustajate poolt pakutavad teenused, osalemine tugirühmades (6) ning tööalane rehabilitatsioon (nt tööteraapia) (87, 88). Edukas rehabilitatsiooniprogramm sisaldab ka motivatsiooni tõstvat komponenti (87). Näiteks need vähihaiged, kes rehabilitatsiooniprogrammi alguses on väljendanud kavatsust tööle tagasi minna (olid selleks motiveeritud), tegid seda kuus korda tõenäolisemalt kui need vähihaiged, kes selleks valmisolekut ei väljendanud (87). Vähihaigete jaoks on sotsiaalne toetus ja hea

kommunikatsioon tervishoiutöötajaga ülioluline (6). Sotsiaalsus on omakorda tihedalt seotud füüsiliste vaevuste sh selle intensiivsusega, mis mõjutab oluliselt vähihaigete elukvaliteeti ning valmisolekut osalemisel sotsiaalsetes suhetes (34).

Spirituaalne tervis. Kuigi vähihaigete psühholoogilise heaolu tõus seoses nende usu ja/või spirituaalsuse tõttu võib olla vaieldav (67), otsivad Euroopa lõunaosa riikides (Itaalia, Hispaania, Portugal, Šveits) suur osa vähihaigeid oma haiguse perioodil religioosset toetust, mis aitab neil haiguse ja sellest tulenevate pingetega paremini toime tulla (68). Paljud vähihaiged saavad sõltuvalt probleemi iseloomust ja oma isikust tulenevalt abi psühholoogidelt, psühhiaatritelt, hingehoidjatelt (34, 54, 55, 57, 63, 77, 82–85), ning eriti tugi-gruppidest, kuna vähist võitusaamine on iga indiviidi jaoks isiklik ja individuaalne kogemus, mida suudavad mõista ja toeks olla ainult selle teekonna ise läbinud isikud (6).

Kokkuvõtvalt saab öelda, et nooremad vähihaiged (kuni 69 aastased) ootavad rehabilitatsiooniprogrammidelt peamiselt sümptomite/kõrvalmõjude ohjamist, abi tagasipöördumisel igapäevaellu ning seksuaalsete, finantsiliste ja tööga seonduvate probleemide lahendamise alast abi ning nõustamist. Vanemate vähihaigete (69 ja vanemad) jaoks on oluline õigeaegne ja vajalik informatsioon, kus ja kuidas leida abi väljaspool haiglat (41, 89) ning saavutada haiguse-eelne iseseisvus (29). Et rehabilitatsioon vastaks tänapäevastele vajadustele, peab tervishoiu- ja sotsiaalabi süsteem tegutsema ühiselt ning koguma ja jagama omavahel informatsiooni olemasolevate võimaluste kohta rehabilitatsioonis (90). Seega, arvestades rehabilitatsiooni laia mõistet ning tervist mõjutavate komponentide tihedat omavahelist seotust, tuleb vähihaige sümptomeid ja vajadusi arvestades kaasata rehabilitatsiooni-programmi loomisesse erinevate valdkondade spetsialiste (psühholoog, kõneteraapeut, toitumisterapeut, sotsiaaltöötaja, tööterapeut, füsioterapeut, nõustaja-tugiisik, tegevusterapeut või mõni muu spetsialist), kelle dünaamilise koostöö tulemina on võimalik vähihaige reintegreerimine ühiskonda.

2.3.4. Rehabilitatsiooniteenuse osutamise koht ning personal

Euroopa Vähikeskuste Organisatsioon (*Organisation of European Cancer Institutes*, OEI) on rõhutanud vähiravi organisatsiooni olulisust, millest sõltub vähiravi tulemuslikkus (91). Riikides, kus multidistsiplinaarset onkoloogilist ravi pakutakse vähikeskustes, on täheldatud vähihaigete suremuse langust (91). EUROCARE (*European Concerted Action on Survival and Care of Cancer Patients*) uuringu kohaselt omab vähiravi tulemustele üliolulist osa vähiravi organisatsioon, mille kohaselt tuleks vähiravi osutada spetsiaalsetes keskustes, mis võimaldab multidistsiplinaarse lähenemise pakkumist (92). Rehabilitatsiooniprogramm, mida viib ellu integreeritud multidistsiplinaarne meeskond (93), saab vähihaigete elu mõjutada

positiivselt ka kaugelearenenud, progresseeruva ja korduva vähktõve korral (36), kuigi selle osutamine võib olla piiratud kalli ravihinna tõttu (94).

Ka Taanis läbiviidud uuringus (90) lähtuti eeldusest, et edukas rehabilitatsioon nõuab süsteemselt tegutsevat organisatsiooni, mistõttu otsiti võimalusi selle efektiivsuse tõstmiseks. Saadud tulemused näitasid, et vähirehabilitatsiooni osutavate teenusepakkujate (haiglad, perearstid) ning vähihaigete arvamused ja vajadused sageli ei ühtinud, mistõttu oli rehabilitatsiooniteenust pakkuvate asutuste efektiivsuse tõstmine komplitseeritud. Oluliste kitsaskohtadena nimetati teenuseosutajate poolt raskusi vähihaigete psühhosotsiaalsete vajaduste hindamisel ning ebapiisavat jälgimist pärast patsiendi haiglast lahkumist (90). Viidatud järeldusi toetab ka Saksamaal läbiviidud uuring (52), kus pärast aktiivravi lõppu uuriti nõ. tervenenuid psühhosotsiaalsete vajaduste suhtes. Saadud tulemuste kohaselt oli ambulatoorsete vähihaigete hulgas psühhosotsiaalse distressi kogemine sagedane, ent selle märkamine meditsiinipersonali poolt napp nii väheste ressursside, kui ka vastavasisulise koolituse puudumise tõttu (52).

Tõenduspõhise meditsiini nurgakiviks on arstide haridus, mille puhul ei tohiks keskenduda ainult tehnilistele oskustele ning kliinilise otsuse tegemisele (9). Vähiravi kui kompleksne tegevus nõuab märkimisväärseid ressursse kogu vähihaige raviteekonna jooksul juba alates vähktõve diagnoosimisest, eeldades hea ettevalmistusega professionaalide olemasolu (29). Et vähihaiged on mitmekesiste erivajadustega patsiendid, on rehabilitatsiooni-programmis oluline roll vastava väljaõppe saanud onkoloogiaõdedel (95, 96), ehkki nende hariduse ja koolituse ning rehabilitatsiooni valdkonna vajaduste vahel valitseb Euroopas endiselt märkimisväärne lõhe (97). Heade ravitulemuste eelduseks on personali tähelepanelikkus oma patsientide suhtes, kellega koos töötatakse välja parimad lahendusvariandid, arvestades vähihaigete füüsilise, psühholoogilise, sotsiaalse ja spirituaalse tervisega (6). Vähihaigete ravi, mis hõlmab nii füüsilist meditsiini kui ka rehabilitatsiooni, pole onkoloogias veel piisavalt hästi teadvustatud (98). Ehkki paljudes haiglates/keskustes ravitakse vähihaigeid, tunnevad psühhiaatrid ja isegi onkoloogid, et rehabilitatsiooni valdkond pole veel piisavalt arenenud ning eksisteerib vajadus sellealase koolituse järgi (98).

3. EESMÄRGID

Käesoleva magistr töö üldeesmärk oli kirjeldada vähihaigete rehabilitatsiooniprogramme Euroopa Liidus. Alaeesmärkideks oli kirjeldada:

- kuidas defineeritakse vähihaigete rehabilitatsiooni erinevates liikmesriikides;
- kas vähihaigete rehabilitatsiooniteenust ning selle osutamist on käsitletud riiklikes dokumentides (riiklik vähistrateegia, ravijuhendid);
- millised struktuurid pakuvad vähihaigetele rehabilitatsiooniteenust;
- milliseid rehabilitatsiooniteenuseid pakutakse.

4. MATERJAL JA METOODIKA

Perioodil 2008–2011 a. kestis Euroopa Komisjoni poolt rahastatud projekt *European Cancer Health Indicator Project–III „Common Action“* (edaspidi EUROCHIP-3). EUROCHIP-3 oli multidistsiplinaarne ühistegevuste projekt, mille eesmärgiks Euroopa vähitõrjes valitseva ebavõrdsuse vähendamine ning ühise vähitõrje strateegia aluste väljatöötamine. Läbi kogutavate andmete sooviti Euroopa Liidu (edaspidi EL) liikmesriikides parandada info ja teadmiste kvaliteeti vähkkasvajate ennetamise, esmashaigestumuse registreerimise ja ravi kohta ning töötada välja pahaloomuliste kasvajatega patsientide rehabilitatsiooni-indikaatorid. Nende eesmärkide saavutamiseks loodi EUROCHIP-3 programmi raames erinevad eksperdidest koosnevad töövaldkondade grupid, millest töörühm WP-6 (lisa 1) arendas indikaatoreid rehabilitatsiooniprogrammide hindamiseks ja kaardistas vähihaigete rehabilitatsiooniprogrammid EL-i liikmesriikides. Selle tegevuse raames toimus muu hulgas kaks küsitlusuuringut, mille käigus edastati 27-le Euroopa Liidu liikmesriikide esindajatele ehk vähirehabilitatsiooni töörühmale (lisa 1) e-posti teel inglisekeelsed küsimustikud.

Esimene küsitlusuuring (küsimustik on kättesaadav: <http://www.tumori.net/eurochip/>) toimus aprillist juunini aastal 2010. Koguti infot võimalike uurimismeetodite, andmeallikate ja nende kättesaadavuse kohta ning küsiti arvamust väljapakutud indikaatorite sobivuse ja kasutusvõimalikkuse kohta.

Teine küsitlusuuring (kättesaadav: <http://www.tumori.net/eurochip/>) viidi läbi perioodil jaanuar kuni mai 2011 a. Koguti andmeid rehabilitatsiooni võimekuse kohta. Uuring sisaldas ka järgnevaid küsimusi rehabilitatsiooniteenust pakkuvate asutuste kohta:

- mis tüüpi keskused tegelevad vähihaigete rehabilitatsiooniga;
- kas need keskused on mõeldud spetsiaalselt vähihaigetele;
- kas need keskused on hajutatult riigi piires;
- kas seda tüüpi keskuste kohta on kättesaadav täpsem info (allikas).

Samuti uuriti, kas ja milliseid vähihaigetele mõeldud elukvaliteedi mõõdikuid kasutatakse. Lisaks eeltoodule paluti kirjeldada vähirehabilitatsiooni üldist olukorda riigis ning oodati vastuseid järgnevatele küsimustele:

- kuidas on defineeritud „vähihaigete rehabilitatsioon“ lähtuvalt siseriiklikust tervishoiusüsteemist;
- kas vähihaigete rehabilitatsioon on osa riiklikust vähitõrje strateegiast (jah/ei, mis ajast?);
- kas on olemas spetsiaalsed juhendid vähihaigetele rehabilitatsiooniteenuse osutamiseks (jah/ei, mis ajast?);

- kas on olemas spetsiaalsed koolituskursused vähihaigete rehabilitatsiooniprogrammis osalevatele isikutele (jah/ei; millised, kelle poolt organiseeritud);
- kas on saadaval vähihaigete nõustamisteenus (sotsiaalne, psühholoogiline, toitumisealane vms);
- millised struktuurid teie riigis on seotud vähihaigete rehabilitatsiooniteenustega;
- kas vähihaigetele pakutakse koduhooldust.

Kontaktisikud ehk eksperdid vähirehabilitatsiooni töörühmas, kes oma riigi nimel küsitlusuuringutele vastasid, leiti erinevate rahvusvaheliste võrgustike *European Cancer Health Indicator Project* (EUROCHIP, <http://www.tumori.net/eurochip/>), *European Network for Information on Cancer* (EUNICE, <http://www.epha.org/spip.php?article2886>), *European Association for Palliative care* (EAPC, <http://www.eapcnet.eu/>) ja *International Psycho-Oncology Society* (IPOS, <http://www.uicc.org/membership/international-psycho-oncology-society-ipos>) kaudu.

Esimese uuringu käigus edastatud inglisekeelsetele avatud vastustega ankeetküsimustikule vastasid 17 Euroopa Liidu riiki (vastamismäär 63%). Vastuse jätsid edastamata Bulgaaria, Itaalia, Kreeka, Küpros, Luksemburg, Läti, Rumeenia, Saksamaa, Sloveenia ja Tšehhi Vabariik.

Teise uuringu käigus edastatud inglisekeelsetele avatud vastustega ankeetküsimustikule vastasid 25 Euroopa Liidu riiki (vastamismäär 93%). Vastuse jätsid edastamata Austria ja Rootsi.

Magistritöö autor töötas läbi nii esimese kui ka teise küsitlusuuringu käigus tagastatud vastused. Et mõlemad küsitlusuuringud olid avatud vastusevariantidega, olid saadud vastused oma sisult, mahult ja andmete esitamiseviisilt väga erinevad. Enamikes ankeetides oli küsimustele vastatud vastavalt küsimuste esitamise järjekorrale, samas esines ka riike, kelle esindajad kasutasid teistsugust vastamismetoodikat. Oli vastuseid, kus küsimustele vastati mitmes osas (mitu eraldi vastust), üldiselt (nt viitega internetileheküljele) või väga lühidalt (valikuliselt), ilma täpsustavate kommentaarideta. Ka vastati mitmel korral kõigile või osadele küsimustele vabas vormis kirjeldusena riigi olukorra kohta. Andmete koondamiseks ning analüüsi hõlbustamiseks kanti tulemused riikide poolt antud vastuste kaupa tabelitesse.

Magistritöö eesmärkide saavutamiseks kasutati kõiki teise uuringuga kogutud andmeid. Esimese uuringuga kogutuid andmeid kasutati lisaandmeallikana olukorras, kus liikmesriik teisele uuringule ei vastanud (nt Austria, Rootsi) või juhul, kui seal sisaldus täiendavat infot esitatud uuringüküsimuse vastuse kohta (täpsustused teenusepakkujate osas, info teenuste siseriikliku kättesaadavuse kohta). Lisainformatsiooni koguti ka tutvudes vastajate poolt

viidatud kodulehekülgede ja muude andmeallikatega (artiklid), mis olid inglise keelsed ning avalikult kättesaadavad.

Arvandmed vähktõve esmashaigestumuse, suremuse ja levimuse kohta saadi rahvusvahelise kasvajate uurimise instituudi (*International Agency for Research on Cancer, IARC*) andmebaasist GLOBOCAN 2008 (november 2012). Netiootsingute jaoks kasutati Pub-Medi andmebaasi (jaanuar 2013, jaanuar 2014), kus otsiti täistekstina saadaolevaid inglise keelseid artikleid. Pärast kokkuvõtete lugemist valiti välja teemaga haakuvad artiklid, mille läbilugemisel otsustati nende kaasamine käsitletava teema juures. Vajadusel täpsustati otsingukriteeriumit.

Andmed Eesti kohta kogus magistritöö autor valdkonda reguleerivate õigusaktides (veebruar 2013, aprill 2014) sisalduva ning veebis saadaoleva info põhjal (jaanuar 2013, aprill 2014).

5. TULEMUSED

5.1. Vähihaigete rehabilitatsiooni definitsioon EL-i riikides

5.1.1. Vastused riikide kaupa

Belgias kasutatava definitsiooni kohaselt on vähihaigete rehabilitatsiooni peamine eesmärk parandada läbi võimlemise ning patsiendikoolituse vähihaigete üldist funktsioneerimisvõimet.

Bulgaarias on kasutusel teaduskirjanduses määratletud definitsioon, mille kohaselt on vähihaigete rehabilitatsiooni eesmärk aidata vähihaigetel saavutada ja/või taastada haiguse ja selle ravist tulenevate piirangutega maksimaalset füüsilist, sotsiaalset, psühholoogilist ja tööalast funktsioneerimist.

Eestis on vähistrateegias toodud kirjelduse kohaselt vähihaigete rehabilitatsioon suunatud onkoloogilise haiguse ja/või ravi tõttu häirunud funktsioonide taastamisele või parandamisele ja/või puudega kohanemisele ning seeläbi maksimaalselt hea elukvaliteedi tagamisele erinevate taastusravi meetodite rakendamisel kasvajate spetsiifilise raviga paralleelselt või selle järgselt.

Hispaanias kasutusel oleva käsitluse puhul aitab vähihaigete rehabilitatsioon saavutada vähihaigetel võimalikult head füüsilist, sotsiaalset, psühholoogilist ja tööga seotud funktsionaalsuse kontrolli võimalikult paljude aspektide üle oma elus ning jääda nii iseseisvaks ja produktiivseks kui vähegi võimalik.

Hollandis on vähihaigete rehabilitatsioon suunatud vähihaigete funktsionaalse, füüsilise, psühholoogilise ja sotsiaalsete probleemidega seonduvale ravile nii raviperioodi kestel (kas tervistava- või palliatiivravi osana) kui selle järgselt.

Iirimaa esindaja vastuse kohaselt mõistetakse vähihaigete rehabilitatsiooni kui tegevust, mille kaudu patsiendid saavad parandada füüsilist ja psühholoogilist funktsioneerimist ning tõsta oma elukvaliteeti. Kuigi vähihaigete rehabilitatsiooni pole vähistrateegias konkreetselt määratletud, on seal kirjeldatud psühho-onkoloogiat ja tugiteenuseid, mis on osa integreeritud vähivõrgustikust koos esmatasandi tervishoiu, haigla- ja palliatiivraviga.

Itaalias kasutusel oleva definitsiooni kohaselt on vähihaigete rehabilitatsiooni eesmärgiks optimeerida vähihaigete elukvaliteeti, aidates neil ja nende pereliikmetel kohaneda elustandarditega vähieelsele seisundile sarnaseks ning vähendada füüsilist, funktsionaalset, kognitiivset ja psühholoogilist võimetust, mis võib järgneda vähile ja selle ravile.

Kreekas mõistetakse vähihaigete rehabilitatsioonina palliatiiv- ja toetusravi.

Leedus puudub eraldi definitsioon vähihaigete rehabilitatsiooni jaoks, kasutatakse üldist rehabilitatsiooni mõistet. Selle kohaselt on rehabilitatsioon koordineeritud meditsiini, sotsiaalse, haridusliku (kasvatusliku) ja ametialaste vahendite kombinatsioon, millega püütakse taastada või kompenseerida biosotsiaalseid talitlushäireid.

Läti rehabilitatsiooni definitsioon pärineb Euroopa Eriarstide Ühenduse (*Union Européenne des Médecins Spécialistes – UEMS*) määratlusest, mille kohaselt see iseseisev meditsiini eriala hoolitseb füüsilise ja tunnetusliku talitluse edendamise, tegevuste (sh käitumine), osalemise (sh elukvaliteet) ning individuaalsete ja keskkondlike tegurite muutmise eest. Sellest lähtuvalt ollakse vastutavad ennetuse, diagnoosimise, ravi ja rehabilitatsiooni haldamisega puuetega inimeste meditsiiniliste seisundite ja kaashaigestumusega kõigis vanusrühmades.

Portugalis on mõiste rehabilitatsioon seotud peamiselt füüsilise, motoorika, keele ja kognitiivse aspektiga puuetega inimestel. Enamasti on tegemist füüsilise rehabilitatsiooni ja sellega seonduvate teraapiatega: füsioteraapia, kõneteraapia, kutsehaiguste ravi jms.

Prantsusmaa lähtub MTO käsitlusest, mille kohaselt on tegemist protsessiga, kus eesmärgiks on saavutada ja hoida puuetega inimeste võimalikult kõrget füüsilise, meelelise, intellektuaalse, psüühilise ja sotsiaalse funktsioneerimise taset. Rehabilitatsioon pakub puuetega inimestele vahendeid, mida nad vajavad saavutamaks suuremat iseseisvust.

Rumeenias puuduvad riiklikud vahendid vähihaigete rehabilitatsiooniks, rehabilitatsiooni mõistet defineeritakse lähtuvalt Rumeenia Föderatsiooni vähihaigete ühenduse (*Romanian Federation of Associations of Cancer Patient - FABS*) käsitlusest, mille kohaselt see on füüsilise ja vaimse tervise ning elukvaliteedi taastamine, nõudes kompleksset, multidistsiplinaarset (füüsiline, sotsiaalne, tööalane, psühholoogiline ja vaimne) lähenemist ja ekspertiisi. Rehabilitatsiooni võimaldatakse läbi mittetulunduslike organisatsioonide.

Saksamaa esindaja ei kirjutanud konkreetset definitsiooni, kuid kirjeldas nendepoolset käsitlust sarnaselt MTO rehabilitatsiooni definitsiooniga, hõlmates sellega haige vajadusest lähtuvaid erinevate valdkondade komponente.

Slovakkias on vähihaigete rehabilitatsioon kombineeritud ja koordineeritud meditsiini, sotsiaalse, haridusliku (kasvatusliku) ja tööalase koolitamise või harjutamise kasutamine indiviididel/vähihaigetel, saavutamaks võimalikult kõrget funktsionaalset võimekust.

Soomes on vähihaigete rehabilitatsioon terviklik psühhosotsiaalne lähenemisviis, mis sisaldab psühholoogilist ja füüsilist toetust ning sekkumist ja vajaliku informatsiooni vahendamist.

Tšehhis respektseeritakse definitsiooni, mille kohaselt vähihaigete rehabilitatsioon on seotud vähihaigete abistamisega, et nad saavutaksid oma haiguse ja selle ravist tulenevate piirangutega maksimaalse füüsilise, sotsiaalse, psühholoogilise ja tööalase funktsioneerimise.

Ungari käsitleb vähihaigete rehabilitatsiooni kui protsessi, säilitamaks vähiravi kestel laste füüsilist ja psühholoogilist seisundit niipalju kui võimalik ning aidata elulejatel taastada normaalset füüsilist ja psühholoogilist olukorda integreerimaks neid rohkem ühiskonda.

Inglismaal (UK) keskendutakse vähihaigete rehabilitatsioonis pragmaatilistel põhjustel peamiselt füsioteraapiale, dietoloogiale, kõne ja keele teraapiale, tegevusteraapiale ning lümfitorsetele.

Šotimaa (UK) definitsiooni kohaselt aitab vähihaigete rehabilitatsioon inimestel pärast vähi diagnoosi naasta harjumuspärase elu juurde.

5.1.2. Kokkuvõte

Olenemata sellest, kas siseriiklikult on vähihaigete rehabilitatsiooni mõiste ametlikult defineeritud või mitte (Luksemburg, Poola), mõistab suurem osa (89%) sellele küsimusele vastanud riikidest vähihaigetele suunatud rehabilitatsiooni siiski kui protsessi, mis nõuab enam kui ainult füüsilise tervise parendamist. Vajadusele pöörata rehabilitatsiooniprotsessis tähelepanu vähihaigete elukvaliteedile, on osutanud viis liikmesriiki (Eesti, Iirimaa, Itaalia, Läti ja Rumeenia), kuigi siseriiklikult ei ole see praktikas erinevatel põhjustel järjepidevat rakendust leidnud. Üle poolte vastanutest (58%) ehk 11 riiki viitavad oma definitsioonides lisaks füüsilise funktsioneerimisvõime parandamisele ka vajadusele tegeleda indiviidide sotsiaalse ning psühholoogilise valdkonna komponentidega. Siiski, sõltumata definitsioonidest, on osad riigid (Inglismaa, Kreeka, Portugal) vastanud, et tavapraktikas keskendutakse peamiselt vähihaigete füüsilisele rehabilitatsioonile.

Küsimusele, kuidas mõistetakse vähihaigete rehabilitatsiooni nende riigis, jätsid definitsiooni esitamata 6 riiki: Küpros, Taani, Luksemburg, Malta, Poola ja Sloveenia (Poola ja Luksemburgi esindaja vastasid, et ametlik definitsioon puudub).

5.2. Vähihaigete rehabilitatsiooni kajastamine EL-i liikmesriikide riiklikus vähistrateegias ja ravijuhendites

Tabelis 1 on näidatud, et Euroopa Liidus on riiklik vähistrateegia olemas 22-s liikmesriigis, nendest 18-s on käsitletud rehabilitatsiooni valdkonda. Austrias, Luksemburgis ja Slovakkias on vähistrateegia ettevalmistamisel. Juhendeid, mis reguleeriksid vähihaigete rehabilitatsiooni valdkonda, on olemas viies riigis (Hispaania, Holland, Itaalia, Taani, Inglismaa). Rootsis ja Prantsusmaal on juhendid ettevalmistamisel.

Aastaarvu, mis ajast sisaldub vähihaigete rehabilitatsioon riiklikus vähistrateegias, edastas 6 riiki. Hollandis on vähihaigete rehabilitatsioon üks osa riiklikust vähistrateegiast aastast 2005, Eestis alates 2007. Belgia vähistrateegiasse lisati rehabilitatsiooni komponent 2008. aasta märtsis. Enne seda sõltus viidatud valdkond suuresti mittetulunduslike ühingute ressurssidest. Rootsis sisaldub rehabilitatsioon vähistrateegias alates 2009., Itaalias alates 2010. ja Inglismaal alates 2011. aastast.

Hollandis on kõikehõlmava vähikeskuste assotsiatsiooni (*Association of Comprehensive Cancer Centres – ACCC*) poolt väljatöötatud veebilehekülg (www.oncoline.nl), kus on saadaval erinevad onkoloogia- ning palliatiivravi alased juhendid (osaliselt ka inglise keeles). Vähihaigete rehabilitatsiooni valdkonda käsitlevad juhendid hõlmavad nii raviagest kui sellele järgnevat perioodi. Kõikehõlmav vähikeskus Hollandis (*Comprehensive Cancer Centre of Netherlands – IKNL*) uurib järjepidevalt onkoloogilise ja palliatiivravi alaste juhendite arendamist, rakendamist ja hindamist, ning on huvitatud sellealast riikidevahelisest koostööst eesmärgiga tõsta juhendite kvaliteeti ning vältida mittevajalikku dubleerimist.

Ka Inglismaal on aastast 2007 Terviseameti (*Department of Health*) sponsoreerimisel uuritud rehabilitatsiooni rolli vähihaigete toetamisel ning vähktõvega seotud palliatiivravi vajadusi, millele järgnesid vastavasisuliste juhendite ja soovitude väljatöötamine paremate teenuste pakkumiseks (<http://ncat.nhs.uk>).

Hispaanias eksisteerivad nii üldised kui spetsiaalsed vähihaigete rehabilitatsioonile suunatud juhendid.

Itaalia raporteeritud vastuse kohaselt on neil juhendid olemas, kuid vähe.

Poolas ei ole veel riiklikke juhendeid vähihaigete rehabilitatsiooniks, kuid sellealast informatsiooni sisaldavad mõned ametlikud ravijuhendid.

Ka Taanis eksisteerivad mõned rehabilitatsioonialased juhendid, kuid raporteeritud vastuse kohaselt pole need piisavalt detailsed (nt ei võeta vähktõve puhul arvesse kaashaigestumust, sotsiaalse ebavõrdsuse aspekte jms).

5.2.1. Kokkuvõte

Kokkuvõtvalt saab öelda, et enamik Euroopa Liidu liikmesriikidest omavad riiklikku vähistrateegiat. Lähtuvalt küsimustikule vastanud riikidest on rehabilitatsiooni lisamine vähistrateegiasse toimunud erinevatel aegadel (2005–2011) ning sellealane tegevus jätkub. Kuigi rehabilitatsioonialaseid riiklike juhendeid liikmesriikides napib, on teadlikkus rehabilitatsiooni osas tõusnud (on olemas ettekujutus, mis on rehabilitatsioon ja kuidas peaks/võiks see organiseeritud olla) ning leiab kajastamist ka muudes dokumentides peale riiklike juhendite (nt ravijuhendid, teadusalane töö). Selle teema tähtsustamine ning olulisuse mõistmine näitab tõusutendentsi.

Tabel 1. Informatsioon vähistrateegia ja riiklike juhendite olemasolu kohta Euroopa Liidus

Riik	Vähistrateegia			Rehabilitatsioon osa vähistrateegiast			Riiklikud juhendid vähirehabilitatsiooniks		
	Jah	Valmimisel	Ei	Jah	Valmimisel	Ei	Jah	Valmimisel	Ei
Austria		X			X				X
Belgia	X			X					X
Bulgaaria			X			X			X
Eesti	X			X					X
Hispaania	X			X			X		
Holland	X			X			X		
Iirimaa	X			X					X
Itaalia	X			X			X		
Kreeka	X			X					X
Küpros	X			X					X
Leedu	X			X					X
Luksemburg		X			X				X
Läti	X			X					X
Malta	X			X					X
Poola	X			X					X
Portugal	X					X			X
Prantsusmaa	X			X				X	
Rootsi	X			X				X	
Rumeenia	X					X			X
Saksamaa	X					X	*		
Slovakkia		X			X				X
Sloveenia	X			X					X
Soome*									
Taani	X			X			X		
Tšehhi	X					X			X
Ungari	X			X					X
Ühendkuningriik (Inglismaa)	X			X			X		
Ühendkuningriik (Šotimaa)	X			X					X

*ei vastanud

5.3. Rehabilitatsiooniteenuse osutamine vähihaigetele erinevates EL-i riikides

5.3.1. Belgia

Rehabilitatsiooniteenuseid osutatakse spetsiaalsetes vähikeskustes, üldistes rehabilitatsioonikeskustes ning vähihaigetele spetsialiseerunud rehabilitatsioonikeskustes. Rehabilitatsioonikeskustes koordineeritakse tegevust füsioterapeutide ja füsioloogiale spetsialiseerunud arstide poolt. Lisaks vähirehabilitatsioonile pakutakse psühhosotsiaalset abi, tugirühmade tegevust koordineerivad psühholoogid ja/või psühhiaatrid. Samuti on saadaval toitumisalane nõustamine. Osades haiglates töötab ravikoordinaator, kes otsustab, millist ravi ja millisel ajahetkel tuleb vähihaigele pakkuda. Belgias on toitumisspetsialistide, vähihaigetele spetsialiseerunud õdede, psühholoogide ja sotsiaaltöötajate teenused vastavalt vähistrateegiale kättesaadavad kõigis onkoloogilise raviprogrammiga haiglates. Kuigi teenuseid pakkuvad haiglad asuvad hajutatult üle riigi territooriumi, on haiglatevahelised erinevused siiski olulised. Vähihaigete elukvaliteedi hindamiseks on kasutatud erinevaid küsimustikke (*distress thermometer*, EORTC), kuid seda peamiselt seoses teadusuuringute või kliiniliste katsetega.

Koduhooldusteenust osutavad enamjaolt asutusevälised hooldajad, kuid vähihaigetel ja nende lähedastel on vajaduse korral võimalik pöörduda ka psühhosotsiaalset toetust pakkuvate meeskonnaliikmete poole haiglates.

5.3.2. Bulgaaria

Bulgaarias pakutakse rehabilitatsiooniteenuseid kolmeteistkümnes üle riigi asuvas spetsiaalsetes vähikeskustes. Igas keskusel töötavad psühholoogid. Osades keskustes kuuluvad personali hulka ka sotsiaaltöötaja, õigusnõustaja, toitumisspetsialist ning vähihaigeid nõustav preester. Siiski, ametlikult aktsepteeritud rehabilitatsiooniplaan vähihaigete jaoks veel puudub.

Kohalikul tasandil tegutsevad mõned vähihaigetele mõeldud programmid mittetulunduslike organisatsioonide kaudu. Näiteks APOZ'i (*APOZ and Friends* – vähipatsientide ühing Bulgaarias) poolt algatati vähihaigete rehabilitatsiooniprogramm „Victoria“ (kompleksne rehabilitatsiooniteenus rinnavähihaigetele), mida mõningates rehabilitatsioonikeskustes pakutakse. Lisaks on olemas eraldi keskus rinnavähihaigete rehabilitatsiooniks, mis asub Bankya's.

Vähihaigete elukvaliteedi hindamine seoses rehabilitatsiooni tulemiga ei ole osa tava-pärasest praktikast. Elukvaliteeti hindavat küsimustikku (EORTC) kasutatakse, ent seda peamiselt teaduslikel eesmärkidel. Osaliselt, läbi mittetulunduslike ühenduste, on vähihaigete jaoks saadaval ka koduhooldus, ent piiratud kohtades.

5.3.3. Eesti

Eesti vähistrateegias (1) toodud rehabilitatsiooni käsitlemise kohaselt eristatakse onkoloogilist rehabilitatsiooni (taastusravi), mis on suunatud häirunud funktsioonide taastamisele või parandamisele ja/või puudega kohanemisele, mida osutatakse tervishoiuteenusena ja rehabilitatsiooni, mida pakutakse sotsiaalteenusena puudega kohanemiseks.

Rehabilitatsioon tervishoiuteenusena. Meditsiinilist rehabilitatsiooni ehk taastusravi osutatakse tervishoiuteenusena (99) ning rahastatakse Eesti Haigekassa (edaspidi EHK) poolt. Taastusravi meetoditest on kasutusel füsioteraapia, tegevusteraapia, psühhoteraapia ja kõneravi. Füsioteraapia mõiste alla kuuluvad ravimassaaž (sh manuaalne lümfodrenaaz-teraapia), liikumisravi ja füüsikaline ravi (sh sooja-, külma- ja vesiravi) (1).

Taastusravi teenuseid osutatakse vähihaigetele peamiselt vähiraviga tegelevate keskuste (Ida-Tallinna Keskhaigla onkoloogiakeskus, www.itk.ee; SA Tartu Ülikooli Kliinikum, Hematoloogia-onkoloogia kliinik, www.kliinikum.ee; SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla

Onkoloogia- ja hematoloogiakliinik, www.regionaalhaigla.ee) juures, vajadusel ka maakonna keskustes vastava koolituse läbinud spetsialistide poolt onkoloogi saatekirja alusel (1).

Taastusravi määramisel ei ole otsustav patsiendi diagnoos vaid taastamist vajav funktsioon. Siiski, et EHK võtaks osutatud tervishoiuteenuste eest tasu maksmise kohustuse üle, peavad tervishoiuteenuste osutajad hoolikalt järgima erinevaid piiranguid, mis on kehtestatud teenuste hüvitamise eeldusena. Info statsionaarselt osutatavate taastusraviteenuste kohta (99, § 14 lg 1–9 ja 10) on toodud tabelis 2.

Tabel 2. Statsionaarne taastusravi Eestis

Tervishoiuteenus (kood)	Info
1. Intensiivne funktsioone taastav taastusravi (8029)	<p>Voodipäevade maksimumarv 21.</p> <p>Haigekassa hüvitab teenuse juhul, kui patsiendi funktsioonid ja ravivajaduse on hinnanud ning dokumenteerinud vähemalt ravi alguses ja lõpus ravimeeskond, millesse kuuluvad taastusarst ja vähemalt 2 liiget järgnevast loetelust: füsioterapeut, tegevusterapeut, kliiniline psühholoog ja logopeed.</p> <p>Teenust saab osutada 6 kuu jooksul pärast ägedat haigestumist, traumat või operatsiooni, mille tagajärjel on tekkinud raskekujuline või mõõdukas liikumis- ja/või siirdumisfunktsiooni häire ning vähemalt 2 raskekujulist või mõõdukat funktsioonihäiret järgnevast loetelust:</p> <ul style="list-style-type: none"> – kõnefunktsioonihäire – neelamisfunktsioonihäire – mälu- ja/või kognitiivsete funktsioonide häired – põie- ja/või soolefunktsioonide häired – tegutsemis- ja osalusfunktsioonihäire tingitud käe motoorikahäirest. <p>Taastusravi voodipäevade maksimaalset arvu on võimalik suurendada teenuseosutaja ja EHK vahel ravi rahastamise lepingus kokkulepitud tingimustel ja korras. Eelduseks on senise ravi tulemuslikkus ja põhjendatud ravi jätkamise vajadus.</p>
2. Funktsioone taastav taastusravi (8028).	<p>Voodipäevade maksimumarv 14.</p> <p>Teenust saab osutada üks kord 6-e järjestikuse kuu jooksul pärast ägedat haigestumist, traumat või operatsiooni, mille tagajärjel on tekkinud raskekujulisest või mõõdukast funktsioonihäirest tulenev näidustus statsionaarseks taastusraviks v.a eelnevas punktis nimetatud seisundite puhul.</p> <p>Taastusravi voodipäevade maksimaalset arvu on võimalik suurendada teenuseosutaja ja EHK-i vahel ravi rahastamise lepingus kokkulepitud tingimustel ja korras. Eelduseks on senise ravi tulemuslikkus ja põhjendatud ravi jätkamise vajadus.</p>
3. Funktsioone toetav taastusravi (8030).	<p>Voodipäevade maksimumarv 10.</p> <p>Teenusesaaja peab olema vähemalt 19-aastane.</p> <p>Kindlustatud isik peab tasuma omaosaluse 20% voodipäeva piirhinnast.</p> <p>EHK hüvitab teenuse juhul, kui teenust osutatakse taastusarsti suunamisel krooniliste tugi- ja liikumiselundkonna funktsioonihäirete, tasakaalu-ja propriotseptiooni-, südame- või hingamisfunktsioonihäirete korral.</p>
4. Funktsioone toetav taastusravi (8031)	<p>Voodipäevade maksimumarv 14. Teenuse sihtrühm alla 19-aastased isikud.</p> <p>Teenust osutatakse neuroarengulise ja taastusravi näidustuste esinemisel.</p>

Statsionaarsel taastusravil viibivale patsiendile saab lisaks ülaltoodule osutada veel järgnevaid tervishoiuteenuseid (99, § 14) juhul, kui need on määratud taastusarsti või ravimeeskonna poolt koostatud raviplaanis:

- 1) üldmeditsiinilised protseduurid (§ 27 lg 1 ja 3);

- 2) isiksuse uuring (ühele patsiendile üks kord aastas);
- 3) kognitiivse funktsiooni uuring;
- 4) psühhoterapia seanss ühele haigele (sh teenust osutava tervishoiutöötaja superviseerimine üks kord kvartalis);
- 5) logopeedilised uuringud (üks logopeediline kompleksuuring ühele patsiendile, logopeediline teraapia);
- 6) laboratoorsed analüüsid, mis ei kuulu voodipäeva piirhinna sisse;
- 7) radioloogilised uuringud (§-d 15–20, 22);
- 8) neurofüsioloogilised uuringud ja funktsionaaldiagnostilised uuringud, uroloogilised protseduurid (§ 29);
- 9) tervishoiuteenuse osutamiseks vajalikud veeteenused (§ 12).

Taastusraviteenused, mida võib osutada nii ambulatoorselt kui statsionaarselt, on toodud tabelis 3 (99, § 27 lg 3).

Tabel 3. Riiklikult finantseeritavad taastusraviteenused kindlustatud isikutele Eestis

Tervishoiuteenus (kood)	Info
1. Massaažiseanss mõõdukate ja tugevate tsentraalsete või perifeerset pareesidega haigele (7011).	Kestus 30 min. 20 protseduuri poolaastas ühele haigele.
2. Mudaraviseanss reumatoidartriidi, anküloseeriva spondüliidi ning väljendunud liigesejäikusega haigele (7022).	
3. Raviseanss külmvõimlemiskambris (7030).	
4. Speleoteraapia kroonilise bronhiidi või bronhiaalastmaga haigele (7031).	
5. Individuaalne tegevusteraapia (7053).	Kestus 30 min. Teenust peab osutama tegevusterapeut. Sisaldab järgmisi tegevusi: <ul style="list-style-type: none"> – tegevusvõime hindamine; – igapäevaelu oskuste õpetamine ja harjutamine; – tegevuseelduste arendamine, taastamine ja säilitamine; – igapäevaelu tegevuste sooritamist toetavate abivahendite määramine, soovitamine ning kasutama õpetamine; – keskkonna kohandamine patsiendi tegevusvõimele vastavaks; – individuaalsete ortooside valmistamine; – tegevusvõimealane juhendamine ja nõustamine; – teenuse osutamisega seotud dokumentide vormistamine ning andmete töötlemine tervise infosüsteemis.
6. Tegevusteraapia 2–3 haigele samaaegselt (7054).	Kestus 30 minutit. Tegevusteraapia kirjeldus eelnevalt märgitud. Teenust peab osutama tegevusterapeut. Ühe tegevusterapeudi kohta võib gruppi kuuluda kuni 3 patsienti.
7. Individuaalne füsioteraapia (7050).	Kestus 30 min. Teenust peab osutama füsioterapeut. 6 kuu jooksul maksimaalselt 60 korda ühele isikule (ambulatoorse taastusravi korral). Kordade arvu on võimalik suurendada teenuseosutaja ja EHK vahel ravi

	<p>rahastamise lepingus kokkulepitud tingimustel ja korras. Eelduseks on senise ravi tulemuslikkus ja põhjendatud ravi jätkamise vajadus.</p> <p>Füsioteraapia sisaldab järgmisi tegevusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> – füsioterapeutiline hindamine; – füsioterapeutilise diagnoosi määramine; – füsioteraapia planeerimine; – füsioteraapia tegevuste läbiviimine (kehaline harjutus, massaaž, füüsilise ravi protseduurid); – teenuse osutamisega seotud dokumentide vormistamine ning andmete töötlemine tervise infosüsteemis.
8. Füsioteraapia 2–3 haigele samaaegselt (7051).	Kestus 30 min. Teenust peab osutama füsioterapeut. Füsioteraapia tegevuste kirjeldus eelnevalt märgitud.
9. Füsioteraapia grupis (7052).	Kestus 30 min. Teenust peab osutama füsioterapeut. Füsioteraapia tegevuste kirjeldus eelnevalt märgitud.
10. Füsioteraapia basseinis, individuaalne (7056).	Kestus 30 min. Teenust peab osutama füsioterapeut. Füsioteraapia tegevuste kirjeldus eelnevalt märgitud. 6-e kuu jooksul maksimaalselt 60 korda ühele isikule (ambulatoorse taastusravi korral). Kordade arvu on võimalik suurendada teenuseosutaja ja EHK vahel ravi rahastamise lepingus kokkulepitud tingimustel ja korras. Eelduseks on senise ravi tulemuslikkus ja põhjendatud ravi jätkamise vajadus.
11. Füsioteraapia basseinis, grupis (7057).	Kestus 30 min. Teenust peab osutama füsioterapeut. Füsioteraapia tegevuste kirjeldus eelnevalt märgitud.
12. Lümfiteraapia (7058).	<p>Teenuse kasutamine taastusrsti, kirurgi või onkoloogi suunamisel järgmistel juhtudel:</p> <ul style="list-style-type: none"> - primaarne lümfiturse; - sekundaarne lümfiturse; - III staadiumi lipödeem. <p>Ühele isikule kuni 15 korda kalendriaastas.</p>
13. 6 minuti kõnnitest (7059).	

EHK poolt rahastatav spetsiaalselt vähihaigetele mõeldud teenus on vähihaige kodune toetusravi (§ 8), mille korral toimub esmasel koduvisiidil õendusplaani koostamine ning haige omaste õpetamine. Lisaks kodus osutatavatele protseduuridele (koos vajalike materjalidega) kuulub viidatud tegevuse juurde ka vähihaige ja tema omaste psühhosotsiaalne nõustamine (99). Taastusraviteenustena osutatavad nõustamisteenused, välja arvatud statsionaarselt osutatav psühhoteraapia seanss, tervishoiuteenuste loetelus puuduvad (99).

Rehabilitatsioon sotsiaalteenusena. Rehabilitatsioon kui sotsiaalteenus (100, § 10 lg 1¹) on suunatud isiku iseseisva toimetuleku, sotsiaalse integratsiooni ja töötamise või tööle asumise soodustamiseks osutatav teenus (§ 11¹), mida rahastatakse riigieelarvest Sotsiaal-kindlustusameti (edaspidi SKA) kaudu. Arvestada tuleb kehtestatud piiranguga, et SKA poolt hüvitatakse rehabilitatsiooniteenust või teenuseid ainult rehabilitatsiooniplaani olemasolu korral, mis eeldab, et taotleja peab olema kas puudega või puuet taotlev inimene (§ 11² lg 1) (100). Rehabilitatsiooniteenuseid on õigus pakkuda neil teenusepakkujatel, kes on registreeritud majandustegevuse registris rehabilitatsiooniteenuse osutajana ning kellega SKA on sõlminud vastavasisulise halduslepingu. Lisaks tohivad rehabilitatsiooniteenuseid pakkuda

asutused, kelle jaoks viidatud teenuse osutamine on põhimäärusejärgne ülesanne (haiglad) ning kes omavad sellekohast registreeringut majandustegevuse registris (§-d 11³ ja 11⁴) (100). Eestis on riigi poolt rahastatava rehabilitatsiooniteenusena (tabel 4) saadaval järgmised teenused (101 lisa 2):

Tabel 4. Riiklikult finantseeritavad rehabilitatsiooniteenused Eestis

Rehabilitatsiooniteenus (kood)	Info
1. Rehabilitatsioonivajaduse hindamine ja rehabilitatsiooni planeerimine (1001).	Tegevuse alla kuulub isiku tegevusvõime, keskkonna toetuse ja abivajaduse hindamine, tegevuste planeerimine rehabilitatsiooniks ning fikseerimine rehabilitatsiooniplaanis. Teenusepakkuja jaoks riigi poolt hüvitatav hind kuni 13,77 eurot ühe tunni kohta, teenust võib osutada kalendriaastas maksimaalselt 206,55 euro eest.
2. Rehabilitatsiooniplaani täitmise juhendamine (1002).	Isiku, tema pere ja vajaduse korral isiku lähivõrgustiku (omavalitsuse sotsiaaltöötaja, teiste teenuste osutajate v.a rehabilitatsiooniteenus osutajate) nõustamine ja juhendamine rehabilitatsiooniplaani elluviimisel juhtumikorralduse põhimõttel. Teenusepakkuja jaoks riigi poolt hüvitatav hind kuni 13,77 eurot ühe tunni kohta. Kuni 18. aastastele võib teenust osutada kalendriaastas kuni 137, 70 euro eest selle kalendriaasta lõpuni, mil isik saab 18-aastaseks; puudega isikule ning puuet taotlevale lapsele kuni 68, 85 euro eest.
3. Rehabilitatsiooniplaani täiendamine ja tulemuste hindamine (1003).	Rehabilitatsiooniplaani täiendamine meeskonnatöös ning vahehindamiste läbiviimine rehabilitatsiooniprotsessis mitme spetsialisti poolt. Teenusepakkuja jaoks riigi poolt hüvitatav hind kuni 13,77 eurot ühe tunni kohta. Kuni 18. aastastele võib teenust osutada kalendriaastas kuni 68, 85 euro eest selle kalendriaasta lõpuni, mil isik saab 18-aastaseks; puudega isikule ning puuet taotlevale lapsele kuni 68, 85 euro eest.
4. Füsioterapeudi teenus (2001).	Tegevus on suunatud motoorse sooritusvõime ja tegevuskeskkonna (sh lasteaia-, kooli-, kodu- ja töökeskkonna) hindamisele, nõustamisele ning sellega seonduvate soovitude andmisega. Koostöös kliendiga koostatakse individuaalset liigutuslikku arengut soodustavad/säilitavad programmid, samuti rakendatakse terapeutilisi meetodeid. Eelnevale lisaks hinnatakse vajadust abivahendi järele, mida õpetatakse ka õigesti kasutama. Teenusepakkuja jaoks riigi poolt hüvitatav hind kuni 18,73 eurot ühe tunni kohta. Kuni 18. aastastele võib teenust osutada kalendriaastas kuni 234,12 euro eest selle kalendriaasta lõpuni, mil isik saab 18-aastaseks; puudega isikule ning puuet taotlevale lapsele kuni 117, 06 euro eest.
5. Füsioterapeudi grupitöö (2002).	Tegevused on seotud tugiliikumisaparaadi või organsüsteemi funktsionaalse võime taastamiseks 4–7 inimesest koosnevas grupis. Teenusepakkuja jaoks riigi poolt hüvitatav hind kuni 4,69 eurot ühe tunni kohta. Kuni 18. aastastele võib teenust osutada kalendriaastas kuni 234, 12 euro eest selle kalendriaasta lõpuni, mil isik saab 18-aastaseks; puudega isikule ning puuet taotlevale lapsele kuni 117,06 euro eest.
6. Tegevusterapeudi ja loovterapeudi teenus (2003).	Spetsialistide tegevused on suunatud funktsionaalsete võimete arendamiseks ning tegevusvõime kujundamiseks, sh täpsustatakse tegevusvõimet ning õpetatakse toimetulekut igapäevaelus. Teenusepakkuja jaoks riigi poolt hüvitatav hind kuni 21,69 eurot ühe tunni kohta. Kuni 18. aastastele võib teenust osutada kalendriaastas kuni 1395 euro eest selle kalendriaasta lõpuni, mil isik saab 18-aastaseks; puudega isikule ning puuet taotlevale lapsele kuni maksumusega 483 eurot.
7. Tegevusterapeudi ja loovterapeudi grupitöö (2016).	Tegevused on suunatud funktsionaalsete võimete arendamiseks ning tegevusvõime kujundamiseks grupis (2–7 inimest) sh toimub igapäevaelus vajamineva toimetuleku õpetamine.

	<p>Teenusepakkuja jaoks riigi poolt hüvitatav hind kuni 5,16 eurot ühe tunni kohta. Kuni 18. aastastele võib teenust osutada kalendriaastas kuni 1395 euro eest selle kalendriaasta lõpuni, mil isik saab 18-aastaseks; puudega isikule ning puuet taotlevale lapsele kuni maksumusega 483 eurot.</p>
8. Sotsiaaltöötaja teenus (2004).	<p>Teenus sisaldab sotsiaaltöötaja nõustamist, juhendamist ning teraapiate läbiviimist sotsiaalsete probleemide ennetamiseks ja lahendamiseks eesmärgiga toetada/soodustada edaspidist toimetulekut. Osutatava teenuse hulka kuulub ka kliendi lähivõrgustiku aktiveerimine, avalike teenuste osutajate juhendamine ning koordineerimine.</p> <p>Teenusepakkuja jaoks riigi poolt hüvitatav hind kuni 14,46 eurot ühe tunni kohta. Kuni 18. aastastele võib teenust osutada kalendriaastas kuni 1395 euro eest selle kalendriaasta lõpuni, mil isik saab 18-aastaseks; puudega isikule ning puuet taotlevale lapsele kuni maksumusega 483 eurot.</p>
9. Sotsiaaltöötaja pere-nõustamine (2005).	<p>Teenuse sihtrühmaks on erivajadusega laps/täiskasvanu ning tema pereliikmed, kellele pakutakse nõustamist grupis ja teraapiat.</p> <p>Teenusepakkuja jaoks riigi poolt hüvitatav hind kuni 25,34 eurot ühe tunni kohta. Kuni 18. aastastele võib teenust osutada kalendriaastas kuni 1395 euro eest selle kalendriaasta lõpuni, mil isik saab 18-aastaseks; puudega isikule ning puuet taotlevale lapsele kuni maksumusega 483 eurot.</p>
10. Sotsiaaltöötaja grupi-nõustamine (2006).	<p>Teenus on mõeldud sarnase erivajadusega lapse/täiskasvanule, kellele pakutakse nõustamist ja teraapiat 4–7 liikmelises grupis.</p> <p>Teenusepakkuja jaoks riigi poolt hüvitatav hind kuni 3,65 eurot ühe tunni kohta. Kuni 18. aastastele võib teenust osutada kalendriaastas kuni 1395 euro eest selle kalendriaasta lõpuni, mil isik saab 18-aastaseks; puudega isikule ning puuet taotlevale lapsele kuni maksumusega 483 eurot.</p>
11. Eripedagoogi teenus (2007).	<p>Teenus sisaldab pedagoogilisi korrektsioonitegevusi kognitiivsete oskuste, kommunikatsiooni, sotsiaalsete oskuste jms arendamiseks (sh tegevusvõime täpsustamine) ning pedagoogilist nõustamist. Samuti kuulub nimetatud teenuse alla orienteerumis- ja liikumisõpetus (valge kepi kasutamine, marsruutide õpetamine jm), punktikirja õpetamine, igapäevatoimingute õpetamine, kommunikatsioonioskuste õpetamine ja arendamine ning infotehnoloogia kommunikatsioonivahendite kasutamise õpetamine nägemise- ja/või kuulmispuudega isikutele.</p> <p>Teenusepakkuja jaoks riigi poolt hüvitatav hind kuni 14,46 eurot ühe tunni kohta. Kuni 18. aastastele võib teenust osutada kalendriaastas kuni 1395 euro eest selle kalendriaasta lõpuni, mil isik saab 18-aastaseks; puudega isikule ning puuet taotlevale lapsele kuni maksumusega 483 eurot.</p>
12. Eripedagoogi pere-nõustamine (2008).	<p>Nõustamisteenust pakutakse peredele, kus on erivajadusega laps/täiskasvanu. Tegeletakse ka pedagoogiliste korrektsioonitegevuste kognitiivsete oskuste, kommunikatsiooni, sotsiaalsete oskuste jms arendamisega.</p> <p>Teenusepakkuja jaoks riigi poolt hüvitatav hind kuni 25,34 eurot ühe tunni kohta. Kuni 18. aastastele võib teenust osutada kalendriaastas kuni 1395 euro eest selle kalendriaasta lõpuni, mil isik saab 18-aastaseks; puudega isikule ning puuet taotlevale lapsele kuni maksumusega 483 eurot.</p>
13. Eripedagoogi grupi-nõustamine (2009).	<p>Teenus sisaldab sarnase erivajadusega lapse/täiskasvanu nõustamist 2–7 liikmelises grupis, pedagoogilisi korrektsioonitegevusi kognitiivsete, kommunikatsiooni- ja sotsiaalsete oskuste jms arendamiseks.</p> <p>Teenusepakkuja jaoks riigi poolt hüvitatav hind kuni 3,65 eurot ühe tunni kohta. Kuni 18. aastastele võib teenust osutada kalendriaastas kuni 1395 euro eest selle kalendriaasta lõpuni, mil isik saab 18-aastaseks; puudega isikule ning puuet taotlevale lapsele kuni maksumusega 483 eurot.</p>
14. Psühholoogi teenus (2010).	<p>Psühholoogi tegevus on suunatud nõustamisele ning psühhoteraapiale isiksusest ja suhetest tingitud toimetulekuprobleemide ennetamisele ja lahendamisele, sh tegevusvõime täpsustamine.</p>

	<p>Teenusepakkuja jaoks riigi poolt hüvitatav hind kuni 14,46 eurot ühe tunni kohta. Kuni 18. aastastele võib teenust osutada kalendriaastas kuni 1395 euro eest selle kalendriaasta lõpuni, mil isik saab 18-aastaseks; puudega isikule ning puuet taotlevale lapsele kuni maksumusega 483 eurot kalendriaastas.</p>
15. Psühholoogi pere-nõustamine (2011).	<p>Erivajadusega lapse/täiskasvanu ning tema pereliikmete nõustamine/psühhoteraapia grupis.</p> <p>Teenusepakkuja jaoks riigi poolt hüvitatav hind kuni 25,34 eurot ühe tunni kohta. Kuni 18. aastastele võib teenust osutada kalendriaastas kuni 1395 euro eest selle kalendriaasta lõpuni, mil isik saab 18-aastaseks; puudega isikule ning puuet taotlevale lapsele kuni maksumusega 483 eurot kalendriaastas.</p>
16. Psühholoogi grupi-nõustamine (2012).	<p>Teenus sisaldab sarnase erivajadusega lapse/täiskasvanu nõustamist/psühhoteraapiat 2–7 liikmelises grupis.</p> <p>Teenusepakkuja jaoks riigi poolt hüvitatav hind kuni 3,65 eurot ühe tunni kohta. Kuni 18. aastastele võib teenust osutada kalendriaastas kuni 1395 euro eest selle kalendriaasta lõpuni, mil isik saab 18-aastaseks; puudega isikule ning puuet taotlevale lapsele kuni maksumusega 483 eurot kalendriaastas.</p>
17. Logopeedi teenus (2013).	<p>Tegevus on suunatud kõnepuude korrigeerimisele ning kõne ja suhtlemisoskuse kujundamisele, sh tegevusvõime täpsustamine.</p> <p>Teenusepakkuja jaoks riigi poolt hüvitatav hind kuni 17,22 eurot ühe tunni kohta. Kuni 18. aastastele võib teenust osutada kalendriaastas kuni 1395 euro eest selle kalendriaasta lõpuni, mil isik saab 18-aastaseks; puudega isikule ning puuet taotlevale lapsele kuni maksumusega 483 eurot kalendriaastas.</p>
18. Logopeedi seanss perele (2014).	<p>Erivajadusega lapse/täiskasvanu ja tema pereliikmete nõustamine grupis.</p> <p>Teenusepakkuja jaoks riigi poolt hüvitatav hind kuni 30,09 eurot ühe tunni kohta. Kuni 18. aastastele võib teenust osutada kalendriaastas kuni 1395 euro eest selle kalendriaasta lõpuni, mil isik saab 18-aastaseks; puudega isikule ning puuet taotlevale lapsele kuni maksumusega 483 eurot kalendriaastas.</p>
19. Logopeedi grupi-nõustamine (2015).	<p>Teenus sisaldab sarnase erivajadusega lapse/täiskasvanu nõustamist 2–7 inimesest koosnevas grupis.</p> <p>Teenusepakkuja jaoks riigi poolt hüvitatav hind kuni 4,34 eurot ühe tunni kohta. Kuni 18. aastastele võib teenust osutada kalendriaastas kuni 1395 euro eest selle kalendriaasta lõpuni, mil isik saab 18-aastaseks; puudega isikule ning puuet taotlevale lapsele kuni maksumusega 483 eurot kalendriaastas.</p>
20. Ööpäevaringne majutus (3001).	<p>Majutamine rehabilitatsiooniplaani koostamise või teenuse osutamise ajal koos toitlustamisega üks kord päevas.</p> <p>Teenusepakkuja jaoks riigi poolt hüvitatav hind kuni 23,97 eurot ööpäeva kohta. Kuni 18. aastastele võib teenust osutada kalendriaastas kuni 119, 85 euro eest selle kalendriaasta lõpuni, mil isik saab 18-aastaseks; puudega isikule ning puuet taotlevale lapsele kuni maksumusega 119, 85 eurot kalendriaastas.</p>
21. Sõidukulude hüvitamine (3002).	<p>Transport rehabilitatsiooniteenuse osutamise kohta ja rehabilitatsiooniteenuse osutamise kohast isiku elukohta.</p> <p>Teenuse maksimaalne maksumus eurodes ühes kalendriaastas 41,55 eurot.</p>

Rehabilitatsiooniteenust osutavad asutused ei ole kohustatud pakkuma kõiki eeltoodud riigi poolt rahastatavaid teenuseid, mistõttu teenuste kättesaadavus maakonniti varieerub sõltuvalt teenusepakkujate huvist (info registreeritud teenuse osutajate kohta on kättesaadav aadressil <http://mtr.mkm.ee>). Vajalike teenuste kättesaadavust mõjutab ka ootejärjekorra pikkus, mis teenusepakkujate lõikes võib olulisel määral erineda (<http://www.ensib.ee/rehabilitatsiooniteenuse-osutajate-nimekiri-2/>). Aastal 2012 ei olnud

registreeritud rehabilitatsiooniteenuse osutajate hulgas ühtegi asutust, kes oleks spetsialiseerunud vähihaigetele.

Personal. Tervishoiutöötajate pädevusnõuded töötatakse välja kutse- ja erialaühenduste poolt (§4 lg 1), kelle poolt moodustatud pädevuskomisjonid hindavad tervishoiutöötajate vastavust kehtestatud nõuetele (§4 lg 2) (102). Taastusarstide ja taastusraviõdede kohta saab infot Terviseameti juures peetavast tervishoiutöötajate registrist (kättesaadav: <http://mveeb.sm.ee/Tervishoiutootajad/>?). Siiski, suur osa spetsialistidest – füsioterapeudid, tegevusterapeudid, sotsiaaltöötajad, logopeedid ja psühholoogid, kelle osalemine vähihaigete taastusravis ja rehabilitatsioonis on vajalik, ei kuulu tervishoiutöötajate hulka (§ 3 lg 1 ja 2) (103). Rehabilitatsioonimeeskonnas töötavate spetsialistide pädevuse tõenduseks (sh eelduseks, et teenuse osutajatele hüvitatakse nende poolt osutatud teenused) on üldjuhul riiklikult tunnustatud kõrgharidus oma erialal või sellele vastav kvalifikatsioon (100 §11¹¹). Vajaliku kvalifikatsiooni olemasolu spetsialistil (nt füsioterapeut) näitab ka vastava registreeringu olemasolu kutseregistris (104), mille kohta väljastatakse kutsetunnistused (erinevad tasemed) (<http://www.kutsekoda.ee/et/kutseregister/kutsetunnistused>). Tervishoiuasutuses töötamiseks on logopeedi ja psühholoogi puhul vajalik omada kliinilise logopeedi ning kliinilise psühholoogi kutset (104). Praegu kehtivate kutsestandardite (kliiniline logopeed tase 7 ja 8, kliiniline psühholoog tase 7 ja 8) alusel on väljastatud 15 kliinilise logopeedi ja 41 kliinilise psühholoogi kutsetunnistust (104).

Eestis korraldavad meditsiinitöötajate õpet Tartu Ülikool (arstid) ja tervishoiu kõrgkoolid (õed). Tegevusterapeute koolitatakse Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolis ning füsioteraapiat saab õppida Tartu Tervishoiu Kõrgkoolis ja Tartu Ülikoolis. Eelnimetatud kutsealadel on vastu võetud kutsestandardid, mille alusel väljastatakse kutsetunnistusi. Kuigi füsioterapeutidele (erinevad tasemed) on väljastatud kokku 212 kutsetunnistust, on praegu kehtivad kaks kutsestandardit (füsioterapeut, tase 6 ja 7), mille alusel on kutsetunnistust väljastatud 62-le spetsialistile. Tegevusterapeutidele on väljastatud kokku 11 kutsetunnistust (104). Taastusravi ning rehabilitatsioonialaseid teadmisi on võimalik omandada residentuuris (TÜ arstiteaduskonna eriala füsiaatria ja taastusravi) või läbi koolituste, ent tänaseni ei ole ükski neist spetsialiseerunud vähihaigetele, mistõttu sellealased teadmised ja oskused tekivad eelkõige reaalse töökogemuse käigus.

Eestis tegutsevad mittetulunduslikud toetavad ühingud, mis on loodud just vähihaigete aitamiseks. MTÜ Eesti Vähiliit (www.cancer.ee) on katusorganisatsioon vähihaiguse probleemidega tegelevatele mittetulundusühingutele üle Eesti. Läbi Eesti Vähiliidu pakutakse vähihaigetele erinevaid eneseabi- ja toimetulekukursusi (nt jooga, loovteraapia, reiki treeningud jne). Lisaks on vähihaigete toetuseks olemas tasuta nõuandetelefon (tel. 800 2233)

ning vähiforum (www.kaev.ee), kus vähihaigetele jagatakse vajalikku informatsiooni ning pakutakse võimalust omavahel suhelda.

Kodune toetusravi on vähihaigete jaoks saadaval ka läbi Sihtasutuse Vähihaigete Toetusravi (loodud Eesti Vähiliidu poolt), mis on mõeldud riiklikult pakutava teenuse täiendamiseks ja parandamiseks (www.kodunetoetusravi.ee). Mõnikord hinnatakse Eestis kliiniliste uuringute puhul ka vähihaigete elukvaliteeti (EORTC), kuid paraku ei ole see osa tavapärasest praktikast.

5.3.4. Hispaania

Hispaanias pole eraldi vähihaigete rehabilitatsioonile spetsialiseerunud keskust. Kõigis keskustes ja haiglates, kus ravitakse vähihaigeid, osutatakse ka rehabilitatsiooniteenuseid. Nende teenuste pakkumine sõltub kohalikust tervishoiusüsteemist ja sealsetest teenusepakkujatest. Peamiselt toimub teenuste osutamine läbi haiglate (nt psühhoteraapia, rehabilitatsioon, füsioteraapia, toitumisnõustamine jne), mõnikord ka väljaspool haiglat (nt kõne rehabilitatsioon). Teenuste kättesaadavus varieerub regiooniti oluliselt.

Meditsiinivaldkonna personali koolitamine toimub vastava meditsiiniala jätkukursuse (nt magistriõpe, täiendkoolitus) raames. Koduhooldust pakutakse mõnes üksikus piirkonnas palliatiivravina. Vähihaigete elukvaliteedi hindamine (EORTC) toimub ainult seoses teadusuuringutega.

5.3.5. Holland

Hollandis on vähihaigete jaoks rehabilitatsiooniteenused saadaval üle riigi üldistes rehabilitatsioonikeskustes ja vähirehabilitatsioonikeskustes. Pakutakse füüsilist rehabilitatsiooni, füsioteraapiat ning patsiendikoolitust. Teatavaid teenuseid pakuvad ka üldised rehabilitatsioonikeskused, üldhaiglad ning perearstid. Nõustamisteenused (sotsiaalne, psühholoogiline jne) on saadaval nii haiglas kui ka väljaspool seda psühhosotsiaalse ja teiste valdkondade (nt toitumisalane nõustamine, sotsiaalnõustaja) professionaalide poolt.

On olemas mitmed koolitused tervishoiuteenuste osutajatele, kes tegelevad vähihaigete rehabilitatsiooniga. Psühhosotsiaalses onkoloogias psühholoogidele, sotsiaaltöötajatele, psühhiaatritele, hingehoidjatele. Meditsiinitöötajaid abistavates valdkondades on koolitused füsioterapeutidele, toitumisspetsialistidele. Lisaks koolitatakse õdesid. Koolituskursused töötavad välja ning akrediteerivad vastava pädevusega professionaalid ning organisatsioonid. Samuti pakutakse Hollandis koduhooldust, õendusteenust ning abistamist kodustes toimingutes.

Hollandis on tervisekindlustust pakkuvates ettevõtetes omad reeglid, mille järgi nad otsustavad teenuste hüvitamise (millist ravi, kellele ja kui tihti võimaldatakse). Siiski, vähihaigete vajaduste rahuldamise jaoks ei pruugi seda olla piisavalt.

Teadusuuringutes rakendatakse erinevaid küsimustikke (EORTC-QLQ, RAND-36, CES-D, HADS, SCL-90, GHQ) vähihaigete elukvaliteedi mõõtmiseks. Vastavalt riiklikule juhendile (ing. k. „*Screening for psychological distress*“) kasutatakse Hollandis vähihaigete psühholoogilise distressi skriinimist (mõõdik „*lastmeter*“) ligikaudu neli korda aastas ravi ning jälgimisaja perioodil. See on Hollandis kõige sagedamini kasutatav küsimustik, mille rakendamine toimub järjest enamates haiglates.

5.3.6. Iirimaa

Iirimaal osutatakse rehabilitatsiooniteenuseid üldhaiglates. Ehkki riiklik rehabilitatsiooni-programm veel puudub, on üksikud vähihaigete rehabilitatsiooni komponendid (ei ole vähihaigetele spetsialiseerunud) läbi haiglate ja omavalitsuste siiski saadaval: terviseedendus, tervislik toitumine, füüsilise liikumise propageerimine, abistamine suitsetamisest loobumisel, füsioteraapia. Psühho-onkoloogia teenused on saadaval läbi vähivõrgustiku, kuid mitte igas vähiraviga tegelevas keskses. Keskused, kus puudub spetsiaalselt psühho-onkoloogiale spetsialiseerunud personal, omavad koostöös haiglatega ligipääsu psühhiaatriale, kliinilistele psühholoogidele, akrediteeritud nõustamisega tegelevatele psühholoogidele, registreeritud psühhoterapeutidele või koolitatud kliinilise onkoloogiaõde-spetsialist teenustele.

Koduhooldus (kodune õendusteenus või abistamine igapäevatoimingutes) on saadaval läbi omavalitsuste, kuigi see pole spetsialiseerunud vähihaigetele. Samuti pakutakse koduhooldust vähipatsientidele läbi Iiri Vähiliidu.

Iirimaal on mitmed tugikeskused vähihaigete jaoks, samuti tegutsevad aktiivselt erinevad vähihaigete tugirühmad. Nende kaudu pakutakse täiendavaid teraapiavõimalusi ja nõustamist, jagatakse vajalikku informatsiooni, vahendeid jms. Ehkki nende keskuste hajuvus pole riigi piires ühtlane, on siiski 19-s maakonnas 26-st olemas vähihaigetele kas tugikeskus või tugirühm. Eksisteerimiseks vajalikud rahalised ressursid saadakse nii riigi kui ka mittetulunduslike organisatsioonide kaudu ning annetustena. Tegutsevad ka vähihaigetele ja nende pereliikmetele mõeldud vähispetsiifilised toetusprogrammid (nt rinnavähihaigetele, eesnäärmevähiga haigetele jne), lisaks on olemas spetsiaalne tugigrupp noortele vähihaigetele vanuses 12–25 aastat. Vähihaigete elukvaliteedi hindamiseks kasutatakse ka küsimustikke (EORTC), ent seda vähestes uuringutes ning üksikute haiglate poolt.

5.3.7. Itaalia

Itaalias pakutakse vähihaigetele rehabilitatsiooniteenuseid spetsiaalsetes vähikeskustes ja üldhaiglates, kus on rehabilitatsiooniteenuse osutamiseks eraldi üksused. Suur osa rehabilitatsioonikeskustest pakub samuti vähihaigetele sobivaid teenuseid, kuid enamasti on need seotud füüsilise rehabilitatsiooni ning valu ohjamisega. Nõustamisteenus ja psühhosotsiaalne tugi vähihaigetele on saadaval läbi riikliku tervishoiusüsteemi psühho-onkoloogia teenusena üle riigi, osaliselt pakutakse seda ka tugirühmades. Siiski pole suudetud ellu rakendada kõiki tegevusi, mille vajalikkusele on riiklik vähistrateegia 2010–2012 osutanud. Koduhooldus on saadaval peamiselt läbi esmatasandi tervishoiu.

Personali, kes töötab vähirehabilitatsiooni valdkonnas, koolitatakse ülikoolides, riiklikes vähi-instituutides ja patsientide esindusorganisatsioonide (nt FAVO–*Italian Federation of Advocacy Societies in cancer*) poolt. Aeg-ajalt kasutatakse ka vähihaigete elukvaliteedi hindamist (EORTC), kuid seda mitte rutiinse instrumendina kliinilises ravis, vaid teadusuuringute eesmärgil.

5.3.8. Kreeka

Kreekas saavad vähihaiged rehabilitatsiooniteenuseid kasutada üldistes rehabilitatsioonikeskustes, kus tegeletakse peamiselt valu- ja palliativraviga. Viidatud keskused toimivad vabatahtlikkuse alusel ning on sõltuvad saadud annetustest ning vabatahtliku personali olemasolust.

Nõustamisteenus on saadaval, samuti koduhooldus. Viimatinimetatut pakutakse läbi kolme riikliku tervisekeskuse, üheksa mittetulundusliku organisatsiooni ja kahe erakeskuse kaudu üle Kreeka. Vähihaigete rehabilitatsiooniteenust osutava personali koolitamine toimub läbi ülikooli, patsiendiorganisatsioonide ning kirikus (hingehoidjad). Mõnikord kasutatakse ka küsimustikku vähihaigete elukvaliteedi hindamiseks (SF-36, WHO QoL).

5.3.9. Küpros

Küprosel on spetsiaalselt vähihaigetele hooldushaiglad ehk hospiitsid, kus osutatakse koolitatud personali poolt rehabilitatsiooniteenuseid. Viidatud asutused asuvad hajutatult üle riigi. Hospiitside tegevus toimib tänu heategevusele (annetused, vabatahtlikud) ning on mõeldud vähihaigetele, kes tahavad või peavad rehabilitatsiooniteenuseid saama väljaspool kodu. Peamiselt pakutakse seal sümptomite kontrolli all hoidmise teenust (nt valu või oksendamise korral), asendushooldust (näo hingetõmbeaeg vähihaige perekonnaliikmest hooldajale) ja surija hooldust ehk terminaalravi (lisaks patsiendile toetatakse ka vähihaige

lähedasi). Väljaspool hosiitsi pakutakse nõustamisteenuseid, koduhooldust, palliatiivravi ja teisi teenuseid (nt füsioteraapia) läbi mittetulunduslike vähipatsientide organisatsioonide.

5.3.10. Leedu

Leedus pakutakse rehabilitatsiooniteenuseid üldhaiglates. Teenused vähahaigetele on saadaval Vilniuse Ülikooli Onkoloogia instituudi rehabilitatsiooniosakonnas ning mõnedes erakeskustes, kus pakutakse vähahaigetele rehabilitatsiooniteenused. Koduhooldust ei pakuta. Vähahaigete elukvaliteedi hindamiseks on olemas ja kasutusel küsimustik EORTC-QLQ C30.

5.3.11. Luksemburg

Luksemburgis osutatakse vähahaigetele rehabilitatsiooniteenuseid üldhaiglates. Ühes haiglas viiest pakutakse vähahaigetele ravi ajal ja kolm kuud pärast selle lõppemist rehabilitatsiooni-programmi, mis sisaldab võimlemist füsioterapeudi juhendamisel. Viidatud programm pole siiski saadaval üle riigi. Mõningaid teenuseid pakutakse läbi mittetulundusühingute (Euroopa Donna Luxemburg – jooga ja kunstiteraapia rinnavähahaigetele, kahes asukohas), Vähiliidu (kepikõnd, jooga, kahes asukohas) ning läbi vähahaigetele mõeldud spordirühmade (neljas asukohas). Vähahaigete nõustamisteenus on soovi korral saadaval peaaegu igas haiglas ning läbi Vähiliidu. Vähirehabilitatsioonialaseid kursuseid organiseeritakse läbi mittetulundusühingute (Euroopa Donna, Vähiliit, spetsiaalsed spordirühmad vähahaigetele). Koduhooldus on soovi korral saadaval pärast riikliku haigekassa heakskiitu. Samuti saavad elanikud tarbida rehabilitatsiooniteenuseid väljaspool Luksemburgi (peamiselt Saksamaal ja Prantsusmaal), mida riiklik haigekassa nõudmisel hüvitab. Vähahaigete elukvaliteedi hindamine ei ole osa tavapraktikast, sellekohast küsimustikku on kasutatud ainult korra (QLQ C30 – EORTC), ühe väikesemahulise uuringu juures.

5.3.12. Läti

Lätis pakutakse rehabilitatsiooniteenuseid üldistes rehabilitatsioonikeskustes (üks keskus statsionaarsetele patsientidele, kolm vooditega päevakeskust, mõned liikuvad üksused) ning üldhaiglates. Spetsialisti poolt osutatavad teenused nagu nt kõneravi ja nõustamine on saadaval eraldi, ent pole kättesaadavad kogu riigi territooriumil. Koduhooldust pakutakse läbi esmatasandi tervishoiu. Vähahaigete elukvaliteedi hindamiseks on olemas küsimustik (QLQ-C30), kuid seda ei kasutata rehabilitatsiooni tulemi hindamise eesmärgil.

5.3.13. Malta

Maltal on ambulatoorsed ja statsionaarsed vähihaigetele spetsialiseerunud rehabilitatsioonikeskused. Keskused on hajutatult riigi piires ning nendes pakutakse sotsiaalset ja psühholoogilist nõustamist. Samuti on saadaval koduhooldusteenus. Kasutatakse küsimustikke (EORTC QLQ C-30, QLQ C-15 PAL) vähihaigete elukvaliteedi hindamiseks, kuid paraku mitte regulaarselt.

5.3.14. Poola

Poolas on spetsiaalsed vähikeskused ja üldised rehabilitatsioonikeskused. Nõustamisteenused on vähihaigete jaoks saadaval läbi mittetulunduslike organisatsioonide. Koduhoolduse pakkumine on problemaatiline ning palliatiivravi on saadaval peamiselt hospitsides.

Vähihaigetele rehabilitatsiooniteenust läbiviivale personalile on olemas spetsiaalsed koolitused psühhoterapeutidele, vähesel määral sisaldub vähihaigete rehabilitatsiooni temaatika ka õdede õppekavades. Siiski on meditsiinipersonali üldine teadlikkus vähihaigete rehabilitatsioonist madal. Väga oluline roll vähihaigete rehabilitatsioonis on mittetulundusühingutel ja patsientide esindusorganisatsioonidel, kes haldavad ja teevad võimalikuks teenuste kättesaadavuse üle riigi (nt rinnavähihaigetele suunatud rehabilitatsiooniteenused pärast operatsiooni – *Amazonian club*).

5.3.15. Portugal

Portugalis asuvad rehabilitaatiooniüksused vähikeskustes, üldistes rehabilitatsioonikeskustes ja üldhaiglates. Enamasti on need pühendatud patsientide füüsilise funktsioneerimisvõimekuse parandamisele. Psühholoogilised- ja sotsiaalteenused on saadaval kõigis vähikeskustes ja suuremates haiglates kui osa haigetele pakutavatest teenustest.

Toitumisalane nõustamine, psühholoogiline ja sotsiaalne ravi ei ole osa tavapärasest teenustest, kuid need on kättesaadavad paralleelsete teenustena haiglaravi sees. Haigla, kes on patsiendi statsionaarsele ravile vastu võtnud, on vastutav teenuste eest, mida patsient võib vajada (nt füüsiline, psühholoogiline, sotsiaalne, toitumisalane) haiguse või ravi protsessi tulemusena. Olukorras, kus mõnda vajalikku teenust pole võimalik pakkuda, suunatakse patsient vastava teenuseosutaja juurde. Siiski, psühholoogiliste vajaduste sõeluurimine ei ole osa tavapärasest vähiravist ega hooldusest, mistõttu sellealased probleemid jäävad tihti märkamata ning on alaravitud.

Koduhooldus on saadaval, kuid enamasti on see seotud palliatiivravi teenusega. Kui palliatiivravi on Portugalis viimasel dekaadil oluliselt arenenud, siis koduhoolduse valdkond vajab endiselt tähelepanu ning järjepidevat tööd. Eksisteerivad ka küsimustikud patsientide

rahulolu hindamiseks (EORTC-QLQ30, EQ-5D, EuroQol Group, SF/20), ent need ei ole spetsiaalselt vähihaigetele ja nende kasutamine pole reglementeeritud s.t kohustuslik.

5.3.16. Prantsusmaa

Prantsusmaal pakutakse vähihaigetele rehabilitatsiooni spetsiaalsetes vähikeskustes. Rehabilitatsiooniteenuste osutamist võimaldatakse koheselt pärast vähi diagnoosi ning sellega jätkatakse ka raviperioodil ning pärast seda, sõltuvalt vähihaige vajadustest (igale patsiendile koostatakse individuaalne raviplaan). Vähihaigete jaoks on saadaval nõustamisteenus ning sotsiaalne, psühholoogiline- ja toetusravi.

Koduhooldust pakutakse sõltuvalt olukorrast kas läbi kohaliku vähi- ja palliatiivravi võrgustiku või parameedikute ning sotsiaaltöötajate kaudu. Vähihaigete elukvaliteedi hindamist kasutakse peamiselt kliinilistes uuringutes, kuid kavatakse arendada terviklik küsimustik (*Programme personnalisée de l'après cancer – PPAC*, personaalne vähihaige programm jälgimisajaks ning rehabilitatsiooniks), mis hõlmaks järgnevaid komponente: ravi komplikatsioonid, valu, vähiga seotud väsimus, psühholoogilised ja sotsiaalse elu komponendid, vähktõve mõju igapäevaelus ja perekonnaelus ning vähi mõju tööelule. Planeeritakse luua selline küsimustik, mida saaks kasutada rehabilitatsiooni valdkonnas.

5.3.17. Rumeenia

Rumeenias osutavad vähihaigetele rehabilitatsiooniteenuseid kaks vähikeskust, kaks kohalikku onkoloogiakeskust ning 41 onkoloogiaosakonda. Sellest hoolimata on vähi-rehabilitatsioon Rumeenias suhteliselt uus valdkond, mille arendamist pole piisavalt tähtsustatud. Murekohaks on tervishoiu (väga tsentraliseeritud ning piiratud finantside ja psühhosotsiaalsete ressurssidega) ja sotsiaalhoolekande vähene koostöö, mis on oluline näiteks palliatiivravi arendamisel. Enamasti sõltubki rehabilitatsiooniteenuste pakkumine ja saamine mittetulunduslikest organisatsioonidest (nt palliatiivraviprogrammi pakub Diakoonia Kristlik Sihtasutus), kus seda vastavalt võimalustele osutatakse. Küsimustikku vähihaigete elukvaliteedi hindamiseks (FACT-G 4.0) kasutatakse, ent ainult teadusuuringutes.

5.3.18. Saksamaa

Meditiinilist rehabilitatsiooni osutatakse peamiselt spetsiaalsetes rehabilitatsioonihaiqlates või ambulatoorsetes üksustes (osakondades) kus taastatakse tervist, osaledes erinevates tegevustes. 98%-l juhtudest osutatakse vähihaigetele rehabilitatsiooniteenust statsionaarselt umbes 100-s onkoloogilisele rehabilitatsioonile spetsialiseerunud haiqlates/osakondades. Eksisteerivad ka 30–50 statsionaarset ja ambulatoorset keskust, kus saab teatavaid teenuseid

tarbida. Saksamaal on rehabilitatsiooni hindamiseks välja töötatud eraldi vähihaigete elukvaliteedi küsimustik (IRES-3), kasutatakse ka küsimustikke EORTC QLQc30 ja SF-36.

Vähihaiged saavad rehabilitatsiooni kohta infot enamasti sotsiaaltöötaja käest vähikeskusest, mõnikord ka arstilt, kes nendega tegeleb. Samuti jagavad paljud vähihaigete nõustamiskeskused (*Cancer Counselling Centers*) informatsiooni psühhosotsiaalse toetuse ning rehabilitatsioonivõimaluste kohta.

Rehabilitatsiooniteenuse saamiseks peavad patsiendid esitama taotluse. Pensionikindlustuse (SPI) ja haiguskindlustuse (SSI) firmad omavad õigust hinnata taotlusi (nt kas vastutaval arstil on teenuse osutamiseks vajalik sertifikaat, taotletavale teenusele palutakse anda hinnang mõnel ekspertarstil jms). Peamiselt puudutavad küsimused konkreetse patsiendi rehabilitatsioonivajadust, suutlikkust võtta osa erinevatest rehabilitatsiooni-programmidest (kas patsiendi tervis võimaldab seda) ja prognoosist, kas rehabilitatsiooni edukuse korral on võimalik inimese reintegratsioon tema senisesse sotsiaalsesse keskkonda. Samuti võetakse arvesse täiendavaid aspekte nagu vähihaige elukvaliteet, haigusest paranemise tõenäosus või raviga seonduvad kõrvalnähud.

Saksamaal on alates 1994. aastast kasutusel kolmemõõtmeline kvaliteedisüsteem, mis hõlmab nii struktuure, protsesse kui ka tulemusi. Nii statsionaarse kui ka ambulatoorse rehabilitatsiooni käigus pakutakse soovi korral standardiseeritud hariduslikke programme lühiloengutena, mis käsitlevad erinevaid tervise-ja käitumisprobleeme. Patsientide esindusvalimi aruannete põhjal viiakse igas rehabilitatsioonikliinikus või ambulatoorse ravi üksuses kaks korda aastas läbi hindamine kuue erineva spetsialisti poolt. Tulemi kvaliteedi mõõtmiseks kasutatakse patsientide poolt täidetud küsimustikke, mis käsitlevad patsiendi rahulolu, sümptomite paranemist ja rehabilitatsioonijärgseid tegevusi.

5.3.19. Slovakkia

Slovakkias pakuvad rehabilitatsiooniteenuseid spetsiaalsed vähikeskused ja kuurordid ehk tervisekeskused. Slovakkia Riikliku Vähiinstituudi ja St. Elisabethi Vähiinstituudi füsioteraapia- ja rehabilitatsiooni osakonnad on vähihaigetele spetsialiseerunud asutused, kus pakutakse kompleksset rehabilitatsiooniprogrammi. Ka on olemas vastavad osakonnad/ambulatoorsete patsientide rehabilitatsiooniüksused ülikoolide ja piirkondlike haiglate juures ning polikliinikutes. Slovakkias on võimalik rehabilitatsiooniteenust (tervistumine/kosumine) saada ka 22-s tervisekeskuses, mis asuvad hajutatult üle riigi. Nendest kaheksas pakutakse spetsiaalsetes üksustes vähiravijärgseid rehabilitatsiooniteenuseid looduslike vahendite nagu nt mineraalvee ja muda abil (*natural medical springs*). Protseduure viiakse läbi selleks väljaõppinud meditsiinipersonali järelevalve all. Näiteks

aastal 2009 kasutas nende meditsiiniliste tervisekeskuste teenuseid 1301 vähipatsienti, kelledest 1294-le hüvitati see nende kindlustusfirma poolt.

Nõustamisteenust (individuaalne, abiliinid, internetilingid) pakutakse selleks väljaõppinud spetsialistide poolt läbi Vähiliidu (*League against Cancer*). Ka psühhosotsiaalne rehabilitatsioon on saadaval peamiselt läbi Vähiliidu, mis on loonud kolm abikeskust (Bratislava`s, Martin`s, Košice`s) kuhu on tsentraliseeritud vähipatsiendid kogu Slovakkias. Nendes instituutides pakutakse patsientidele psühholoogilist abi. Psühholoogiline nõustamisteenus on saadaval ka tervishoiuasutustes, kus vähipatsiente ravitakse, kuigi see pole ainult kindlale patsiendigrupile spetsialiseerunud. Nõustamisteenust vähihaigetele ja vanematele (kelle lapsel on vähk) pakutakse ka hospiitsides. Samuti on saadaval koduhooldus.

Vähihaigetega tegelevat personali koolitatakse peamiselt ülikoolides (nt füsioteraapia valdkonnas) ning Riiklik Vähiinstituut juhendab ning korraldab loenguid, kuidas tulla toime vähiga (patsiendikoolitus).

5.3.20. Sloveenia

Sloveenias saavad vähihaiged kasutada teenuseid onkoloogikeskustes, üldhaiglates, tervisekeskustes, palliatiivravikeskustes ja hospiitsides. Pakutakse erinevaid palliatiiv- ja toetusravi teenuseid ning nõustamist.

5.3.21. Soome

Soomes pakutakse rehabilitatsiooniteenuseid üldhaiglates ja rehabilitatsioonikeskustes. Vähi-rehabilitatsioon on organiseeritud peamiselt läbi Soome Vähiliidu ja teenuseid pakutakse üle riigi spetsiaalsetes rehabilitatsioonikeskustes (peamiselt 5-s suures keskuses) statsionaarse rehabilitatsioonina (ligikaudu ühe nädalane kuur) ja mõnedes suuremates piirkondlikes vähiorganisatsioonides (viies 12-st piirkondlikus organisatsioonist) ambulatoorse rehabilitatsioonina. Mõningatele patsiendigruppidele pakutakse eraldi vähipaikmest lähtuvat rehabilitatsiooniteenust (nt rinnavähi-, eesnäärmevähi- ja kolorektaalvähihaigetele). Mõned kuurid on spetsiaalselt vähihaigetele, osad vähihaigetele koos nende lähedastega. Vähihaigete nõustamine on saadaval üle riigi läbi kohalike vähiorganisatsioonide. Eksisteerib ka üle riigiline telefoninõustamine, mida korraldab Soome Vähiliit. Lisaks on internetipõhine nõustamine. Nõustamised on peamiselt fokuseeritud psühhosotsiaalsele toetusele. Ka pakutakse vähiravi osutavates haiglates eraldi toitumisalast ja sotsiaalset nõustamist. Kodu abistamine ja koduhooldus on saadaval üle riigi ning seda pakuvad peamiselt kohalikud

tervishoiuteenuseosutajad, mõnes riigi osas toimub see aga läbi vähiorganisatsiooni (peamiselt palliatiivravi).

Nii ambulatoorset kui ka statsionaarset rehabilitatsiooni tuleb osutada vastavalt Soome Pensioniameti (KELA) standarditest lähtuvalt. Need standardid ja kriteeriumid määratlevad näiteks seda, millist informatsiooni tuleb ravikuuri jooksul edastada, milline on multidistsiplinaarsete meeskondade vajadus ning psühholoogilise ja füüsilise sekkumiste sisu rehabilitatsiooniprogrammi jooksul.

Vähirehabilitatsiooni alast koolitust pakutakse sellega tegelevale personalile läbi Soome Vähiliidu. On nii konverentsid, täiendkoolitused, iga-aastane vähirehabilitatsiooni ümarlaud, lühikesed hariduslikud koolitused jms. Vähihaigete elukvaliteeti pärast rehabilitatsiooni hinnatakse tavaliselt küsimustikuga GAS (*Goal Attainment Scaling*), kasutatakse ka järgnevaid küsimustikke: FACT-G (*Functional Assessment of Cancer Therapy*), EORTC QoL (üldine, haigus-spetsiifiline), RAND-36 ja RBDI.

5.3.22. Taani

Taanis osutatakse rehabilitatsiooniteenuseid spetsiaalsetes vähirehabilitatsioonikeskustes. Riigi territoorium on tinglikult jagatud viieks regiooniks, kus igas regioonis on üks suur vähikeskus. Regioonid on ise vastutavad vähiravi eest vähihaigetele spetsialiseerunud osakondade regionaalhaiglates. Vähirehabilitatsiooni osutatakse ühes riiklikus keskses ning mõnedes kohalikes omavalitsustes (kokku 98), on loodud vähispetsiifilised rehabilitatsioonikeskused – vähem kui kümnes omavalitsuses seisuga mai 2011.

Taani Vähiseltsi kaudu on saadaval tasuta nõustamisteenus kogu riigis. Koduõendus on osa ravist, mis on mõeldud kõigile elanikele sh vähihaigetele. Teised koduhoolduse alla kuuluvad teenused nagu koristamine, hügieenitoimingutega abistamine jms, on samuti saadaval kui osa avalikest teenustest maksumaksjaile.

Spetsiaalsetest koolitustest on personalile olemas kursused vähihaigetega töötavatele õdedele. Kasutatakse ka küsimustikku (EORTC Q) vähihaigete elukvaliteedi hindamiseks.

5.3.23. Tšehhi Vabariik

Tšehhis osutatakse rehabilitatsiooniteenuseid spetsiaalsetes vähikeskustes (13 kompleksset onkoloogiakeskust täiskasvanud vähipatsientidele, 2 kompleksset onkoloogiakeskust lastele, 6 hemato-onkoloogia keskust). Kui täiskasvanute onkoloogiakeskused on hajutatult üle riigi, siis lastele spetsialiseerunud keskused asuvad kahes suurimas linnas (Praha, Brno). Nendes keskustes pakutakse rehabilitatsiooniprogramme osaliselt (nt psühholoogiline või sotsiaalne), multidistsiplinaarne lähenemine rehabilitatsioonile puudub.

Patsientide jaoks on saadaval nõustamisteenus ja koduhooldus. Mittetulunduslikud organisatsioonid, kes tegelevad vähihaigetega, on Tšehhis väga aktiivsed (nt ALEN – rinnavähi üleelanutele, AMA–pereliikmetele ja vähipatsientidele). Ka teeb Tšehhi Onkoloogiaselts (*Czech Oncologic Society*) koostööd Tšehhi rehabilitatsiooni ja füüsilise meditsiini assotsiatsiooniga (*Czech Association for Rehabilitation and Physical Medicine*). Vähihaigetega tegelevatele tervishoiutöötajatele pakutakse spetsiaalseid koolitusi rehabilitatsiooniteenuste osutamiseks läbi Tšehhi Lümfisheltsi (*Czech Lymphatic Society*) ning läbi Tšehhi Onkoloogiaseltsi. Tšehhi on Euroopa Meditsiinilise Onkologia Seltsi (*European Society for Medical Oncology–ESMO*) liige. Ka teostatakse Tšehhis vähihaigete elukvaliteedi hindamist küsimustikega SF-36 ja WHODAS II, kuid regulaarselt toimub see siiski vähestes osakondades.

5.3.24. Ungari

Ungaris on olemas spetsiaalne vähikeskus lastele, mille teenuste kättesaadavus piirkonniti on erinev. Rehabilitatsiooniteenuse levikut üle riigi piirab ressursside puudus ning erioskustega personali nappus. Nõustamisteenus ja koduhooldus on osaliselt kättesaadavad. Koolitust vähirehabilitatsiooniteenust osutavatele isikutele organiseeritakse peamiselt läbi sihtasutuste.

5.3.25. Ühendkuningriik

Inglismaal on rehabilitatsiooniteenuse osutamiseks spetsiaalsed vähikeskused. Suurt tähelepanu pööratakse vähihaige toetamisele (sh erinevate sümptomite ravile/leevendamisele, nõustamisele) ning palliatiivravile. Samuti pakuvad haiglad, tervisekeskused ja hospiitsid mõningaid rehabilitatsiooniteenuseid, kuid üldjuhul spetsialiseerumine vähihaigetele puudub. Ka ligipääs viidatud teenustele varieerub riigisiselt. Mõned kogukonnapõhised rehabilitatsioonimeeskonnad pakuvad ravi vähihaigete kodus. Koolitusprogrammid vähihaigetega töötavale personalile on saadaval nii vähiravi kui palliatiivravi valdkonnas.

Šotimaal on võimalik rehabilitatsiooniteenuseid tarbida spetsiaalsetes vähikeskustes, üldistes rehabilitatsioonikeskustes ja üldhaiglates. Osad teenused on saadaval läbi heategevusorganisatsioonide. Riikliku tervishoiusüsteemi kaudu võimaldatakse erinevaid rehabilitatsiooniprogramme: aeroobikatunnid rinnavähiaigetele, erinevad psühhosotsiaalsed toetusprogrammid vähihaigetele ja nende pereliikmetele jms. Nõustamisteenust pakuvad psühholoogid. Läbi riikliku tervishoiusüsteemi on saadaval ka koduhooldus, mida osutavad õed. Vähihaigete elukvaliteedi hindamine (EORTC, FACT) on toimunud läbi mõne üksiku teadusprojekti.

5.4. Kokkuvõtte rehabilitatsiooniteenuseid pakkuvatest struktuuridest EL-27 riikides

Euroopa Liidus osutatakse vähihaigetele rehabilitatsiooniteenuseid (tabel 5) spetsiaalsetes vähikeskustes, rehabilitatsioonikeskustes, vähirehabilitatsiooni keskustes, haiglates ja tervisekeskustes. Spetsiaalsed vähikeskused on olemas: Belgias, Bulgaarias, Hispaanias, Itaalias, Poolas, Portugalis, Prantsusmaal, Rumeenias, Slovakkias, Sloveenias, Tšehhis, Ungaris ja Ühendkuningriigis. Üldised rehabilitatsioonikeskused, kus osutatakse vähihaigetele rehabilitatsiooniteenuseid, asuvad: Belgias, Hispaanias, Hollandis, Itaalias, Kreekas (ka kirikus), Lätis, Poolas, Portugalis, Saksamaal, Sloveenias, Šotimaal. Teenuste osutamine läbi vähirehabilitatsiooni keskuste toimub kuues riigis: Belgias, Hollandis, Maltal, Saksamaal, Sloveenias ja Taanis. Haiglates osutatakse teenuseid 11-s riigis. Küprosel ja Sloveenias pakuvad rehabilitatsiooniteenuseid hospiitsid. Tervisekeskustes pakutakse vähihaigete jaoks teenuseid Sloveenias ja Slovakkias.

Tabel 5. Vähihaigetele rehabilitatsiooniteenuseid osutavad struktuurid liikmesriikides (EL-27)

Riik	Spetsiaalne vähikeskus	Rehabilitatsiooni keskus (üldine)	Vähirehabilitatsiooni keskus	Haiglad	Muu
Austria*					
Belgia	X	X	X		
Bulgaaria	X				
Eesti				X	
Hispaania	X	X		X	
Holland		X	X		
Iirimaa				X	
Itaalia	X	X		X	
Kreeka		X			
Küpros					X
Leedu				X	
Luksemburg				X	
Läti		X		X	
Malta			X		
Poola	X	X			
Portugal	X	X		X	
Prantsusmaa	X				
Rootsi*					
Rumeenia	X				
Saksamaa		X	X		
Slovakkia	X				X
Sloveenia	X	X	X	X	X
Soome				X	
Taani			X		
Tšehhi	X				
Ungari	X (lastele)				
Ühendkuningriik (Inglismaa)	X				
Ühendkuningriik (Šotimaa)	X	X		X	X

*ei vastanud küsimustikule

Andmed selle kohta, kas ja millises Euroopa Liidu liikmesriigis koolitatakse spetsiaalselt vähihaigete rehabilitatsiooni osutamiseks personali, osutatakse nõustamisteenust ning pakutakse koduhooldust, on toodud tabelis 6. Spetsiaalselt vähihaigetele rehabilitatsiooni-

teenust osutava personali koolitamine toimub 13-s riigis. Enamikes liikmesriikides on kitsaskohaks vähihaigetele mõeldud teenuste (eriti koduhooldus) võrdse kättesaadavuse tagamine siseriiklikult, kuna pakutavad teenused erinevad teenuse osutajate lõikes. Nõustamisteenust vähipatsientidele pakutakse kõigis sellealasele küsimusele vastanud riikides (25), ent sealsete sotsiaalabi- ja tervishoiusüsteemi poolt pakutavatest nõustamisteenustest olulisem roll on pigem mittetulunduslike ühenduste (eelkõige vähihaigete esindusorganisatsioonid) kanda, kelle kaudu pakutavad nõustamisteenused on vähihaigete jaoks olulisemad ning kättesaadavamad. Näiteks neljas riigis (Iirimaa, Poola, Rumeenia, Ungari) pakutakse nõustamist ainult osaliselt ja kahes riigis (Läti, Leedu) on eelviidatud teenus saadaval üldise nõustamisena. Koduhooldust pakutakse 22-s riigis, sealhulgas on viis riiki (Hispaania, Iirimaa, Leedu, Rumeenia, Ungari), kus viidatud teenus on kättesaadav osaliselt. Poolas ja Sloveenias koduhooldusteenuse pakkumine puudub.

Tabel 6. Info vähihaigetele rehabilitatsiooniteenust osutava personali koolitamise, nõustamisteenuse ja koduhoolduse saadavuse kohta

Riik	Töötajate koolitamine rehabilitatsiooniks	Nõustamisteenus vähipatsientidele	Koduhooldus
Austria*			
Belgia	Info puudub	Jah	Jah
Bulgaaria	Ei	Jah	Jah
Eesti	Ei (ainult üldised)	Jah	Jah
Hispaania	Jah	Jah	Osaliselt
Holland	Jah	Jah	Jah
Iirimaa	Info puudub	Osaliselt	Osaliselt
Itaalia	Jah	Jah	Jah
Kreeka	Jah	Jah	Jah
Küpros	Jah	Jah	Jah
Leedu	Info puudub	Üldine nõustamine	Osaliselt
Luksemburg	Ei	Jah	Jah
Läti	Ei	Üldine nõustamine	Jah
Malta	Ei	Jah	Jah
Poola	Jah	Osaliselt	Ei
Portugal	Jah	Jah	Jah
Prantsusmaa	Ei	Jah	Jah
Rootsi*			
Rumeenia	Info puudub	Osaliselt	Osaliselt
Saksamaa	Info puudub	Jah	Info puudub
Slovakkia	Jah	Jah	Jah
Sloveenia	Ei	Jah	Ei
Soome	Jah	Jah	Jah
Taani	Jah	Jah	Jah
Tšehhi	Jah	Jah	Jah
Ungari	Jah	Osaliselt	Osaliselt
Ühendkuningriik (Inglismaa)	Jah	Jah	Jah
Ühendkuningriik (Šotimaa)	Jah	Jah	Jah

*Ei vastanud küsimustikule

Ka Eestis esineb taastusraviteenuste kättesaadavus siseriiklikult, kuna teenuseid pakutakse enamasti vähiraviga tegelevate keskuste juures, mis asuvad suuremates linnades. Oluliseks kitsaskohaks on vajaliku pädevusega spetsialistide vähesus. Ka puudub

tervishoiuasutustes kindel inimene, kes juhendab vähihaiget erinevate ravietaappide vahel, mistõttu vähihaigel on keeruline süsteemis orienteeruda (taastusravi, rehabilitatsioon). Seetõttu on tähtis roll Eesti Vähiliidul, mille kaudu jagatakse olulist infot, korraldatakse erinevaid eneseabi- ja toimetulekukursusi ning edendatakse vähihaigete omavahelist kommunikatsiooni.

Vähihaigete elukvaliteedi hindamist on kasutanud enamik Euroopa Liidu riike. Siiski, valdavalt on liikmesriigid neid rakendanud ainult teadusuuringutes ja kliinilistes katsetes. Regulaarne vähihaigete elukvaliteedi küsimustiku kasutamine (vähemalt ühe), eesmärgiga parandada vähihaigete olukorda rehabilitatsioonis, toimub kahes riigis: Saksamaal (rehabilitatsioonialane küsimustik IRES-3) ja Hollandis (distressi mõõdik „lastmeter“).

6. ARUTELU

Käesolev magistritöö põhineb Euroopa Liidus perioodil 2010–2011 läbiviidud kahel küsitlusuuringul ja kirjanduse ning veebimaterjalide ülevaatel. Töö eesmärgiks oli kirjeldada vähihaigete rehabilitatsiooniprogramme Euroopa Liidus sh anda ülevaade sellest, kuidas defineeritakse liikmesriikides vähihaigete rehabilitatsiooni, kas seda kajastatakse riiklikes dokumentides ning millised teenuseid ja kus pakutakse. Euroopa Liidu riikides pole varem vähihaigete rehabilitatsiooniprogrammide kohta andmeid kogutud.

Et käesolevas töös käsitletakse rehabilitatsiooni lähtuvalt MTO definitsioonist, mille järgi see on vaimse, psüühilise ja sotsiaalse seisundi taastamine, siis palliativset ravi antud töö ei hinda.

Rehabilitatsiooni tähendus Euroopa Liidus. Vähtkõve kogemine muudab iga vähihaige elu erinevalt, mõjutades nende füüsilise, psühholoogilise, sotsiaalse ja spirituaalse elu komponente (6). Sellest lähtuvalt on oluline õigeaegse ja kvaliteetse rehabilitatsiooni kättesaadavus, mis annab vähihaigetele paremad võimalused oma elu taaskontrollida (29). Rehabilitatsiooni nõudlus EL-s on tõusnud ja tõuseb rahvastiku vananemise (2), meditsiini arengu (9) ning vähihaigestumuse riski suurendava elustiili levimise (4, 5) tõttu. Viidatud põhjustel on vähihaigete pikema-aegne ravi ja hooldus muutunud järjest aktuaalsemaks kõigis liikmesriikides (11), sealjuures võib vähihaigete rehabilitatsioonivajadus varieeruda 30–70% vahel (12, 13). Käesoleva töö tulemused näitavad samuti, et vähirehabilitatsiooni valdkonna alane teadlikkus on liikmesriikides tõusnud – ka juhul, kui rehabilitatsiooni mõiste ei ole riiklikus tervishoiusüsteemis ametlikult defineeritud või keskendutakse praktikas erinevatel põhjustel ainult teatud teenustele, on olemas ettekujutus, mis on rehabilitatsioon ja kuidas peaks/võiks see organiseeritud olla.

Riiklikud dokumendid (vähistrateegia, ravijuhendid). Riikliku vähistrateegia tähtsusele võitluses vähikoormuse tõusuga on viidanud Maailma Terviseorganisatsioon (26), samuti on efektiivse vähistrateegia eeldusi käsitletud erinevates uuringutes (15, 25, 28, 29). Käesoleva töö tulemuste kohaselt on enamikes EL-i liikmesriikides olemas vähistrateegiad, kuigi mõned neist ei käsitle rehabilitatsiooni valdkonda või on sellele ainult üldiselt viidanud. Seega, sõltumata teadlikkuse tõusust vähirehabilitatsioonis, ei aita praegusel kujul eksisteerivad vähistrateegiad (mis ei vasta MTO poolt käsitletud tingimustele) piisavalt tõhusalt vähikoormusega võidelda. Erinevad põhjused, mis võivad piirata vähistrateegiate efektiivsuse tõstmist, mõjutavad ilmselt ka riiklike ravijuhendite olemasolu – neid on vähestes liikmesriikides ning vajavad ülevaatamist (sh uuendamist). Saadud tulemustest lähtuvalt tuleb nõustuda seisukohaga, et kvaliteetse vähiravi kättesaadavuse tagamine saab oluliseks väljakutseks isegi kõrge sissetulekuga riikides (9).

Rehabilitatsiooniteenused vähihaigetele. Teaduskirjanduses toodud andmete kohaselt on eriti suur nõudlus füsioteraapia, võimlemise, nõustamise (psühholoogiline, töö ja haridusega seonduv), psühhosotsiaalse toetuse ning abi osas igapäevaelus toime tulemiseks (12, 37, 38). Käesoleva uuringu tulemuste kohaselt on liikmesriikides võimlemine, füsioteraapia ja nõustamisteenuste pakkumine kõige sagedasem. Samas näitavad saadud tulemused, et paljudes riikides on kitsaskohaks olemasolevate teenuste võrdse kättesaadavuse tagamine regiooniti, mistõttu lisaks teenuseosutajatest tulenevatele erisustele, võib teenuste tarbimist (sh rahulolu, vajadust) mõjutada ka vähihaige elukoht. Vähihaige kodus pakutavate teenuste osas (koduhooldus, koduõendus) on liikmesriikide vahelised erinevused kõige suuremad, olulised erinevused võivad esineda isegi siseriiklikult. Seega võib käesoleva uuringu tulemusi pidada teaduskirjanduses avaldatuga sarnaseks, ehkki põhjused (nt halb kättesaadavus, vähene teadlikkus, pakutavate teenuste maht väiksem kui tulemuste saavutamiseks vajalik jms), miks teatud teenuste järgi on eriti suur nõudlus, vajaksid täiendavat uurimist (millised tegurid seda enim mõjutavad, mõju suurus).

Teaduskirjanduses on viidatud asjaolule, et rinna- (41) ja kopsuvähihaiged (50) tunnetavad suuremat rehabilitatsioonivajadust kui teised vähihaiged. Samuti võiksid tervishoiutöötajad pöörata suuremat tähelepanu vähihaigete sotsiaalmajanduslikule staatusele (39, 40) ning vanusele (29, 41, 89), mis aitavad rehabilitatsioonivajadust paremini hinnata. Käesoleva töö tulemused näitavad, et enamikes liikmesriikides ei ole rehabilitatsiooniprogrammide loomisel või pakutavate teenuste osas viidatud teguritega arvestatud. Näiteks nõustamisteenused, mis on faktiliselt saadaval kõigis liikmesriikides, on sageli saadaval üldise nõustamisena. Siiski, osades riikides on olemas eraldi rinna- ja eesnäärmevähihaigetele mõeldud programmid või spetsiaalsed teenused (vähispetsiifilised tugirühmad, nõustamised), ent enamasti ei pakuta neid mitte läbi riikliku tervishoiusüsteemi, vaid mittetulunduslike ühenduste (vähihaigete esindusorganisatsioonid) kaudu. Et viimased saavad toimida vastavalt olemasolevatele ressurssidele, mis tihti ei ole prognoositavad, puudub ka viidatud teenuste pakumuse osas järjepidevus. Et tõsta vähihaigete vajadustele vastavate teenuste pakumuse tõhusust, on üheks võimaluseks kasutada regulaarselt vähihaigetele jaoks väljatöötatud elukvaliteedi küsimustikke rehabilitatsiooniprotsessis. Paraku näitavad käesoleva töö tulemused, et sel eesmärgil toimub vähihaigete elukvaliteedi hindamine ainult kahes liikmesriigis.

Pakutavate teenuste ning rehabilitatsiooniprogrammide kättesaadavus Euroopa Liidus on ühelt poolt seotud liikmesriikide tervishoiupoliitika ja sotsiaalkindlustussüsteemiga, teisalt majandusliku olukorraga. Selgitamaks välja põhjused, miks erinevad liikmesriigiti pakutavad teenused, rehabilitatsiooniprogrammid ning tervishoiupoliitiliste otsuste tegemine, nõuab eraldi uuringuid. Võib spekuloida, et hea rehabilitatsiooniprogrammi eelduseks on koostöö

erinevate huvigruppide (poliitikud, arstid, patsiendid ja nende omaksed jt) vahel ning piisav rahastus, mille mittepiisavus on oluliseks takistuseks vähirehabilitatsiooni arengule.

Personal ja rehabilitatsiooniteenuse osutamise koht. Vähiravi on kompleksne tegevus, mis eeldab hea ettevalmistusega spetsialistide olemasolu (29), kuid teenusepakkujad ei märka alati õigeaegselt vähihaigete vajadust rehabilitatsiooniteenuste (eriti psühhosotsiaalsete) järele (52, 90). Ka eksisteerivad raskused vähihaigete ja tervishoiutöötajate vahelises usalduslikus suhtluses (63–65). Käesoleva uuringu tulemused on kooskõlas eelviidatud teaduskirjanduses nimetatuga, kuna spetsiaalselt vähihaigetele rehabilitatsiooniteenust osutava personali koolitamist korraldatakse vähem kui pooltes EL-i liikmesriikides ning psühhosotsiaalsete vajadustega tegelemine on jäetud suuresti mittetulunduslike ühenduste kanda (vt alalõiku rehabilitatsiooniteenused vähihaigetele). Ka ei ole piisavalt vajaliku pädevusega spetsialiste, kes aitaksid vähihaigetel nende uue olukorraga kohaneda (nt tegevusterapeudid, nõustajad).

Vähiravi tulemustes on oluline roll teenuseosutaja organisatsioonil, kui see võimaldab multidistsiplinaarse lähenemise pakkumist (91–93). Viidatud tingimusele vastav keskus eeldab aga vastava kvalifikatsiooniga personali olemasolu, keda liikmesriikides napib. Käesoleva töö tulemuste põhjal ei saa otsustada spetsiaalse vähikeskuse eksisteerimise olulisuse üle vähihaigete rehabilitatsioonis, kuna mõõdikuid, mille alusel vähirehabilitatsiooni (sh rehabilitatsiooniprogrammi) edukust mõõta, ei ole selged.

Rehabilitatsioon Eestis. Eestis eristatakse rehabilitatsioonis onkoloogilist rehabilitatsiooni (taastusravi), mis on suunatud häirunud funktsioonide taastamisele või parandamisele ja/või puudega kohanemisele, mida osutatakse tervishoiuteenusena ja rehabilitatsiooni, mida pakutakse sotsiaalteenusena puudega kohanemiseks. Eesti Haigekassa (EHK) poolt rahastatavaid teenuseid (füsioteraapia, tegevusterapia, psühhoteraapia ja kõnerravi) kindlustatule pakutakse peamiselt vähiraviga tegelevate keskuste juures, vajadusel ka maakonnakeskustes vastava koolituse läbinud spetsialistide poolt. Paraku on väikestes maakondades kõrge kvalifikatsiooniga personali napilt. Eesti suurimas maakonnas Harjumaal arendatakse vähiravi osutatava kliiniku juures (SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla, PERH) palliatiivravi meeskonnatööd, keskuse juures on olemas stoomi- ja valuravi kabinet ning vähihaigetel on võimalik saada toitumisnõustamist, psühhosotsiaalset nõustamist, pöörduda psühholoogi, sotsiaaltöötaja, logopeedi, hingehoidja ning palliatiivravi õde-nõustaja poole. Väiksemates omavalitsusüksustes ja Ida-Virumaal on selliste teenuste saamine oluliselt piiratud, mistõttu on Eestis, sarnaselt teiste liikmesriikidega, vajalike teenuste kättesaadavus mõjutatud vähihaigete elukohast.

Ka ei tähenda teenuste faktiline olemasolu veel nende kättesaadavust. Kui vähihaiged ei oma õigeaegselt vajalikku informatsiooni (kuhu, millal, kuidas ja kelle poole pöörduda),

põhjustab see nii usaldamatust tervishoiutöötajate suhtes kui vähendab tarbitud teenuste efektiivsust (63–66). Sarnaselt teiste Euroopa Liidu liikmesriikidega ei ole ka Eestis õigeaegse ja vajaliku informatsiooni kättesaadavus adekvaatselt tagatud, samuti ei võeta teenuste pakkumisel arvesse suuremat rehabilitatsioonivajadust prognoosivaid näitajaid (29, 39–41, 50, 89). Näiteks rinnavähahaigete jaoks vajalik füsioteraapiateenus on piiratud EHK poolt nii ettenähtud piirangute, mahu kui füsioterapeutide vähesuse tõttu. Teatud taastusraviteenuse osutamise eelduseks on kvalifitseeritud personali nagu füsioterapeut, tegevusterapeut, taastusarst jne olemasolu, kuid viidatud spetsialistide vähesuse tõttu toimub erinevate tervishoiuteenuste osutajate lõikes pidev konkureerimine (sh niiöelda üleostmine) ja sellest põhjustatud personaliliikumine. See mõjutab omakorda teenuste kättesaadavust, kuna spetsialistid töötavad tihti osakoormusega ja oma kompetentsi jagatakse mitme tööandja vahel. Lisaks sellele eelistavad taastusravi ja rehabilitatsiooni valdkonnas töötavad spetsialistid, nagu paljude teiste erialade kõrgharidusega spetsialistid, liikuda väikestest omavalitsusüksustest linnadesse (eelkõige Tartu ja Tallinna). Seetõttu on Eestis, nagu mujalgi Euroopas Liidus, oluliseks probleemiks vähihaigete rehabilitatsiooniga tegeleva personali nappus. Vajakajäämisi suurendab omakorda koolitusvõimaluse puudulikkus (spetsialiseerumine) ning teenuste vähesus, mis suunatud just vähihaigetele. Kuigi Eesti on üks viiest liikmesriigist Euroopa Liidus, kelle rehabilitatsiooni definitsioonis sisaldub elukvaliteedi komponent, ei ole vähihaigete elukvaliteedi uuringud osa tavapärasest praktikast. Seetõttu võib arvata, et nagu teisteski Euroopa Liidu liikmesriikides, eksisteerib ka Eestis rehabilitatsiooniprotsessis lõhe teenuse osutajate poolt pakutavate teenuste ning vähihaigete vajaduste osas (52, 90), mistõttu on taastusravi ja rehabilitatsiooni pakkuvate asutuste efektiivsus vähihaigete ühiskonda reintegreerimisel piiratud.

Töö nõrkused ja tugevused. Käesolev töö põhineb perioodil 2010–2011 a. läbiviidud läbilõikelisel uuringul, mistõttu tuleb arvestada võimalusega, et töö valmimise/avaldamise ajaks võib olukord olla muutunud. Kasutatud andmete nõrgaks küljeks võib pidada ka seda, et saadud vastusankedid olid täidetud erineva kvaliteediga. Siiski ei tohiks antud asjaolu uurimust oluliselt mõjutada, kuna täiendavat informatsiooni otsiti lisaks nii küsitlustele vastajate poolt lisatud materjalide, avalike internetilehekülgede ning veebiotsingute kaudu.

Käesoleva töö tugevuseks on see, et tegemist on omalaadse ja ainukese ning värskema kõiki liikmesriike hõlmava ülevaatega vähihaigete rehabilitatsiooni olukorrast Euroopa Liidus, mille algandmed esitasid kõikide riikide eksperdid. Ka annab antud magistr töö sissevaate olukorra kohta Eesti vähirehabilitatsioonis.

7. JÄRELDUSED

Magistritöö tulemusena leiti, et sõltumata sellest, kas vähihaigete rehabilitatsiooni mõiste on siseriiklikult defineeritud või mitte, mõistab suurem osa liikmesriikidest vähihaigetele suunatud rehabilitatsiooni kui protsessi, mis nõuab enam kui ainult füüsilise funktsioneerimistaseme tõstmine – järjest enam teadvustatakse vajadust pöörata rehabilitatsiooniprotsessis tähelepanu vähihaigete elukvaliteedile.

Paraku ei kajastu teadlikkuse tõus vähirehabilitatsioonis igapäevases praktikas. Enamike riikide vähistrateegiates käsitletakse rehabilitatsiooni, ent sõnastatud eesmärkide saavutamiseks vajalikud ressursid (väljaõppinud personal, rahalised vahendid, vähihaigete vajadustega arvestatud teenuste planeerimine ja ellurakendamine sh viidatud teenuste kättesaadavuse tagamine) on planeerimata. Ka nendes vähestes riikides, kus praegu eksisteerivad riiklikud juhendid vähirehabilitatsiooniks või mõned muud sellealased ametlikud dokumendid (nt ravijuhendid), esinevad vajakajäämised nende kaasajastamisel. Samuti on komplitseeritud teadusuuringute kaudu kogutavate teadmiste (vähihaigete elukvaliteedi hindamise küsimustike kasutamine) reaalne kasutamine vähihaigete hüvanguks.

Tervishoiupoliitika- ja praktika erinevused (sh prioriteetide seadmine), samuti sotsiaalkindlustussüsteemi erinevused ning liikmesriikide majanduslik olukord on tegurid, mis mõjutavad oluliselt rehabilitatsiooniteenuste pakkumist ja kättesaadavust Euroopa Liidus. Paljudes liikmesriikides erineb vähirehabilitatsioon ka siseriiklikult (sh teenuste kättesaadavus). Nõustamisteenuste osas on oluline roll erinevate mittetulunduslike ühenduste (vähihaigete esindusorganisatsioonid) kanda. Rehabilitatsiooniprogramm peab olema kõikehaarav, küsimuseks jääb programmi edukuse hindamine ja mõõtmine. Eestis toimub praegu vähihaigete liikumine eri ravietaappide vahel kaootiliselt ning pakutavad rehabilitatsiooniteenused on killustatud.

Käesoleva töö tulemuste ning teaduskirjanduses toodud soovitude põhjal võib Eesti vähirehabilitatsiooni arengu soodustamiseks teha alljärgnevad ettepanekud:

- olemasoleva riikliku vähiregistri kvaliteedi tõstmine;
- vähirehabilitatsioonis osaleva personali koolitamine (spetsialiseerumine);
- vähistrateegia täiendamine reaalsete ressursside planeerimisega;
- välja töötada rehabilitatsiooni juhendmaterjal, kuidas toimub vähihaige liikumine erinevate ravietaappide vahel (sh tervishoiuasutuse eri osakondade või ka eri teenusepakujate vahel), ja tagada nende rakendamine – praeguse seisuga on koostöö puudulik ning pakutavad teenused killustatud – oluline oleks kohe diagnoosi saamisel koostada vähihaigele rehabilitatsiooniplaan, mis tähendab, et

taastusarst või rehabilitatsiooniekspert peaks kuuluma multifunktsionaalse vähiravi tiimi;

- igakülgse informatsiooni kättesaadavuse tagamine vähihaigele (kindel kontaktisik statsionaarse ravi ajal, nõustaja/tugiisik ambulatoorse ravi korral);
- vähihaige rehabilitatsioonivajaduste rutiinne hindamine;
- vähihaigete elukvaliteedi regulaarne mõõtmine ning saadud tulemustega arvestamine (teadmised→otsustajad→praktika).

8. KASUTATUD KIRJANDUS

1. Sotsiaalministeerium. Riiklik Vähistrateegia aastateks 2007-2015.
(http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/Rahvatervis/Riiklik_vaehistraategia_aastateks_2007-2015.pdf).
2. Soerjomataram I, Lortet-Tieulent J, Parkin DM, et al. Global burden of cancer in 2008: a systematic analysis of disability-adjusted life-years in 12 world regions. *Lancet* 2012;24:380:1840–50.
3. Boyle P, Ferlay J. Cancer incidence and mortality in Europe, 2004. *Ann Oncol* 2005;16:481–88.
4. Jemal A, Center MM, DeSantis C, et al. Global patterns of cancer incidence and mortality rates and trends. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2010;19:1893–1907.
5. Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, et al. Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin* 2011;61:69–90.
6. Doyle N. Cancer survivorship: evolutionary concept analysis. *J Adv Nurs* 2008;62:499–509.
7. Ferlay J, Shin HR, Bray F, et al. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *Int J Cancer* 2010;127:2893–917.
8. Ferlay J, Parkin DM, Steliarova-Foucher E. Estimates of cancer incidence and mortality in Europe in 2008. *Eur J Cancer* 2010;46:765–81.
9. Sullivan R, Peppercorn J, Sikora K, et al. Delivering affordable cancer care in high-income countries. *Lancet Oncol* 2011;12:933–80.
10. Ferlay J, Steliarova-Foucher E, Lortet-Tieulent J, et al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012. *Eur J Cancer* (in press).
11. Bray F, Ren JS, Masuyer E, et al. Global estimates of cancer prevalence for 27 sites in the adult population in 2008. *Int J Cancer* 2013;132:1133–45.
12. Thorsen L, Gjerset GM, Loge JH, et al. Cancer patients' needs for rehabilitation services. *Acta Oncol* 2011;50:212–22.
13. Holm LV, Hansen DG, Johansen C, et al. Participation in cancer rehabilitation and unmet needs: a population-based cohort study. *Support Care Cancer* 2012;20:2913–24.
14. The GLOBOCAN 2008 database. Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. International Agency for Research on Cancer. (<http://globocan.iarc.fr/>).
15. Engholm G, Ferlay J, Christensen N, et al. NORDCAN - a Nordic tool for cancer information, planning, quality control and research. *Acta Oncol* 2010;49:725–36.
16. Coleman MP, Alexe DM, Albrecht T, et al. Responding to the challenge of cancer in Europe. Ljubljana: Institute of Public Health of the Republic of Slovenia; 2008.
(http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/97823/E91137.pdf).
17. Maher J, McConnell H. New pathways of care for cancer survivors: adding the numbers. *Br J Cancer* 2011;105 (suppl 1):5–10.

18. Verdecchia A, Guzzinati S, Francisci S, et al. Survival trends in European cancer patients diagnosed from 1988 to 1999. *Eur J Cancer* 2009;45:1042–66.
19. Berrino F, De Angelis R, Sant M, et al. Survival for eight major cancers and all cancers combined for European adults diagnosed in 1995-99: results of the EURO CARE-4 study. *Lancet Oncol* 2007;8:773–83.
20. Gatta G, van der Zwan JM, Casali PG, et al. Rare cancers are not so rare: the rare cancer burden in Europe. *Eur J Cancer* 2011;47:2493-511.
21. Verdecchia A, Francisci S, Brenner H, et al. Recent cancer survival in Europe: a 2000-02 period analysis of EURO CARE-4 data. *Lancet Oncol* 2007;8:784–96.
22. Francisci S, Capocaccia R, Grande E, et al. The cure of cancer: a European perspective. *Eur J Cancer* 2009;45:1067–79.
23. Hellbom M, Bergelt C, Bergenmar M, et al. Cancer rehabilitation: A Nordic and European perspective. *Acta Oncol* 2011;50:179–86.
24. Meropol NJ, Schulman KA. Cost of cancer care: issues and implications. *J Clin Oncol* 2007 10;25:180–86.
25. Gouveia J, Coleman MP, Haward R, et al. Improving cancer control in the European Union: conclusions from the Lisbon round-table under the Portuguese EU Presidency, 2007. *Eur J Cancer* 2008;44:1457–62.
26. World Health Organization. Cancer control. Knowledge into action. WHO guide for effective programmes planning. Geneva: World Health Organization; 2006.
27. Atun R, Ogawa T, Martin-Moreno J. Analysis of National Cancer Control Programmes in Europe. London: Imperial College of London; 2009.
(<https://spiral.imperial.ac.uk/bitstream/10044/1/4204/1/Cancer%20Control%20vf2.pdf>).
28. Belle Isle L, Plescia M, La Porta M, et al. In conclusion: looking to the future of comprehensive cancer control. *Cancer Causes Control* 2010;21:2049–57.
29. Albrecht T, McKee M, Alexe DM, et al. Making progress against cancer in Europe in 2008. *Eur J Cancer* 2008;44:1451–56.
30. Frieden TR. A framework for public health action: the health impact pyramid. *Am J Public Health* 2010;100:590–95.
31. Coleman MP, Forman D, Bryant H, et al. Cancer survival in Australia, Canada, Denmark, Norway, Sweden, and the UK, 1995-2007 (the International Cancer Benchmarking Partnership): an analysis of population-based cancer registry data. *Lancet* 2011;377:127–38.
32. World Health Organization. Constitution.
(http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf).
33. World Health Organization. Health topics.(<http://www.who.int/topics/rehabilitation/en/>).
34. Fialka-Moser V, Crevenna R, Korpan M, et al. Cancer rehabilitation: particularly with aspects on physical impairments. *J Rehabil Med* 2003;35:153–62.

35. World Health Organization. World Cancer Report 2008. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2008. p. 1.10. (http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr/2008/wcr_2008.pdf)
36. Jones L, Fitzgerald G, Leurent B, et al. Rehabilitation in advanced, progressive, recurrent cancer: a randomized controlled trial. *J Pain Symptom Manage* 2013;46:315–25.
37. Harrison JD, Young JM, Price MA, et al. What are the unmet supportive care needs of people with cancer? A systematic review. *Support Care Cancer* 2009;17:1117–28.
38. Veloso AG, Sperling C, Holm LV, et al. Unmet needs in cancer rehabilitation during the early cancer trajectory a- nationwide patient survey. *Acta Oncol* 2013;52:372–81.
39. Arnold M, Razum O, Coebergh JW. Cancer risk diversity in non-western migrants to Europe: An overview of the literature. *Eur J Cancer* 2010;46:2647–59.
40. Holm LV, Hansen DG, Larsen PV, et al. Social inequality in cancer rehabilitation: a population-based cohort study. *Acta Oncol* 2013;52:410–22.
41. Morrison V, Henderson BJ, Zinovieff F, et al. Common, important, and unmet needs of cancer outpatients. *Eur J Oncol Nurs* 2012;16:115–23.
42. Given B, Given CW, Sikorskii A, et al. Establishing mild, moderate, and severe scores for cancer-related symptoms: how consistent and clinically meaningful are interference-based severity cut-points? *J Pain Symptom Manage* 2008;35:126–35.
43. Jeon S, Given CW, Sikorskii A, et al. Do interference-based cut-points differentiate mild, moderate, and severe levels of 16 cancer-related symptoms over time? *J Pain Symptom Manage* 2009;37:220–32.
44. Solano JP, Gomes B, Higginson IJ. A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease. *J Pain Symptom Manage* 2006;31:58–69.
45. Campos MP, Hassan BJ, Riechelmann R, et al. Cancer-related fatigue: a review. *Rev Assoc Med Bras* 2011;57:211–19.
46. de Raaf PJ, de Klerk C, van der Rijt CC. Elucidating the behavior of physical fatigue and mental fatigue in cancer patients: a review of the literature. *Psychooncology* 2013;22:1919–29.
47. Minton O, Berger A, Barsevick A, et al. Cancer-related fatigue and its impact on functioning. *Cancer* 2013;119:2124–30.
48. Escalante CP, Manzullo EF. Cancer-related fatigue: the approach and treatment. *J Gen Intern Med* 2009; Suppl 2:S412–6.
49. Campbell KL, Pusic AL, Zucker DS, et al. A prospective model of care for breast cancer rehabilitation: function. *Cancer* 2012;8 Suppl 18:2300–11.
50. Sanders SL, Bantum EO, Owen JE, et al. Supportive care needs in patients with lung cancer. *Psychooncology* 2010;19:480–89.
51. Merckaert I, Libert Y, Messin S, et al. Cancer patients' desire for psychological support: prevalence and implications for screening patients' psychological needs. *Psychooncology* 2010;19:141–149.

52. Werner A, Stenner C, Schuz J. Patient versus clinician symptom reporting: how accurate is the detection of distress in the oncologic after-care? *Psycho-Oncology* 2012;21:818–26.
53. Mitchell AJ, Vahabzadeh A, Magruder K. Screening for distress and depression in cancer settings: 10 lessons from 40 years of primary-care research. *Psycho-Oncology* 2011;20:572–84.
54. Patrick DL, Ferketich SL, Frame PS, et al. National Institutes of Health State-of-the-Science Conference Statement: Symptom Management in Cancer: Pain, Depression, and Fatigue, July 15-17, 2002. *J Natl Cancer Inst* 2003;95:1110–7.
55. Reich M, Lesur A, Perdrizet-Chevallier C. Depression, quality of life and breast cancer: a review of the literature. *Breast Cancer Res Treat* 2008;110:9–17.
56. Montazeri A. Health-related quality of life in breast cancer patients: a bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. *J Exp Clin Cancer Res* 2008;27:32. Doi:10.1186/1756-9966-27-32.
57. Schmid-Buchi S, van den Borne B, Dassen T, et al. Factors associated with psychosocial needs of close relatives of women under treatment for breast cancer. *J Clin Nurs* 2011;20:1115–24.
58. Pauwels E, De Bourdeaudhuij I, Charlier C, et al. Psychosocial characteristics associated with breast cancer survivors' intimate partners' needs for information and support after primary breast cancer treatment. *J Psychosoc Oncol* 2012;30:1–20.
59. de Boer AG, Taskila T, Ojajarvi A, et al. Cancer survivors and unemployment: a meta-analysis and meta-regression. *JAMA* 2009;301:753–62.
60. Mariotto AB, Yabroff KR, Shao Y, et al. Projections of the cost of cancer care in the United States: 2010-2020. *J Natl Cancer Inst* 2011;103:117–28.
61. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol* 2011;12:160–74.
62. Walker J, Waters RA, Murray G, et al. Better off dead: suicidal thoughts in cancer patients. *J Clin Oncol* 2008;26:4725–730.
63. Rutten LJ, Arora NK, Bakos AD, et al. Information needs and sources of information among cancer patients: a systematic review of research (1980-2003). *Patient Educ Couns* 2005;57:250–61.
64. Binkley JM, Harris SR, Levangie PK, et al. Patient perspectives on breast cancer treatment side effects and the prospective surveillance model for physical rehabilitation for women with breast cancer. *Cancer* 2012;118:2207–16.
65. Puts MT, Papoutsis A, Springall E, et al. A systematic review of unmet needs of newly diagnosed older cancer patients undergoing active cancer treatment. *Support Care Cancer* 2012;20:1377–94.
66. Bergholdt SH, Hansen DG, Larsen PV, et al. A randomised controlled trial to improve the role of the general practitioner in cancer rehabilitation: effect on patients' satisfaction with their general practitioners. *BMJ Open* 2013;3:e002726.

67. Schreiber JA, Brockopp DY. Twenty-five years later--what do we know about religion/spirituality and psychological well-being among breast cancer survivors? A systematic review. *J Cancer Surviv* 2012;6:82–94.
68. Travado L, Grassi L, Gil F, et al. Do spirituality and faith make a difference? Report from the Southern European Psycho-Oncology Study Group. *Palliat Support Care* 2010;8:405–413.
69. Salz T, Oeffinger KC, McCabe MS, et al. Survivorship care plans in research and practice. *CA Cancer J Clin* 2012;62:101–17.
70. Harris SR, Schmitz KH, Campbell KL, et al. Clinical practice guidelines for breast cancer rehabilitation: syntheses of guideline recommendations and qualitative appraisals. *Cancer* 2012;118:2312–24.
71. Valenti M, Porzio G, Aielli F, et al. Physical exercise and quality of life in breast cancer survivors. *Int J Med Sci* 2008;5:24–8.
72. Gerber LH, Stout NL, Schmitz KH, et al. Integrating a prospective surveillance model for rehabilitation into breast cancer survivorship care. *Cancer* 2012;118 Suppl 8:2201–06.
73. Pekmezi DW, Demark-Wahnefried W. Updated evidence in support of diet and exercise interventions in cancer survivors. *Acta Oncol* 2011;50:167–78.
74. Molassiotis A, Sylt P, Diggins H. The management of cancer-related fatigue after chemotherapy with acupuncture and acupressure: a randomised controlled trial. *Complement Ther Med* 2007;15:228–37.
75. Kasymjanova G, Grossman M, Tran T, et al. The potential role for acupuncture in treating symptoms in patients with lung cancer: an observational longitudinal study. *Curr Oncol* 2013;20:152–57.
76. O'Regan D, Filshie J. Acupuncture and cancer. *Auton Neurosci* 2010;157:96–100.
77. Nordin K, Rissanen R, Ahlgren J, et al. Design of the study: how can health care help female breast cancer patients reduce their stress symptoms? A randomized intervention study with stepped-care. *BMC Cancer* 2012;12:167. (<http://www.biomedcentral.com/1471-2407/12/167>).
78. Kenfield SA, Stampfer MJ, Giovannucci E, et al. Physical activity and survival after prostate cancer diagnosis in the health professionals follow-up study. *J Clin Oncol* 2011;29:726–32.
79. Meyerhardt JA, Heseltine D, Niedzwiecki D, et al. Impact of physical activity on cancer recurrence and survival in patients with stage III colon cancer: findings from CALGB 89803. *J Clin Oncol* 2006;24:3535–41.
80. Hunter EG, Baltisberger J. Functional Outcomes by Age for Inpatient Cancer Rehabilitation: A Retrospective Chart Review. *J Appl Gerontol* 2013;32:443–56.
81. World Health Organization. Painladder. (<http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/>).
82. Arving C, Thormodsen I, Brekke G, et al. Early rehabilitation of cancer patients – a randomized controlled intervention study. *BMC Cancer* 2013;13:9. (<http://www.biomedcentral.com/1471-2407/13/9>).

83. Lambertini M, Anserini P, Levaggi A, et al. Fertility counseling of young breast cancer patients. *J Thorac Dis* 2013;5 Suppl 1:S68–80.
84. Cummings GG, Olivo SA, Biondo PD, et al. Effectiveness of knowledge translation interventions to improve cancer pain management. *J Pain Symptom Manage* 2011;41:915–39.
85. Lockett T, Davidson PM, Green A, et al. Assessment and management of adult cancer pain: a systematic review and synthesis of recent qualitative studies aimed at developing insights for managing barriers and optimizing facilitators within a comprehensive framework of patient care. *J Pain Symptom Manage* 2013;46:229–53.
86. van Muijen P, Duijts SF, van der Beek AJ, et al. Prognostic factors of work disability in sick-listed cancer survivors. *J Cancer Surviv* 2013 Jun 26. Doi 10.1007/s11764-013-0297-3.
87. Mehnert A, Koch U. Predictors of employment among cancer survivors after medical rehabilitation--a prospective study. *Scand J Work Environ Health* 2013;39:76–87.
88. Mehnert A. Employment and work-related issues in cancer survivors. *Crit Rev Oncol Hematol* 2011;77:109–30.
89. Ross L, Petersen MA, Johnsen AT, et al. Are different groups of cancer patients offered rehabilitation to the same extent? A report from the population-based study "The Cancer Patient's World". *Support Care Cancer* 2012;20:1089–100.
90. Mikkelsen TH, Soendergaard J, Jensen AB, et al. Cancer surviving patients' rehabilitation - understanding failure through application of theoretical perspectives from Habermas. *BMC Health Serv Res* 2008;8:122. Doi 10.1186/1472-6963-8-122.
91. Gage EA, Pailler M, Zevon MA, et al. Structuring survivorship care: discipline-specific clinician perspectives. *J Cancer Surviv* 2011;5:217–25.
92. Gatta G, Zigon G, Aareleid T, et al. Patterns of care for European colorectal cancer patients diagnosed 1996-1998: a EUROCARE high resolution study. *Acta Oncol* 2010;49:776–83.
93. Kesson EM, Allardice GM, George WD, et al. Effects of multidisciplinary team working on breast cancer survival: retrospective, comparative, interventional cohort study of 13 722 women. *BMJ* 2012;344:e2718.
94. De Ieso PB, Coward JI, Letsa I, et al. A study of the decision outcomes and financial costs of multidisciplinary team meetings (MDMs) in oncology. *Br J Cancer* 2013;1-6. Doi 10.1038/bjc.2013.586.
95. McMullen L. Oncology nurse navigators and the continuum of cancer care. *Semin Oncol Nurs* 2013; 29:105–17.
96. Matrai Z, Toth L, Savolt A, et al. Breast care nurse. A new specialist in the multidisciplinary care of breast cancer patients. *Magy Onkol* 2012;56:152–57.
97. Bartolo M, Zucchella C, Pace A, et al. Improving neuro-oncological patients care: basic and practical concepts for nurse specialist in neuro-rehabilitation. *J Exp Clin Cancer Res* 2012;31:82-9966-31-82.

98. Palacio A, Calmels P, Genty M, et al. Oncology and physical medicine and rehabilitation. *Ann Phys Rehabil Med* 2009;52:568–78.
99. Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu. VV määrus 27.12.2013 nr 188. RT I 29.12.2013, 57.
100. Sotsiaalhoolekande seadus, 08.02.1995. RT I 1995, 21, 323.
101. Rehabilitatsiooniteenuse raames osutatavate teenuste loetelu, teenuste hindade ja teenuse maksimaalse maksumuse kehtestamine. VV määrus 20.12.2007 nr 256. RT I 2007, 71, 443.
102. Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded. VV määrus 15.12.2004 nr 128. RTL 2004, 158, 2376.
103. Tervishoiuteenuste korraldamise seadus¹, 09.05.2001. RT I 2001, 50, 284.
104. SA Kutsekoda. Kutseregister. (<http://www.kutsekoda.ee/et/kutseregister/>).

SUMMARY

An overview of cancer patient rehabilitation programmes in the European Union

This master's thesis researches rehabilitation programs for cancer patients in the European Union (EU-27). The purpose of the thesis is to describe (1) the definition of rehabilitation of cancer patients in member states, (2) the inclusion of rehabilitation services in official documents (cancer strategies, treatment guidelines), and provide an overview of (3) where and what kinds of rehabilitation services are offered to cancer patients.

The data in this thesis originates from *European Cancer Health Indicator Project–III „Common Action“* (EUROCHIP-3), a project funded by the European Commission, which encompassed two survey studies carried out in the European Union between April and June in 2010, and between January and May in 2011. During both studies, questionnaires with open-ended questions were sent by email to a working group. The working group consisted of experts (at least one expert from each member state) who responded in the name of their country. In addition to that, an overview is given of literature on this topic and of web-based materials.

Rehabilitation of cancer patients has not been officially defined in some of the member states of the European Union (Luxembourg, Poland), but rehabilitation is mostly seen as a process that, in addition to improving the ability of physical functioning, also includes at least some components from social and psychological realms. The importance of the quality of life of cancer patients in rehabilitation has been specifically included in the definition in Estonia, Ireland, Italy, Latvia and Romania.

22 member states of the European Union have an official cancer strategy, 18 of them include in it the concept of rehabilitation. Many member states consider fragmentation to be the weakness of existing cancer strategies, as the topics discussed are either overly general or do not go beyond stating the general purposes of the strategy. Actual planning and allocation of resources (trained personnel, funding, accessibility within the country) to achieve the stated goals are not included in the strategy in most member states. Some of the countries (Spain, Netherlands, Ireland, Denmark, United Kingdom) have developed guides to cancer rehabilitation and necessary information is included in other documents, such as treatment guidelines. Increased awareness of cancer rehabilitation has brought to the fore the necessity to modernise existing official documents (cancer strategy, treatment guidelines) and to improve the services already offered as well as develop new ones, but this process is complicated by lack of resources and competing interests.

In the European Union, cancer rehabilitation services are offered in special cancer

centres, general rehabilitation centres, cancer rehabilitation centres, general hospitals, hospices, health centres and church. The most common places of rehabilitation services are general hospitals and general rehabilitation centers. Training that is specific to healthcare personnel working in cancer rehabilitation is offered in 13 countries. Counselling services are available in all member states (Austria and Sweden did not respond), but the offered services differ in their accessibility (only partly available in Ireland, Poland, Romania and Hungary) and in being specifically tailored to cancer patients (only generic counselling services are available in Latvia and Lithuania). Supportive care to cancer patients at home or home care is offered in 22 member states, but its nature and range differs widely between states. Poland and Slovenia do not offer home care services.

In order to offer better and more relevant services to cancer patients, their quality of life is regularly assessed in the Netherlands (measure of distress „lastmeter“) and Germany (rehabilitation-specific questionnaire IRES-3). Other member states also use questionnaires to assess quality of life. A commonly used questionnaire is the EORTC (in 12 countries) which has been specifically developed for cancer patients, but it is mostly used in clinical research for scientific purposes.

Despite recognizing the importance of rehabilitation, countries lack sufficient resources, including trained personnel who are capable of offering timely and effective rehabilitation programs. Most member states still lack appropriate rehabilitation programs for cancer patients. Insufficient financing, lack of efficient co-operation between different interest groups (e.g. politicians, doctors, different rehabilitation specialists, patients and their next of kin etc) and difficulties in determining the needs of cancer patients are cited as reasons. Therefore, many member states only offer individual services (mainly physiotherapy, physical exercises, counseling) and have limited services and programs that meet the need for social, professional and psychological rehabilitation.

According to the outcome of this thesis, the quality of life of cancer patients needs to be regularly assessed in the European Union (including Estonia) and the gained knowledge applied during the rehabilitation process. Considering the continuing rise in cancer diagnosis and the heterogeneity of cancer patients, it would be sensible to develop training programs to allow students of rehabilitation practices to specialise in cancer rehabilitation and to increase the awareness of existing personnel (e.g. retraining, improving the co-operation of rehabilitation specialists to allow them to share their experiences).

In Estonia, there are not enough cancer rehabilitation personnel and information is lacking about the logistics of cancer patients between different stages of treatment. In order to rectify the situation, Estonia must improve the accessibility of the offered services and

increase awareness among cancer patients. As a means of achieving this aim, instruction manuals need to be developed (and made accessible) and contact persons nominated for both in-patient and out-patient care. The contact person would act as a connecting link between different specialists and offices, and manage the information that the cancer patient needs during his or her treatment.

TÄNUAVALDUS

Minu siiras tänu:

- Piret Veerusele kannatlikkuse, kasulike nõuannete ja magistritöö juhendamise eest
- Katrin Langile kasulike nõuannete, kiire tagasiside andmise ning toetuse ja abi eest magistritöö valmimisel
- minu lastele Andra ja Indrek Niinepuule, kellega ma magistriõpingute tõttu sain vähem aega koos veeta kui soovisin.

ELULUGU

I. Üldandmed

1. Ees- ja perekonnanimi: Anne Niinepuu
2. Sünniaeg ja koht: 11.10.1978 Põlva
3. Kodakondsus: Eesti
4. E-posti aadress: kaalud23@gmail.com
5. Praegune töökoht, amet:
2012–... SA Eesti Teadusagentuur, tervishoiuteaduste võimekuse edendamise programmi TerVE konsultant
6. Haridus:
2011– ... Tartu Ülikool, arstiteaduskond, rahvatervishoiu magistriõpe
2002–2006 Kõrgkool „I Studium“, majandusõiguse diplomiõpe
7. Töökogemus:
2010–2012 Östervalls Eesti OÜ, raamatupidaja ja töökeskkonnaspetsialist
2010–2011 Östervall International Transport OÜ, juhiabi ja töökeskkonnaspetsialist
2000–2010 Harju Maakohtu registriosakond, registrisekretär
8. Keelteoskus:
eesti keel–emakeel
inglise keel–kõnes ja kirjas hea
vene keel–kõnes ja kirjas rahuldav

II. Erialane enesetäiendus

- 2011 (120 tundi) Tööinspektsiooni korraldatud koolitus:
„Töökeskkonnaspetsialistide töötervishoiu- ja tööohutuse koolitus“
- 2013 (5 tundi) osalemine ümarlinal „Otsime lahendusi vähipatsientide elukvaliteedi parendamiseks“

LISAD

Lisa 1. EUROCHIP-3 vähirehabilitatsiooni tööriühm

1. Austria: Hubert Denz (National Hospital Tirol), Elisabeth Andritsch (*Medical University of Graz*).
2. Belgia: Elke Van Hoof (Belgian Cancer Centre), Clair Watts (*European Oncology Nursing Society*).
3. Bulgaaria: Nikolay Yordanov (*Comprehensive Cancer Centre - Vratsa Ltd*).
4. Küpros: Sophia Nestoros (*Ministry of Health*).
5. Tšehhi Vabariik: Olga Svestkova (*Charles University*).
6. Taani: Christoffer Johansen (*Danish Institute of Public Health*).
7. Eesti: Piret Veerus (Tervise Arengu Instituut).
8. Prantsusmaa: Mélanie Samson, Jeanne Marie Bréchet (*Institut National du Cancer*).
9. Soome: Matti Rautalahti, Liisa Pylkkanen (*Cancer Society of Finland*).
10. Ungari: Miklos Garami (*Hungarian Paediatric Oncology Network*).
11. Saksamaa: Hans Bartsch (*Tumor Biology Centre at Albert-Ludwigs University*).
12. Kreeka: Athina Valadouca (*University of Athens*).
13. Itaalia: Luigi Grassi (*University of Ferrara*), Camilla Amati, Ilaria Casella (*Fondazione IRCCS "Istituto Nazionale dei Tumori"*).
14. Iirimaa: Deirdre Murray (*Irish Cancer Control programme, MoH*).
15. Läti: Aivars Vetra (*Riga Stradins University*).
16. Leedu: Nomeda Vaitekunaite (*Ministry of Health*).
17. Luksemburg: Astrid Scharpantgen (*Direction de la Santé*).
18. Malta: Rita Micallef (*Malta Ministry of Health*).
19. Holland: Josette Hoekstra Weebbers (*Comprehensive Cancer Center the Netherlands*).
20. Poola: Magdalena Bielska-Lasota, Rafal Halik (*National Institute of Public Health-National Institute of Hygiene*).
21. Portugal: Luzia Travado (*Central Lisbon Hospital Centre*), Cristina Portugal (*Ministry of Health*).
22. Rumeenia: Florian Nicula (*"Ion Chiricuta" Institute of Oncology*), Dégi L. Csaba (*University of Babes-Bolyai*).
23. Hispaania: Tarsila Ferro (Pla director d'oncologia), Xavier Bonfill (*IIB Sant Pau-CIBERESP, Universitat Autònoma de Barcelona*), Anita Margulies (*European Society Oncology Nurses EONS*).

24. Slovakia: Olga Sadovska (*National Cancer Institute*), Martina Ondrušová (*Slovak Academy of Sciences*).
25. Slovenia: Marjetka Jelenc (*Slovenian Institute of Public Health*), Branko Zakotnik (*Ljubljana Institute of Oncology*).
26. Rootsi: Maria Hellbom (*Lund University Hospital*).
27. Ühendkuningriik: Gill Hubbard (*University of Stirling*), Eva Gail (*Oxford Brookes University*), Jackie Turpenney (*National Cancer Action Team*), Sharon Cavanagh (*North London Cancer Network*).

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Anne Niinepuu (sünnikuupäev 11.10.1978):

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose „**Ülevaade vähihaigete rehabilitatsiooniprogrammidest Euroopa Liidus**“, mille juhendajad on Piret Veerus ja Katrin Lang
- 1.1. reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;
- 1.2. üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace'i kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.
2. olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
3. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Tartu, 27.05.2014