**Tartu Ülikool**

**Tervishoiu instituut**

**ÜLEVAADE VÄHIHAIGETE REHABILITATSIOONI-PROGRAMMIDEST EUROOPA LIIDUS**

**Magistritöö rahvatervishoius**

**Anne Niinepuu**

**Juhendajad: Piret Veerus, PhD, Tervise Arengu Instituut, vanemteadur**

**Katrin Lang, PhD, Tartu Ülikool, dotsent**

**Tartu 2014**

**SISUKORD** LÜHIKOKKUVÕTE…………………………………………………………………..………5

1. SISSEJUHATUS 5

2. KIRJANDUSE ÜLEVAADE 6

2.1. Vähi epidemioloogia 6

2.1.1. Esmashaigestumus 6

2.1.2. Suremus 7

2.1.3. Elulemus 9

2.1.4. Levimus 10

2.2. Riikliku vähistrateegia vajalikkus 12

2.3. Rehabilitatsioon ja selle vajadus 14

2.3.1. Rehabilitatsiooni tähendus 14

2.3.2. Vähihaigete rehabilitatsiooni vajadus 15

2.3.3. Rehabilitatsiooniprogrammid 18

2.3.4. Rehabilitatsiooniteenuse osutamise koht ning personal 20

3. EESMÄRGID 22

4. MATERJAL JA METOODIKA 22

5. TULEMUSED 24

5.1. Vähihaigete rehabilitatsiooni tähendus EL-i riikides 24

5.1.1. Vastused riikide kaupa 24

5.1.2. Kokkuvõte 26

5.2. Vähihaigete rehabilitatsiooni kajastamine EL-i liikmesriikide riiklikus vähistrateegias ja ravijuhendites 27

5.2.1. Kokkuvõte 28

5.3. Rehabilitatsiooniteenuse osutamine vähihaigetele erinevates EL riikides 29

5.3.1. Belgia 29

5.3.2. Bulgaaria 29

5.3.3. Eesti 30

5.3.4. Hispaania 33

5.3.5. Holland 34

5.3.6. Iirimaa 34

5.3.7. Itaalia 35

5.3.8. Kreeka 36

5.3.9. Küpros 36

5.3.10. Leedu 36

5.3.11. Luksemburg 36

5.3.12. Läti 37

5.3.13. Malta 37

5.3.14. Poola 37

5.3.15. Portugal 38

5.3.16. Prantsusmaa 38

5.3.17. Rumeenia 39

5.3.18. Saksamaa 39

5.3.19. Slovakkia 40

5.3.20. Sloveenia 41

5.3.21. Soome 41

5.3.22. Taani 42

5.3.23. Tšehhi Vabariik 42

5.3.24. Ungari 43

5.3.25. Ühendkuningriik 43

5.4. Kokkuvõtte rehabilitatsiooniteenuseid pakkuvatest struktuuridest EL-27 riikides 43

6. ARUTELU 45

7. JÄRELDUSED 47

8. KASUTATUD KIRJANDUS 49

SUMMARY 56

TÄNUAVALDUS 59

CURRICULUM VITAE 60

LISAD 61

LISA 1. EUROCHIP-3 vähirehabilitatsiooni töörühm 61

# LÜHIKOKKUVÕTE

Käesolevas magistritöös uuriti vähihaigete rehabilitatsiooni­programme Euroopa Liidus (EL-27). Töö eesmärk oli (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 meili teel ekspertidest koosnevale töörühmale (vähemalt üks ekspert igast liikmesriigist) avatud vastustega ankeetküsimustikud, kes oma riigi nimel vastuse andsid. Lisaks antakse ülevaade antud teemal ilmunud kirjutistest ning veebipõhisest infost.

Euroopa Liidus ei ole kõigis liikmesriikides vähihaigete rehabilitatsiooni mõiste ametlikult defineeritud (Bulgaaria, Rumeenia), ent siiski mõistetakse rehabilitatsiooni kui protsessi, mis lisaks füüsilise funktsioneerimisvõime parendamisele sisaldab täiendavalt ka sotsiaalse ja psühholoogilise valdkonna komponente. Vähihaigete elukvaliteedi olulisust vähirehabilitatsioonis on oma definitsioonides eraldi nimetanud Iirimaa, Itaalia, Läti ja Rumeenia.

Riiklik vähistrateegia eksisteerib Euroopa Liidus 22-s riigis, nendest 18-s on kajastatud ka rehabilitatsiooni. Paljud liikmesriigid peavad olemasolevate vähistrateegiate nõrkuseks nende killustatust, sest käsitletavad teemad jäävad sageli üldsõnaliseks või piirdutakse ainult eesmärkide sõnastamisega. Reaalne ressursside planeerimine ja eraldamine (väljaõppinud personal, rahalised vahendid, teenuste kättesaadavus riigisiseselt) püstitatud eesmärkide saavutamiseks ei kuulu vähistrateegia koosseisu enamikes liikmesriikides. Osades riikides (Hispaania, Holland, Iirimaa, Taani, Inglismaa) on väljatöötatud vähirehabilitatsioonialased juhendid ning vajalikku infot kajastatakse täiendavalt ka muudes dokumentides nagu näiteks ravijuhendid. Üleüldine teadlikkuse tõus vähirehabilitatsiooni valdkonnas on liikmesriikides kaasa toonud suurenenud vajaduse olemasolevate juhendite ajakohastamiseks ning muutmiseks, samuti olemasolevate 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 (Iirimaal, Poolas, Rumeenias ja Ungaris teenus saadaval osaliselt) kui ka vähihaigetele spetsialiseerumise osas (Lätis ja Leedus on saadaval 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 koduhooldusteenuse pakkumine puudub.

Pakkumaks vähihaigetele paremaid ja asjakohasemaid teenuseid, hinnatakse regulaarselt vähihaigete elukvaliteeti Hollandis (EORTC, distressi mõõdik) ning Saksamaal (rehabilitatsioonialane küsimustik IRES-3, EORTC). Teistes liikmesriikides kasutatakse samuti elukvaliteedi hindamise küsimustikke, sagedaseim kasutatav küsimustik on vähihaigete jaoks väljatöötatud EORTC (12-s riigis), ent enamjaolt rakendatakse neid teaduslikel eesmärkidel.

Vähirehabilitatsiooni olulisuse teadvustamisest hoolimata pole riikides piisavalt ressursse ja väljaõppinud personali, kes oleksid võimelised õigeaegselt ja tõhusalt rehabilitatsiooniprogramme pakkuma. Jätkuvalt on enamikes liikmesriikides kitsaskohaks vähihaigete vajadustele vastavate rehabilitatsiooniprogrammide vähesus, piirdudes valdavalt üksikteenuste pakkumisega (peamiselt füsioteraapia), kus sotsiaalse, psühholoogilise ning tööalase rehabilitatsioon nõudlusele on teenuste ja programmide pakkumus vähene.

# SISSEJUHATUS

Eesti Vähistrateegias on vähktõbi ehk pahaloomuline kasvaja defineeritud kui „mistahes koe vohand, mida iseloomustab rakkude vähene diferentseerituse aste ja võime sisse tungida ümbritsevatesse 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. 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 globaalne 5-aasta vähilevimus oli 28,8 miljonit inimest (10), sealhulgas oli peaaegu pool vähikoormusest arenenud riikide kanda (11). Vähktõve varajane avastamine ning efektiivsem ravi tähendab ühiskonnale pikema-aegse ravi ja hoolduse järjest suurenevat vajadust rahvastiku hulgas (11), mistõttu kvaliteetse vähiravi sh rehabilitatsiooni kättesaadavuse tagamine saab oluliseks väljakutseks isegi kõrge sissetulekuga riikides (9).

Ehkki Euroopa Liidust mõeldakse ja räägitakse tihti kui tervikust, koosneb see siiski 27-st riigist, 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 momendist, millise etapini on vähihaige oma raviteekonna jooksul jõudnud (12, 13).

Käesolevas magistritöös uuriti kuidas (1) mõistetakse Euroopa Liidu liikmesriikides vähihaigete rehabilitatsiooni, (2) kas vähihaigete rehabilitatsioon kuulub riiklike dokumentide (riiklik vähistrateegia, ravijuhendid) koosseisu ning milliseid (3) rehabilitatsiooniteenuseid vähihaigetele pakutakse.

# KIRJANDUSE ÜLEVAADE

## Vähi epidemioloogia

### Esmashaigestumus

2008. aastal oli hinnanguline Euroopa Liidu 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 vähi esmashaigestumuse prognoos Euroopas 2008. aastal. Sellelt on näha, et vähi esmashaigestumus Euroopas erineb riigiti rohkem kui kahekordselt. Kõige madalam on registreeritud haigestumuskordaja Kreekas (160,0 juhtu 100 000 inimese kohta) ning kõrgeim Taanis (326,1). Euroopa Liidu keskmine vähihaigestumus oli 264,3 juhtu 100 000 inimese kohta, millest Eesti haigestumuskordaja (230,4) on väiksem.

**Joonis 1.** Vanuse järgi standarditud (maailma standardrahvastik) vähiesmashaigestumus (kõik paikmed v.a nahavähk) Euroopa Liidus (EL-27) 100 000 inimese kohta 2008. aastal.

Arvandmed pärinevad rahvusvahelise kasvajate uurimise instituudi andmebaasist (<http://globocan.iarc.fr/>).

Jooniselt 2 on näha, et naiste hulgas on 2008. aasta vähihaigestumus kõrgeim Taanis (325,3 juhtu 100 000 inimese kohta) ning madalaim Kreekas (136,2). Meesrahvastiku seas on sama aasta kõrgeim haigestumuskordaja Prantsusmaal (360,6) ning madalaim Küprosel (187,2). Kõigis liikmesriikides, välja arvatud Tšehhi, on vähihaigestumus suurem meeste hulgas. Samas on näha, et osades liikmesriikides erineb naiste- ja meestevaheline vähihaigestumus olulisel määral. Eriti suured on soo-spetsiifilised erinevused (>100 juhtu 100 000 inimese kohta) 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 vähiesmashaigestumus (kõik paikmed v.a nahavähk) Euroopa Liidus (EL-27) 100 000 inimese kohta 2008. aastal.

Arvandmed pärinevad rahvusvahelise kasvajate uurimise instituudi andmebaasist (http://globocan.iarc.fr/).

2012. aastal on uute vähihaigete inimeste hinnanguline arv Euroopa Liidus veelgi suurenenud. Esmashaigestumus meeste ning naiste hulgas 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 nii-öelda lääneliku elustiili mudel (suitsetamine, vähene liikumine, rasvarikas toit) (4, 5), mistõttu vähktõve esmashaigestumuse jätkuv tõus on paratamatu.

### Suremus

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

Joonisel 3 on näha, et 2008. aastal erineb 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) on 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 kasvajate uurimise instituudi andmebaasist (http://globocan.iarc.fr/).

Meeste ja naiste vähisuremust soo-spetsiifiliselt vaadates (joonis 4) on näha, et vähisuremus on kõigis liikmesriikides kõrgem meeste hulgas. Ungaris registreeritud suremuskordaja on kõrgeim nii meeste (229,5 juhtu 100 000 inimese kohta) kui naiste (121,5) seas. Väikseim suremuskordaja on Küprosel, olles oma näitajate poolest madalam nii meeste (86,6) kui naiste (57,9) hulgas. Märkimisväärne soo-spetsiifiline erinevus liikmesriikide vähisuremuses esineb samuti Ungaris, kus meeste suremus (229,5 juhtu 100 000 inimese kohta) võrrelduna naisrahvastikuga (121,5) on ligi kaks korda kõrgem. Lisaks Ungarile esinevad olulised erinevused (>90 juhtu 100 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 standardrahvastik) soo-spetsiifiline vähisuremus (kõik paikmed v.a nahavähk) vanuses ≥15 aastat Euroopa Liidus (EL-27) 2008. aastal.

Arvandmed pärinevad rahvusvahelise kasvajate uurimise instituudi andmebaasist (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), millele 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% koguvähisurmadest), 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).

### 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 uuritaval ajahetkel (nt 2, 5, 10 aastat) pärast ravi lõppu elus (6). Kui varasematel aegadel tähendas inimese jaoks vähktõve diagnoosi saamine justkui surmaotsust, siis tänapäeval on vähihaigete tervenemise tõenäosus tänu meditsiini valdkonna järjepidevale 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 läbiviidud uuringu raames tehtud arvutused näitasid, et 2008. aastal suri hinnanguliselt 90 000 vähihaiget vähist mittetingitud põhjustel (17).

1988-1999. aastatel Euroopas diagnoositud vähihaigete viie aasta suhtelise elulemus-määrade 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 eesnäärmevähi haigete 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 üleüldine vähihaigete elulemuse tõus (18). Vähemlevinud vähivormid vastavalt RARECARE definitsioonile (haigestumus <6/100,000 aastas) moodustavad iga-aastasest kogu-vähihaigestumusest 22%, ent nende 5-aasta keskmine suhteline elulemus on oluliselt kehvem (47%) kui levinumatel vähivormidel (65%) (20). Vähihaigete elulemuse üldist tõusutendentsi jätkumist täheldati ka hilisemas, 2000-2002. aastatel diagnoositud vähihaigete uuringus Euroopa kohta (21). Sellest hoolimata on riikide vahelised erinevused ravitud haigete elulemuses märkimisväärsed, varieerudes 4-13% kopsuvähi, 9-30% maovähi, 25-49%

kolorektaalvähi ja 55-73% rinnavähi puhul. Kõigi vähipaikmete puhul kokku varieerub meeste tervenemine 21-47% ja naiste tervenemine 38-59% piirides (22).

Siiski ei ole alati võimalik kasutada elulemuse näitajaid vähiravi kvaliteedi hindamisinstrumendina võrdlemaks erinevaid riike, kuna viidatud mõiste ei erista patsiente, kes on tervenenud ja omavad sarnast oodatavat eluiga nagu ülejäänud rahavastik ega neid, kes selle haiguse tagajärjel surevad või kelle elulemus pikenes just tänu osutatud ravile (22).

### Levimus

Tänu meditsiini edusammudele on vähktõbi jõukamates maades muutunud pigem krooniliseks haiguseks. 2008. aastal oli täiskasvanud elanikkonna seas globaalne 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 on vähilevimus ehk vähi üleelanud inimeste arv, seda rohkem on inimesi, kelle tõttu suureneb üldine rehabilitatsioonivajadus rahvastiku hulgas (23). Varajane diagnoosimine ning kaasaegne ravi on paljudes Euroopa Liidu riikides suurendanud vähihaigete elulemust. Parem elulemus tõstab aga levimusnäitajaid. Joonisel 5 on näha, et viie-aasta levimusmäär 100 000 inimese kohta on suurim Prantsusmaal (2009,2), Belgias (1981,7) ja Saksamaal (1908,4). Euroopa Liidu keskmisest tulemusest (1585,9) kehvemad levimusnäitajad on 18-s liikmesriigis, sealhulgas ka Eestis (1123,2).

**Joonis 5.** Vähktõve (kõik paikmed v.a nahavähk) 5-aasta levimusmäär 100 000 inimese kohta vanuses ≥15 aastat Euroopa Liidu (EL-27) riikides 2008. aastal.

Arvandmed pärinevad rahvusvahelise kasvajate uurimise instituudi andmebaasist (http://globocan.iarc.fr/).

Joonisel 6 on näha, et vähktõve viie aasta levimusmäär 100 000 inimese kohta meeste hulgas on suurim Prantsusmaal (2269,9), Belgias (2131,5) ja Saksamaal (2100,5). Naiste seas on levimusmäär suurim Taanis (1936,9), Belgias (1840,4) ja Luksemburgis (1833). Väikseimad levimusmäärad esinevad 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 on vähilevimus 15-s liikmesriigis suurem meeste ja 12-s riigis naiste hulgas. Kui Sloveenias on vähilevimus nii naiste (1388,5) kui meeste hulgas (1387,8) samas suurusjärgus, siis suurimad soo-spetsiifilised erinevused (erinevuse suurus toodud sulgudes), kus levimusmäärad on meeste hulgas oluliselt kõrgemad, esinevad Prantsusmaal (501,8), Hispaanias (460,1) ja Saksamaal (373,9). Euroopa Liidu keskmine 5-aasta levimusmäär 100 000 inimese kohta on meeste hulgas 1687,1 ja naiste hulgas 1491. Eesti levimusmäära näitajad jäävad oma tulemuste poolest nii meeste (1083) kui naiste (1156,2) osas Euroopa Liidu keskmisele tunduvalt alla.

**Joonis 6.** Vähktõve (kõik paikmed v.a nahavähk) soo-spetsiifiline 5-aasta levimusmäär 100 000 inimese kohta vanuses ≥15 aastat Euroopa Liidu (EL-27) riikides 2008. aastal. Arvandmed pärinevad rahvusvahelise kasvajate uurimise instituudi andmebaasist (<http://globocan.iarc.fr/>).

## Riikliku vähistrateegia vajalikkus

Vähktõve varajane avastamine ning efektiivsem ravi tähendab pikema-aegse ravi ja hoolduse järjest suurenevat vajadust rahvastiku hulgas (11). Vähktõbi kui enamjaolt vanemaealiste inimeste haigus, tõstab rahvastiku üleüldise vananemise tõttu vähikoormust 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 ressurssikulu (25).  Materiaalses mõttes on vähktõve ravimine väga kulukas, kuna kliinilises meditsiinis kasutatav tehnoloogia (sh selle ülalpidamiskulud) ja ravimid on väga kallid ning selles valdkonnas tuleb paremate tulemuste saavutamise nimel ning konkurentsis püsimiseks 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 töövõimetuse hinnanguliseks kuluks 895 biljonit USA dollarit (7).

Kõige eelneva tõttu saab kvaliteetse vähiravi kättesaadavuse tagamine 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 parandamaks 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).

Efektiivne 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). Vähi esmashaigestumuse, suremuse, levimuse ja elulemuse informatsiooni kombineerimine uuringutega, mis käsitlevad riskitegureid, vähiravi ning ravi 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, mis võimaldaks katta vähistrateegias planeeritud tegevuste elluviimist (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 läbimõtlemist, 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. Elulemuse näitajad on siseriiklikult üks võimalustest, mille abil saab analüüsida, kas kasutusel olevaid meetmeid on vaja muuta või täiendada (31).

Kõikehaarav lähenemine vähktõvele nii riiklikul kui rahvusvahelisel tasandil on oluline. Vähktõvega seotud olukorra kaardistamine (info levinud vähivormide kohta, esmashaigestumus, suremus, elulemus) aitab valida prioriteedid, mida kajastada riiklikus vähistrateegias, mille pidev arendamine ning kaasajastamine on eduka vähitõrje võtmetegur. Ka arvestades riikide vahelist ebavõrdsust, on läbi Euroopa Liidu võimalik saada ja jagada olulist informatsiooni ja teadmisi vähktõve kohta (29).

## Rehabilitatsioon ja selle vajadus

### 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 vähi ning selle ravi ja kõrvalnähtudega, võimaldades haigetel saavutada vajalikku elukvaliteeti ning funktsionaalset staatust“ (34). See „protsess võimaldab vähihaigetel läbi interdistsiplinaarse ja kõike-hõlmavate rehabilitatsiooniprogrammide taastada oma füüsilist, sotsiaalset, psühholoogilist ja tööga seotud funktsionaalsust pärast ravi (35)“.

Vähktõve kogemine on sündmus, mis muudab iga vähihaige elu individuaalselt, mõjutades tema elu füüsilise, psühholoogilise, sotsiaalse ja hingelise 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 oma 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 soovivad elada sama produktiivselt kui enne diagnoosi, siis eakamate vähihaigete sooviks on saavutada haiguse-eelne iseseisvus. Ideaalis peakski rehabilitatsioon neile soovidele vastama ning olema ülimaks eesmärgiks, mille poole vähihaigete ravimiselpüüelda (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.

### Vähihaigete rehabilitatsiooni vajadus

Vähihaigete vajaduste uurimiseks analüüsiti 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 vajas 1325 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 järeldatud, et naissoost vähihaiged, nooremad kui 69-aastased ning rinnavähihaiged tunnevad (väljendavad) suuremat vajadust rehabilitatsiooniteenuste järele kui teised vähihaiged (41).

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

* Füüsiline tervis.

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

* Psühholoogiline tervis.

Vähihaigete 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% vähihaigetest (35,51), mistõttu vähihaigete elukvaliteet väheneb ning rehabilitatsioonivajadus pikeneb (53). On leitud, et depressiooni ja ängistuse puhul, mis on enamlevinud kaebused vähihaigete psühholoogilise tervise puhul (54), võiks meditsiinipersonal teostada rutiinset hindamist (51, 54). Siiski on ambulatoorsel ravil viibivate vähihaigete 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). Vähihaige 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 vähihaiged tunnevad vajadust psühholoogilise abi ja psühhosotsiaalse toetuse järele, ei taha nad seda alati sõnades väljendada (51) või peavad tekkinud distressi (nt ängistus, depressioon) lihtsalt vähiraviga kaasnevaks tavapäraseks tagajärjeks (51). Rinnavähihaigete (ja teiste günekoloogiliste 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 psühholoogilist 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.

Vähktõbi mõjutab indiviidi materiaalset olukorda ning toimetulekuvõimet, sageli kogu vähihaige perekonna rahalist seisu. Mõju ulatus sõltub sellest, kas ja kuidas hakatakse lähedase vähihaige eest hoolt kandma ning kui suur on sissetuleku kaotus võrreldes diagnoosieelsele 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 muutused pereelus, ühiskondlik staatus, hooldusküsimused, mittemõistmine jms) kohaneda, mis võib viia neid sotsiaalse isolatsioonini (6). Teadusuuringute tulemused on näidanud, et elulejad on suurema tõenäosusega töötud (33,8%) kui terved inimesed (15,2%). Vähipaikmete lõikes on suurem töötuserisk rinna-, seedetrakti- ja reproduktiivorganitega seotud vähi üleelanutel (59).

Peaaegu pooled täiskasvanud vähi üleelanud isikud on nooremad kui 65-aastased (59), mis tähendab, et neil oleks võimalik veel naasta tööjõuturule. Näiteks Ameerika Ühendriikides läbiviidud uuringuandmete kohaselt oli aastal 2010 elus hinnanguliselt 13 772 000 vähi üleelanud isikut, kelle hulgast 42% olid nooremad kui 65 aastased (60).

* Spirituaalne tervis.

Vähktõbi on haigus, mis on tugevalt seotud hirmuga. Seetõttu pöördutakse sageli vaimsete väärtuste ja/või usu poole. Emotsioonid võivad ebakindla tuleviku suhtes varieeruda mõõdukast muretsemist kuni vaimsete häirete (61) ja enesetapumõteteni (62). Suurendamaks 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 vastu (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 definitsiooni ning sellega hõlmatud erinevate valdkondade omavahest seotust, on vähirehabilitatsioonis oluline erinevate erialaspetsialistide omavaheline koostöö, mille käigus on võimalik koostada vähihaigele tema vajadustele vastav personaalne raviplaan (69), millega jätkatakse kogu vähihaige teekonna jooksul tema tervenemise suunas (17).

### 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 subjektiivselt, vajab iga indiviid eraldi personaalset ja õigeaegselt koostatud rehabilitatsiooni-plaani (35, 38), mistõttu rehabilitatsiooninõudlus on sõltuv patsientide vajadustest (23).

* Füüsiline tervis.

Haiguse ja selle ravi tagajärjel tekkinud füüsilisi vaevusi saab leevendada läbi harjutuste (nt füsioteraapia, aeroobika, jooga) ning toimetulekustrateegiate (valuravi, lõdvestustehnikad) omandamise läbi (34, 56, 70). Rinnavähihaigete puhul parandab võimlemine ja füsioteraapia (71,72) lisaks füüsilisele funktsioneerimisvõimele ka üldist psühholoogilist heaolu, mistõttu õigeaegse rehabilitatsiooni abil tõuseb ka vähihaigete üldine elukvaliteet (34, 49). Positiivseid tulemusi on näidanud ka programmid, mis sisaldavad kognitiiv-käitumuslikke 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 jõudu ning parandavad nende füüsilist funktsioneerimisvõimet, mõjutades samas positiivselt nende enesehinnangut (34,73). On järeldatud, et mõningate vähipaikmete (nt rinnavähi) puhul aitab füüsiline tegevus vähi kordumise riski ja suremust vähendada (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 tuleks vähihaigeid pidevalt jälgida (54) ja vajadusel leevendada MTO poolt väljatöötatud 3-astmelist valuredeli mudelit kasutades (81). Seksuaalsusega seotud probleemide korral, mis on sagedased eesnäärme- ja rinnavähihaigetel (34), aitab nõustamine (hirm, kohanemine anatoomiliste muutustega) ning kirurgilised taastavad ja abistavad protseduurid (nt proteeside paigaldamine), samuti sugurakkude krüopreservartsioon (34).

* Psühholoogiline tervis.

Depressioon ja ängistus, mis on enamlevinud kaebused vähihaigete psühholoogilise tervise puhul (54) peaks meditsiinipersonal teostatama rutiinset hindamist (51,54). Õigeaegselt alustatud rehabilitatsioonil on oluline roll selles, kas vähihaigel suudetakse säilitada vajalik funktsionaalsus ning haigusele eelnev aktiivsuse tase (34). Psühholoogilist distressi, 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 mõjusid (34). Psühholoogilisi pingeid on vähihaigetel aidanud maandada stressijuhtimisprogrammid (grupi või indiviidi tasandil) ning teised kognitiiv-käitumuslikud teraapiad (34,77). Näiteks rinnavähihaigete puhul on negatiivnse distressi ravimine aidanud pikendada eluiga ja parandada elukvaliteeti (55). Selleks saab kasutada erinevaid psühhoterapeutilisi sekkumusi 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 on võimalik 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 planeerides oma tööle naasmist, kuna töötamine tõstab enesehinnangut, parandab materiaalset olukorda ning edendab sotsiaalseid suhteid, misläbi 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 6 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 vaevustega, mille eksisteerimisel on oluliselt mõjutatud vähihaigete elukvaliteet ning valmisolek 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) paljud vähihaiged oma haiguse perioodil religioosset toetust, mis aitab neil haiguse ja sellest tulenevate pingetega paremini toime tulla (68). Paljud vähihaiged saavad abi tugigruppidest, 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 seksuaalse, finantsilise ja tööga seonduvat 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 rehabilitatsiooniprogrammi loomisesse erinevate valdkondade spetsialiste (psühholoog, kõneterapeut, toitumisterapeut, sotsiaaltöötaja, tööterapeut, füsioterapeut, nõustaja-tugiisik, tegevusterapeut või mõni muu spetsialist), kelle dünaamilise koostöö tulemina on võimalik reintegreerida vähihaige ühiskonda.

### Rehabilitatsiooniteenuse osutamise koht ning personal

Euroopa Vähikeskuste Organisatsioon (*Organisation of European Cancer Institutes*, OECI) on rõhutanud vähiravi organisatsiooni olulisust, millest sõltub vähiravi tulemuslikkus. Riikides, kus multidistsiplinaarset onkoloogilist ravi pakutakse vähikeskustes, on täheldatud vähihaigete suremuse langust (91). EUROCARE 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 on 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 ei ühtinud sageli, 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 nö tervenenuid psühhosotsiaalsete vajaduste suhtes. Saadud tulemuste kohaselt oli ambulatoorsete vähihaigete hulgas psühhosotsiaalse distressi kogemine sagedane, ent selle märkamine meditsiinipersonali poolt nii väheste ressursside kui ka vastavasisulise koolituse puudumise tõttu vähene (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 rehabilitatsiooniprogrammis oluline roll vastava väljaõppe saanud onkoloogiaõdedel (95, 96), ehkki nende hariduse ja koolituse ning rehabilitatsiooni valdkonna vajaduste vahel valitseb Euroopas endiselt oluline lõhe (97). Heade ravitulemuste eelduseks on personali tähelepanelikkus oma patsiente suhtes, kellega koos töötatakse välja parimad lahendusvariandid, arvestades vähihaigete füüsilise, psühholoogilise, sotsiaalse ja vaimse 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 on tunnetatud vajadus sellealase koolituse järgi (98).

# EESMÄRGID

Käesoleva magistritöö 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.

# 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 ekspertidest koosnevad töövaldkondade grupid, milledest töörühm WP-6 (Lisa 3) arendas indikaatoreid rehabilitatsiooniprogrammide hindamiseks ja kaardistas vähihaigete rehabilitatsiooniprogrammid EL liikmesriikides. Selle tegevuse raames toimus muu hulgas kaks küsitlusuuringut, mille käigus edastati 27-le Euroopa Liidu (edaspidi EL-27) riigile meili teel inglisekeelsed küsimustikud.

Esimene küsitlusuuring (küsimustik 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 vähihaigete rehabilitatsiooniteenuse osutamiseks (jah/ei, mis ajast?);
* kas on olemas spetsiaalsed koolituskursused vähihaigete rehabilitatsiooniprogrammis osalevatele isikutele (jah/ei; millised, kelle poolt organiseeritud);
* kas on saadaval vähipatsientide nõustamisteenus (sotsiaalne, psühholoogiline, toitumisalane vms);
* millised struktuurid teie riigis on seotud vähihaigete rehabilitatsiooniteenustega;
* kas vähihaigetele pakutakse koduhooldust.

Kontaktisikud eri riikidest leiti 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), International Psycho-Oncology Society (IPOS, http://www.uicc.org/membership/international-psycho-oncology-society-ipos) ja European Association for Palliative care (EAPC, http://www.eapcnet.eu/) 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 kõik vastused, mis tagastati küsitlusuuringute käigus. Et mõlemad küsitlusuuringud olid avatud vastusevariantidega, olid saadud vastused oma sisult, mahult ja andmete esitamisviisilt väga erinevad. Enamikes ankeetides oli küsimustele vastatud vastavalt küsimuste esitamise järjekorrale, samas esines ka riike, kes 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 uuringuküsimuse vastuse kohta (nt Soome). 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 (IARC) andmebaasist GLOBOCAN (jaanuar 2013). Netiotsingute jaoks kasutati Pub-Medi andmebaasi (veebruar 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.

# TULEMUSED

## Vähihaigete rehabilitatsiooni tähendus EL-i riikides

## Vastused riikide kaupa

**Belgias** kasutatava definitsiooni kohaselt on vähihaigete rehabilitatsiooni peamine eesmärk parandada läbi füüsiliste harjutuste 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.

Et **Rumeenias** puuduvad riiklikud vahendid vähihaigete rehabilitatsiooniks, defineeritakse seda mõistet lähtuvalt Rumeenia Föderatsiooni vähihaigete ühenduse (*FABC -* *Romanian Federation of Associations of Cancer Patients*) 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** 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** respekteeritakse 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 ellujäänutel taastada normaalset füüsilist ja psühholoogilist olukorda integreerimaks neid rohkem ühiskonda.

**Inglismaal** (UK) keskendutakse vähihaigete rehabilitatsioonis pragmaatilistel põhjustel peamiselt füsioteraapiale, dietoloogiale, kõne ja keele teraapiale, tööteraapiale ning lümfitursetele.

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

### Kokkuvõte

Olenemata sellest, kas siseriiklikult on vähihaigete rehabilitatsiooni mõiste ametlikult defineeritud või mitte (Bulgaaria, Leedu, Rumeenia), mõistab suurem osa (89%) sellele küsimusele vastanud riikidest vähihaigetele suunatud rehabilitatsiooni siiski kui protsessi, mis nõuab enamat kui ainult füüsilise funktsioneerimistaseme tõstmine. Vajadusele pöörata tähelepanu vähihaigete elukvaliteedile rehabilitasiooniprotsessis on oma definitsioonides eraldi nimetanud neli riiki (Iirimaa, Itaalia, Läti ja Rumeenia). 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 vastuse kohaselt neil ametlik definitsioon puudub.

## 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. 2008. aasta märtsis lisati rehabilitatsiooni komponent Belgia vähistrateegiasse. 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 (*ACCC - Association of Comprehensive Cancer Centres*) poolt väljatöötatud veebilehekülg ([www.oncoline.nl](http://www.oncoline.nl)), kus on saadaval erinevad onkoloogia- ning palliatiivravi alased juhendid (osaliselt ka inglise keeles). Vähihaigete rehabilitatsiooni valdkonda käsitlevad juhendid hõlmavad nii raviaegset kui sellele järgnevat perioodi. Kõikehõlmav vähikeskus Hollandis (*IKNL - Comprehensive Cancer Centre of Netherlands*) uurib järjepidevalt onkoloogilise ja palliatiivravi alaste juhendite arendamist, rakendamist ja hindamist, ning on huvitatud sellealasest 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 ja vähiga seotud palliatiivravi vajadusi, millele järgnes vastavasisuliste juhendite ja soovituste väljatöötamine parema teenuse 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).

## 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 on liikmesriikides vähe, 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

## Rehabilitatsiooniteenuse osutamine vähihaigetele erinevates EL riikides

### Belgia

Rehabilitatsiooniteenuseid osutatakse spetsiaalsetes vähikeskustes, üldistes rehabilitatsioonikeskustes ning vähihaigetele spetsialiseerunud rehabilitatsioonikeskustes. Rehabilitatsioonikeskustes koordineeritakse tegevust füsioterapeutide ja füsioloogiale spetsialiseerunud arstide poolt. Lisaks vähihaigete rehabilitatsioonile 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 osutatavad enamjaolt asutusevälised hooldajad, kuid vähihaigetel ja nende lähedastel on vajaduse korral võimalik pöörduda ka psühhosotsiaalset toetust pakkuvate meeskonnaliikmete poole haiglas.

### Bulgaaria

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

Kohalikul tasandil tegutsevad ka vähihaigetele mõeldud mittetulunduslikud programmid. Näiteks APOZ`i (APOZ and Friends – vähipatsientide ühing Bulgaarias) poolt algatati vähihaigete rehabilitatsiooniprogramm „Victoria“ (kompleksne rehabilitatsiooniteenus rinnavähipatsientidele), mis on osades rehabilitatsioonikeskustes saadaval. Lisaks on olemas eraldi keskus rinnavähihaigete rehabilitatsiooniks Bankya`s. Siiski ei ole vähihaigete elukvaliteedi hindamine seoses rehabilitatsiooni tulemiga osa tavapärasest praktikast. Elukvaliteeti hindavat küsimustikku (EORTC) kasutatakse, ent seda peamiselt teaduslikel eesmärkidel. Osaliselt, läbi mittetulunduslike ühenduste, on vähihaigete jaoks saadaval ka koduhooldus, ent seda piiratud kohtades.

### Eesti

Eesti vähistrateegias (1) toodud rehabilitatsiooni käsitluse 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. Taastusravi meetoditest on kasutusel füsioteraapia, tegevusteraapia, psühhoteraapia ja kõneravi. Füsioteraapia mõiste alla kuuluvad ravimassaaž (sh manuaalne lümfodrenaazteraapia), liikumisravi ja füüsikaline ravi (sh sooja-, külma- ja vesiravi) (1).

Vähihaigete taastusravi teenuseid osutatakse peamiselt vähiraviga tegelevate keskuste juures (SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla onkoloogia- ja hematoloogiakliinik, SA Tartu Ülikooli Kliinikumi Hematoloogia- ja onkoloogia kliinik, Ida-Tallinna Keskhaigla onkoloogiakeskus), vajadusel ka maakonna keskustes vastava koolituse läbinud spetsialistide poolt onkoloogi saatekirja alusel (1).

Taastusravi puhul ei lähtuta patsiendi diagnoosist vaid taastamist vajavast funktsioonist. Info statsionaarselt osutatavate taastusraviteenuste kohta (koostatud VV määrus nr 188 alusel) on toodud tabelis 2.

**Tabel 2. Statsionaarne taastusravi**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| Tervishoiuteenus | | Info |
| 1. Intensiivne funktsioone taastav taastusravi (kood 8029) | Voodipäevade maksimumarv 21.  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.  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:   * kõnefunktsioonihäire * neelamisfunktsioonihäire * mälu- ja/või kognitiivsete funktsioonide häired * põie- ja/või soolefunktsioonide häired * tegutsemis- ja osalusfunktsioonihäire tingitud käe motoorikahäirest.   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. | |
| 1. Funktsioone taastav taastusravi (kood 8028). | Voodipäevade maksimumarv 14.  Teenust saab osutada üks kord 6 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.  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. | |
| 1. Funktsioone toetav taastusravi (kood 8030). | Voodipäevade maksimumarv 10.  Teenusesaaja peab olema vähemalt 19-aastane.  Kindlustatud isik peab tasuma omaosaluse 20% voodipäeva piirhinnast.  Teenust osutatakse taastusarsti suunamisel krooniliste tugi- ja liikumiselundkonna funktsioonihäirete, tasakaalu-ja propriotseptsiooni-, südame- või hingamisfunktsioonihäirete korral. | |
| 1. Funktsioone toetav taastusravi (kood 8031) | Voodipäevade maksimumarv 14. Teenus sihtrühm alla 19-aastased isikud.  Teenust osutatakse neuroarengulise ja taastusravi näidustuste esinemisel. | |

Statsionaarsel taastusravil viibivale patsiendile saab lisaks ülaltoodule osutada veel järgnevaid tervishoiuteenuseid (VV määrus nr 188) 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. psühhoteraapia seanss ühele haigele (sh teenust osutava tervishoiutöötaja superviseerimine üks kord kvartalis);
5. logopeedilised uuringud (üks logipeediline kompleksuuring ühele patsiendile, logopeediline teraapia);
6. laboratoorsed analüüsid, mis ei kuulu voodipäeva piirhinna sisse;
7. radioloogilised uuringud (§ 15-20, 22);
8. neurofüsioloogilised uuringud ja funktsionaaldiagnostilised uuringud, uroloogilised protseduurid (§ 29);
9. tervishoiuteenuse osutamiseks vajalikud veoteenused (§ 12).

Taastusarsti suunamisel ning patsiendi olukorrast lähtuvalt on kindlustatud isikutele haigekassa poolt hüvitatavad ka ambulatoorselt osutatavad taastusraviteenused (Tabel 3).

**Tabel 3. Riiklikult finantseeritavad taastusraviteenused kindlustatud isikutele**

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| Tervishoiuteenus (kood) | Info |
| 1. Massaažiseanss mõõdukate ja tugevate tsentraalsete või perifeersete pareesidega haigele (7011). | Kestus 30 min. 20 protseduuri poolaastas ühele haigele. |
| 1. Mudaraviseanss reumatoidartriidi, anküloseeriva spondüliidi ning väljendunud liigesejäikusega haigele (7022). |  |
| 1. Raviseanss külmvõimlemiskambris (7030). |  |
| 1. Speleoteraapia kroonilise bronhiidi või bronhiaalastmaga haigele (7031). |  |
| 1. Individuaalne tegevusteraapia (7053). | Kestus 30 min. Teenust peab osutama tegevusterapeut.  Sisaldab järgmisi tegevusi:   * 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. |
| 1. 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. |
| 1. 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 rahastamise lepingus kokkulepitud tingimustel ja korras. Eelduseks on senise ravi tulemuslikkus ja põhjendatud ravi jätkamise vajadus.  Füsioteraapia sisaldab järgmisi tegevusi:   * füsioterapeutiline hindamine; * füsioterapeutilise diagnoosi määramine; * füsioteraapia planeerimine; * füsioteraapia tegevuste läbiviimine (kehaline harjutus, massaaž, füüsikalise ravi protseduurid); * teenuse osutamisega seotud dokumentide vormistamine ning andmete töötlemine tervise infosüsteemis. |
| 1. Füsioteraapia 2-3 haigele samaaegselt (7051). | Kestus 30 min. Teenust peab osutama füsioterapeut. Füsioteraapia tegevuste kirjeldus eelnevalt märgitud. |
| 1. Füsioteraapia grupis (7052). | Kestus 30 min. Teenust peab osutama füsioterapeut. Füsioteraapia tegevuste kirjeldus eelnevalt märgitud. |
| 1. Füsioteraapia basseinis individuaalne (7056). | Kestus 30 min. Teenust peab osutama füsioterapeut. Füsioteraapia tegevuste kirjeldus eelnevalt märgitud.  6 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. |
| 1. Füsioteraapia basseinis grupis (7057). | Kestus 30 min. Teenust peab osutama füsioterapeut. Füsioteraapia tegevuste kirjeldus eelnevalt märgitud. |
| 1. Lümfiteraapia (7058). | Teenuse kasutamine taastusarsti, kirurgi või onkoloogi suunamisel järgmistel juhtudel:   * primaarne lümfiturse; * sekundaarne lümfiturse; * III staadiumi lipödeem.   Ühele isikule kuni 15 korda kalendriaastas. |
| 1. 6 minuti kõnnitest (7059). |  |

EHK poolt rahastatav spetsiaalselt vähihaigetele mõeldud teenus on vähihaige kodune toetusravi (VV määrus nr 188 § 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.

Tervishoiutöötajate pädevusnõuded töötatakse välja kutse-ja erialaühenduste poolt (Sotsiaalministri määrus nr 128 – Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded §4 lg 1), kelle poolt moodustatud pädevuskomisjonid hindavad tervishoiutöötajate vastavust kehtestatud nõuetele (§4 lg 2). Eestis korraldavad meditsiinitöötajate õpet Tartu Ülikool ja tervishoiu kõrgkoolid. Tegevusterapeute koolitatakse Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolis. Rehabilitatsioonialaseid teadmisi on võimalik omandada residentuuris (TÜ arstiteaduskonna eriala füsiaatria ja taastusravi) või läbi koolituste, ent need ei ole spetsialiseerunud vähihaigete rehabilitatsioonile, 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](http://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 vähifoorum ([www.kaev.ee](http://www.kaev.ee)), kus vähipatsientidele 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](http://www.kodunetoetusravi.ee)). Mõnikord hinnatakse kliiniliste uuringute puhul ka vähihaigete elukvaliteeti (EORTC), kuid paraku ei ole see osa tavapärasest praktikast.

### 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 teenuseosutajatest. Peamiselt toimub teenuste osutamine läbi haiglate (nt psühhoteraapia, rehabilitatsioon, füsioteraapia, toitumine 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.

### Holland

Hollandis pakutakse vähihaigetele rehabilitatsiooniteenuseid üldistes rehabilitatsioonikeskustes, kus on eesmärgiks patsientide funktsionaalse, füüsilise, psühholoogilise ja sotsiaalse olukorra parandamine ravi ajal ja selle järgselt. Üldistes rehabilitatsioonikeskustes on võimalus tarbida füüsilist rehabilitatsiooni, füsioteraapiat ning hingeharidust (patsiendi koolitus). Teatavaid teenuseid võimaldavad ka üldised rehabilitatsioonikeskused, üldhaiglad ning perearstid. Nõustamisteenuseid (sotsiaalne, psühholoogiline jne) pakutakse nii haiglas kui ka väljaspool haiglat 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, RAND-36, CES-D, HADS, SCL-90, GHQ) vähihaigete elukvaliteedi mõõtmiseks. Vastavalt riiklikule juhendile (ing. k „*Screening for psychological distress*“) kasutatakse Hollandis psühholoogilise distressi skriinimist (mõõdik „lastmeter). See on Hollandis kõige sagedamini kasutatav küsimustik, mida rakendatakse järjest enamates haiglates. Tegemist on Hollandi kohandusega riikliku vähivõrgustiku (*National Comprehensive Cancer Network*, NCCN) poolt väljatöötatud distressi mõõdikust.

### 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: tervisedendus, tervislik toitumine, füüsilise liikumise propageerimine, abistamine suitsetamisest loobumisel, füsioteraapia. Psühho-onkoloogia teenused on saadaval läbi vähivõrgustiku, kuid mitte igas vähiraviga tegelevas keskuses. 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 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 käest 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, ent seda vähestes uuringutes ning üksikute haiglate poolt.

### 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, mida osaliselt pakutakse ka läbi tugirühmade. Siiski pole suudetud ellu rakendada kõiki tegevusi, mille vajalikkusele on riiklik vähistrateegia 2010-2012 osutanud. Koduhooldus on saadaval peamiselt läbi esmatasandi tervishoiu.

Personali, kes töötavad 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, kuid seda mitte rutiinse instrumendina kliinilises ravis, vaid teadusuuringute eesmärgil.

### Kreeka

Kreekas saavad vähihaiged rehabilitatsiooniteenuseid kasutada üldistes rehabilitatsiooni-keskustes, kus tegeletakse peamiselt valu- ja palliatiivraviga. 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. Mõnikord kasutatakse ka küsimustikku vähihaigete elukvaliteedi hindamiseks.

### 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, oksendamine), asendushooldust (nö hingetõmbeaeg vähihaige perekonnaliikmest hooldajale) ja surija hooldust ehk terminaalravi (lisaks patsiendile toetatakse ka vähihaige lähedasi). Väljaspool hospiitsi pakutakse nõustamisteenuseid, koduhooldust, palliatiivravi ja teisi teenuseid (nt füsioteraapia) läbi mittetulunduslike vähipatsientide organisatsiooni.

### Leedu

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

### Luksemburg

Luksemburgis osutatakse vähihaigetele rehabilitatsiooniteenuseid üldhaiglates. Ühes haiglas viiest pakutakse vähihaigetele ravi ajal ja kolm kuud pärast selle lõppemist rehabilitatsiooniprogrammi, mis hõlmab füüsilist tegevust füsioterapeudi juhendamisel. Viidatud programm pole siiski saadaval üle riigi. Mõningaid teenuseid pakutakse läbi mittetulundusühingute (Euroopa Donna Luxemburg – jooga ja kunstiteraapia rinnavähipatsientidele, kahes asukohas), Vähiliidu (kepikõnd, jooga, kahes asukohas) ning läbi vähihaigetele mõeldud spordirühmade (neljas asukohas). Vähihaigete nõustamisteenus on soovi korral saadaval peaaegu igas haiglas ning läbi Vähiliidu. Vähirehabilitatsioonialaseid kursuseid organiseeritakse läbi mittetulundusühingute (Euroopa Donna, Vähiliit, spetsiaalsed spordirühmad vähihaigetele). 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. Vähihaigete elukvaliteedi hindamine ei ole osa tavapraktikast, sellekohast küsimustikku on kasutatud ainult korra (QLC C30 – EORTC), ühe väikesemahulise uuringu juures.

### 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. Viidatud teenused ei ole kättesaadavad kogu riigi territooriumil. Koduhooldust pakutakse läbi esmatasandi tervishoiu. Vähihaigete elukvaliteedi hindamiseks on olemas küsimustik (QLQ-C30), kuid seda ei kasutata rehabilitatsiooni tulemi hindamise eesmärgil.

### Malta

Maltas on ambulatoorsed ja statsionaarsed vähihaigetele spetsialiseerunud rehabilitatsioonikeskused. Keskused on hajutatult riigi piires ning pakutakse sotsiaalset ja psühholoogilist nõustamist. Saadaval on ka koduhooldus. Kasutatakse ka küsimustikke (EORTC QLQ C-30 and QLQ C-15 PAL)vähihaigete elukvaliteedi hindamiseks, kuid mitte regulaarselt.

### 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 hospiitsides.

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*).

### Portugal

Portugalis asuvad rehabilitatsiooniüksused vähikeskustes, üldhaiglates ja üldistes rehabilitatsioonikeskustes. 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 tavapärastest teenusest, kuid need on paralleelsete teenustena haiglaravi sees saadaval. Haigla, kes on patsiendi statsionaarsele ravile vastu võtnud, on ka 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 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 ainult vähi-spetsiifilised ning nende kasutamine pole reglementeeritud (pole kohustuslik).

### 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 kavatsetakse arendada terviklik küsimustik (*Programme personalisé 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 rehabilitatsiooni valdkonnas kasutada.

### Rumeenia

Rumeenias osutavad vähihaigetele rehabilitatsiooniteenuseid kaks vähikeskust, kaks kohalikku onkoloogiakeskust ning 41 onkoloogiaosakonda. Sellest hoolimata on vähirehabilitatsioon 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 seda ainult teadusuuringutes.

### Saksamaa

Meditsiinilist rehabilitatsiooni osutatakse peamiselt spetsiaalsetes rehabilitatsioonihaiglates või ambulatoorsetes üksustes (osakondades) kus taastatakse tervist, osaledes erinevates tegevustes. 98% juhtudest osutatakse vähihaigele rehabilitatsiooniteenust statsionaarselt umbes 100-s onkoloogilisele rehabilitatsioonile spetsialiseerunud haiglates/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 tegelevad. 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 rehabilitatsiooniprogrammidest (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 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.

### Slovakkia

Slovakkias pakuvad rehabilitatsiooniteenuseid spetsiaalsed vähikeskused ja kuurortid.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 kindlustuskompanii poolt.

Nõustamisteenust (individuaalne, abiliinid, internetilingid) pakutakse selleks väljaõppinud spetsialistide poolt läbi Vähiliidu (*League against Cancer*). Ka psühhosotsiaalne rehabilitatsioon on saadaval peamisel läbi Vähiliidu, mis on loonud kolm abikeskust (Bratislava`s, Martin`s, Košice`s) kuhu on tsentraliseeritud vähipatsiendid kogu Slovakkiast. 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).

### Sloveenia

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

### Soome

Soomes pakutakse rehabilitatsiooniteenuseid üldhaiglates ja rehabilitatsioonikeskustes. Vähirehabilitatsioon on organiseeritud peamiselt läbi Soome Vähiliidu ja teenuseid pakutakse üle riigi spetsiaalsetes rehabilitatsioonikeskustes (peamiselt 5 suures keskuses) statsionaarse rehabilitatsioonina (ligikaudu 1 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 üleriigiline telefoninõustamine, mida korraldab Soome Vähiliit. Lisaks on internetipõhine nõustamine. Nõustamised on peamiselt fokusseeritud psühhosotsiaalsele toetusele. Ka pakutakse vähiravi osutavates haiglates eraldi toitumisalast ja sotsiaalset nõustamist. Kodus abistamine ja koduhooldus on saadaval üle riigi ja 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 instruments (global and disease-specific scores) RAND-36, RBDI and GAS (Goal Attainment Scaling).

### 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 keskuses ning mõnedes kohalikes omavalitsustes (kokku 98) on loodud vähispetsiifilised rehabilitatsioonikeskused – vähem kui kümnes omavalitsuses seisuga 2011 mai.

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.

### Tšehhi Vabariik

Tšehhis osutatakse rehabilitatsiooniteenuseid spetsiaalsetes vähikeskustes (13 kompleksset onkoloogiakeskust täiskasvanud vähipatsientidele, 2 komplekset 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 onkoloogiaühing (*Czech Oncologic Society*) koostööd Tšehhi rehabilitatsiooni ja füüsilise meditsiini assotsiatsiooniga (*Czezh Association for Rehabilitation and Physical Medicine*). Vähihaigetega tegelevatele tervishoiutöötajatele pakutakse spetsiaalseid koolitusi rehabilitatsiooniteenuste osutamiseks läbi Tšehhi Lümfiseltsi (*Czech Lymphatic Society*) ning läbi Tšehhi Onkoloogiaseltsi (*Czech Onkologic Society*). Tšehhi Vabariik on Euroopa Meditsiinilise Onkoloogia Seltsi (*European Society for Medical Oncology* - ESMO) liige.

Samuti teostatakse Tšehhis vähihaigete elukvaliteedi hindamist küsimustikega SF-36 ja WHODAS II, kuid regulaarselt toimub see siiski vähestes osakondades.

### 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. Vähirehabilitatsiooniteenust osutavate isikute koolitust organiseeritakse peamiselt läbi sihtasutuste.

### 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 riigisiseselt. Mõned kogukonnapõhised rehabilitatsioonimeeskonnad pakuvad ravi ka 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 rinnavähihaigetele, erinevad psühhosotsiaalsed toetusprogrammid vähihaigetele ja nende pereliikmetele jms. Nõustamisteenust pakuvad psühholoogid. Läbi riikliku tervishoiusüsteemi on saadaval ka koduhooldus, mida osutavad õed. Vähihaigete elukvaliteedi hindamine on toimunud läbi mõne üksiku teadusprojekti.

## Kokkuvõtte rehabilitatsiooniteenuseid pakkuvatest struktuuridest EL-27 riikides

Euroopa Liidus osutatakse vähihaigetele rehabilitatsiooniteenuseid (tabel 4) 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, 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 4. 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

Seda, kas ja millises Euroopa Liidu riigis koolitatakse spetsiaalselt vähihaigete rehabilitatsiooni osutamiseks personali, osutatakse nõustamisteenust ning pakutakse koduhooldust, näitab tabel 5. Spetsiaalselt vähihaigetele rehabilitatsiooniteenust osutava personali koolitamine toimub 13-s riigis. Nõustamisteenust vähipatsientidele pakutakse kõigis sellealasele küsimusele vastanud riikides (25). Siiski, sealhulgas on neli riiki (Iirimaa, Poola, Rumeenia, Ungari), kus teenus on saadaval osaliselt ja kaks riiki (Läti, Leedu), kus teenus on 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 5. 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

Vähihaigete elukvaliteedi hindamist kasutatakse Belgias (EORTC, distressi mõõdik), Bulgaarias (EORTC), Hispaanias (EORTC), Hollandis (EORTC, distressi mõõdik), Iirimaal (EORTC), Itaalias (EORTC), Kreekas (SF-36, WHO Qol), Leedus (EORTC), Lätis (EORTC), Maltal (EORTC), Portugalis (EORTC), Prantsusmaal (holistiline küsimustik), Rumeenias (FACT), Saksamaal (rehabilitatsioonialane küsimustik IRES-3, EORTC), Taanis (EORTC) ja Tšehhi Vabariigis (SF-36, WHODAS II). Siiski, enamik riike kasutab seda teadusuuringutes ja kliinilistes katsetes. Regulaarne küsimustiku kasutamine (vähemalt ühe) vähihaigete elukvaliteedi hindamiseks toimub kahes riigis: Saksamaal ja Hollandis.

# 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 palliatiivset ravi antud töö ei hinda.

**Rehabilitatsioon.** Euroopa Liidus ei ole kõigis liikmesriikides vähihaigete rehabilitatsiooni mõiste ametlikult defineeritud, ent enamik neist mõistavad rehabilitatsiooni kui protsessi, mis nõuab enamat kui füüsilise funktsioneerimisvõime taastamine/tõstmine. Euroopas suureneb rehabilitatsiooni nõudlus 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). Teaduskirjanduses toodud andmete kohaselt võib vähihaigete rehabilitatsioonivajadus varieeruda 30-70% vahel (12, 13). Vähktõve kogemine muudab iga vähihaige elu erinevalt, mõjutades nende füüsilise, psühholoogilise, sotsiaalse ja vaimse elu komponente (6), takistades sellega nende osalemist ühiskonnas täisväärtusliku liikmena. Seetõttu on oluline õigeaegse ja kvaliteetse rehabilitatsiooni kättesaadavus, mis annab vähihaigetele võimaluse oma elu taaskontrollida (29). Eriti suur on nõudlus füsioteraapia, võimlemise, psühholoogilise toetuse ning abi puudumisega igapäevaelus toime tulemiseks (12, 37, 38). Samas ei tähenda suur nõudlus, et viidatud teenuseid Euroopas ei pakuta. Käesoleva uuringu tulemuste kohaselt ei ole vähihaiged alati olemasolevatest võimalustest teadlikud, mis viitab puudustele kommunikatsioonis ja kättesaadavuse tagamises. Ka teaduskirjanduse on korduvalt käsitletud kommunikatsiooniraskuste olemasolu vähihaigete ja tervishoiutöötajate vahelises suhtluses (63-65), mis võib kaasa tuua usaldamatuse arsti suhtes (66). Erinevused teenuste kättesaadavuses on ühelt poolt seotud riigi tervishoiupoliitika ja sotsiaalkindlustussüsteemiga, teisalt majanduslik olukord. Käesoleva magistritöö tulemused näitavad, et ka juhul, kui rehabilitatsiooni valdkonda käsitletakse riiklikus vähistrateegias, säilivad ikkagi erinevused pakutavates teenustes, nende kättesaadavuses ja rahastuses. Seega võib nõustuda teaduskirjanduses toodud seisukohaga, et ühiskonna jaoks toodab kasu ainult teatud tingimustele vastav Vähistrateegia (25-29).

**Rehabilitatsioon Eestis.** Eesti Vähistrateegia 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. EHK poolt rahastatavaid teenuseid (füsioteraapia, tegevusteraapia, psühhoteraapia ja kõneravi) kindlustatule pakutakse peamiselt vähiraviga tegelevate keskuste juures, vajadusel ka maakonna keskustes 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 Onkoloogia- ja hematoloogiakliinik, PERH) palliatiivravi meeskonnatööd, keskuse juures on olemas stoomikabinet, 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 väga piiratud, mistõttu vajalike teenuste kättesaadavust mõjutab vähihaigete elukoht. See võib olla ka üks põhjustest, miks Põlva-, Võru- ja Ida-Virumaal on võrreldes teiste Eesti maakondadega oluliselt rohkem puuetega inimesi.

Samas 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). Eestis ei ole vähihaigete liikumine erinevate ravietappide (sh eri kliinikute, osakondade) vahel reglementeeritud, mistõttu vähihaige võib tervishoiu- ja sotsiaalabisüsteemi vahel nii-öelda kaotsi minna.

Oluliseks näitajaks, mida arvestada rehabilitatsiooniteenuste pakkumisel, võib pidada vähihaigete sotsiaalmajanduslikku staatust (40). On täheldatud, et üksi elavad, migrandid (39), naissoost, nooremad kui 69-aastased, kopsuvähihaiged (50) ning rinnavähihaiged (41) omavad olulist vajadust rehabilitatsiooniteenuste järele. Samas Eestis on rinnavähihaigete jaoks vajalik füsioteraapia piiratud nii EHK poolt ettenähtud mahu kui füsioterapeutide vähesuse tõttu. Euroopas (95-98) sh Eestis ongi oluliseks probleemiks vähihaigete rehabilitatsiooniga tegeleva personali (eriti õdede) vastavasisulise koolitusvõimaluse puudulikkus, mis pidurdab rehabilitatsiooni pakkuvate asutuste efektiivsust.

**Töö nõrkused ja tugevused.** Töös kasutatud JÄTKUB

# JÄRELDUSED

Käesolev magistritöö kirjeldas kuidas defineerivad Euroopa Liidu liikmesriigid vähihaigete rehabilitatsiooni, kas rehabilitatsiooni käsitletakse siseriiklikes dokumentides ning andis ülevaate kus ja milliseid rehabilitatsiooniteenuseid osutatakse.

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

Teadlikkuse tõus vähirehabilitatsioonis ei kajastu enamjaolt igapäevases praktikas. Enamike riikide vähistrateegiates käsitletakse rehabilitatsiooni, ent sõnastatud eesmärkide saavutamiseks vajalikud ressurssid on planeerimata. Ka nendes vähestes riikides, kus praegu eksisteerivad riiklikud juhendid vähirehabilitatsiooniks või mõned muud sellesisulised ametlikud dokumendid (nt ravijuhendid), esinevad vajakajäämised dokumentide kaasajastamisel. Samuti on komplitseeritud teadusuuringute kaudu kogutavate teadmiste (vähihaigete elukvaliteedi hindamise küsimustike kasutamine) reaalne kasutamine vähihaigete hüvanguks.

Tervishoiupoliitika – ja praktika erinevused, samuti sotsiaalkindlustussüsteemi erinevused ning liikmesriikide majanduslik olukord on tegurid, mis mõjutavad oluliselt rehabilitatsiooniteenuste pakkumist ja kättesaadavust Euroopa Liidus. Osades liikmesriikides erineb vähirehabilitatsioon ka siseriiklikult. Rehabilitatsiooniprogramm peab olema kõikehaarav, küsimuseks jääb programmi edukuse hindamine ja mõõtmine.

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

* olemasoleva riikliku vähiregistri kvaliteedi tõstmine;
* vähistrateegia täiendamine reaalsete ressursside planeerimisega;
* vähirehabilitatsioonis osaleva personali koolitamine;
* välja töötada juhendmaterjal, kuidas toimub vähihaige liikumine erinevate ravietappide vahel (sh tervishoiuasutuse eri osakondade või ka eri teenuseosutajate vahel);
* igakülgse informatsiooni kättesaadavuse tagamine vähihaigele (kindel kontaktisik statsionaarse ravi ajal, nõustaja/tugiisik ambulatoorse ravi korral) ning tema vajadustega arvestamine;
* vähihaigete elukvaliteedi regulaarne mõõtmine ning saadud tulemustega arvestamine (teadmised→otsustajad→praktika).

# KASUTATUD KIRJANDUS

1. Sotsiaalministeerium. Riiklik Vähistrateegia aastateks 2007-2015. (<http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/Rahvatervis/Riiklik_vaehistrateegia_aastateks_2007-2015.pdf>).
2. Soerjomataram I, Lortet-Tieulent J, Parkin DM, Ferlay J, Mathers C, Forman D, et al. Global burden of cancer in 2008: a systematic analysis of disability-adjusted life-years in 12 world regions. Lancet 2012 Nov 24;380(9856):1840-1850.
3. Boyle P, Ferlay J. Cancer incidence and mortality in Europe, 2004. Ann Oncol 2005 Mar;16(3):481-488.
4. Jemal A, Center MM, DeSantis C, Ward EM. Global patterns of cancer incidence and mortality rates and trends. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2010 Aug;19(8):1893-1907.
5. Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global cancer statistics. CA Cancer J Clin 2011 Mar-Apr;61(2):69-90.
6. Doyle N. Cancer survivorship: evolutionary concept analysis. J Adv Nurs 2008 May;62(4):499-509.
7. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. Int J Cancer 2010 Dec 15;127(12):2893-2917.
8. Ferlay J, Parkin DM, Steliarova-Foucher E. Estimates of cancer incidence and mortality in Europe in 2008. Eur J Cancer 2010 Mar;46(4):765-781.
9. Sullivan R, Peppercorn J, Sikora K, Zalcberg J, Meropol NJ, Amir E, et al. Delivering affordable cancer care in high-income countries. Lancet Oncol 2011 Sep;12(10):933-980.
10. Ferlay J, Steliarova-Foucher E, Lortet-Tieulent J, Rosso S, Coebergh JW, Comber H, et al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012. Eur J Cancer 2013 Feb 25.
11. Bray F, Ren JS, Masuyer E, Ferlay J. Global estimates of cancer prevalence for 27 sites in the adult population in 2008. Int J Cancer 2013 Mar 1;132(5):1133-1145.
12. Thorsen L, Gjerset GM, Loge JH, Kiserud CE, Skovlund E, Flotten T, et al. Cancer patients' needs for rehabilitation services. Acta Oncol 2011 Feb;50(2):212-222.
13. Holm LV, Hansen DG, Johansen C, Vedsted P, Larsen PV, Kragstrup J, et al. Participation in cancer rehabilitation and unmet needs: a population-based cohort study. Support Care Cancer 2012 Nov;20(11):2913-2924.
14. IARC. GLOBOCAN 2008. Available at: <http://globocan.iarc.fr/>. Accessed 12/19, 2012.
15. Engholm G, Ferlay J, Christensen N, Bray F, Gjerstorff ML, Klint A, et al. NORDCAN--a Nordic tool for cancer information, planning, quality control and research. Acta Oncol 2010 Jun;49(5):725-736.
16. Coleman MP, Alexe DM, Albreht T, McKee M editors. Responding to the challenge of cancer in Europe Ljubljana: Institute of Public Health of the Republic of Slovenia; 2008.
17. Maher J, McConnell H. New pathways of care for cancer survivors: adding the numbers. Br J Cancer 2011 Nov 8;105 Suppl 1:S5-10.
18. Verdecchia A, Guzzinati S, Francisci S, De Angelis R, Bray F, Allemani C, et al. Survival trends in European cancer patients diagnosed from 1988 to 1999. Eur J Cancer 2009 Apr;45(6):1042-1066.
19. Berrino F, De Angelis R, Sant M, Rosso S, Bielska-Lasota M, Coebergh JW, et al. Survival for eight major cancers and all cancers combined for European adults diagnosed in 1995-99: results of the EUROCARE-4 study. Lancet Oncol 2007 Sep;8(9):773-783.
20. Gatta G, van der Zwan JM, Casali PG, Siesling S, Dei Tos AP, Kunkler I, et al. Rare cancers are not so rare: the rare cancer burden in Europe. Eur J Cancer 2011 Nov;47(17):2493-2511.
21. Verdecchia A, Francisci S, Brenner H, Gatta G, Micheli A, Mangone L, et al. Recent cancer survival in Europe: a 2000-02 period analysis of EUROCARE-4 data. Lancet Oncol 2007 Sep;8(9):784-796.
22. Francisci S, Capocaccia R, Grande E, Santaquilani M, Simonetti A, Allemani C, et al. The cure of cancer: a European perspective. Eur J Cancer 2009 Apr;45(6):1067-1079.
23. Hellbom M, Bergelt C, Bergenmar M, Gijsen B, Loge JH, Rautalahti M, et al. Cancer rehabilitation: A Nordic and European perspective. Acta Oncol 2011 Feb;50(2):179-186.
24. Meropol NJ, Schulman KA. Cost of cancer care: issues and implications. J Clin Oncol 2007 Jan 10;25(2):180-186.
25. Gouveia J, Coleman MP, Haward R, Zanetti R, Hakama M, Borras JM, 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 Jul;44(10):1457-1462.
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. 2009;Analysis of National Cancer Control Programmes in Europe(18-Jun-2009):1-97.
28. Belle Isle L, Plescia M, La Porta M, Shepherd W. In conclusion: looking to the future of comprehensive cancer control. Cancer Causes Control 2010 Dec;21(12):2049-2057.
29. Albreht T, McKee M, Alexe DM, Coleman MP, Martin-Moreno JM. Making progress against cancer in Europe in 2008. Eur J Cancer 2008 Jul;44(10):1451-1456.
30. Frieden TR. A framework for public health action: the health impact pyramid. Am J Public Health 2010 Apr;100(4):590-595.
31. Coleman MP, Forman D, Bryant H, Butler J, Rachet B, Maringe C, 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 Jan 8;377(9760):127-138.
32. World Health Organization. <http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf>.
33. World Health Organization. World Health Organization. Available at: <http://www.who.int/topics/rehabilitation/en/>.
34. Fialka-Moser V, Crevenna R, Korpan M, Quittan M. Cancer rehabilitation: particularly with aspects on physical impairments. J Rehabil Med 2003 Jul;35(4):153-162.
35. Boyle P, Levin B editors. World Cancer Report 2008. Lyon, 2008: International Agency for Research on Cancer (IARC).
36. Jones L, Fitzgerald G, Leurent B, Round J, Eades J, Davis S, et al. Rehabilitation in advanced, progressive, recurrent cancer: a randomized controlled trial. J Pain Symptom Manage 2013 Sep;46(3):315-325.e3.
37. Harrison JD, Young JM, Price MA, Butow PN, Solomon MJ. What are the unmet supportive care needs of people with cancer? A systematic review. Support Care Cancer 2009 Aug;17(8):1117-1128.
38. Veloso AG, Sperling C, Holm LV, Nicolaisen A, Rottmann N, Thayssen S, et al. Unmet needs in cancer rehabilitation during the early cancer trajectory--a nationwide patient survey. Acta Oncol 2013 Feb;52(2):372-381.
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 Sep;46(14):2647-2659.
40. Holm LV, Hansen DG, Larsen PV, Johansen C, Vedsted P, Bergholdt SH, et al. Social inequality in cancer rehabilitation: a population-based cohort study. Acta Oncol 2013 Feb;52(2):410-422.
41. Morrison V, Henderson BJ, Zinovieff F, Davies G, Cartmell R, Hall A, et al. Common, important, and unmet needs of cancer outpatients. Eur J Oncol Nurs 2012 Apr;16(2):115-123.
42. Given B, Given CW, Sikorskii A, Jeon S, McCorkle R, Champion V, 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 Feb;35(2):126-135.
43. Jeon S, Given CW, Sikorskii A, Given B. Do interference-based cut-points differentiate mild, moderate, and severe levels of 16 cancer-related symptoms over time? J Pain Symptom Manage 2009 Feb;37(2):220-232.
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 Jan;31(1):58-69.
45. Campos MP, Hassan BJ, Riechelmann R, Del Giglio A. Cancer-related fatigue: a review. Rev Assoc Med Bras 2011 Mar-Apr;57(2):211-219.
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 Sep;22(9):1919-1929.
47. Minton O, Berger A, Barsevick A, Cramp F, Goedendorp M, Mitchell SA, et al. Cancer-related fatigue and its impact on functioning. Cancer 2013 Jun 1;119 Suppl 11:2124-2130.
48. Escalante CP, Manzullo EF. Cancer-related fatigue: the approach and treatment. J Gen Intern Med 2009 Nov;24 Suppl 2:S412-6.
49. Campbell KL, Pusic AL, Zucker DS, McNeely ML, Binkley JM, Cheville AL, et al. A prospective model of care for breast cancer rehabilitation: function. Cancer 2012 Apr 15;118(8 Suppl):2300-2311.
50. Sanders SL, Bantum EO, Owen JE, Thornton AA, Stanton AL. Supportive care needs in patients with lung cancer. Psychooncology 2010 May;19(5):480-489.
51. Merckaert I, Libert Y, Messin S, Milani M, Slachmuylder JL, Razavi D. Cancer patients' desire for psychological support: prevalence and implications for screening patients' psychological needs. Psychooncology 2010 Feb;19(2):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? Psychooncology 2011 May 4.
53. Mitchell AJ, Vahabzadeh A, Magruder K. Screening for distress and depression in cancer settings: 10 lessons from 40 years of primary-care research. Psychooncology 2011 Jun;20(6):572-584.
54. Patrick DL, Ferketich SL, Frame PS, Harris JJ, Hendricks CB, Levin B, 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 Aug 6;95(15):1110-1117.
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 Jul;110(1):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 Aug 29;27:32-9966-27-32.
57. Schmid-Buchi S, van den Borne B, Dassen T, Halfens RJ. Factors associated with psychosocial needs of close relatives of women under treatment for breast cancer. J Clin Nurs 2011 Apr;20(7-8):1115-1124.
58. Pauwels E, De Bourdeaudhuij I, Charlier C, Lechner L, Van Hoof E. Psychosocial characteristics associated with breast cancer survivors' intimate partners' needs for information and support after primary breast cancer treatment. J Psychosoc Oncol 2012 Jan;30(1):1-20.
59. de Boer AG, Taskila T, Ojajarvi A, van Dijk FJ, Verbeek JH. Cancer survivors and unemployment: a meta-analysis and meta-regression. JAMA 2009 Feb 18;301(7):753-762.
60. Mariotto AB, Yabroff KR, Shao Y, Feuer EJ, Brown ML. Projections of the cost of cancer care in the United States: 2010-2020. J Natl Cancer Inst 2011 Jan 19;103(2):117-128.
61. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, Halton M, Grassi L, Johansen C, 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 Feb;12(2):160-174.
62. Walker J, Waters RA, Murray G, Swanson H, Hibberd CJ, Rush RW, et al. Better off dead: suicidal thoughts in cancer patients. J Clin Oncol 2008 Oct 10;26(29):4725-4730.
63. Rutten LJ, Arora NK, Bakos AD, Aziz N, Rowland J. Information needs and sources of information among cancer patients: a systematic review of research (1980-2003). Patient Educ Couns 2005 Jun;57(3):250-261.
64. Binkley JM, Harris SR, Levangie PK, Pearl M, Guglielmino J, Kraus V, 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 Apr 15;118(8 Suppl):2207-2216.
65. Puts MT, Papoutsis A, Springall E, Tourangeau AE. A systematic review of unmet needs of newly diagnosed older cancer patients undergoing active cancer treatment. Support Care Cancer 2012 Jul;20(7):1377-1394.
66. Bergholdt SH, Hansen DG, Larsen PV, Kragstrup J, Sondergaard J. 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 Jul 3;3(7):10.1136/bmjopen-2013-002726. Print 2013.
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 Mar;6(1):82-94.
68. Travado L, Grassi L, Gil F, Martins C, Ventura C, Bairradas J, et al. Do spirituality and faith make a difference? Report from the Southern European Psycho-Oncology Study Group. Palliat Support Care 2010 Dec;8(4):405-413.
69. Salz T, Oeffinger KC, McCabe MS, Layne TM, Bach PB. Survivorship care plans in research and practice. CA Cancer J Clin 2012 Jan 12.
70. Harris SR, Schmitz KH, Campbell KL, McNeely ML. Clinical practice guidelines for breast cancer rehabilitation: syntheses of guideline recommendations and qualitative appraisals. Cancer 2012 Apr 15;118(8 Suppl):2312-2324.
71. Valenti M, Porzio G, Aielli F, Verna L, Cannita K, Manno R, et al. Physical exercise and quality of life in breast cancer survivors. Int J Med Sci 2008 Jan 15;5(1):24-28.
72. Gerber LH, Stout NL, Schmitz KH, Stricker CT. Integrating a prospective surveillance model for rehabilitation into breast cancer survivorship care. Cancer 2012 Apr 15;118(8 Suppl):2201-2206.
73. Pekmezi DW, Demark-Wahnefried W. Updated evidence in support of diet and exercise interventions in cancer survivors. Acta Oncol 2011 Feb;50(2):167-178.
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 Dec;15(4):228-237.
75. Kasymjanova G, Grossman M, Tran T, Jagoe RT, Cohen V, Pepe C, et al. The potential role for acupuncture in treating symptoms in patients with lung cancer: an observational longitudinal study. Curr Oncol 2013 Jun;20(3):152-157.
76. O'Regan D, Filshie J. Acupuncture and cancer. Auton Neurosci 2010 Oct 28;157(1-2):96-100.
77. Nordin K, Rissanen R, Ahlgren J, Burell G, Fjallskog ML, Borjesson S, 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 May 4;12:167-2407-12-167.
78. Kenfield SA, Stampfer MJ, Giovannucci E, Chan JM. Physical activity and survival after prostate cancer diagnosis in the health professionals follow-up study. J Clin Oncol 2011 Feb 20;29(6):726-732.
79. Meyerhardt JA, Heseltine D, Niedzwiecki D, Hollis D, Saltz LB, Mayer RJ, 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 Aug 1;24(22):3535-3541.
80. Hunter EG, Baltisberger J. Functional Outcomes by Age for Inpatient Cancer Rehabilitation: A Retrospective Chart Review. J Appl Gerontol 2013 Jun 1;32(4):443-456.
81. World Health Organization. Available at: <http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/>. Accessed 10/11, 2013.
82. Arving C, Thormodsen I, Brekke G, Mella O, Berntsen S, Nordin K. Early rehabilitation of cancer patients - a randomized controlled intervention study. BMC Cancer 2013 Jan 7;13:9-2407-13-9.
83. Lambertini M, Anserini P, Levaggi A, Poggio F, Del Mastro L. Fertility counseling of young breast cancer patients. J Thorac Dis 2013 Jun;5(Suppl 1):S68-80.
84. Cummings GG, Olivo SA, Biondo PD, Stiles CR, Yurtseven O, Fainsinger RL, et al. Effectiveness of knowledge translation interventions to improve cancer pain management. J Pain Symptom Manage 2011 May;41(5):915-939.
85. Luckett T, Davidson PM, Green A, Boyle F, Stubbs J, Lovell M. 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 Aug;46(2):229-253.
86. van Muijen P, Duijts SF, van der Beek AJ, Anema JR. Prognostic factors of work disability in sick-listed cancer survivors. J Cancer Surviv 2013 Jun 26.
87. Mehnert A, Koch U. Predictors of employment among cancer survivors after medical rehabilitation--a prospective study. Scand J Work Environ Health 2013 Jan;39(1):76-87.
88. Mehnert A. Employment and work-related issues in cancer survivors. Crit Rev Oncol Hematol 2011 Feb;77(2):109-130.
89. Ross L, Petersen MA, Johnsen AT, Lundstrom LH, Groenvold M. 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 May;20(5):1089-1100.
90. Mikkelsen TH, Soendergaard J, Jensen AB, Olesen F. Cancer surviving patients' rehabilitation - understanding failure through application of theoretical perspectives from Habermas. BMC Health Serv Res 2008 Jun 6;8:122-6963-8-122.
91. Gage EA, Pailler M, Zevon MA, Ch'ng J, Groman A, Kelly M, et al. Structuring survivorship care: discipline-specific clinician perspectives. J Cancer Surviv 2011 Sep;5(3):217-225.
92. Gatta G, Zigon G, Aareleid T, Ardanaz E, Bielska-Lasota M, Galceran J, et al. Patterns of care for European colorectal cancer patients diagnosed 1996-1998: a EUROCARE high resolution study. Acta Oncol 2010 Aug;49(6):776-783.
93. Kesson EM, Allardice GM, George WD, Burns HJ, Morrison DS. Effects of multidisciplinary team working on breast cancer survival: retrospective, comparative, interventional cohort study of 13 722 women. BMJ 2012 Apr 26;344:e2718.
94. De Ieso PB, Coward JI, Letsa I, Schick U, Nandhabalan M, Frentzas S, et al. A study of the decision outcomes and financial costs of multidisciplinary team meetings (MDMs) in oncology. Br J Cancer 2013 Oct 1.
95. McMullen L. Oncology nurse navigators and the continuum of cancer care. Semin Oncol Nurs 2013 May; 29(2): 105-117.
96. Matrai Z, Toth L, Savolt A, Peley G, Tinusz A, Palla E, et al. Breast care nurse. A new specialist in the multidisciplinary care of breast cancer patients. Magy Onkol 2012 Sep; 56(3): 152-157.
97. Bartolo M, Zucchella C, Pace A, De Nunzio AM, Serrao M, Sandrini G, et al. Improving neuro-oncological patients care: basic and practical concepts for nurse specialist in neuro-rehabilitation. J Exp Clin Cancer Res 2012 Octr 2;31:82-9966-31-82.
98. Palacio A, Calmels P, Genty M, Le-Quang B, Beuret-Blanquart F. Oncology and physical medicine and rehabilitation. Ann Phys Rehabil Med 2009 Sep-Oct;52(7-8):568-578.

# SUMMARY

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 research 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 e-mail to a working group consisting of experts (at least one expert from each member state) that responded in the name of their country.

Whether rehabilitation of cancer patients has been officially defined or not (Bulgaria, Romania), most (89%) of the responding countries understand rehabilitation as a process that demands more than merely raising the level of physical functioning. Four countries (Ireland, Italy, Latvia and Romania) have included in their definitions the necessity of paying attention to the quality of life of cancer patients during the rehabilitation process. Over half of the respondents (58%, or 11 countries) have references in their definition to the need to deal with social and psychological aspects of individuals in cancer rehabilitation, in addition to improving their physical functioning. Still, despite these definitions, some of the countries (United Kingdom, Greece, Portugal) have stated that it is their usual practice to concentrate mainly on the physical rehabilitation of cancer patients. 6 countries (Cyprus, Denmark, Luxembourg, Malta, Poland, Slovenia) did not respond to the question of rehabilitation of cancer patients is defined in their countries. Poland and Luxembourg stated that they do not have an official definition.

In the European Union, official cancer strategy exists in 22 member states; in 18 of them, it includes the aspect of rehabilitation. Austria, Luxembourg and Slovakia are currently preparing a cancer strategy. According to the responses to the questionnaire, different countries have added the aspect of rehabilitation to the cancer strategy at different times (2005-2011) and this activity is ongoing. Guidelines that regulate cancer rehabilitation exist in 5 countries (Spain, Netherlands, Italy, Denmark, United Kingdom). Sweden and France are currently preparing such guidelines.

Although there are few official guidelines in member states, general awareness of rehabilitation has increased (there exists an idea of what rehabilitation is and how it could/should be organised) and is included in other documents in addition to official guidelines (e.g treatment guidelines, scientific research). Recognising the importance of this topic is on the rise.

Many member states consider disunity to be the weakness of existing cancer strategies, as the topics discussed are either overly general or do not branch 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. Increased awareness of cancer rehabilitation has brought to the fore the necessity of changing and modernising existing guidelines, but this process is complicated by lack of resources.

In the European Union, cancer rehabilitation services are offered in special cancer centres, general rehabilitation centres, cancer rehabilitation centres, hospitals, hospices, and health centres. The most common places of rehabilitation services are hospitals and general rehabilitation centres. Special cancer centres exist in Belgium, Bulgaria, Spain, Italy, Poland, Portugal, France, Romania, Slovakia, Slovenia, Czech Republic, Hungary and the United Kingdom. General rehabilitation centres that proovide rehabilitation services to cancer patients exist in Belgium, Spain, Netherlands, Italy, Greece, Latvia, Poland, Portugal, Germany, Slovenia and Scotland. Offering services through cancer rehabilitation centres takes place in 6 countries: Belgium, Netherlands, Malta, Germany, Slovenia and Denmark. In 11 countries, these services are provided in hospitals. In Cyprus and Slovenia, hospices offer rehabilitation services. Health centres offer services to cancer patients in Slovenia and Slovakia.

European Union member states offer training that is specifically tailored to medical personnel involved in the rehabilitation of cancer patients, provide counselling services and home care. Training that is specific to healthcare personnel working in cancer rehabilitation is offered in 13 countries. Counselling services are offered in all countries (25) that responded to this question. Still, that includes 4 countries (Ireland, Poland, Romania, Hungary) where this service is only partly available, and two countries (Latvia, Lithuania) where only generic counselling is available. Home care is offered in 22 countries, including 5 countries (Spain, Ireland, Lithuania, Romania, Hungary) where it is only partly available but its nature and range differs widely between states. Poland and Slovenia do not offer home care.

Evaluating the quality of life of cancer patients is undertaken in Belgium (EORTC, measure of distress), Bulgaria (EORTC), Spain (EORTC), Netherlands (EORTC, measure of distress), Ireland (EORTC), Italy (EORTC), Greece (SF-36, WHO Qol), Lithuania (EORTC), Latvia (EORTC), Malta (EORTC), Portugal (EORTC), France (a holistic questionnaire), Romania (FACT), Germany (rehabilitation-specific questionnaire IRES-3, EORTC), Denmark (EORTC) and Czech Republic (SF-36, WHODAS II). In most countries though, they are mainly used in scientific research and clinical trials. Only two countries (Germany, Netherlands) regularly use questionnaires (at least one) to assess the quality of life of cancer patients.

Though there is a general understanding of the nature of rehabilitation in the European Union, there are differences in its accessibility and the programs offered in member states. This is caused by differences in healthcare policies, common practice, and health insurance systems, as well as differing economic realities. Even when rehabilitation is included in official cancer strategies, there are still differences in offered services, as well as in their accessibility and financing. A rehabilitation program must be all-encompassing, but the question is how to define a successful program, and how to measure its success.

# TÄNUAVALDUS

Minu siiras tänu:

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

# CURRICULUM VITAE

1. Üldandmed
2. Ees-ja perekonnanimi: Anne Niinepuu
3. Sünniaeg ja koht: 11.10.1978 Põlva
4. Kodakondsus: Eesti
5. E-posti aadress: [kaalud23@gmail.com](mailto:kaalud23@gmail.com)
6. Praegune töökoht, amet:

2012-… SA Eesti Teadusagentuur, tervishoiuteaduste võimekuse edendamise programmi TerVE konsultant

1. Haridus:

2011- 2014 Tartu Ülikool, arstiteaduskond, rahvatervishoiu magistriõpe

2002-2006 Kõrgkool „I Studium“, majandusõiguse diplomiõpe

1. Töökogemus:

2010-2012 Östervalls Eesti OÜ, raamatupidaja ja töökeskkonnaspetsialist

2010-2011 Östervall International Transport OÜ, juhiabi ja töökeskkonnaspetsialist

2000-2010 Harju Maakohtu registriosakond, registrisekretär

1. Keelteoskus:

eesti keel - emakeel

inglise keel – kõnes ja kirjas hea

vene keel – kõnes ja kirjas rahuldav

1. Erialane enesetäiendus

2011 Tööinspektsiooni korraldatud koolitus (120 tundi):

„Töökeskkonnaspetsialistide töötervishoiu- ja tööohutuse koolitus“

# LISAD

## LISA 1. EUROCHIP-3 vähirehabilitatsiooni töörühm

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 Bréchot (*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 Weebers (*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. Slovakkia: Olga Sadovska (*National Cancer Institute*), Martina Ondrušová (*Slovak Academy of Sciences*).
25. Sloveenia: Marjetka Jelenc (*Slovenian Institute of Public Health*), Branko Zakotnik (*Ljubliana Institute of Oncology*).
26. Rootsi: Maria Hellbom (*Lund Unversity 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. reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;
   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, 06.2014