

“Tuberkuloositõrje programm aastateks 1998–2003”

Kokkuvõte tegevustest
ja toimumust

Sisukord

1. Lühikokkuvõte	2
2. Mõisted ja lühendid	4
3. Tuberkuloos kui nakkushaigus	5
4. Tuberkuloosi haigestumise sagenemine Eestis 1990. aastatel	7
5. Tuberkuloositõrje programmi käivitamine	11
6. Programmi tegevused ja alaprojektid	13
7. Eelarve ja ajakava	23
8. Programmi tulemuslikkus	25
9. Soovitused tuberkuloositõrje edasiseks tõhustamiseks	30
Lisa. Tuberkuloositõrje programm aastateks 1998–2003. Riikliku programmi tekst (koopia elektroonilisest Riigi Teatajast)	32

1. Lühikokkuvõte

Haigestumine tuberkuloosi hakkas Eestis 1990. aastatel sagenema ja kahekordistus viie aastaga – 1997. aastal diagnoositi 51 uut tuberkuloosi haigusjuhtu 100 000 elaniku kohta, mis on ligi kümme korda sagedasem kui Põhjamaades. Eestis taastekkis tuberkuloosiepidemia oht ebapiisava ja vaheaegadega ravi ning ebaõigete raviskeemide kasutamise tõttu, mis omakorda oli tingitud valvsuse kadumisest tuberkuloosi suhtes ühiskonnas ja eeskätt tervishoius.

Kujunenud olukorras, kus senise tööjaotuse ja rahastamise tingimustes ei olnud Eesti tervishoiusüsteem suuteline takistama tuberkuloosiepidemia kujunemist, koostati 1997. aastal vastav riiklik tuberkuloositõrje programm, mille kinnitas Vabariigi Valitsus 30. oktoobril ja mille põhieesmärgiks oli tuberkuloosi ravistrateegia reorganiseerimine. Programmi tulemuslikkuse indikaatoriks seati tuberkuloosi haigestumise vähendamine 2005. aastaks 30 uue haigusjuhuni 100 000 elaniku kohta aastas, s.o pooleni 1997.–1998. a haigestumistasemest.

Tuberkuloositõrje programmi esimesel tegevusaastal (1998) kavandati haiglaravi ja laboriteenistuste reorganiseerimine ning otseselt kontrollitava ravi (OKR) põhimõtted ja läbiviimise korraldus Eestis. OKR käivitati 1999. aastal kaheksas maakonnas ja laienes 2000. a jooksul kogu Eestisse. OKR-i tulemusena vähenevad mitmekordselt võimalused eksimusteks ning kõrvalekalded ettekirjutatud ravirežiimist. OKR kasutab riikliku ravimiosstuga hangitud ravimeid, mida jagatakse vastavalt ettenähtud raviskeemidele kõigile tuberkuloosihaigetele tasuta. Programmi käigus reorganiseeriti tuberkuloosi ravi kinnipidamisasutustes ja käesolevaks ajaks on seal tuberkuloosi haigestumine vähenenud poole võrra.

OKR-süsteem teeb tihedat koostööd tuberkuloosiregistriga, et ükski tuberkuloosihaige ei jääks ravita elukohta vahetades ega vabanemisel kinnipidamiskohast. Tuberkuloosiregistrisse kogutavad andmed ning nende alusel koostatavad igakuised ja -kvartaalsed aruandlusvormid võimaldavad Sotsiaalministeeriumil ja teistel asjaosalistel täpselt jälgida haigestumise dünaamikat ja kasutatud raviskeemide efektiivsust (resistentsuse arengut), et õigeaegselt identifitseerida piirkondi ja tuberkuloosihaigete alarühmi, kus vajatakse täiendavat sekkumist.

Programmi käigus korraldati ümber tuberkuloosi laboriteenistus. Tänapäevaks on tuberkuloosi mikrobioloogiline diagnostika Eestis nii ressursside kui oskusteabe osas rahvusvaheliselt tunnustatud kõrgel tasemel. Pidevalt toimiv koolitus ja töö kvaliteedi kontrolli alal tagab uuringumaterjali kiire ja korrektse käsitlemise.

Rahvusvaheline koostöö ning osalemine teadusprojektides garanteerib uuringutulemuste interpreteerimise usaldusväärsuse.

Ravimite riigihangetega on käesolevaks ajaks, kasutades MTO poolt võimaldatud soodushinda, loodud 1...2-aastane varu esimese valiku ja reservrea tuberkuloosiravimite osas kõigile tuberkuloosi põdevatele haigetele Eestis. Riikliku ravimihanke tulemusel on tagatud ravimite õigeaegne ja vaheaegadeta jõudmine eranditult kõigi haigetele, efektiivsete raviskeemide järgimine ja kokkuhoid ravimikulutuste osas ilma järeleandmisteta ravi kvaliteedis.

Hinnates tuberkuloositõrje programmi edukust viis aastat tagasi püstitatud eesmärgi – 30 uut haigusjuhtu 100 000 elaniku kohta Eestis 2005. a – alusel, on see eesmärk jätkuvalt saavutatav, sest 2002. a oli esmashaigestumine vähenenud 38-ni 100 000 elaniku kohta.

Samas, arvestades multiresistentsete tuberkuloosihaigete suurt osakaalu ning lähiaastatel eesseisvat HIV-positiivsete tuberkuloosihaigete arvu tõusu, ei ole haigestumuses saavutatud langustrend püsiv, kui selle säilitamiseks ei tehta süstemaatilist ja järjekindlat tööd ega garanteerita otseselt kontrollitud ning tasuta ravi kõigile patsientidele. Tuberkuloosihaiiguse iseloomu ja -haigete eripära tõttu vajab tuberkuloositõrje jätkuvat koordineerimist ning kindlakäelist juhtimist riiklikul tasemel.

2. Mõisted ja lühendid

TB – tuberkuloos, ladina keeles *tuberculosis*

MTO – Maailma Terviseorganisatsioon

OKR – otseselt kontrollitav ravi (DOT, *directly observed treatment*) on MTO poolt soovitatud strateegia, TB tõrje strateegia üks põhikomponentidest

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

Tuberkuloosi klassifikatsioon

Esmane tuberkuloosijuht (*incident 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.

Lihtpositiivne TB (*smear positive*, BK+) – kopsutuberkuloosi juht, mille puhul on rögaproovis mikroskoobi abil nähtav mükobakter, st uuringuvastus on positiivne. Et otsevaatlusel oleks TB tekitaja mikroskoobi abil kohe leitav, peab haige rögas olema TB tekitajaid palju ning see haige on suureks nakkusohu allikaks.

Külvpositiivne TB (*culture positive*) – kopsutuberkuloosi juht, mille puhul rögest tehtud uurimismaterjali külvi meetodil tehtud uuringuvastus on positiivne. Võrreldes lihtpositiivse haigusjuhuga võib külvpositiivse analüüsi vastuse puhul haigustekitajaid materjalis olla tunduvalt vähem ja neid on võimalik kindlaks teha alles pärast TB tekitajate kasvatamist erilistes laboritingimustes mitme nädala või kuu jooksul.

Batsillaarsed kopsutuberkuloosi juhud (*infectious cases*) – lihtpositiivsed ja külvpositiivsed kopsutuberkuloosi juhud kokku.

Ravimiresistentne tuberkuloos (*resistant*) – tuberkuloosi haigusjuht, kus bakter ei allu ravile ühe või mitme tuberkuloosivastase ravimiga.

MDR-TB – multiresistentne tuberkuloos. TB haigusjuht, mis ei allu ravile vähemalt kahe tuberkuloosi põhiravimi, isoniasiidi ja rifampitsiiniga.

3. Tuberkuloos kui nakkushaigus

Tuberkuloos, vana nimega tiisikus, on inimese ja loomade pikaajalise kuluga nakkushaigus, mida tekitab tuberkuloosibakter (*Mycobacterium tuberculosis*). Tuberkuloositekitaja avastas 1882. a Robert Koch. Bakter püsib kaua eluvõimelisena pimedas ja niiskes ning on vastupidav kuivamisele, hävib otsese päikesekiirguse toimel. Tuberkuloosi nakatumine toimub valdavalt hingamisteede kaudu. Organismi sattunud bakterid hakkavad paljunema, eritavad toksine ja tekitavad põletiku. Ainult 10% nakatunutel tekivad iseloomulikud haigusnähud varsti pärast nakatumist (esmane tuberkuloos). Enamikul nakatunutest piirab organism põletikulolde ja haigustunnuseid välja ei kujune, kuigi tuberkuloositekitajad võivad piirdunud põletikuloldes eluvõimelistena püsida aastaid. Kolmandik maailma inimestest on nakatunud tuberkuloosibakteri poolt, kuid suuremal osal on protsess väheulatuslik, kulgeb varjatult ja kustub haiguseks kujunemata.

Valdaval enamusel haigetest pole tuberkuloos tekkinud kohe esmasel nakatumisel, vaid haigus areneb kas esmaste tuberkuloosikollete ägenemise või uue nakkuse tagajärjel. Haigestunutest 90%-l on kopsutuberkuloos, harvem esineb luu- või neerutuberkuloosi. Kopsutuberkuloosi haigustunnusteks on nõrkus, väsimus, köha ja palavik ning muutused kopsude röntgeniülesvõtetel – seega sümptomid, mis on iseloomulikud paljudele tavalistele hingamisteede haigustele.

Samas on tuberkuloos palju vähem nakkav kui gripp või teised hingamisteede haigused. Pelgalt ühekordne köhatamine või aevastus, millest piisab viirushaigustega nakatamiseks, pole tuberkuloosi puhul ohtlik. Nakkuse ülekandmiseks on vajalik pikaajaline ekspositsioon haigustekitajale või organismi vastupanuvõime langus keeva toitumise, kestva ülepingutuse või põetud haiguste tulemusel.

Haiguse kindlaks diagnoosimeetodiks on tuberkuloositekitaja leidumine kas rögas või muudes uuringuks võetud proovides. Kui haigustekitajaid on proovis palju, on nad leitavad otsevaatlusel mikroskoobi abil. Selline haige on teistele nakkusohu allikaks ja kuni haigustekitajate eritamise lakkamiseni on parem haiget ravida haiglas või kui ta elab üksi ja tema üldseisund on hea, siis kodus.

Kui haigustekitajaid on vähe, tuleb neid mikroskoobi abil leidmiseks paljundada, kasvatades eri söötmetel ja eri tingimustes, mis võib võtta mitu kuud. Mõnedel juhtudel haigustekitajat ei leita, kuid teised haigustunnused on piisavalt iseloomulikud tuberkuloosi diagnoosi püstitamiseks. Need haiged on teistele palju vähem ohtlikud ja ravi ajaks pole neid reeglina vaja isoleerida.

Tuberkuloosi vastu immuniseeritakse vastsündinuid ja kuni viimase ajani ka koolilapsi juba aastakümneid kohustuslikus korras. Tuberkuloosivastane immuniseerimine vähendab lastel mitmekordselt ohtu haigestuda tuberkuloosi rasketesse vormidesse, nagu tuberkuloosne meningiit, generaliseerunud tuberkuloos jmt, kuid ei anna kaitset nakkuse vastu. Koolilaste kohustuslik vaktsineerimine lõpetati 2002. aastal vähese efektiivsuse tõttu.

Tuberkuloosivastaseid ravimeid on kümneid. Neist kõige efektiivsemaid – isoniiasiidi, rifampitsiini, pürasiinamiidi, streptomütsiini ning etambutooli – nimetatakse tuberkuloosi põhiravimiteks ehk esimese rea preparaatideks. Teised tuberkuloosivastased ravimid on vähem efektiivsed ja avaldavad sagedamini ning tõsisemaid kõrvaltoimeid, mispärast neid nimetatakse teise rea ravimiteks ehk reservpreparaatideks.

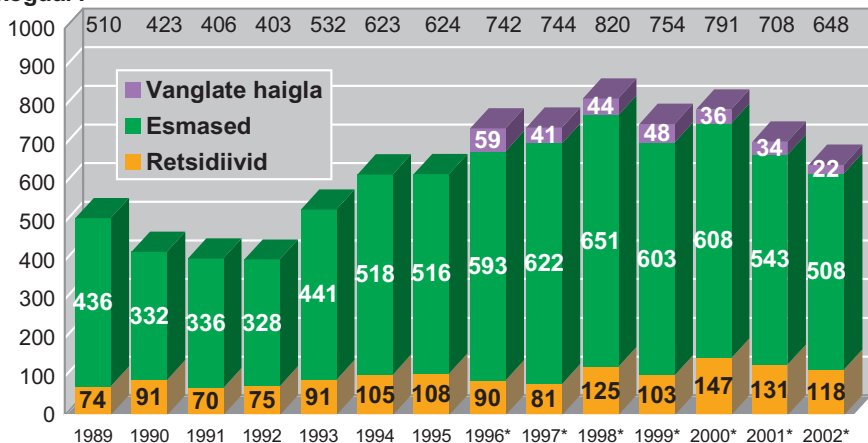
4. Tuberkuloosi haigestumise sagenemine Eestis 1990. aastatel

MTO andmetel on tuberkuloosi nakatunud 1/3 maailma rahvastikust ja nakatunutest haigestub elu jooksul 5...10%. Maailmas nakatub igas sekundis keegi tuberkuloosi ja igal aastal haigestub tuberkuloosi 7...8 miljonit inimest. Aastatel 1993...1996 suurenes tuberkuloosi haigestumus maailmas 13% võrra.

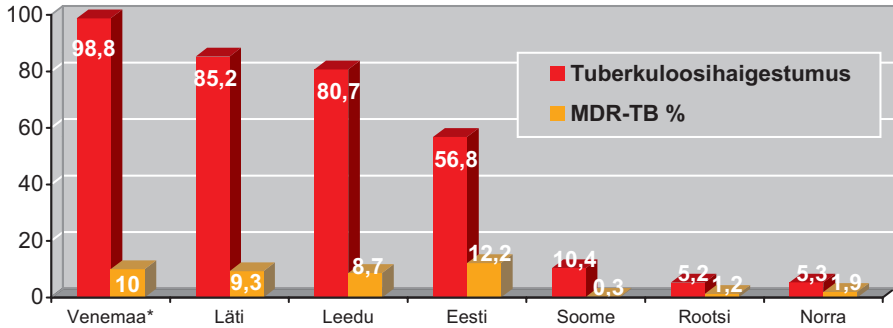
Tuberkuloos oli Eestis enne tuberkuloosiravimite kasutuselevõttu sama sage surmapõhjus kui teistes Euroopa maades. Sõjajärgsetel aastatel oli Eestis kõrgeim tuberkuloosi haigestumine 1953. aastal – 417 tuberkuloosihaiget 100 000 elaniku kohta. Seejärel hakkas tuberkuloosivastase töö tõhustumise ja rahvastiku elamistingimuste paranemise tõttu haigestumus aasta-aastalt vähenema. Möödunud sajandi madalaim haigestumus tuberkuloosi oli 1991. aastal – 21 tuberkuloosihaiget 100 000 elaniku kohta.

Joonis 1.

Haigestumine tuberkuloosi aastatel 1989...2002 (absoluutarvud) koguarv



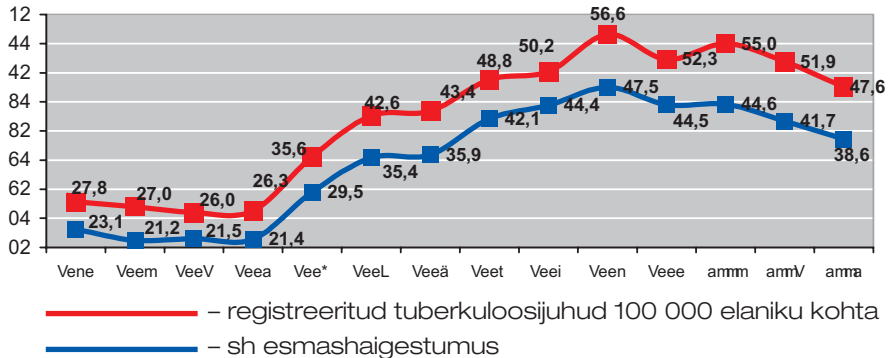
Joonis 2. Tuberkuloosi haigestumus 2000. aastal ja esmaste multiresistentsete tuberkuloosihaigete % Eestis võrrelduna naaberriikidega (allikas: Euro TB Annual Surveillance Report, 2000)



* Resistentsuse andmed Venemaal hinnangulised – mõnes piirkonnas tehtud uuringute järgi

8

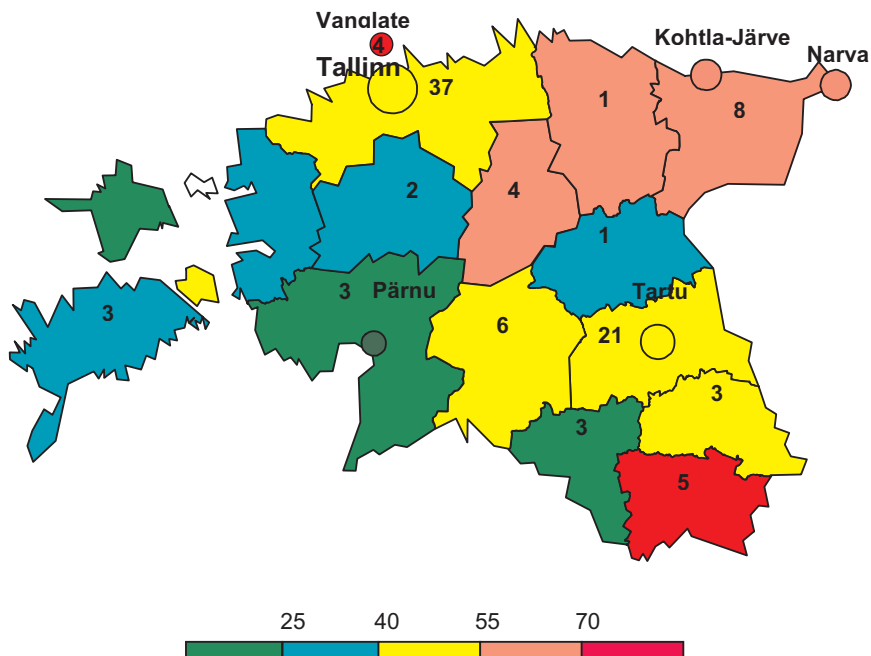
Joonis 3. Tuberkuloosi haigestumine 100 000 inimese kohta aastatel 1989–2002



Haigestumine tuberkuloosi hakkas 1990. aastatel uuesti sagenema ja kahekordistus 5 aastaga – 1998. a diagnoositi 57 tuberkuloosijuhtu 100 000 elaniku kohta. 1996. aastast on tuberkuloosi statistikasse arvatud ka tuberkuloosijuhud vanglates, mille üle peeti seni eraldi arvestust ja mis moodustavad ligikaudu 5% kõigist tuberkuloosihaigetest. Tuberkuloosi haigestumine on Eestis ligi kümme korda sagedasem kui Põhja- ja Lääne-Euroopas.

Joonis 4.

Tuberkuloosi haigestumiskordaja 100 000 elaniku kohta ja uute multiresistentsete tuberkuloosihaigete arv 2002. aastal maakonniti



Kaardi põhi võetud väljaandest: Baburin A, Gornoi K, Leinsalu M, Rahu M. Eesti suremusatlas – Atlas of Mortality in Estonia. Tallinn: Institute of Experimental and Clinical Medicine, 1997.

Miks tuberkuloos Eestis uuesti probleemiks osutus, pole selgitatav ühe põhjusega. Et tuberkuloosihaikestumise sagenemist täheldati kõigis Ida- ja Kesk-Euroopa maades, on põhjuse hulgas kindlasti sotsiaalmajanduslikud muudatused, mille tõttu osa elanike vastuvõtlikkus tuberkuloositekitaja suhtes suurenes. Teiseks, kõigis neis maades toimusid muutused tervishoiusüsteemis, nii arstiabi korralduses kui selle rahastamises, mis ei suutnud alati tagada vajaliku ravi järjepidevust.

Eestis mindi taasisesisevumise alguses üle ravikindlustussüsteemile, mille kaudu tasuta ravikulud haigekassas kindlustatud isikute eest. Seevastu, kindlustamata isikute ravikulud tasuti riigieelarvest ja ainult vältimatu abi osas. Tuberkuloosihaigetest oli ja on kindlustamata isikuid kolmandik kuni pool ja et neile

võimaldada järjepidevat ravi, püüti koostööaltimele haigetele organiseerida püsivat töövõimetust, et tagada kindlustatutega võrdne staatus.

Tuberkuloosi eripäraks kõigi nakkushaiguste seas on väga aeglane haiguse kulg. Nii haiguse arenemine kui ka tuberkuloosist paranemine võtab aega mitu kuud. Tuberkuloosi ravi on edukas esiteks, kui see on kergetel haigusjuhtudel kestnud vähemalt 6 kuud, raskematel juhtudel aasta või kauemgi. Teine ravi põhinõue on vajadus samaaegselt kasutada mitut erinevat tuberkuloosivastast ravimit – haiguse alguses vähemalt kolme-nelja ja edaspidi kuni haigusest paranemiseni vähemalt kaht-kolme. Kolmandaks peab ravi toimuma ilma vaheaegadeta.

Kuudepikkust ravirezhiimi on raske järgida, kui haigel pole selget arusaamist haiguse raskusest ja ohtlikkusest ning haige eluviisid (nt alkoholism) ei soodusta rezhiimist kinnipidamist. Alkoholismi ja tuberkuloosi koos esineb Eestis ligi 40% juhtudel ning need haiged on kõige sagedasemad ravi katkestajad. Samuti on kestva ning järjepideva ravi vajadust raske mõista haigel, kelle haigustunnused on vähesed või taanduvad ravi alustamisel mõne nädalaga.

Kui siia lisada aastakümneid kestnud ja pidev tuberkuloosi haigestumise vähenemine, mis omakorda vähendas nii arstide kui elanikkonna seas ohutunnet tuberkuloosi suhtes, on koos piisav hulk objektiivseid põhjuseid, et kaoks elanike ja arstiaabisüsteemi valmisolek tuberkuloosi ära tunda ning suutlikkus seda haigust järjepidevalt ravida. Tulemusena on Eestis tuberkuloosiepideemia.

Seejuures tuleb meeles pidada, et tuberkuloosi haigestumine sagesamavõrra nii sotsiaalselt haavatavate (sh alkoholiprobleemidega) elanike kui ka korraliku töökoha ja sissetulekuga elanike seas. Näiteks erakordselt suur haigestumine oli 1990-ndatel aastatel Eestis tervishoiutöötajate seas, kes tegelesid tuberkuloosihaigete raviga ja haiguse laboratoorse diagnostikaga. Siin oli sageli põhjuseks elementaarsete tervisekaitsemeetmete eiramine, mis eriti ilmekalt näitab, et üldine valvsuse kadumine oli peamine tuberkuloosiepideemia taastekke põhjus Eestis.

Tuberkuloosiepideemia eripäraks Eestis on multiresistentsete haigusjuhtude arvu suurenemine viimastel aastatel, mistõttu MTO kuulutas 1997. aastal Eesti koos Argentiina, Dominikaani, Läti ja Venemaaga nn ohtlikuks tsooniks. 1997. a olid Eestis bakterioloogiliselt kinnitatud esmasjuhtudest 10% multiresistentset. Multiresistentse tuberkuloosi haigestumise sagenemine on Eestis tingitud juba väljakujunenud multiresistentsete haigustekitajate levikust ühiskonnas ja haigla sisest.

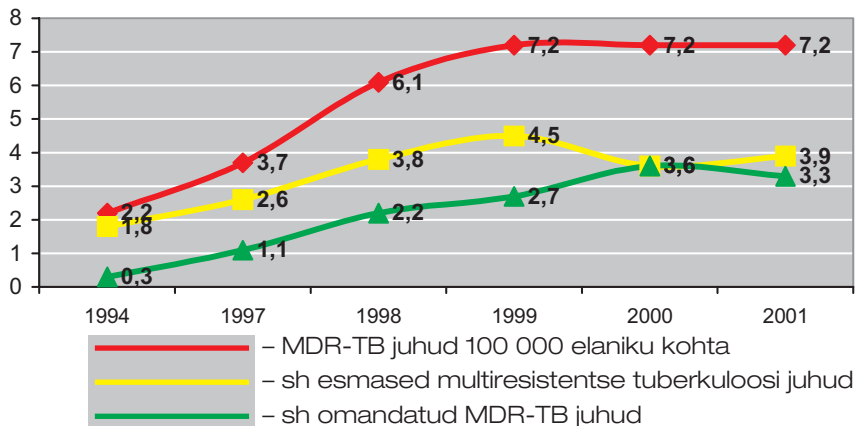
5. Tuberkuloositõrje programmi käivitamine

Tuberkuloosi kui nakkushaiguse kontrolli all hoidmiseks ei piisa üldisest vaktsineerimisest, sest immuniseerimine küll vähendab haigestumise tõenäosust mitu korda, kuid ei välista seda. Tuberkuloosi leviku takistamiseks on kõige olulisem saavutada, et kõik tuberkuloosihaiged saaksid järjepidevat ravi kuni tervistumiseni.

Analüüsidest tuberkuloosi haigestumist Eestis 1990. aastatel, võib esile tuua, et haigestumise tõus on suurim eelnevalt ravi saanud haigete arvelt. See viitab ebapiisavale ja vaheaegade ravile ning ebaõigete raviskeemide kasutamisele programmile eelnenud aastatel. Nimetatud hüpotees sai kinnitust 1996. aastal läbiviidud tuberkuloosiravi kvaliteedi hindamisel. Multiresistentne haigusvorm allub ravile tuberkuloosivastaste ravimitega oluliselt halvemini ja isegi edukas ravi kestab sel juhul poole kauem. Multiresistentse tuberkuloosi raviks tuleb kasutada teise rea tuberkuloosiravimeid, mis on põhiravimitest kümneid ja sadu kordi kallimad ja mille kasutamisega kaasnevad sagedamini kõrvaltoimed. Just multiresistentse tuberkuloosi leviku takistamiseks on eriti oluline, et see haigusvorm saaks korralikult välja ravitud.

Multiresistentse tuberkuloosi kõrge esinemissagedus on samuti vähemalt osaliselt tingitud varasemate aastakümnete ebaefektiivsest ravist, mis omakorda oli

Joonis 5. Multiresistentsed tuberkuloosijuhud Eestis 100 000 elaniku kohta aastatel 1994 ja 1997...2001



tingitud kvaliteetsete teise rea tuberkuloosiravimite puudulikust kättesaadavusest ja ebaefektiivsete raviskeemide rakendamisest.

Kujunenud olukorras, kus senise tööjaotuse ja rahastamise tingimustes ei olnud tervishoiusüsteem suuteline takistama tuberkuloosiepidemia kujunemist, koostati 1997. aastal vastav riiklik tuberkuloositõrje programm. Programmi koostamise töögrupp koosnes kopsuhaiguste, rahvatervise ja tervishoiuökonomika spetsialistidest. Lähtuti MTO, IUATLD ja välisekspertide soovitudest, Eesti epidemioloogilistest olukorrast ning senise ravikorralduse kriitilisest analüüsist.

“Tuberkuloositõrje programm aastateks 1998–2003” kinnitati Vabariigi Valitsuse 30. oktoobri 1997. a korraldusega nr 799-k (täistekst vt lisas) ja programmi rahastati 1998. aasta riigieelarvest 5,5 miljoni krooni ulatuses.

Tuberkuloositõrje programmi põhieesmärgiks on tuberkuloosi ravistrateegia reorganiseerimine Eesti Vabariigis, tagamaks efektiivset ravi, mis võimaldab elanikkonda kaitsta tuberkuloosinakkuse leviku eest. Programmi tulemuslikkuse indikaatoriks on seatud tuberkuloosi esmashaigestumise vähendamine 2005. aastaks 30 uue haigusjuhu ni 100 000 elaniku kohta aastas, s.o pooleni 1997...1998. a haigestumistasemest.

Programmi esimese aasta jooksul jätkus tuberkuloosi haigestumise tõus, saavutades maksimumi 1998. aastal – 689 esmast tuberkuloosijuhtu, mis teeb 47,5 haigusjuhtu 100 000 elaniku kohta. Aastatel 1999...2000 püsis haigestumine sisuliselt sama kõrgel tasemel ja hakkas uuesti vähenema alates 2001. a, mil tuberkuloosi haigestus esmaselt 676 inimest, mis teeb 42 uut tuberkuloosihaiget 100 000 elaniku kohta.

Tuberkuloosi haigestumise kasv programmi esimestel aastatel on programmi eduka toimimise tõenduseks, sest haigeid avastatakse rohkem ning nende üle peetakse senisest täpsemalt arvet. Samuti on multiresistentse tuberkuloosi suur osakaal Eestis märkimisväärses osas tingitud väga efektiivselt toimivast tuberkuloosi laboratoorse diagnostika süsteemist. Võrreldes teiste, sh paljude Euroopa Liidu riikidega, tehakse Eestis tuberkuloositekitaja leidmiseks tunduvalt suuremaid pingutusi – korduvaid rögaanalüüse ja teisi uuringuid ning kõigi leitud haigustekitajate osas määratakse nende tundlikkus tuberkuloosiravimite suhtes. Mida rohkem selliseid uuringuid tehakse, seda tõenäolisem on haigustekitajate leidmine. Ja vastupidi, resistentsust ei saa leida, kui ravimitundlikkust ei määrata, mis on valdav taktika paljudes maades, kus multiresistentset tuberkuloosi on Eestiga võrreldes mitu korda vähem.

Tuberkuloositõrje programmis püstitatud eesmärk – 30 esmast haigusjuhtu 100 000 elaniku kohta Eestis 2005. a – on saavutatav, sest 2002. a oli esmashaigestumine vähenenud 38-ni 100 000 elaniku kohta. Seda tingimisel, et Eestis tagatakse ümberkorraldatud tuberkuloosiravi süsteemi toimimine vähemalt senises mahus.

6. Programmi tegevused ja alaprojektid

Tuberkuloositõrje programmi põhieesmärgi saavutamiseks on ette nähtud 8 lahendusteed:

- otseselt kontrollitava ravisüsteemi (OKR) käivitamine ja korraldus;
- uute tuberkuloosihaigete avastamise süsteemi kaasajastamine;
- tuberkuloosi otstarbekas, sihipärane profülaktika;
- laboratoorse teenistuse tsentraliseerimine;
- tuberkuloosi ühtse registreerimise ja kontrolli süsteemi loomine;
- sotsiaalhooldussüsteemi kaasamine tuberkuloositõrje programmi täitmisel;
- tuberkuloositõrje programmi põhimõtete rakendamine kinnipidamisasutustes;
- tuberkuloositõrje programmi põhisuundadele vastavate teadusuuringute kavandamine.

Osal nimetatud suundadest toimus tegevus sihtprogrammi käigus pidevalt, teiste osas oli see rohkem hajutatud ning seda tegevust rahastati väljaspool tuberkuloositõrje programmi. Näiteks kolmandal tegevussuunal – tuberkuloosi otstarbekas, sihipärane profülaktika – on laste vaksineerimine ja tuberkuliniseerimine jätkuvalt toimunud vastavalt sotsiaalministri kehtestatud vaksineerimiskalendrile ning finantseerituna riigieelarvest läbi Tervisekaitseinspeksiooni ja ravikindlustuseelarvest.

Käesolevas kokkuvõttes on nimetatud lahendusteid käsitletud grupeerituna esmalt tegevussuundade kaupa ning seejärel eelarve ja ajakava põhjal.

6.1. Otseselt kontrollitav ravi

Otseselt kontrollitav ravi (OKR, DOTS, *directly observed treatment strategy*) on MTO poolt soovitatud strateegia tuberkuloosi tõrjeks, mida edukalt rakendatakse kümnetes maades. OKR-i nimetuses kajastub strateegia sisu – haige võtab ravimit iga kord ja alati meditsiinipersonali järelevalve all. Haige on siis kas haiglas, tuleb selliseks eraldi visiidile või tuuakse talle ravimid koju. Tulemusena vähenevad mitmekordset võimalused unustamiseks ja eksimusteks ning kõrvalekalded ettekirjutatud ravirežiimist. OKR kasutab riikliku ravimiostuga hangitud ravimeid, mida jagatakse vastavalt ettenähtud raviskeemidele kõigile tuberkuloosihaigetele tasuta.

OKR tähendab ainult üksikutel juhtudel füüsiliselt iseseisvaid ruume ja eraldi personali. Enamuses saavad tuberkuloosihaiged kokkulepitud aegadel ravimi õelt, kes töötab koos kopsuarsti või perearstiga. Vahel ka õelt või sotsiaaltöötajalt, kes teeb haigete juurde koduviite. OKR-i läbiviimisel on oluline eristada (ajaliselt) nakkusohtlikud tuberkuloosihaiged teistest arsti juures käivatest patsientidest. OKR-i edukus oleneb kaasatud personali distsiplineeritusest ning abivalmidusest patsientide suhtes, kes mitte alati pole koostöövalmis. Et suurendada patsientide huvitatust ravimi järel käimiseks, antakse neile igal visiidil toidupakike, mille hind on keskmiselt 25 krooni. Vajadusel kompenseeritakse patsiendile ka visiidiga seotud ühistranspordi kasutamise kulud.

Tabel 1. Otsestelt kontrollitud ravi käigus tehtud visiitide koguarv

	Visiitide arv				Keskmine patsientide arv kuus			
	1999	2000	2001	2002	1999	2000	2001	2002
Harjumaa ja Raplamaa	*	20 260	27 219	33 275	–	113	138	168
sh Tallinn	11 358	18 565	19 993	25 431	–	107	108	135
Hiiumaa	*		88		–		3	
Ida-Virumaa	*	4 192	5 158	5 399	–	26	28	35
sh Kohtla-Järve	1 012				–			
sh Narva	*	1 816	2 413	2 499	–	7	19	18
Jõgevamaa	1 260	1 590	2 107	1 456	–	10	13	8
Järvamaa	*	543	1 252	2 696	–	3	6	12
Lääne-Virumaa	390	3 977	3 669	3 445	–	22	20	19
Läänemaa	*	631	410	816	–	5	3	6
Põlvamaa	1 839	1 441	1 567	1 174	–	8	8	8
Pärnumaa	1 282	2 403	2 174	2 479	–	13	12	13
Saaremaa	*	451	2 485	1 141	–	7	12	6
Tartumaa	7 832	8 691	8 666	7 476	–	59	56	42
Valgamaa	1 188	1 482	2 290	1 572	–	11	13	11
Viljandimaa	2 061	2 526	1 507	1 932	–	17	10	11
Võrumaa	1 953	1 560	2 229	3 263	–	8	11	17
Eestis kokku	30 175	49 747	60 821	66 124	–	26	29	32

* sel aastal ei olnud OKR selles maakonnas veel käivitatud

- andmed ei ole kättesaadavad

Otseselt kontrollitava ravi (OKR) süsteem laienes 2000. aasta jooksul kõigisse Eesti maakondadesse. Tallinna ja Harjumaa OKR-kabinetide tööd koordineeriti endisest Tallinna Kivimäe Haiglast, nüüdsest Põhja-Eesti Regionaalhaiglast, Ida-Virumaal Kohtla-Järve Kopsuhaiglast. Ülejäänud OKR-kabinetide tööd Eestis koordineerib TÜ Kliinikumi Kopsukliinik. OKR-kabinetid osalevad tuberkuloositõrje programmis lepingute alusel juhtasutusega. Lepingu alusel väljastatakse maakondadele vastavalt esitatud tellimusele tuberkuloosivastased ravimid. Leping reguleerib ka otseselt kontrollitava raviteenuse läbiviimise hinda ning korda maakondades. Maakondade OKR-kabinetid sõlmivad omakorda lepingud OKR-i läbiviimiseks perearstiga (juriidiline isik) või pereõega (füüsiline isik). Aeg-ajalt on seoses lepingupartnerite vahetumisega esinenud tõrkeid OKR-i läbiviivate õdede ja sotsiaaltöötajate töö eest tasustamisel, mistõttu on oluline tagada nende motivatsiooni säilimine tööks tuberkuloosihaigetega, et haiged püsiksid OKR-süsteemis.

OKR-süsteem teeb tihedat koostööd tuberkuloosiregistriga, et ükski tuberkuloosihaige ei jääks ravita ka juhtudel, kui ta elukohta vahetab või kinnipidamiskohast vabaneb.

6.2. Tuberkuloosiregister

Tuberkuloos kui nakkushaigus on Eestis alates 1922. aastast kuulunud ametlikule registreerimisele. Nõukogude Liidu aegadel jälgis tuberkuloosi levikut ning koordineeris haiguse diagnostikat ja ravi vastav eraldiseisev dispanseerne süsteem. Seoses haigestumise vähenemisega loobuti 1980. aastatel taasiseseisvunud Eestis tuberkuloosidispanserite süsteemist, mistõttu programmi käivitamise ajaks polnud enam kellelgi täpset ülevaadet haigetest ja nende liikumisest.

Tuberkuloosiregistri põhieesmärgiks on ülevaate loomine Eestis diagnoositud tuberkuloosijuhtude kohta, et analüüsida juba elluviidud tuberkuloositõrje meetmete efektiivsust ja planeerida uute meetmete väljatöötamist. Selleks korraldab register tuberkuloosi haigestumist kirjeldava statistika kogumist, tuberkuloosijuhtude esinemise, kulgemise ja ravi tõhususe analüüsi.

Programmi käivitamise ja esimeste tegevusaastate jooksul on ümber hinnatud tuberkuloosi diagnoosimise alused ja ümber korraldatud tuberkuloosi registreerimise süsteem. Seetõttu pole tuberkuloosi haigestumise dünaamika 1990-ndate teisel poolel üks-üheselt võrreldav eelmiste aastatega. Programmi käigus töötati välja uued ja ühtsed vormid tuberkuloosihaigete jälgimiseks ja loodi elektrooniline andmekogu kogutud andemete säilitamiseks, töötlemiseks ja analüüsiks.

Tuberkuloosiandmekogu asutamine ja pidamise kord kehtestati sotsiaalministri 30. märtsi 2001. aasta määrusega nr 38.

Tuberkuloosiregistri vastutav töötaja on Sotsiaalministeerium, volitatud töötajaks on alates 1999. a Tallinna Kivimäe Haigla ning selle õigusjärglane SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla. Tuberkuloosiregister koondab informatsiooni tuberkuloosi haigestumise kohta kahest kohast – arstidelt, kes haigust diagnoosivad, ning mikrobioloogialaboritest, kus uuritakse tuberkuloosikahtluse korral vastavaid analüüse.

Kogutavad andmed ning nende alusel koostatavad igakuised ja -kvartaalsed aruandlusvormid võimaldavad Sotsiaalministeeriumil ja teistel asjaosalistel täpselt jälgida haigestumise dünaamikat ja kasutatud raviskeemide efektiivsust (resistentsuse arengut), et õigeaegselt identifitseerida piirkondi ja tuberkuloosihaigete alarühmi, kus vajatakse täiendavat sekkumist. Andmed on kättesaadavad alates 1998. aastast Sotsiaalministeeriumi kodulehel: <http://www.sm.ee/gopro30/Web/gpweb.nsf/pages/statistika0107>

Maailma Terviseorganisatsiooni, Euroopa Liidu tuberkuloosiseiresüsteemi Euro TB ja Eesti Tuberkuloosiregistri vahelise koostöö tulemusel on Eesti tuberkuloosi haigestumise andmed kättesaadaval ka vastavate organisatsioonide Interneti lehekülgedel: <http://www.who.int/gtb/publications/globrep/index.html> ja <http://www.eurotb.org/>

Tuberkuloosiregister vajab täiustamist eelkõige MDR tuberkuloosi täiendatud andmekogumissüsteemi ning elektroonilise andmevahetuse osas.

Alates 2001. aastast annab Tuberkuloosiregister välja haigestumise aastaraamatut.



6.3. Laboratoorse diagnostika arendamine

Kuigi tuberkuloosi diagnoosimisel on oluline nii haiguse kliiniline kulg kui röntgenoloogiline leid, on mikrobioloogiline haigustekitaja määramine otsustava tähtsusega, et kinnitada haiguskahtlust või nakkusohu möödumist ning valida efektiivseid tuberkuloosiravimeid. See tähendab täpsust analüüside võtmisel, ladusat koostööd uuringumaterjalide saatmisel ning kõrget kvalifikatsiooni uuringutulemuste tõlgendamisel.

Alates 1995. aastast on Eestis toimiv tuberkuloosialane bakterioloogiline teenistus ümber korraldatud, lähtudes vajadusest kõrge kvalifikatsiooniga tööjõu, hinnalise aparatuuri ja kallite söötmete sihipärase kasutamise järele. Ümberkorralduste käigus suleti kõik senised külvipunktid, sest need ei vastanud nimetatud tegevuse tarbeks vajalikele ohutusnõuetele ning väikese koormuse tõttu polnud suutelised tagama töötajate pädevust ega uuringute kvaliteeti. 1997. a läbisid kõik tuberkuloosi laboriteenistuse tarbeks koolitatud laborid tegevusloa taotlemise protsessi, kus oluline rõhk oli asetatud tööohutusele ja kvaliteedi kontrollile.

Tänaseks on tuberkuloosialane töö eri põhjustel (uuringute vähesus, raskused ohutu tööprotsessi tagamisega jne) üle viidud üldkliinilistesse mikrobioloogialaboritesse. Haigustekitaja külve, mis nõuavad kvalifikatsiooni ja selle säilitamiseks suurt praktikat, tehakse ainult Tallinnas, Tartus ja Kohta-Järvel. Uuringute kvaliteeti kontrollib regulaarselt referentlabor, mis asub TÜ Kliinikumis, viib laborite töö professionaalsuse tagamiseks läbi koolitusi ja on samaaegselt rahvusvahelise kontrolli all, mida vahendab vastav labor (SIIDC) Stockholmis.

Tabel 2. Tuberkuloositekitaja tundlikkus ravimite suhtes esmastel tuberkuloosijuhtudel aastatel 1994 ja 1997...2001

	1994	1997	1998	1999	2000	2001
Testitud kokku	266	349	377	382	377	375
Tundlik 1. rea ravimite suhtes	191	247	238	258	272	250
%	72%	71%	63%	68%	72%	67%
Resistentseid kokku	75	102	139	124	107	125
%	28%	29%	37%	33%	28%	33%
sh multiresistentseid	27	36	53	62	49	53
%	10%	10%	14%	16%	13%	15%

Tabel 3. Ajavahemikus 1997-2002 tuberkuloosi II ja III astme laborites tehtud mikrobioloogiliste uuringute jaotumus bakterioskoopia ja külvide järgi

	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Bakterioskoopia						
üldhulk	18 387	21 016	22 755	22 028	19 523	17 923
positiivseid	1 982	2 196	1 955	1 721	1 570	1 383
%	11	10	9	8	8	8
Külvid						
üldhulk	17 422	20 093	21 727	22 028	19 423	17 923
positiivseid	3 011	3 391	3 660	3 111	2 707	2 341
%	17	17	17	14	14	13

Märkused

Analüüs on tehtud uuringute hulga, mitte patsientide hulga järgi.

Analüüs ei peegelda labori töö kvaliteeti ega muid labori tööd kajastavaid parameetreid (v.a uuringute maht).

Analüüs peegeldab eelkõige arstlikku tegevust ja iseloomustab patsientide kontingenti, kellelt kogutud uuringumaterjali mikrobioloogiliselt testiti.

Et laboriteenuse koondamise tulemusel oleks tagatud uuringumaterjalide õigeaegne jõudmine vastavat kvalifikatsiooni omavasse laborisse, alustati 1999. a nakkusohtliku bioloogilise materjali transpordisüsteemi loomist. Transpordisüsteemi käivitumise tulemusel osutus võimalikuks sulgeda väikese töömahuga laborid, millega kaasnes rahaline kokkuhoid, paranes uuringute kvaliteet ja kaotati kümned nakkusohu allikad.

Täna on tuberkuloosi mikrobioloogiline diagnostika Eestis nii ressursside kui oskusteabe osas rahvusvaheliselt tunnustatud kõrgel tasemel. Pidevalt toimiv koolitus ja töö kvaliteedi kontrolli alal tagab uuringumaterjali kiire ja korrektse käsitlemise. Rahvusvaheline koostöö ning osalemine teadusprojektides garanteerib uuringutulemuste interpreteerimise usaldusvärsuse.

6.4. Riiklik ravimite ost

Edukas tuberkuloosiravi eeldab, et mitte ühelgi ajahetkel ega ühegi haige jaoks ei teki tõrkeid ravimite kättesaadavuse osas. Esimest korda sooritati riigihange ravimite ostmiseks 1999. aastal. Neid ravimeid kasutati selleks ajaks OKR-iga hõlmatud maakondades tuberkuloosihaigete ambulatoorseks raviks. 2000. aasta ravimite riigihankega varustati esimese rea tuberkuloosiravimitega juba kõik ambulatoorset ravi vajavad patsiendid. 2001. a ostu tulemusena, kasutades MTO poolt võimaldatud soodushinda, suutis programm luua 1...2-aastase varu esimese valiku ja reservrea tuberkuloosiravimite osas kõigile tuberkuloosi põdevatele haigetele Eestis.

Ravimite väljastamine raviasutustele ja OKR-kabinettidele toimub nõudelehtede alusel. Reservrea tuberkuloosiravimite kasutamise aluseks on ravijärelevalve konsiiliumi otsus. Iga kuu annavad raviasutused aru eelmise kuu ravikulu kohta koos ravil olevate patsientide arvuga. Ravi igapäevaseks dokumenteerimiseks kasutatakse kahte erinevat ravikaarti olenevalt sellest, kas tegemist on tundliku tuberkuloosivormiga või multiravimiresistentset tuberkuloosi põdeva patsiendiga.

Riikliku ravimihanke tulemusel on tagatud ravimite õigeaegne ja vaheaegadeta jõudmine eranditult kõigi haigeteeni, efektiivsete raviskeemide järgimine ja kokkuvõtte ravimikulutuste osas ilma järeleandmisteta ravi kvaliteedis.

6.5. Ravitingimuste parandamine haiglates

Eesti tervishoiutöötajate seas oli 1990. aastatel erakordselt suur haigestumine tuberkuloosi, eriti nende seas, kes tegelesid tuberkuloosihaigete raviga ja haiguse laboratoorse diagnostikaga. Siin oli põhjuseks ühelt poolt minimaalsetegi ohutustingimuste puudumine ja teiselt poolt elementaarsete tervisekaitsenõuete eiramine. Ka haiglaravil olevate patsientide jaoks kujutasid tuberkuloosiosakonnad kohati täiendavat ohtu uueks nakatumiseks. Peamiseks põhjuseks oli siinjuures ventilatsioonisüsteemi puudumine või selle mittevastavus tuberkuloosi kui õhu teel leviva nakkushaiguse iseloomule.

Et multiresistentne tuberkuloos on suurimaks ohuallikaks, suunati 1999. a oluline osa tuberkuloositõrje programmi vahenditest ümberehitusteks ja ventilatsioonisüsteemide paigaldamiseks Tallinna Kivimäe Haigla Kose osakonnas ja TÜ Kliinikumi Kopsukliinikus, kus toimub multiresistentset tuberkuloosi põdevate haigete ravi. Renoveerimistöid toetasid lisaks programmile ka NO-TB-Baltic projekt ning raviasutused ise ravikindlustusvahendite arvelt.



Kaasaegseks tuberkuloosihaiiglaks renoveeritud
SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla Kose osakond

20

Tuberkuloosihaigete haiglaravi toimus programmi käivitamisel kuues vastava litsentsiga haiglas: Tallinna Kivimäe Haiglas, SA TÜ Kliinikumi Kopsukliinikus, Kohtla-Järve Kopsuhaiglas, Narva Haiglas, Rakvere Haiglas ja Jämejala Psühhiaatriaiglas. Programmi kavas oli lõpetada tuberkuloosihaigete ravi Narva ja Rakvere haiglates, kuid seni on see haigete arvukuse tõttu osutunud ebaotstarbekaks. Jämejala haiglasse jääb alles nende psühhiaatriliste häiretega tuberkuloosihaigete ravi, keda ei saa üle viia Tallinna, Tartu või Kohtla-Järvele. Seoses ambulatoorse ravi eelisarendamisega on tuberkuloosi ravivoodite arv vähenenud 1996. aastaga võrreldes 30%.

6.6. Koolitus ja kvaliteedi tagamine

Tuberkuloositõrje programmi tegevuse eelduseks on motiveeritud ja koolitatud personali olemasolu. Programmi eesmärkide ja tegevuste tutvustamine oli vajalik teravishoiujuhtidele, eri erialade meditsiinitöötajatele ning ka elanikkonnale. Kaasaegne tuberkuloosikontrolli strateegia erines tunduvalt aastakümneid kasutusel olnud profülaktika ja ravi põhimõtetest.

Koolitusprojekt oli suunatud peamiselt tuberkuloosiravi teostavatele arstidele ja õdedele ning käsitles eeskätt tuberkuloosihaigete ravi korraldust. Koolitajateks olid sihtprogrammi töötajad ja tuberkuloosiravi spetsialistid välismaalt. Koolituse hulka

kuulub ka nn supervisioon, mille käigus programmi ja OKR-i juhid nõustavad ning jälgivad kõigi programmilülide kaastöötajate tegevust.

Otsus tunnistada haigusjuht multiresistentseks ja sellest tulenev teise rea (reserv)preparaatide kasutuselevõtt tehakse nn multiresistentse tuberkuloosi konsiiliumi poolt. Konsensuslik otsus on ainuvõimalik nende ravimite otstarbekaks kasutamiseks. Vastasel juhul on mõne aasta pärast ravimiresistentsuse probleem veel tõsisem. Konsiiliumi kuuluvad programmi ja OKR-i alaprojektide juhid.

Haigete ravitulemuse paranemine ja eriti ravikatkestajate aru vähenemine on olnud otseses seoses koolitustegevusega. Pikaajalise ravikuuri edukas lõpetamine sõltub eeskätt personali oskusest patsienti veenda ja teda abistada. Ilma vastavate teadmisteta on raske toime tulla haigete ravikõrvaltoimetega.

Järjepidev jätkukoolitus ja supervisioon on vajalikud igapäevases töös ettetulevate sõlmküsimuste kiireks lahendamiseks, samuti uute töötajate väljaõppeks. Infektsioonikontrollialaste teadmiste pidev täiendamine on aidanud kaasa ohutu töökeskonna loomisele, seda nii administratiivsete vahendite kui töötajate enda töökultuuri muutmise tulemusena. Koolitustegevusega haakub otseselt tuberkuloosijuhtude korrektne registreerimine ning ravijälgimise dokumenteerimine. Tuberkuloosiandmekogu teeb tööd ainult nende andmete põhjal, mida saadab ravitööga tegelev personal.

6.7. Tuberkuloositõrje kinnipidamisasutustes ja sotsiaalhooldussüsteemi kaasamine

Tuberkuloosi kaasaegse ravi ja diagnostika põhimõtete rakendamist kinnipidamisasutustes finantseeris aastatel 1999...2000 Eesti Avatud Fond. Alates 2001. aastast toimub rahastamine Justiitsministeeriumi vahenditest ning kinnipidamisasutustes toimub tuberkuloositõrje koosõlas riikliku programmi tegevuskavadega. Programmi kaudu on tagatud kõigi vajalike tuberkuloosiravimitega varustamine, haigla- ja laboripersonali koolitus, ravikvaliteedi hinnang. Selle tulemusena toimub tuberkuloosi ravi kinnipidamisasutustes vastavalt rahvusvahelistele standarditele ja on suurenenud tuberkuloosi ravi efektiivsus vanglate haiglas. Haigestumine on langenud 48 juhult 1999. aastal 22 juhuni 2002. aastal. Edasist tähelepanu nõuab kinnipidamisasutustest lahkuvate tuberkuloosihaigete ravi järjepidevuse tagamine koostöös tuberkuloosiregistri ja OKR-süsteemiga.

Sotsiaalhooldesüsteemi kaasamine, sh sotsiaaltöötajate töö haigete jälgimisel ja toetused tuberkuloosi põdevatele haigetele, on programmi käigus toimunud vas-

tavalt konkreetsetele vajadustele OKR-i kohapealseks läbiviimiseks. Kolmes suuremas piirkonnas (Tallinn, Tartu, Kohtla-Järve) on lepingulisel alusel tööle võetud haigla sotsiaaltöötaja, kes abistab ja nõustab tuberkuloosihageid eesmärgiga tagada nende võimalikult maksimaalne huvitatus terveneda. Tuberkuloosihageitele täiendavate sotsiaalsete garantiide tagamine pikemaajase ravi, eeskätt multiresistentsete haigusvormide korral vajab uute lahenduste väljatöötamist koostöös sotsiaalhooldesüsteemiga.

7. Eelarve ja ajakava

Tuberkuloositõrje programmi rahastamisest riigieelarve kaudu annab ülevaate tabel 4. Esitatud rahanumbrid ei haara endasse mitte enamust, ammugi siis kõiki tuberkuloosiravi kulusid Eestis. Kõigi kindlustatud isikute ravikulud haiglas ja ambulatoorselt kannab haigekassa ja osa kindlustamata isikute ravikuludest tuleb täiendavalt riigieelarvest.

Tabel 4. Tuberkuloositõrje programmi rahastamine

	1998	1999	2000	2001	2002
Kogukulu	5 035 000	11 632 620	7 799 999	11 446 000	11 197 620
Otseselt kontrollitav ravi	423 506	2 172 870	4 182 053	4 843 531	5 546 995
Tuberkuloosiregister	170 000	429 000	487 000	316 000	400 000
Laboratoorne teenistus	650 000	389 813	382 756	342 874	416 000
Ravimid		3 173 569	1 688 264	4 458 597	2 818 015
Koolitus ja supervisioon	133 185	288 756	101 300	414 693	656 399
Administreerimine*	178 309	982 192	958 626	1 070 305	1 360 310
Ravikindlustuseta isikute ravi	3 480 000				
Investeeringud, sh		4 200 000			
Kivimäe haigla (sh Kose osakond)		3 100 000			
TÜ Kliinikumi Kopsukliinik		1 000 000			

* Administreerimiskulud sisaldavad lisaks tööjõukuludele alates 1999. aastast ka majanduskulusid, programmi ruumide rendi kulu, supervisiooni/OKR-i teostamiseks kasutatava transpordikulu (alates 2001. a) ning kulu trükiste/õppematerjalide valmistamiseks.

Lisaks riiklikule tuberkuloositõrje programmile rahastati Eestis välisabi korras tuberkuloosiravi kolmest allikast. Avatud Eesti Fondi stipendiumi abil finantseeriti 1999...2000. a tuberkuloosi diagnoosimist, ravimite ostu ja koolitust kinnipidamisasutustes, kokku 3 miljoni krooni ulatuses. Soome kopsuarstide assotsatsioon FILHA rahastas aastail 2000...2001 200 patsiendi raviks vajalike 3 tuberkuloosiravimi ostu Lõuna-Eesti maakondade (Tartu, Valga, Võru, Viljandi, Jõgeva ja Põlva) tuberkuloosihaigetele.

Suurim välisabi saadi NO-TB-Baltic koostöö raames. NO-TB-Baltic on 5 Põhjamaa (Soome, Rootsi, Norra, Taani ja Island) tuberkuloositõrje abistamise projekt Baltimaadele (Eesti, Läti, Leedu), mis rahastas laboridiagnostikat, reservrea tuberkuloosiravimite ostu, andmekaitset tuberkuloosiregistris, tervishoiutöötajate koolitust ja raviasutuste renoveerimist. Kokku toetas NO-TB-Baltic aastatel 2000...2001 tuberkuloosiravi Eestis 8,9 miljoni krooniga, millest ravimite hankimiseks kulus 2,8 mln, laboriteenuse arendamiseks 1,5 mln, OKR-i läbiviimiseks 1,6 mln ja renoveerimiseks 2,1 mln krooni.

Tuberkuloositõrje programmi tegevus on toimunud eri asutuste kaudu. Esimesel aastal oli selleks TÜ Kliinikumi Kopsukliinik, aastatel 1999...2002 Rahvatervise ja Sotsiaalkoolituse Keskus ning alates 2003. a Eesti Tervisekasvatuse Keskus. Selline juhtasutuse vahetamine pole küll takistanud programmi ülesannete täitmist, kuid on raskendanud eelarvevahendite kasutamist ja häirinud tegevuskava tähtaegset elluviimist. Juhtasutuse tegevuste planeerimine ning eelarve koostamine toimub koostöös tuberkuloositõrje programmi juhi, projektijuhtide ja juhtkomiteega kooskõlas seadusandlusega ning vastavalt Sotsiaalministeeriumi seatud prioriteetidele ja eelarveaastaks eraldatud rahalistele vahenditele.

Tuberkuloositõrje programmi esimesel tegevusaastal (1998) kaardistati tuberkuloosi statsionaarse ravi vajadused ja võimalused Eestis, kavandati haiglaravi ja laboriteenistuste reorganiseerimine ning otseselt kontrollitava ravi (OKR) põhimõtted ja läbiviimise korraldus Eestis. Arendati välja kontaktid rahvusvaheliseks koostööks tuberkuloositõrjes Balti- ja Põhjamaadega. 69% tuberkuloositõrje programmi 1998. a eelarvest hõlmas ravikindlustuseta isikute tuberkuloosiravi kulude katmine.

Teisel tegevusaastal (1999) kulutati tuberkuloositõrje programmi eelarvest 41% tuberkuloosihaiqlate remondiks ja ventilatsioonisüsteemide ehituseks. Käivitati OKR kaheksas maakonnas ja laiendati tegevust Tallinna (sh vanglad), reorganiseeriti tuberkuloosi laboriteenistus, käivitati koolitus ja tuberkuloosiregistri tegevus. Esimest korda sooritati riigihange ravimite ostmiseks ja kasutati neid ravimeid OKR-iga hõlmatud maakondades tuberkuloosihaiqlate ambulatoorseks raviks.

2000. a kulus 53% tuberkuloositõrje programmi vahenditest OKR-süsteemi rakendamiseks kogu Eestis, mis ka aasta lõpuks saavutati. Sealhulgas osa vahenditest läks OKR-kabinettide rajamiseks. Ravimite riigihankega varustati esimese rea tuberkuloosiravimitega kõik ambulatoorset ravi vajavad patsiendid.

Tuberkuloositõrje programmi neljandal tegevusaastal (2001) kasutati 38% programmi eelarve vahenditest ravimite ostuks, mille tulemusena, kasutades MTO poolt võimaldatud soodushinda, suutis programm luua 1...2-aastase varu esimese valiku ja reservrea tuberkuloosiravimite osas kõigile tuberkuloosi põdevatele haiqlatele Eestis.

2002. a ambulatoorse otseselt kontrollitava ravi osakaal suurenes, tingituna haiqlate voodikohtade arvu vähendamisest. Ravikatkestajate leidmiseks kasutati varasemast aktiivsemalt esmatasandi medisiinipersonali ja sotsiaalsüsteemi abi. Ambulatoorse OKR-i rahastamisele kulus 48% programmi eelarvest. Jätkus koostöö MTO-ga, kes toetab Eestis 2001. a alustatud DOTS-Plus projekti (ravimiresistentse tuberkuloosi ravi ja jälgimise süsteem).

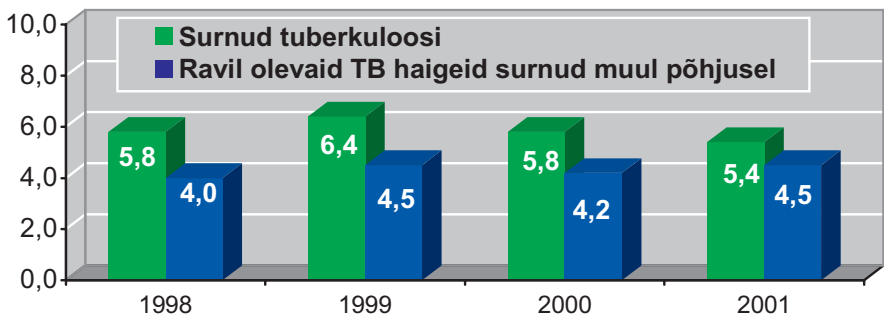
8. Programmi tulemuslikkus

Hinnates tuberkuloositõrje programmi edukust viis aastat tagasi püstitatud eesmärgi – 30 uut haigusjuhtu 100 000 elaniku kohta Eestis 2005. a – alusel, on see eesmärk jätkuvalt saavutatav, sest 2002. a oli esmashaigestumine vähenenud 38-ni 100 000 elaniku kohta.

MTO hinnangul on riiklike tuberkuloositõrje programmide kaasabil võimalik terveks ravida vähemalt 85% tuberkuloosihaigetest. Ravitulemust võivad halvendada mitmed tegurid, nende seas HIV/AIDS ja multiresistentsete haigusjuhtude kõrge esinemissagedus.

Vaatamata 2001. aasta HIV juhtude esinemissageduse plahvatuslikule tõusule Eestis on tuberkuloosi ja HIV/AIDSi koosesinemine seni veel harv. 2001. aastal esinesid tuberkuloos ja HIV korraga 7-l ja 2002. aastal 19 patsiendil. Aastatel 1998...2001 on suremus tuberkuloosi püsinud stabiilsena 5...7 juhu piires 100 000 elaniku kohta aastas.

Joonis 6. Suremus tuberkuloosi aastatel 1998...2001



Tabel 5a. Tuberkuloosi haigestumine aastatel 1997...2002 maakonniti, sh suuremates linnades

	Haigete arv					
	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Harjumaa	254	300	305	288	288	244
sh Tallinn	209	230	264	230	228	189
Hiiumaa	2	1	2	4	1	3
Ida-Virumaa	97	105	64	117	101	101
sh Kohtla-Järve	35	31	16	33	25	17
sh Narva	31	40	24	42	37	42
Jõgevamaa	14	18	16	21	17	13
Järvamaa	20	12	21	25	9	23
L-Virumaa	49	55	49	57	38	39
Läänemaa	9	13	5	11	10	10
Põlvamaa	14	18	13	22	14	14
Pärnumaa	37	49	35	26	29	23
sh Pärnu	14	34	17	16	16	11
Raplamaa	14	14	12	19	20	12
Saaremaa	20	22	8	21	15	13
Tartumaa	100	98	103	86	68	70
sh Tartu	76	82	77	64	44	45
Valgamaa	14	15	18	13	23	9
Viljandimaa	37	45	29	27	12	24
Võrumaa	25	13	26	18	29	29
Vanglate haigla	39	42	48	36	34	22

Tabel 5b. Tuberkuloosi haigestumine aastatel 1997...2002 maakonniti, sh suuremates linnades, 100 000 elaniku kohta

	Haigestumine 100 000 elaniku kohta					
	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Harjumaa	48	56,8	57,8	54,7	54,9	46,6
sh Tallinn	51,7	57,1	65,7	57,4	57	47,4
Hiiumaa	19	9,5	19,1	38,2	9,6	28,9
Ida-Virumaa	52,8	57,5	35,3	64,9	56,5	56,9
sh Kohtla-Järve	71,7	64	33,2	69	52,7	36,1
sh Narva	44,4	57,6	34,7	61	54	61,7
Jõgevamaa	31,1	46,5	41,5	54,7	44,5	34,2
Järvamaa	50,7	30,6	53,8	64,3	23,3	59,7
L-Virumaa	71,2	80,3	71,8	83,9	56,2	57,9
Läänemaa	30,9	44,8	17,3	38,3	35	35,2
Põlvamaa	41,9	54,3	39,4	67,2	43	43,3
Pärnumaa	40	53,2	38,2	28,5	31,9	25,4
sh Pärnu	30,1	73,6	37	35,1	35,3	24,4
Raplamaa	36,7	36,8	31,7	50,5	53,3	32,2
Saaremaa	54,9	60,6	22,1	58,3	41,8	36,4
Tartumaa	66,4	65,2	68,7	57,4	45,5	46,9
sh Tartu	75	80,9	76	63,2	43,5	44,5
Valgamaa	38,5	41,4	49,9	36,3	64,5	25,4
Viljandimaa	62,8	76,7	49,7	46,5	20,8	41,8
Võrumaa	61,3	32,1	64,6	45	73	73,5
Vanglate haigla	814,2	959,1	1018,7	750,6	712,3	460,9

27

Tuberkuloosi haigestumine jaotub Eestis suhteliset ühtlaselt (tabelid 5a ja 5b). Erinevused maakondade ja linnade vahel ning võrreldes eelmise aastaga on kahekolmekordsed. Veidi harvemini on tuberkuloosi Hiiumaal, Saaremaal, Läänemaal ja Pärnus. Sagedamini Lääne-Virumaal, Võrumaal ja Tartus. Eestis on tuberkuloosiravimite suhtes tundliku haigustekitajaga haigusjuhtude ravitulemus programmi eksisteerimise jooksul paranenud, olles 77,1% 1998. aastal ja 85,2% 2000. a. Seevastu multiresistentsete haigusvormide ravitulemus on ootuspäraselt väiksema efektiivsusega – ajavahemikul 1998...2000 tervenese 52...56% multiresistentse tuberkuloosi haigetest.

Tabel 6. Tuberkuloosi ravitulemused 1998...2001 maakonniti, sh suuremates linnades

	Paranemine (%)			
	1998	1999	2000	2001*
Harjumaa	75,6	72,1	77,8	72,9
sh Tallinn	75,6	71,6	77,4	74,6
Hiiumaa	100	100	100	100
Ida-Virumaa	77,1	64,1	76,9	70,3
sh Kohtla-Järve	67,7	62,5	81,8	68
sh Narva	72,5	58,3	76,2	62,2
Jõgevamaa	72,2	75	90,5	76,5
Järvamaa	58,3	85,7	77,8	88,9
Lääne-Virumaa	61,8	83,7	80,7	92,1
Läänemaa	100	100	72,7	60
Põlvamaa	77,8	84,6	77,3	85,7
Pärnumaa	85,7	82,9	84,6	65,5
sh Pärnu	79,4	82,3	87,5	62,5
Raplamaa	85,7	75	50,4	70
Saaremaa	90,9	87,5	71,4	86,6
Tartumaa	80,6	85,4	84,9	76,4
sh Tartu	86,6	88,3	84,4	70,5
Valgamaa	80	88,9	92,3	82,6
Viljandimaa	71,1	79,3	88,9	58,3
Võrumaa	92,3	76,9	72,2	82,8
Vanglate haigla	73,8	77,1	97,2	70,5

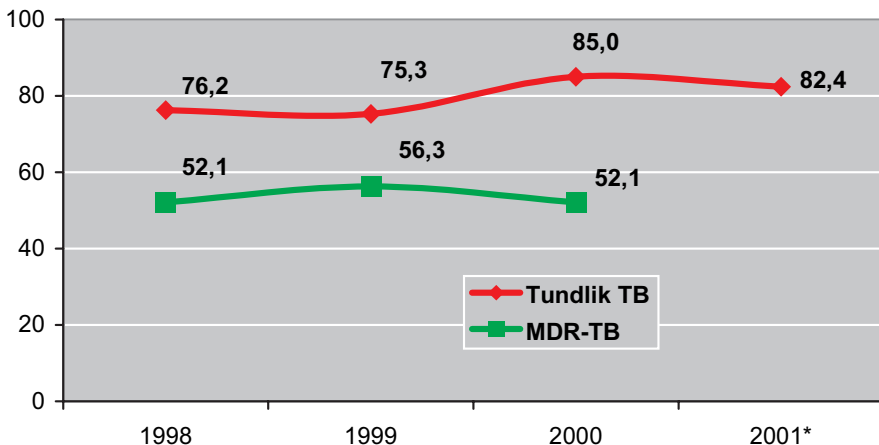
*5% 2001. a registreeritud haigetest viibib 2003. a märtsis veel ravil

Tabel 7. Ravi efektiivsus (%) tundlike ja multiresistentsete haigusvormide korral aastatel 1998...2001

	1998	1999	2000	2001*
Ravimitundlikud haigusjuhud	421	398	408	358
paranes	76,2	75,3	85	82,4
suri	14,2	12,8	6,1	5,6
ravi tulemuseta	1,9	2	1,5	2,2
ravikatkestaja	7,6	9,8	7,4	9,8
Multiresistentsete haigusjuhud	98	112	102	98
paranes	52,1	56,3	52	26,5
suri	26,5	16,1	19,6	11,2
ravi tulemuseta	7,1	6,3	7,8	9,2
ravikatkestaja	14,3	21,4	20,6	16,3
ravi jätkub	–	–	–	36,7

Joonis 7. Tundlike ja multiresistentsete tuberkuloosijuhtude ravitulemuste protsent aastatel 1998-2001*

29



* 36,7% 2001. a registreeritud multiresistentse tekitajaga tuberkuloosihaigetest haigetest viibib 2003. a märtsis veel ravil - seetõttu ei saa veel hinnata 2001. a multiresistentsete tuberkuloosihaigete ravitulemust

9. Soovitused tuberkuloositõrje edasiseks tõhustamiseks

Tuberkuloositõrje strateegia edukus põhineb viiel põhiprintsiibil:

- valitsuse toetus tuberkuloositõrje programmile;
- prioriteet tuberkuloosijuhtude passiivsele (haige pöördumisel) ja riskirühmades aktiivsele avastamisele;
- standarditud 6-8-kuulise kontrollitava ravi skeemide kasutamine;
- k(igi vajalike tuberkuloosiravimitega varustamise tagamine;
- ühtne registreerimis- ja kontrollsüsteem.

Eestis on kõik 5 komponenti 2003. a olemas ja tuleb tagada nende püsimine lähiaastatel. Tuberkuloosihaguse iseloomu ja -haigete eripära tõttu vajab tuberkuloositõrje riiklikul tasemel jätkuvat koordineerimist ning kindlakäelist juhtimist. Juba praegu on kujunenud olukord, kus meditsiiniastutuste üha suurem iseseisvusmine seab ühtsete tuberkuloosikontrolli põhimõtete rakendamise uute väljakutsete ette. Vastutuse hajutamine eri institutsioonide vahel põhjustab segadust nii tuberkuloosi ravitöö organiseerimisel, andmete õigeaegsel laekumisel kui ka rahaliste vahendite kasutamisel.

Nagu aastakümnetagune kogemus Eestis tõestab, piisab paar aastat kestvast valmisoleku puudumisest, kui tuberkuloos on uuesti ühiskonnas tagasi. Tulevikku vaadates on praegu veel vara öelda, kas haigestumise langus on lõplik suund või ajutine trend.

Arvestades plahvatuslikku HIV kandluse levikut Eestis viimastel aastatel, pole tuberkuloosi kadumist Eestis oodata. HIV nõrgestab immuunsüsteemi ja HIV-positiivsel inimesel on 30 korda suurem tõenäosus haigestuda tuberkuloosi võrreldes HIV-negatiivsega. Et 2003. a alguses oli Eestis teadaolevalt ligi 3000 HIV-positiivset, on tõenäoline, et mõne aasta pärast võib nende seas tuberkuloosi haigestumine järsult kasvada.

Soovitused

- jätkata TB kontrollialase tegevuse riiklikku läbimõeldud sihtotstarbelist finantseerimist veel vähemalt aastani 2008, et tagada
 - kõikide TB põdevate haigetele tasuta ravi
 - erinevate raviasutuste tuberkuloosikontrolli alase tegevuse koordineeritud töö
 - tuberkuloosipersonali jätkukoolitus
- leida püsiv lahendus ravikindlustamata ja ravikindlustatud tuberkuloosikahtlaste ja tuberkuloosi põdevate isikute uuringuteks ja raviks koostöös Sotsiaalministeeriumi, Haigekassa ja Justiitsministeeriumiga
- reguleerida TB laborite tegevuslubade taotlemise korda.
- Mükobakterioloogia alase laboratoorse töö tagamiseks on vajalik taotleda haigekassa hinnakirja korrigeerimist. See võimaldaks vähendada labori alaprojekti programmilist finantseerimist. Referenttegevuse rahastamine planeerida vastavalt nakkushaiguste ennetamise ja tõrje seadusele.
- Määratleda tuberkuloosi riskigrupid ja neile tehtavate uuringute maht.
- Senisest suuremat rõhku osutada tuberkuloositõrje programmi tegevuste hindamisele ja sellest tulenevalt planeerimisele.

Lisa

Kinnitatud

Vabariigi Valitsuse 30. oktoobri

1997.a korraldusega nr 799-k

Tuberkuloositõrje programm aastateks 1998–2003

1. Lähteolukord

Tuberkuloos on üks levinumaid nakkushaigusi, mille tekitajaks on *Mycobacterium tuberculosis*. Haigus kahjustab kõige sagedamini kopse, kuid võib tabada ka teisi organeid. Ühe tekitaja poolt esilekutsutud infektsioonhaiguste hulgas on tuberkuloos surma põhjustajana maailmas esikohal. Viimase kümne aasta jooksul täheledatakse mitmetes riikides haigestumise tõusu, mida seostatakse AIDSi levikuga, migratsiooniga, tähelepanu langusega tuberkuloosi suhtes, osa inimeste majandusliku olukorra halvenemisega ja ravimresistentsete haigusvormide sagenemisega.

Eestis oli haigestumine tuberkuloosi kõrgeim 1953. aastal – 417 juhtu 100 000 elaniku kohta. Tuberkuloosialase töö efektiivsemaks muutmise ja elanikkonna sotsiaalse heaolu paranemise tõttu vähenes haigestumine aasta-aastalt, saavutades 1992. aastaks taseme 25,8 juhtu 100 000 elaniku kohta. Olukord hakkas halvenema 1993. aastal, mil haigestumine tõusis 1992. aastaga võrreldes 32% (35,3 juhuni). Järgnevatel aastatel jätkus epidemioloogilise situatsiooni halvenemine. 1996. aastaks tõusis haigestumine 50,7 juhuni 100 000 elaniku kohta. Järelikult oli tuberkuloosi haigestumise tõus aastail 1992–1996 96,5%, mis nõuab efektiivset sekkumist olukorra parandamiseks.

Samaaegselt on sagenenud ka haigusjuhud laste ja noorukite hulgas. Kui aastatel 1991 ja 1992 oli tuberkuloosi haigestumine 1,2 juhtu 100 000 lapse kohta, siis 1996. aastal 5,3 juhtu. See tähendab, et haigestumine tõusis rohkem kui neli korda.

Tuberkuloosi haigestumises toimunud muutusi iseloomustab see, et põhiliselt haigestuvad just töövõimelises eas inimesed, peamiselt mehed (~70%) ning võib täheldada patsientide noorenemise tendentsi, 75% haigestunutest on vanuses 20–50 eluaastat.

Tõsiseks probleemiks on tuberkuloos muutunud kinnipidamisasutustes, kus haigestumine on kuni kakskümmend korda kõrgem kui tavakodanike hulgas. 1996. aastal avastati vanglates 59 uut tuberkuloosihaget.

Tuberkuloosi haigestumist Eestis iseloomustab sage tuberkuloosibakterite eritamine ja kavernide esinemine kopsudes, vastavalt 75%-l ja 66%-l uutest juhtudest.

Tuberkuloosi haigestumine on Eestis oluliselt kõrgem kui enamikus arenenud riikides, kus see näitaja on alla 15 juhu 100 000 elaniku kohta.

Epidemioloogilist olukorda halvendab kõrge ravimresistentsete *Mycobacterium tuberculosis* tüvede esinemissagedus – kuni 20% kõigist esmasavastatud haigusjuhtudest on põhjustatud ravimresistentsete tekitajate poolt.

Oluliseks probleemiks on tuberkuloosi levik haiglasisesse nakkusena, sest kopsuhaiglate tuberkuloosiosakonnad ei vasta tänapäeval kehtivatele tervisekaitse nõuetele.

Tuberkuloosi haigestumise tõus ja epidemioloogilise situatsiooni halvenemine on tihedalt seotud ühiskonnas toimunud sotsiaal-majanduslike muutustega. Viimase nelja aasta jooksul on paljude inimeste elatustase langenud, teatud piirkondades on oluliselt suurenenud tööpuudus. Keskmiselt ühel kolmandikul tuberkuloosahaigetest ei ole ravikindlustust ja nende raviteenuste eest tasumise kord on lõplikult reguleerimata.

Tuberkuloosi kui ühiskonnaohtliku nakkushaiguse leviku tõkestamine on Eesti Vabariigi tervishoiupoliitika esmane ülesanne. Tuberkuloosi ravi ja profülaktika ei saa sõltuda konkreetse raviasutuse, haigekassa või siis patsiendi rahalistest võimalustest. Programmi on vaja riiklikult finantseerida.

2. Programmi põhieesmärk ja oodatavad tulemused

1993. aastal deklareerisid Maailma Tervishoiuorganisatsioon ning Tuberkuloosi ja Kopsuhaiguste Vastu Võitlemise Rahvusvaheline Liit, et tuberkuloosi haigestumine on taas muutunud kõiki inimesi realselt ähvardavaks ohuks. Eri riikide riiklike tuberkuloositõrje programmide koostamisel soovitatakse lähtuda viiest põhiprintsiibist, mille järgimine võimaldab parandada tuberkuloosi diagnostikat ja ravi, vähendada haigestumist ning ökonoomsemalt kasutada tervishoiule eraldatud raha:

- valitsuse toetus tuberkuloositõrje programmile;
- prioriteet tuberkuloosijuhtude passiivsele (haige pöördumisel) ja riskirühmades aktiivsele avastamisele;
- üleminek rangelt standardiseeritud ühtsetele 6–8-kuulise kontrollitava ravi skeemidele;
- kõigi vajalike tuberkuloosiravimitega varustamise tagamine;
- ühtse registreerimis- ja kontrollisüsteemi loomine.

Käesoleva programmi põhieesmärgiks on:

tuberkuloosi ravistrateegia reorganiseerimine Eesti Vabariigis, tagamaks efektiivset ravi, mis võimaldab elanikkonda kaitsta tuberkuloosinakkuse leviku eest.

Nimetatud põhieesmärgi saavutamisel võib eeldada, et tuberkuloosi haigestumine väheneb 2005. aastaks tasemeni kuni 30 uut juhtu 100 000 elaniku kohta aastas. Seejuures arvestatakse, et esmasavastatud haigete raviefektiivsus on vähemalt 85%.

3. Programmi põhieesmärgi saavutamise teed

Programmi põhieesmärgi saavutamise teed on järgmised:

3.1. Otseselt kontrollitava ravi süsteemi käivitamine ja korraldus

Otseselt kontrollitava ravi aluseks on riigi poolt tagatud patsiendikeskne ravisüsteem kõigi tuberkuloosihaigete järjepideva, kvaliteetse ja patsiendile tasuta raviga. Ravimite võtmine toimub meditsiinipersonali vahetu kontrolli all.

Otseselt kontrollitav ravisüsteem lähtub Maailma Tervishoiuorganisatsiooni ning Tuberkuloosi ja Kopsuhaiguste Vastu Võitlemise Liidu (*IUATLD*) poolt soovitatud raviskeemidest.

Tuberkuloosi ravivad ainult vastava ettevalmistusega tuberkuloosispetsialistid vastavat litsentsi omavas raviasutuses. Tuberkuloosiravi korraldust koordineerivad Eestis maakonnaarstid.

Otseselt kontrollitava ravi süsteemi puhul on kõigile tuberkuloosihaigetele tagatud kinnitatud kvaliteedinõuetele vastav ravi.

Tuberkuloosiravi korraldus peab olema patsiendikeskne (sh. haigete kodune jälgimine ja ravi).

Ravi efektiivsuse hindamisel lähtutakse bakterioloogiliste uuringute tulemustest.

Tuberkuloosiravimid ostetakse tsentraalselt nii statsionaarse kui ka ambulatoorse ravi jaoks ning ostu finantseeritakse riigieelarvest.

Otseselt kontrollitavat ravi rakendatakse kolmes erinevas vormis:

3.1.1. Statsionaarne ravi kuni tuberkuloositekitajate eritumise vähenemiseni. Kriteeriumiks on bakterioloogiliste analüüside tulemused.

Arvestades elanike arvu, seniste raviasutuste olemasolu ning nende kaasaegse diagnostika võimalusi, toimub kõigi uute ning raskete haigete diagnoosimine ja esmane ravi Eestis kolmes kohas:

- a) Tallinna Kivimäe Haiglas;
- b) Tartu Ülikooli Kopsukliinikus;
- c) Kohtla-Järve Kopsuhaiglas. Aastail 1998–2003 kavandatakse tuberkuloosi diagnostiliste voodite arvu vähenemist 25% võrra.

Multiresistentseid haigusjuhte ravitakse ainult kahes keskus – Tallinna Kivimäe Haiglas ja Tartu Ülikooli Kopsukliinikus.

Erirežiimi vajavate, psühhiaatrilise diagnoosiga tuberkuloosihaigete ravi toimub Jämejala Psühhiaatriaiglas.

3.1.2. Ambulatoorne ravi kuni tervistumise või paranemiseni.

Tuberkuloosi ravivõrgu reorganiseerimisel tuleb eelisarendada kontrollitavat ambulatoorset ravi.

Otseselt kontrollitava ravi tingimustes suureneb märkimisväärselt ambulatoorse ravi osakaal.

Ambulatoorne ravi toimub kõigis Eesti linnades ja maakondades kohaliku kopsuarsti juhendamisel, kasutades vastava väljaõppe saanud keskmeditsiinipersonali (näiteks tuberkuloosiõde) või sotsiaaltöötajaid. Kohaliku ambulatoorse ravi korralduse eest vastutab valla- või linnaarst.

Maakonna kopsuarsti ja nn. tuberkuloosiõe töötingimused korraldab maakonnaarst. Tuberkuloosihaigete vastuvõtuks eraldatakse tööruumid eritingimustest lähtudes.

Ambulatoorse ravi erivormiks on päevastatsionaarid, mis paiknevad tavaliselt tuberkuloosihaiaglate statsionaaride juures ja on mõeldud eeskätt vähekindlustatud või asotsiaalsete isikute otseselt kontrollitavaks raviks koos samaaegse toitlustamisega.

3.1.3. Pikaravistatsionaar pikaajagset ravi vajavate ja ilma kindla elukohata nakkusohtlike haigete ravimiseks.

Eestis peaks olema 2–3 sellist raviasutust – näiteks Narvas, Kosel ja Lõuna-Eestis, kokku orienteeruvalt 75–80 voodikohaga.

Esmaste tuberkuloosihaigete ravi kestab 6–8 kuud järgmise raviskeemi kohaselt: kaks esimest kuud nelja preparaadiga – isoniasiidi, rifampitsiini, pürasiinamiidi ja streptomütsiiniga (etambutool), intensiivfaasile järgneval raviperioodil kahe preparaadiga – isoniasiidi ja rifampitsiiniga.

Korduvate haigete baasravi kestusega kolm kuud alustatakse viie preparaadiga – isoniasiidi, rifampitsiini, pürasiinamiidi, streptomütsiini ja etambutooliga. Edasises ravis (kuue kuu kestel) arvestatakse ravimiresistentsuse määramise tulemust.

3.2. Uute tuberkuloosihaigete avastamise süsteemi kaasajastamine

Arvestades paljude riikide kogemusi ja olemasolevaid konkreetseid võimalusi, on osutunud kõige otstarbekamaks tuberkuloosihaigete avastamise viisiks haigete pöördumine arsti poole.

Eelduseks on elanikkonna informeerimine tuberkuloosi epidemioloogilisest situatsioonist, haiguse olemusest, kasutades selleks kaasaegse meedia kõiki võimalusi. Selles töös osalevad Eesti Kopsuarstide Selts, piirkondlikud tuberkuloosi vastu võitlemise seltsid ja Eesti Punane Rist.

Arstide ettevalmistuses/ täiendamises tuleb pöörata rohkem tähelepanu tuberkuloosi diagnoosimisele. Vastav täiendkoolitus toimub Tartu Ülikooli Arstide ja Proviisorite Täienduskeskuse kursuste raames organiseerituna erinevate institutsioonide (kopsuhaigustega tegelevate keskuste, seltside) poolt.

Kopsutuberkuloosi varajase avastamise meetodiks on rindkere röntgenograafia (röntgenogramm või suurekaadiline fluorogramm) ja bakterioloogilised uuringud. Lastel ja noorukitel kasutatakse ka tuberkuliindiagnostikat.

Tuberkuloosihaigete aktiivset avastamist rakendatakse ainult riskigruppidesse kuuluvate isikute puhul:

- tuberkuloosihaigetega kontaktid (pereliikmed, töö- ja elukondlikult kontaktid, meditsiinasutuste töötajad, arstiteaduskonna ja meditsiinikooli õpilased);
- immigrandid/ elamisloa taotlejad, kodutute varjupaigas ja turvakodudes elavad inimesed;
- HIV infitseeritud ning AIDSi haiged ja teised immuunpuudulikkusega haiged;
- hormoonravi saavad haiged.

Riskigruppidesse kuuluvate isikute avastamise, jälgimise ja profülaktilistele uuringutele suunamisega peavad tegelema kõik esmatasandi arstid.

Sotsiaalministeerium kehtestab kohustuslikule arstlikule kontrollile kuuluvate töötajate loetelu ning määrab nende läbivaatuse korra koostöös Riigi Tervisekaitseinspektiooni ja Tuberkuloositeenistuse Nõukoguga.

Erandkorras on maakonnaarstil õigus korraldada elanikkonna suunatud profülaktilisi fluorograafilisi uuringuid. Kulutused kaetakse sihtotstarbelistest tuberkuloosi profülaktika summadest.

3.3. Tuberkuloosi otstarbekas, sihipärane profülaktika

Kõik terved vastsündinud kuuluvad kohustuslikule vaktsineerimisele (*BCG*) sünnitumajas. Hilisem imikute järelevaktsineerimine toimub vastunäidustuste möödumisel laste- ja perearstide poolt.

Lapsi revaktsineeritakse kaheksa aasta vanuselt. Revaktsineerimisele kuuluvad ainult tuberkuliin-negatiivsed lapsed.

Esimene korraline tuberkuliintest (Mantoux-test) tehakse lapse kolmandal eluaastal, järgmine enne revaktsineerimist.

Riskirühmade lastele tuleb teha Mantoux-test mitte sagedamini kui üks kord kolme aasta jooksul (sagedasemal testi tegemisel on valepositiivse tulemuse võimalus). Seejuures loetakse riskirühmadesse kuuluvateks:

- nakkuskoldest pärit lapsed (kontaktset, kõrge haigestumisega piirkondadest saabunud lapsed);
- asotsiaalsetest peredest, turva- ja lastekodudest pärit lapsed;
- BCG vaktsineerimata lapsed.

BCG-vaktsiin ostetakse Riigi Tervisekaitseinspektsiooni kaudu riigieelarveliste vahenditega.

Ennetavat ravi rakendatakse:

- nakkusohtrliku tuberkuloosihaipe pereliikmetele;
- viraalsete lastele ja noorukitele, kes on bakterieritaja kontaktset.

3.4. Laboratoorse teenistuse tsentraliseerimine

Igas maakonnas peab olema bakterioskoopilise uuringu tegemise võimalus. Tehtu kvaliteeti kontrollib regulaarselt referentslabor. Tulemus registreeritakse ja fikseeritakse ettenähtud korras (vastavate standardite kohaselt).

Haigustekitaja suhtes on õigus külve teha ainult rangelt ohutusnõuetele vastavates laborites Tallinnas, Tartus ja Kohtla-Järvel. Ravimiresistentse tuberkuloosi raviprobleemide ületamiseks on hädavajalik kiire ravimiresistentsuse määramise tulemus. Ravimiresistentsuse kiireks määramiseks tuleb kasutada hästi standardiseeritud Bactec-süsteemi.

Tuberkuloosialast mikrobioloogilist diagnostikat kontrollib ja koordineerib tuberkuloosi ja mükobakterioosi referentslabor.

Tuleb välja töötada vajalikud eeskirjad, koolitada personal ja tagada vahendid (konteinerid) infitseeritud bioloogilise materjali ohutuks transportimiseks kõrgema etapi laborisse.

3.5. Tuberkuloosi ühtse registreerimise ja kontrolli süsteemi loomine (keskregister, kohalikud registrid, registreerimise vormid)

Tuberkuloos kuulub kohustuslikule registreerimisele koos täielike andmetega isiku kohta.

Tuberkuloosi keskregister peab olema aktuaalne, võimaldama andmeanalüüsi kvartalite lõikes nii arvele tulnud uute haigusjuhtude kui ka samas ajavahemikus terveks ravitud haigete osas.

Eelduseks on:

- haigusjuhtude definitsioonide ja klassifikatsiooni vastavusse viimine Maailma Tervishoiuorganisatsiooni poolt soovitatuga;
- lihtsate ja rangelt ühtsete registreerimisvormide väljatöötamine ja kasutuselevõtmine;
- registriga töötavate (keskregister, lokaalsed registrid) isikute koolitus;
- registreerimisvormi sõltumatu saatmine registrile nii haigust diagnoosinud arsti kui ka haigusetekitaja leidnud labori poolt;
- keskregistri, lokaalsete registrite ja laborisüsteemi vastastikune operatiivne ja järjepidev koostöö (keskregister saadab iga kvartal koondtulemused nii lokaalsetele registritele kui ka laboritele – vastastikune kontroll);
- keskregistris peavad olema andmed kinnipidamiskohtades olevate haigete kohta.

3.6. Sotsiaalhooldussüsteemi kaasamine tuberkuloositõrje programmi täitmisse, sotsiaalsed tagatised

Kõigil tuberkuloosihaigetel on õigus olla töövõimetuslehel kaheksa kuud, sama perioodi kestel tuleb neile säilitada ka töökoht.

Haigetel, kes vaatamata korduvatele ravikuuridele jäävad bakterieritajaks ja/või kui neil kujunevad välja oluliselt töövõimet piiravad tuberkuloosi jääknähud, on seaduslik õigus taotleda invaliidsusgruppi.

Meditsiinipersonali sotsiaalsed tagatised haiglasisesse nakkuse eest luuakse ohutute töötingimustega. Kuni ohutute töötingimuste loomiseni kasutatakse meditsiinipersonalile nakkusohu kompenseerimist raviteenuste hinnakirja alusel.

Sotsiaalsete tagatiste loomine nii tuberkuloosihaigetele kui nende ravimisega tegelevale meditsiinipersonalile on sotsiaalhooldussüsteemi ülesanne.

3.7. Tuberkuloositõrje programmi põhimõtete rakendamine kinnipidamisasutustes

Tuberkuloosi diagnoosimine, ravi ja registreerimine kinnipidamisasutustes korraldatakse samadel alustel kui ühiskonnas tervikuna.

Riiklikes kinnipidamiskohtades peavad kõik kinnipeetavad läbima kohustusliku röntgen-fluorograafilise uuringu vähemalt kaks korda aastas. Uuringuid finantseeritakse Justiitsministeeriumi vahenditest.

Ravi järjepidevuse tagamiseks tuleb vanglast vabanenud haige suunata elukohajärgse esmatasandi arsti juurde, kuhu kümne päeva jooksul saadetakse ka vastavad andmed.

3.8. Tuberkuloositõrje programmi põhisuundadele vastavate tuberkuloosialaste teadusuuringute kavandamine

Tuberkuloosialased teadusuuringud peavad olema suunatud kõige aktuaalsemate tuberkuloosi probleemide uurimisele.

4. Programmi finantseerimine

Käesoleva programmi kogumaksumus on 1998. aastal 5,5 miljonit Eesti krooni, millest suuremahulise osa moodustab ravikindlustusega hõlmamata inimeste ravi. Kogusummat kasutatakse vastavalt käesolevas programmis toodud põhisuundadele ja programmi nõukogu poolt heakskiidetud eelarvetele.

Täpsustatud eelarved kinnitab sotsiaalminister.

Tegevuse kirjeldus	Kulutused (miljonit Eesti krooni)
1. Tuberkuloosilaborite töötingimuste muutmine ohutusnõuetele vastavaks (ventilatsioon, laminaarboksid, aparatuur)	0,83
2. II etapi laborite reorganiseerimise lõpetamine Tallinnas ja Kohtla-Järvel	0,47
3. Nakkusohtlike bioloogiliste materjalide transpordi süsteemi loomine	0,05
4. Ühtse tuberkuloosiregistri loomine (registrivormide, teatiste, ravikaartide väljatöötamine ning trükkimine, arvutid ja tarkvara, sidevahendid)	0,20
5. Ravikindlustusega hõlmamata isikute ravikulud	3,90
Kokku	5,45

Arvestades haigusjuhtude võimaliku tõusuga ja elatustaseme võimaliku langetamisega ravikindlustamata isikute seas, ei saa järgnevatel aastatel tuberkuloositõrje programmile mõeldud eelarve olla väiksem 1998. aasta eelarvest.

Sotsiaalminister **Tiiu ARO**

Kokkuvõtte tegevustest ja toimumust

