

KINNITATUD
Sotsiaalministri 20. veebruari 2008. a
käskkirjaga nr 28 „Riikliku
tuberkuloositõrje strateegia ja
tegevuskava aastateks 2008-2012
kinnitamine“.
Lisa 1

RIIKLIK TUBERKULOOSITÕRJE STRATEEGIA AASTATEKS 2008–2012

2008

Sissejuhatus

Tuberkuloos on nakkushaigus, mille tekitaja on *Mycobacterium tuberculosis*. Tuberkuloos levib õhu kaudu ja haigustekitajaid levitab nakkusohtlikku tuberkuloosi põdev inimene, kes võib aasta jooksul nakatada 10–15 inimest.

Maailma Terviseorganisatsiooni aruande (WHO TB Report 2007) (Vt <http://www.who.int/tb/en/>) andmetel oli 2005 aastal maailmas 8,8 miljonit uut TB juhtu ja 1,6 miljonit inimest suri tuberkuloosi (sealhulgas 195 000 TB/HIV nakatunut). Uute haigusjuhtude arv maailmas on vaatamata kontrollimeetmete tõhustamisele aeglaselt kasvanud seda eriti Aafrika, Lõuna-Aasia ja Ida-Euroopa regioonides. Järjest tõsisemaks probleemiks on muutunud ravimresistentsete tuberkuloosivormide levik ja TB ning HIV koosinemine. Põhilised globaalsed TB kontrolli eesmärgid (positiivne ravitulemus 85% haigetest ja vähemalt 70% nakkusohtlike haigusjuhtude avastamine) jäid 2005 aastaks maailmas täitmata).

12. veebruaril 2003. a Riigikogus vastuvõetud «Nakkushaiguste ennetamise ja tõrje seadusega» (RT I 2003, 26, 160) on tuberkuloos tunnistatud Eestis eriti ohtlikuks nakkushaiguseks, mille korral võib vajadusel rakendada tahtest olenematut ravi.

1. OLUKORRA KIRJELDUS

1.1. Tuberkuloosi esinemine Eestis

Eestis hakkas haigestumine tuberkuloosi sagenema 1990. aastatel. Aastal 1998 diagnoositi 48 tuberkuloosi uut haigusjuhtu 100 000 elaniku kohta, mis on ligi kümme korda sagedasem kui Põhjamaades. 2006. aastaks oli uute haigusjuhtude arv vähenenud 28-ni 100 000 elaniku kohta¹.

Kuigi viimastel aastatel on Eestis multiravimresistentsete TB juhtude arv pidevalt vähenenud oleme endiselt oma kõrge suhtarvuga Euroopas juhtpositsioonil.

1.2. Tuberkuloositõrje meetmed Eestis

Tuberkuloosiepideemia kujunemist ei olnud Eesti tervishoiusüsteem suuteline senise tööjaotuse ja rahastamise tingimustes takistama, mistõttu koostati «Riiklik tuberkuloositõrje programm aastateks 1998–2003», mille Vabariigi Valitsus kinnitas 30. oktoobril 1997. a. Programmi põhieesmärgiks oli tuberkuloosi kontrolli- ja ravistrateegia ümberkorraldamine, mille tulemuslikkuse indikaatoriks seati tuberkuloosi esmashaigestumuse vähenemine 2005. aastaks 30 uue haigusjuhuni 100 000 elaniku kohta aastas, mis on poole väiksem tuberkuloosi haigestumise tasemest aastatel 1997–1998. 2005. aastal registreeriti 31,5 tuberkuloosi esmasjuhtu 100 000 elaniku kohta – seega jäi eesmärgist õige vähe puudu¹.

Tuberkuloositõrje programmi käigus aastatel 1998–2003²:

1. vähenes esmashaigestumus 48-lt inimeselt 100 000 elaniku kohta 36-ni;
2. loodi otseselt kontrollitav ravisüsteem – OKR (tuberkuloosiravimite igapäevane võtmine meditsiiniõe või sotsiaaltöötaja juuresolekul tervishoiuasutuses või haige kodus) ja tuberkuloosi ravi hakkas toimuma ranges vastavuses standardiseeritud raviskeemidega;

3. riiklike ravimiostudega tagati kõigile tuberkuloosihaigetele vajalike tuberkuloosiravimite tasuta kättesaadavus;
4. korraldati ümber tuberkuloosi laboriteenistus, et tagada tuberkuloosi mikrobioloogilise diagnostika täpsus ja ökonoomsus;
5. ehitati ümber ja varustati ajakohaste ventilatsioonisüsteemidega tuberkuloosi haiglaravi osakonnad, et vähendada nakkusohtu;
6. korraldati ümber tuberkuloosi ravi kinnipidamisasutustes ja käesolevaks ajaks on seal tuberkuloosi haigestumine vähenenud poole võrra;
7. loodi Tuberkuloosiandmekogu, mis võimaldas täpselt jälgida haigestumise dünaamikat ja kasutatud raviskeemide efektiivsust ning aitas tagada, et ükski tuberkuloosihaike ei jääks ravita elukohta vahetades või kinnipidamiskohast vabanemisel.

Tuberkuloositõrje jätkuprogrammi käigus aastatel 2004-2007 oli tagatud kõigi seniloodud struktuuride edukas funktsioneerimine ning tuberkuloosi esmashaigestumus vähenes 2006. aastal 28 haigusjuhuni 100 000 elaniku kohta, samas aga suurenes HIV-nakatunud tuberkuloosihaigete osakaal 8,7%-ni kõigist haigetest¹. Jätkuprogrammi eesmärgiks seati saavutada 2007. aasta lõpuks esmashaigestumuse tase 23 juhtu 100 000 elaniku kohta.

Alates 2005 aastast on olnud võimalus osta peamisi kõrvaltoimete leevendamiseks vajalikke ravimeid kõigile ambulatoorsel ravil olevatele multiresistentsetele haigetele.

Praeguseks on tagatud ka ravikindlustust mitteomavate tuberkuloosihaigete ja kontaktsete uurimine tuberkuloosi suhtes ja tuberkuloosi ravi võrdsetel alustel teistega.

1.3. Tuberkuloosinakkuse iseärasused Eestis

Tuberkuloositõrje meetmete riiklikult koordineeritud ja täiemahulise ellurakendamise korral on Maailma Terviseorganisatsiooni hinnangul võimalik terveks ravida vähemalt 85% tundliku haigustekitajaga tuberkuloosihaigetest. Eestis oli tuberkuloosiravimitele tundliku haigustekitajaga haigusjuhtude ravi efektiivsus 2005. aastal 83%.

Eesti eriliseks probleemiks on multiresistentsete haigusjuhtude suur esinemissagedus, mistõttu 1997. aastal, kui bakterioloogiliselt kinnitatud esmasjuhtudest olid 10% multiresistentsed, kuulutas Maailma Terviseorganisatsioon Eesti koos Argentiina, Dominikaani, Läti ja Venemaa Föderatsiooniga nn ohtlikuks tsooniks. 2006. aastaks oli Eestis esmaste multiresistentsete haigusvormide (st esineb resistentsus vähemalt kahele tuberkuloosi põhipreparaadile isoniasiidile ja rifampitsiinile) osakaal 13,3 protsenti kuigi nende haigusjuhtude absoluutarv on vähenenud alates 1998 aastast poole võrra¹. Multiresistentne haigusvorm allub ravile tunduvalt halvemini ning ravi kestab kuni neli korda kauem kui tundliku haigustekitajaga haigete ravi. Multiresistentse haigusvormi raviks tuleb kasutada teise valiku tuberkuloosiravimeid, mis on tavaravimitest kümneid kordi kallimad ja mille kasutamisega kaasnevad sagedamini kõrvaltoimed. Multiresistentsete haigusvormide ravi on ootuspäraselt väiksema efektiivsusega – ajavahemikul 2000–2004 paranes Eestis ainult 52–60 % nendest haigetest¹.

2006. aastal võeti maailmas kasutusele uus mõiste „eriti resistentne tuberkuloos” (inglise keeles XDR TB - extreme resistant tuberculosis). Selle haigusjuhu korral esineb resistentsus tuberkuloosi kahele põhipreparaadile isoniasiidile ja

rifampitsiinile ning täiendavalt veel vähemalt ühele süstitavale ravimile ning kinoloonile. XDR TB haigete osakaal oli Eestis 2001- 2006 aastal keskmiselt 17% kõigist multiresistentsetest tuberkuloosihaigetest. Selliste haigete ravi on veelgi vähem efektiivne- 2004. aastal ravi alustanutest paranes 27% eriti resistentsse haigustekitajaga haigetest¹. Nende haigete raviks on lähiajal vajalik muretseda täiendavalt uusi reservpreparaate.

Tuberkuloosi nakatumist soodustab HIV-infektsioon, mis nõrgestab immuunsüsteemi. HIV-positiivsel inimesel on 30 korda suurem tõenäosus haigestuda tuberkuloosi kui HIV-negatiivsel. HIV-nakatunud võib tuberkuloos kulgeda atüüpiliselt, mille tõttu diagnoosimine hilineb. Samuti on tuberkuloosi ravi HIV-nakatunudel ja AIDSi-haigetel ravimite kõrvaltoimete tõttu komplitseeritum. HIV-nakkuse ravi viirusvastaste ravimitega ei vähenda riski haigestuda tuberkuloosi.

Eestis on HIV-nakatunud inimeste seas tuberkuloosi haigestumine plahvatuslikult kasvanud. Kui aastatel 1997–2000 oli HIV-positiivsete seas ainult 1 tuberkuloosihaike aastas, siis 2006. aastal oli neid 38, mis moodustas 8,7% kõigist tuberkuloosihaigetest¹. Samas on piirkondi – Harjumaa koos Tallinnaga, Ida- Virumaa ja Vanglate Haigla, kus kõigist tuberkuloosihaigetest kuni veerand on nakatunud HIV-ga. Kuna HIV/AIDSi levik on otseselt seotud narkomaania levikuga, on oluliseks riskirühmaks ka narkomaanid.

Võib olla kindel, et see potentsiaalsete tuberkuloosihaigete rühm jõuab arsti juurde hiljem kui teised ning tuberkuloosi ravi kestab neil kauem ja on vähem edukas. Hinnanguliselt on vähemalt pooled narkomaanidest ja viirusekandjatest ravikindlustuseta.

Ravi katkestamise kõige sagedasemaks põhjuseks Eestis on alkoholism. Alates 2006. aastast on ravikatkestanud nakkusohtlike tuberkuloosihaigete suhtes võimalik rakendada tahtevastast ravi.

1.4. Riikliku tuberkuloositõrje strateegia vajalikkus

Tuberkuloosi leviku tõkestamiseks on vaja saavutada, et kõik tuberkuloosihaiget saaksid järjepidevat ravi kuni paranemiseni. Nagu aastakümnetagune kogemus Eestis tõestas, piisab paar aastat kestvast valmisoleku puudumisest, et tuberkuloosi haigestumine uuesti epideemiaks kujuneks.

Tuberkuloositõrje edukuse eelduseks on motiveeritud ja koolitatud personali olemasolu, personali distsiplineeritus ning abivalmidus patsientide suhtes, kes mitte alati pole koostöövalmid. Oluline on jätkuv hea koostöö esmatasandi arstidega.

Tuleb jätkata elanikkonna teavitamist tuberkuloosinakkuse leviku teedest, haigustunnustest, ravi võimalustest ja epidemioloogilisest olukorrast riigis.

Tuleb jätkata rahvusvahelist koostööd erinevate tuberkuloosikontrolliga tegelevate organisatsioonidega et võimaldada kaasaegsel tasemel koolitust ja osaleda MTO koostöö projektides.

2. STRATEEGIA EESMÄRK, PÕHIMÕTTED JA INDIKAATORID

2.1. Tuberkuloositõrje põhiprintsiibid

Maailma Terviseorganisatsiooni hinnangul põhineb tuberkuloositõrje strateegia edukus viiel põhiprintsiibil²:

1. valitsuse toetus tuberkuloosi ennetamisele ja ravile;
2. tuberkuloosijuhtude varajane avastamine;
3. standardiseeritud raviskeemide kasutamine otseselt kontrollitavas ravisüsteemis;
4. kõigi haigete katkematu varustamine vajalike tuberkuloosiravimitega;
5. haigusjuhtude registreerimise ja ravi kvaliteedi ühtne kontrollisüsteem.

Eestis on «Riikliku tuberkuloositõrje programmi aastateks 1998–2003» töö tulemusena kõik 5 eelnimetatud võtmetegurit olemas. Tuberkuloosi ravis lähtutakse Maailma Terviseorganisatsiooni poolt väljatöötatud ja Eestis kehtivatest tuberkuloosiravi juhistest.

2.2. Strateegia eesmärk

Strateegiline eesmärk (SE): Vähendada tuberkuloosi esmashaigestumust Eestis.

Sihtrühm:

Kogu Eesti elanikkond

Põhiindikaator (võrreldes aastaga 2006):

Aastal 2012 moodustab tuberkuloosi esmashaigestumuse juhtumite arv Eestis 20 haigusjuhtu 100 000 elaniku kohta (2006. aastal – 27,8 juhtu 100 000 elaniku kohta).

Eesmärgi saavutamise eelduseks on tuberkuloosiepideemia kontrolli alla saamine HIV-nakatanud isikute seas ning multiresistentse haigusvormi leviku tõkestamine. Hetkel rakendatavate meetmetega on viimase 6 aasta jooksul tuberkuloosi haigestumus vähenenud. 2006. aastal oli tuberkuloosi esmashaigestumus 27,8 uut haigusjuhtu 100 000 elaniku kohta¹. 2003. aastal oli vastav näitaja 36,2.

Tuberkuloosahaigestumuses saavutatud langustrend on Eestis püsiv ainult juhul, kui selle säilitamiseks tehakse süstemaatilist ja järjekindlat tööd ning garanteeritakse otseselt kontrollitud ja tasuta ravi kõigile, sealhulgas ravikindlustuseta isikutele ja isikutele kinnipidamisasutustes.

2.2. Strateegia tegevuspõhimõtted

Riikliku tuberkuloositõrje strateegia:

- 1) tegevused on järjepidevad ja sihipärased ning põhinevad tõenduspõhisel arstiteadusel;
- 2) rakendamine tagab riiklike vahendite kasutamise efektiivsuse;
- 3) juhtimine Sotsiaalministeeriumi poolt tagab tegevuskava elluviimise, koordineerimise ja efektiivse valdkondadevahelise koostöö.

3. STRATEEGIA ALAEESMÄRGID JA NENDE HINDAMISE INDIKAATORID

3.1. TUBERKULOOSI ESMANE ENNETAMINE

Alaeesmärk 1: Elanikkonna suurenenud teadlikkus vältitavatest tuberkuloosi riskidest, mis väljendub püsivalt positiivsete muutustena elanikkonna tervisekäitumises.

Sihtrühm:

Üldelanikkond, tervishoiupersonal, hooldekodude personal, tuberkuloosihaiged ja nende lähedased.

Tulemuslikkuse indikaatorid:

- 1) Üldelanikkonnale on erinevate kommunikatsioonikanalite vahendusel kättesaadav tõenduspõhine info tuberkuloosi ja selle ennetamise kohta.

Meede 1.1. Objektiivse tuberkuloosi alase informatsiooni edastamine kõikidele elanikkonna gruppidele kasutades selleks erinevaid sihtgruppidele sobivaid infokanaleid sealhulgas:

- Infomaterjalide väljatöötamine üldelanikkonnale, tuberkuloosihaigetele ja nende lähedastele;
- Õppe- ja infomaterjalide väljatöötamine erinevate erialade esinadajatele sh perearstidele ja –õdedele, hooldekodude töötajatele jpt;
- Internetiportaalis www.terviseinfo.ee tuberkuloosi alase nõustamine arendamine;
- Konverentside, infopäevade ja teiste avalike ürituste korraldamine tuberkuloosi ennetamise valdkonnas.

Alaeesmärk 2: Riskirühmadesse kuuluvatele isikutele sh HIV-positiivsetele on tagatud TB nakatumist ennetavad tervishoiu- ja sotsiaalteenused.

Sihtrühm:

- TB ravi katkestanud nakkusohklikud tuberkuloosihaiged, TB ravi läbiviivad raviasutused.
- Tuberkuloosihaiged; HIV ja AIDSi ga inimesed, juhtumikorraldusega tegelevad spetsialistid.
- Tuberkuloosihaigete kontaktid.

Tulemuslikkuse indikaatorid:

- 1) HIV-nakatunute seas tuberkuloosibakteriga nakatunute osakaal ei ületa 20% (2006.a HIV-nakatunute osakaal 8,7%);
- 2) Profülaktiliselt avastatud tuberkuloosi juhtude arv on vähemalt 25% (2006.a avastati profülaktiliselt 26,9 % tuberkuloosijuhtudest);
- 3) TB teema on integreeritud vastavatesse tervishoiu- ja sotsiaaltöötajate täiendõppe kavadesse.

Meede 2.1. TB-haigete tahtest olenematu ravi koordineerimine parandamaks ravi soostumust. Tahtest olenematu ravi finantseerimine toimub Eesti Haigekaasa vahenditest (ravikindlustatud isikud) ja riigieelarvest (ravikindlustamata isikud);

Meede 2.2. TB ravi soostumuse parandamine sealhulgas tahtest olenematu ravi rakendamine;

Meede 2.3. Tuberkuloosihaigete ja HIV ja AIDSi inimeste vajadusest lähtuvalt juhtumikorralduslikul ja võrgustikutööl põhineva teenuste süsteemi arendamine (ühine tegevus HIV/AIDSi ennetamise riikliku strateegiaga aastani 2015);

Meede 2.4. Kõigile HIV-positiivsetele terviseseisundi jälgimise, vajadusel antiretroviirusravi ja HIV-infektsiooniga seonduvate haiguste ravi kättesaadavuse ja kvaliteedi tagamine (sh vajadusel ravimiresistentsuse testimine) eesmärgiga ennetada HIV-positiivsete haigestumist tuberkuloosi (tegevus on kaetud HIV/AIDSi ennetamise riikliku strateegiaga aastani 2015);

Meede 2.5. Nakkusohlike tuberkuloosihaigete lähikontaktsetele (eelkõige alla 5-aastastele lastele) ning HIV-nakatunutele tuleb tuberkuloosi nakatumise korral määrata profülaktiline ravi sh profülaktiline ravi isionasiidiga, et ennetada nende haigestumist tuberkuloosi;

Meede 2.6. Võimaldada erinevatele tuberkuloosihaigete ja/või HIV ja AIDSi inimesi teenindavatele spetsialistidele (tervishoiutöötajad sh perearstid ja -õed, sotsiaaltöötajad, hooldekodude, vanglate ja kodutute varjupaikade töötajad jne) tuberkuloosi temaatikaga seotud spetsiifilist koolitust, täiendõppevõimalusi ja supervisiooni ning integreerida tuberkuloosi teema tulevaste tervishoiu- ja sotsiaaltöötajate õppekavadesse (ühine tegevus HIV/AIDSi ennetamise riikliku strateegiaga aastani 2015 ja Narkomaania ennetamise riikliku strateegiaga aastani 2012).

3.2. TUBERKULOOSI VARANE AVASTAMINE

Tuberkuloosi varaseks avastamiseks kasutatakse riskirühmade põhiseid skriininguid.

Kõige efektiivsem viis, kuidas avastada lühema aja vältel rohkem tuberkuloosikahtlaseid haigeid, on otsida tuberkuloosijuhte rahvastikurühmades/riskirühmades ja kohtades, kus on palju HI-viirusesse nakatunud: avalikud tervishoiuasutused (kus käivad vastuvõtul hingamiselundite poolsete haigussümptomitega inimesed), HIV-nõustamis- ja testimiskeskused, kinnipidamisasutused, kahjude vähendamise tegelevad organisatsioonid. Lisaks võib tuberkuloosijuhte avastada HIV ja AIDSiga inimeste lähedaste ning HIVi nakatunud tuberkuloosihaigete kontaktsete seast. Tähtis on juhtumiavastamist laiendada kohtades, kus tuberkuloositõrje strateegia raames saab tagada eduka ravi.

Tuberkuloositõrje strateegia peab toetama teiste tervishoiuteenuste pakkujaid, et tagada asjakohane juhtumikäsitus ja täielik tuberkuloosiravi ning vähendada ravimresistentsuse kujunemise riski.

Alaeesmärk 3: Toimub tuberkuloosi varane avastamine skriinimise teel.

Sihtrühm:

HIV-nakatunud, TB riskirühma kuuluvad isikud, raviasutused.

Tulemuslikkuse indikaatorid:

- 1) Tuberkuloosi riskirühmadesse kuuluvate isikute hõlmatus tuberkuloosi diagnostiliste uuringutega kasvab pidevalt sh varjupaikades, hooldekodudes;
- 2) HIV-nakatunute seas tuberkuloosibakteriga nakatunute osakaal ei ületa 20% (2006.a HIV-nakatunute osakaal 8,7%);
- 3) Toimub regulaarne HIV nakatunute skriining tuberkuloosi suhtes;
- 4) Toimub regulaarne nakkusohtlike tuberkuloosihaigete lähikontaktsete skriining.

Meede 3.1. Teostada HIV-nakatunute ja riskirühma kuuluvate ravikindlustuseta isikute seas (kodutud, varjupaikade asukad jt) regulaarseid profülaktilisi uuringuid (röntgenfilm kopsudest, röga analüüs, vajadusel verekülv ja tuberkuliintest) haigestumise varajaseks avastamiseks;

Meede 3.2. Teostada nakkusohtlike tuberkuloosihaigete lähikontaktsete seas (eelkõige alla 5-aastastele lastele) regulaarseid profülaktilisi uuringuid haigestumise varajaseks avastamiseks;

3.3. DIAGNOSTIKA JA RAVI

3.3.1. Tuberkuloosi diagnoosimine

Alaeesmärk 4: Tuberkuloosi mikrobioloogiline diagnostika toimub ainult tuberkuloosi referentlabori funktsiooni täitva labori kvaliteedikontrolli all.

Sihtrühm:

Kõik Eesti mükobakterioloogia laborid, kõik raviasutused.

Tulemuslikkuse indikaatorid:

- 1) Bakterioskopia, külvide ja ravimiresistentsuse alaste testide riigivälise ja -sisese kvaliteedi kontrolli näitajad vastavad rahvusvahelistele nõuetele, kokkulangevus on vähemalt 80% (2006.a kokkulangevus 90%);
- 2) Bakterioloogiliselt kinnitatud tuberkuloosijuhud moodustavad vähemalt 75% kopsutuberkuloosi põdevatest haigetest (2006.a vastavalt 78,6%) ;
- 3) Olemasolev diagnostiline aparatuur ja töökeskkond tagavad, et laborid on akrediteeritud vastavalt rahvusvahelistele standarditele.

Meede 4.1. Tuberkuloosi diagnoosi kinnitamine ja ravi efektiivsuse hindamine mikrobioloogiliste meetodite abil, eelistades varast diagnoosimist võimaldavaid meetodeid ning viies kõik tuberkuloosi uuringud üle vedelsöötme süsteemi;

Meede 4.2. Osalemine rahvusvahelises koostöös kvaliteedi- ja ohutusnõuetele vastava töökeskkonna arendamisel.

Tuberkuloosi diagnoosimise täpsus, haigustekitaja tundlikkuse määramine tuberkuloosiravimite suhtes, haige nakkusohtlikkuse hindamine ja ravi efektiivsuse hindamine tugineb mikrobioloogilisel laboridiagnostikal. Diagnostika kvaliteedi tagamiseks on vajalik referentsüsteemi jätkamine ning Eesti laborite osalemine rahvusvahelises kvaliteedi tagamise süsteemis.

3.3.2. Ravi

Alaeesmärk 5: Otseselt kontrollitava ravisüsteemi (OKR) järjekindel ja kõrvalekaldumatu rakendamine kõikide tervishoiuasutuste poolt.

Sihtrühm:

- Tuberkuloosiravi läbiviivad raviasutused.
- Tuberkuloosihaiged sh multiresistentse haigusvormiga TB-haiged.

Tulemuslikkuse indikaatorid:

- 1) Tundliku haigustekitajaga haigusjuhtude ravi efektiivsus on vähemalt 85% (2005.a ravi alustanud tundliku haigustekitajaga haigusjuhtude ravi efektiivsus 83%);
- 2) Multiresistentse haigustekitajaga haigusjuhtude ravi efektiivsus on vähemalt 65% (2004.a ravi alustanud multiresistentse haigustekitajaga haigusjuhtude ravi efektiivsus 52%);

- 3) Ravi katkestajate osakaal kõigist tuberkuloosihaigetest on alla 10% (2005.a ravi alustanud tundliku haigustekitajaga haigetest katkestas ravi 11% haigetest ja 2004. ravi alustanud multiresistentse haigustekitajatega haigetest katkestas ravi 24%);
- 4) Vanglast vabanenud TB-haigete hulgas ei ületa ravikatkestajate osakaal 10%.

Meede 5.1. Tuberkuloosi otseselt kontrollitav ravisüsteem haiglas ja ambulatoorselt tagamaks tuberkuloosi järjepidev ravi nii ravikindlustust omavatele kui ka ravikindlustuseta isikutele sh regulaarsete MDR haigusjuhtude raviskeemide konsiiliumi põhine koostamine ja meditsiinilise auditi läbiviimine;

Meede 5.2. Multiresistentse haigusvormiga haigetele tingimuste loomine nende pikaajalise ravi lõpuleviimiseks.

Meede 5.3. Koostöö tervishoiuteenuse osutajate ja kinnipidamisasutuste vahel tuberkuloosi järjepidevaks raviks;

Meede 5.4. Ravi määramise ja ravimite valiku tõenduspõhisus koos mikrobioloogilise diagnostikaga;

Meede 5.5. Tervishoiupersonali järjepidev koolitamine kopsuvälise tuberkuloosi diagnostika ja ravi alal.

Meede 5.6. Tuberkuloosi ravi järjekindluse tagamiseks asendusravi pakkumine (nii jätkamine kui vajadusel alustamine) süstivatele opioidsõitlastele (ühine tegevus HIV/AIDSi ennetamise riikliku strateegiaga aastani 2015) (TB OKR süsteemis asendusravi pakkumine OKR perioodil).

Tuberkuloosihaiiguse iseloomu tõttu tuleb regulaarselt ja süstemaatiliselt kontrollida ravijuhistest kinnipidamist, sealhulgas otseselt kontrollitava ravisüsteemi (OKR) kõrvalekaldumatut järgimist kõigi tuberkuloosiravis osalevate tervishoiuteenuse osutajate poolt. See on saavutatav nn meditsiinilise auditi ehk haigusjuhtude analüüsi ning ravikorralduse inspekteerimisega kohapeal ja MDR haigusjuhtude raviskeemide konsiiliumi põhise koostamisega.

Alaeesmärk 6: Kõikidele tuberkuloosi põdevatele haigetele on tagatud ravimid nende ravi lõpuleviimiseni.

Sihtrühm:

- Tuberkuloosiravi läbiviivad ravisutused.
- Tuberkuloosihaiged sh multiresistentse haigusvormiga TB-haiged.

Tulemuslikkuse indikaatorid:

- 1) Tundlike haigusjuhtude jaoks on lisaks aastasele vajadusele varu 6 kuuks;
- 2) Multiresistentsete haigusjuhtude jaoks on lisaks aastasele vajadusele varu 12 kuuks;
- 3) On tagatud kõrvaltoimete korrigeerimiseks ettenähtud ravimite olemasolu kõikidele MDR-le (vastavalt MDR-TB haigusjuhtude ravi kõrvaltoimete käsitlemise juhisele);
- 4) Uute reservrea ravimitega varustamine on tagatud (vastavalt vajadusele, oleneb haigete arvust, kellel diagnoositakse XDR-TB).

Meede 6.1. Regulaarsete riigihangete läbiviimine tundlike ja multiresistentsete haigusjuhtude ravi lõpuleviimiseks;

Meede 6.2. Regulaarsete riigihangete läbiviimine kõrvaltoimete ravimite ostmiseks kõigile multiresistentsetele haigetele;

Meede 6.3. Täpse arvestuse ja kontrolli tagamine ravimite kvaliteedi ja kasutamise üle, mille raames tervishoiuasutused esitavad igakuised ravimite kasutamise aruanded Tervise Arengu Instituudile.

Riiklikult toetatud tuberkuloosikontrolli strateegia olemasolu on eelduseks, et Eesti kvalifitseerub tuberkuloosi ravimite mitmekordselt alandatud hinnaga ostudele rahvusvahelistelt mittetulundustarnijatelt.

Tuberkuloosi ravi puhul on oluline, et ükski haige ei tohi jääda ravita ega katkestada tuberkuloosi ravi põhjusel, et kvaliteetsed ravimid ei ole talle kättesaadavad nende hinna või tuberkuloosiravimite tarnetes esinevate vahede tõttu. Järjepidev tuberkuloosiravi on üheks eelduseks nakkuse leviku piiramisel ühiskonnas ning vältimaks ravimresistentsuse edasist kasvu. Lahenduseks on jätkuvalt garanteerida tasuta ravi kõigile haigetele ning jätkata tuberkuloosiravimite rahvusvahelisi riigihankeid.

3.4. SEIRE

Alaeesmärk 7: Tuberkuloosi haigestumise ja ravi tulemuslikkuse jälgimiseks on tagatud kvaliteetsete andmete olemasolu.

Sihtrühm:

Tuberkuloosiraviga tegelevad raviasutused, SoM, MTO, EuroCDC.
TB situatsioonist huvitatud isikud Eestis ja välismaal.

Tulemuslikkuse indikaatorid:

- 1) Regulaarselt (kord kvartalis) on väljastatud usaldusväärsed andmed tuberkuloosi haigestumise ja ravi tulemuste kohta;
- 2) Tuberkuloosi aastaraamat koos analüütilise raportiga on koostatud kord aastas;
- 3) Tuberkuloosiandmekogule esitatavate andmete koosseis ja nende edastamise kvaliteet vastavad Maailma Terviseorganisatsiooni nõuetele.

Meede 7.1. Kogu riigile ühtse TB valdkonna nakkuspõhise ja käitumusliku seire süsteemi väljatöötamine ja rakendamine;

Meede 7.2. Kõigi tuberkuloosi haigusjuhtude registreerimine Tuberkuloosiandmekogus ning diagnoosi õigsuse kontroll, andmete edastamine kord kvartalis;

Meede 7.3. Tuberkuloosihaigete ravi jälgimine kuni nende tervistumiseni;

Meede 7.4. Tuberkuloosi ravi ebaõnnestumise põhjuste väljaselgitamine ja abinõude rakendamine ravi edukaks lõpuleviimiseks;

Meede 7.5. Regulaarsete tuberkuloosi levimuse uurimuste läbiviimine üldelanikkonnas ja riskirühmades;

Meede 7.6. Iga-aastase tuberkuloosi aastaraamatu ning regulaarsete strateegia tulemuste ülevaadete avaldamine.

Tuberkuloosi haigestumise ja ravi efektiivsuse hindamiseks ja analüüsimiseks tuleb arendada seiresüsteemi, kus andmete edastamine, analüüsimine ning tagasiside andmeandjaga toimub kindla struktuuri ja ajakava alusel kõigilt tuberkuloositõrjes osalevatelt lülielt ning ravi kvaliteedi pidev kontroll tagab, et ükski tuberkuloosihaige ei jää Eestis adekvaatse ravita ning on välistatud ravi katkestamine subjektiivsetel põhjustel.

Tuberkuloosiandmekogusse kogutavad isikupõhised andmed ning nende alusel koostatavad kvartaliaruanded võimaldavad Sotsiaalministeeriumil ja teistel asjaosalistel täpselt jälgida haigestumise dünaamikat ja kasutatud raviskeemide efektiivsust, sealhulgas resistentsuse arengut, et õigeaegselt identifitseerida probleemsed piirkonnad ja tuberkuloosihaigete alarühmad, kus on vajalik täiendav sekkumine.

4. STRATEEGIA RAKENDAMINE JA HINDAMINE

4.1. Strateegia juhtimine ja rakendamine

Riikliku tuberkuloosistrateegia koordineerimise ja eesmärkide täitmise eest on vastutav Sotsiaalministeerium. Strateegia teenindavaks üksuseks on Sotsiaalministeeriumi rahvatervise osakond ja rakendusasutuseks Tervise Arengu Instituut. Rakendusasutuse ülesandeks on viia ellu strateegia eesmärkide saavutamiseks tegevuskavas planeeritud tegevusi, ning koostada ja esitada sotsiaalministrile üks kord aastas tuberkuloositõrje strateegia analüütiline raport. Nõuded raporti sisule ja vormile kinnitab sotsiaalminister käskkirjaga. Strateegia iga-aastase tegevuskava koostamise eest vastutab rakendusasutus.

Tuberkuloosiravi korraldab ravikonsiilium, mille ülesandeks on MDR tuberkuloosihaigete raviskeemide kinnitamine ning ravi jälgimine. Täiendavalt on raviarstil võimalik konsiiliumi poole pöörduda komplitseeritud tuberkuloosi haigusjuhtude korral või sundravi kohaldamisel. MDR-TB ravikonsiiliumisse kuuluvad tuberkuloosistrateegia piirkondlikud OKR koordinaatorid, tuberkuloosistrateegia juht, Põhja-Eesti Regionaalhaigla ekspert ning Tuberkuloosiandmekogu juht. Konsiiliumi tööd korraldab Tuberkuloosistrateegia. Konsiiliumi töö kajastub strateegia tegevuskavades ning finantseeritakse strateegia vahenditest.

Strateegia tegevused ja tulemuslikkus kantakse ette 2010 aastal ning strateegia kestvusperioodile järgneva aasta jooksul toimuval tuberkuloosiuimarlaual, kus lisaks Sotsiaalministeeriumile ja tema allasutustele (Tervishoiuamet, Tervisekaitseinspeksioon, Tervise Arengu Instituut), osalevad Tuberkuloosiandmekogu, Eesti Kopsuarstide Seltsi, Eesti Haigekassa, regionaalhaiglate, kohalike omavalitsuste, jt asjaomaste asutuste esindajad.

4.1.1. Strateegia täitjad

Arvestades multiresistentsete tuberkuloosihaigete suurt osakaalu ning lähiaastatel jätkuvat HIV-positiivsete tuberkuloosihaigete arvu kasvu, ei ole haigestumuses saavutatud langustrend Eestis püsiv, kui selle säilitamiseks ei tehta süstemaatilisi ja järjekindlat tööd ning ei garanteerita otseselt kontrollitud ja tasuta ravi kõigile patsientidele. Tuberkuloosihaiiguse iseloomu ja -haigete eripära tõttu vajab tuberkuloositõrje jätkuvat koordineerimist ja kindlakäelist riiklikku juhtimist.

Tuberkuloosi ennetamine ja varane avastamine

Tuberkuloosi diagnoosimise ja raviga tegelevad asutused ja isikud teostavad riskirühmades profülaktilisi uuringuid ja tagavad nakkusohtlike haigusjuhtude menetlemise vastavalt ohutusnõuetele. Nii ravikindlustatud kui ka ravikindlustust mitteomavate tuberkuloosihaigete järjepideva ravi tagamiseks on vajalik riiklikult koordineeritud koostöö ja informatsiooni vahetus kõigi (ka eraõiguslike) tervishoiuteenuse osutajate, riikliku sotsiaalhoolekandesüsteemi ja kinnipidamisasutuste vahel.

Tuberkuloosi mikrobioloogilise diagnostika täpsus ja kvaliteet

Töökultuur tuberkuloosi mikrobioloogilise diagnostikaga tegelevates laboratooriumides vastab kvaliteedinõuetele ning nõuetest kinnipidamist kontrollib mükobakterioloogia referentlabor Sihtasutus Tartu Ülikooli Kliinikum.

Standardiseeritud raviskeemide järjekindel ja kõrvalekaldumatu rakendamine

Kõik tuberkuloosihaigete raviga tegelevad raviasutused (statsionaarsed ja ambulatoorsed, riiklikud ja eraõiguslikud, kinnipidamisasutuste meditsiiniteenistus jne) rakendavad ravijuhiste-järgseid raviskeeme ning nendest kinnipidamist kontrollivad Tervise Arengu Instituudi Tuberkuloosiandmekogu ja Eesti Kopsuarstide Selts.

Kvaliteetsete tuberkuloosiravimite ökonoomne hankimine ja varude piisavus

Sotsiaalministeerium korraldab ravimite riigihankeid ja ravimiostude planeerimist. Kõik tuberkuloosihaigete raviga tegelevad raviasutused tagavad ravimite sihipärase kasutamise ja esitavad aruandeid ravimivarude kohta.

Tuberkuloosi haigestumise ja ravi tulemuslikkuse analüüs

Tervise Arengu Instituudi Tuberkuloosiandmekogu kogub andmeid tuberkuloosi diagnostika ja ravi kohta ning koostab regulaarseid raporteid Sotsiaalministeeriumile. Ravi tulemuslikkuse analüüsi teostavad Eesti Kopsuarstide Selts jt asjakohased partnerid.

4.2. Riikliku tuberkuloositõrje strateegia seos teiste valdkonna strateegiatega ja arengukavadega

Riikliku tuberkuloositõrje strateegia eesmärgid ja meetmed on seotud Riikliku HIV/AIDSi ennetamise strateegia aastateks 2006-2015 ja Narkomaania ennetamise riikliku strateegia aastani 2012 eesmärkide ja meetmetega. Tagamaks nimetatud strateegiatega sünergia on riikliku tuberkuloositõrje strateegia koostamisel arvestatud HIV/AIDSi ja narkomaania ennetamisele suunatud tegevustega, mis on määratletud Riiklikus HIV/AIDSi ennetamise strateegias aastateks 2006-2015 ja Narkomaania ennetamise riiklikus strateegias aastani 2012. Täpsemad strateegiatega vahelised seosed on toodud välja strateegia tegevuskavas aastateks 2008-2012.

4.3. Strateegia rahastamine

4.3.1. Tuberkuloosi ravi rahastamine Eesti tervishoius

Tuberkuloosi ravi rahastamine Eestis jätkub väljakujunenud viisil:

- 1) ravikindlustatud isikute ravikulud haiglas sh tahtest olenematu ravi ning ambulatoorse vastuvõtu kulud kopsuarsti juures tasutakse Eesti Haigekassa vahenditest;

- 2) ravikindlustuseta isikute ravikulud ja riskirühmades profülaktiliste uuringute tegemine haigestumise varajaseks avastamiseks tasutakse riigieelarvest, kusjuures tuberkuloosi ravi käsitletakse nakkusohu tõttu vältimatu abina kuni haige paranemiseni;

- 3) kinnipidamiskohas viibivate haigete ravi finantseerib Justiitsministeerium;

- 4) nakkusohtlike tuberkuloosihaigete kindlustatud lähikontaktsetele tehtavaid profülaktilisi uuringuid rahastatakse ravikindlustuse eelarvest Eesti Haigekassa ja üldarstiabi tervishoiuteenuse osutaja vahelise ravi rahastamise lepingu alusel.

4.3.2. Riikliku strateegia finantseerimine

Strateegia elluviimist finantseerib Vabariigi Valitsus Sotsiaalministeeriumi kaudu. Sotsiaalministeeriumi strateegiliste eesmärkide saavutamise kulud sh Riigi eelarvestrateegias aastateks 2008-2011 kinnitatud kulud ning Riigi eelarvestrateegias aastateks 2009-2012 taotletavad kulud on tood alljärgnevas tabelis aastate lõikes (miljonites kroonides). 2008 a. strateegiliste eesmärkide saavutamise kulud on vastavuses 2008. aasta riigieelarvega.

	2008	2009	2010	2011	2012	Kokku
Sotsiaalministeeriumi strateegiliste eesmärkide saavutamise kulud	10 598 842	14 175 000	13 412 000	13 857 000	14 435 000	63 994 000
Riigi eelarvestrateegias aastateks 2008-2011 kinnitatud kulud	10 598 842	10 598 842	10 598 842	10 598 842		42 395 368
Riigi eelarvestrateegias aastateks 2009-2012 taotletavad kulud		14 175 000	13 412 000	13 857 000	14 435 000	63 994 000

Otseselt kontrollitava ravi maksumuse prognoos on käesoleva strateegia Lisa nr 2.

4.4. Strateegia hindamine

Strateegia efektiivsust hinnatakse tulemusindikaatorite kaudu. Strateegia hindamise eest vastutab Tervise Arengu Instituut (sh Tuberkuloosiandmekogu). Strateegia hindamiseks peavad olema olemas kõigi meetmete tulemuslikkuse määramiseks uuringute tulemused, mille kaudu toimub tuberkuloositõrje raames juurutatud tuberkuloositõrjemeetmete tõhususe hindamine.

Tervise Arengu Instituudi Tuberkuloosiandmekogu kogub andmeid tuberkuloosi diagnostika ja ravi kohta ning koostab regulaarseid raporteid (neli korda aastas) Sotsiaalministeeriumile. Ravi tulemuslikkuse analüüsi teostavad Eesti Kopsuarstide Selts jt asjakohased partnerid.

LISAD

Lisa 1:

Mõisted ja lühendid

TB – tuberkuloos, ladina keeles *tuberculosis*

MTO – Maailma Tervishoiu Organisatsioon

OKR – otseselt kontrollitav ravi (DOTS, directly observed therapy system) on MTO poolt soovitatud strateegia TB tõrjeks.

IUATLD – International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, Rahvusvaheline Tuberkuloosi ja Kopsuhaiguste Vastu Võitlemise Liit

Tuberkuloosi põhimõisted

Esmane tuberkuloosijuht (new case) – tuberkuloos on isikul diagnoositud esmakordselt elus ja haige pole varem tuberkuloosivastaseid ravimeid kasutanud või on neid kasutanud vähem kui kuu aega.

Tuberkuloosi retsidiiv (relapse) – tuberkuloos on uuesti diagnoositud inimesel, kes on tuberkuloosi varem põdenud, saanud vastavat ravi ja paranenud.

Korduvravi juht (retreatment case other than relapse) – tuberkuloosi ravi on uuesti alustatud inimesel, kes on varasema ravi katkestanud või see on osutunud mitteefektiivseks.

Mikroskoopiliselt(äiges)-positiivne TB (smear positive case) – kopsutuberkuloosi juht, mille puhul uuritava materjali äigepreparaadis on mikroskoobi abil nähtav mükobakter, s.t uuringuvastus on positiivne. Et mikroskoopiliselt oleks TB tekitaja mikroskoobi abil koheselt leitav, peab haige rögast olema TB tekitajaid palju ning see haige on suureks nakkusohu allikaks. Kuigi mükobakterite leiu korral rögast on enamasti tegemist tuberkuloositekitajatega, peab kõigil juhtudel isoleeritud mükobakterid hiljem ka samastama, et olla veendunud TB tekitaja olemasolus.

Külv-positiivne TB (culture positive) – kopsutuberkuloosi juht, mille puhul uurimismaterjali külvi meetodil tehtud uuringuvastus on positiivne. Võrreldes äigepreparaadis positiivse haigusjuhuga võib külv-positiivse analüüsi vastuse puhul haigustekitajaid uuritavas materjalis olla tunduvalt vähem ja neid on võimalik kindlaks teha alles pärast TB-tekitajate kasvatamist erilistes laboritingimustes paari nädala kuni paari kuu jooksul.

Batsillaarne kopsutuberkuloosi juhud (infectious cases) – mikroskoopilisel uuringul-positiivsed ja külv-positiivsed kopsutuberkuloosi juhud kokku.

Ravimresistentne tuberkuloos (resistant) – tuberkuloosi haigusjuht, mille korral haigustekitaja on resistentne ühe või mitme tuberkuloosiravimi suhtes.

MDR-TB – multiresistentne tuberkuloos. TB haigusjuht, mille korral haigustekitaja on resistentne samaaegselt kahele tuberkuloosi põhiravimile isoniasiidile ja rifampitsiinile.

KASUTATUD ALLIKAD:

- 1- Eesti Tuberkuloosiandmekogu andmed
- 2- Tuberkuloositõrje programm aastateks 1998-2003; Tallinn 2003.