Rohuteadlane_Rohuteadlane 11/3/11 10:17 AM Page 1

Eesti Rohuteadlane

Nr 5 · 2011

Ajakiri apteekritele aastast 1926

lk	
lk	sisukord
3	Juhtkiri - Nõustamisteenusest apteegis
4 - 7	Räpina apteek 150
8	Soome uuendab ravimite juurdehindlust
9	Ameerika apteekrid patsientide teenistuses
10 - 11	Elustiili ravimid
12 - 17	Inimarengu aruanne andis ülevaate meie inimvarast
18	Soome esimene ravimiautomaat alustas tööd
19	Arstide ravimimüügile nii soosijaid kui vastaseid
20 - 21	Ravimite müük poes taas tulipunktis
22 - 23	Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolist 35 farmatseuti
24	Noppeid välismaalt
25	Internetiapteegis on küll odavad hinnad, kuid ka probleemid
26 - 27	Ravimite valmistamisega XXI sajandil taas oma juurte juurde
28 - 29	Pärnu-Jaagupi apteek tähistas 100 juubelit
30 - 31	Hingamisteede infektsioonid ja taimne mürtool
32	Aasta farmaatsiasündmus - Farmasian Päivät 2011

Esikaanel: Pärnu-Jaagupi apteek

Toimetuse kolleegium:
Kai Kimmel, Ele Grauberg, Kaidi Sarv (tegevtoimetaja)

Väljaandja:
Eesti Apteekrite Liit, Endla 31 Tallinn, tel 663 0323
info@apteekriteliit.ee www.apteekriteliit.ee

Apteekrite üleskutse: küsige rohkem nõu!

Novembris algab Eesti Apteekrite Liidu ja Eesti Apteekide Ühenduse poolt korraldatav teavituskampaania "Küsi apteekrilt nõu", mis kutsub inimesi apteekritelt sagedamini nõu küsima. Kampaania eesmärgiks on teadvustada ravimite valesti tarbimisega seotud ohtusid ja ennetada sellest tulenevaid võimalikke probleeme ning väärtustada apteekri rolli tervishoiusüsteemis.

Teavituskampaania abiga tuletakse meelde, et ravimeid ei tohiks võtta kergekäeliselt. Püüame üheskoos vältida olukordi, kus inimene haigusnähtude ilmnemisel jätab konsulteerimata nii arsti kui apteekriga ja võtab oma äranägemise järgi ravimit, mis ei pruugi tervenemisele kaasa aidata.

Üleskutse edastatakse novembris ja detsembri alguses tele-, raadio- ja tänavareklaamide vahendusel.

Rohuteadlane_Rohuteadlane 11/3/11 10:17 AM Page 3

NÕUSTAMISTEENUSEST APTEEGIS

Kai Kimmel
Paide apteeker

Apteegiteenus, kui iga kodaniku poolt vajatav teenuseliik, on ühiskonna huviorbiidis olnud läbi aegade. Vahete-vhel lahvatab huvi selle vastu haripunkti, siis jälle vaibub mõneks ajaks...

Viimasel ajal on meedias enim tähelepanu pälvinud ravimi hind ja apteekri poolt odavaima ravimi pakkumine. Inimene on ju teadagi majanduslikult mõtlev olend. Erialainimeste ringkonnas on olulisemaks teemaks siiski apteekri roll elanikkonna teadlikkuse tõstmisel ravimikasutuse mistahes valdkonnas, ehk teisisõnu üteldes - nõustamises.

Mis imeasi see nõustamine siis ikkagi on, et sellest nii palju räägitakse?

Korduvalt oleme kuulnud mõtet:
ravim = tablett + nõustamine.
Nii see tegelikult ka on.

Siiski kuuleme siit ja sealt väidet, et apteeker on tavaline müüja. Kes selle raviminõustamisega siis hakkama ei saaks? Lugeda oskab enamik ja infolehed on igas ravimipakendis olemas. Ja pealeselle saab avariiulitega apteegis asju päris oma käega valimatult võtta. Ilma igasuguse apteekri vahelesegamiseta.

Selline mõttearendus on eriliseks maiuspalaks loomulikult neile ringkondadele, kes soovivad ravimite müüki kus iganes: poodides, bensiinijaamades, postkontorites ja miks ka mitte rahvakogunemistel, laatadel ja turgudel.

Ma ei väida, et meie, apteekrid, oleme 100%-liselt targad ja tublid rahvaõpetajad – nõustajad, kuid ma julgen väita, et valdav enamus meist seda tõesti on.

Hiljaaegu täitsid paljud eesti apteekrid ankeeti, mille eesmärk oli saada mingisugustki ülevaadet, kui palju haigekassa ja elanike raha läbi perearsti, erialaarsti ja kiirabi vastuvõttude ennetamise suudab apteeker oma igapäevatöös, tänu tavanõustamise raamidest väljuva raviminõustamisega ära hoida. Selliseid uuringuid on varem tehtud nii Soomes kui Iirimaal, ning tulemused on muljetavaldavad. Meil läbiviidud uuring oli küll lühiaegne, meile apteekritele natuke ootamatu ja palju küsimusi tekitav, kuid väärtuslikku teavet ja mõtlemisainet andev. Suur tänu selle mõtte algatajatele ja elluviijatele. Loodan, et see oli tulevikus mõne põhjalikuma samalaadse uuringu tuleproov.

Tulemustest ei tea me veel midagi, aga idee ise süvendas mitmesuguseid uusi mõtteid.

Minul näiteks tekkis mõte - miks mitte hakata pakkuma apteegis eraldi teenuseliigina ravimitealast konsultatsiooni?

Tegelikult pole selles mõttes midagi uut. Hollandi apteeke külastades nägime ja kuulsime, et neil on selline teenus täiesti olemas ja seda rahastab haigekassa. Ka Islandi apteekides osutatakse sellist teenust. Eesti NSV-s oli Tallinna Tõnismäe Apteegis informaatori töökoht. Informaatorina töötas väga lugupeetud ja tark proviisor Aino Itra. Seega on eeskujud nii meilt kui mujalt täiesti olemas.

Materjaalset ressurssi ju väga palju polekski tarvis: vaja oleks eraldi ruumi või eraldatud ruumiosa ning infoallikaid. Vaimset ressurssi peaks meil olema. Alusmüür on igal proviisoril koolist kaasa saadud, pealisehituseks on tarvis piisavat töökogemust, tahtmist abivajajatega tegeleda ja valmisolekut olemasolevale juurde õppida.

Probleemiks võib saada nõustaja-informaatori töö tasustamine. Loota, et haigekassa nõustamisteenust meelsasti finantseeriks, on liiga optimistlik, utopistlik. Jääb ainus võimalus, et tegemist saab olema tasulise teenusega.

Miks ka mitte?

Kui vaatame seda, mille iganes eest on inimesed kas nõus või kohustatud tänasel päeval maksma, siis selgub, et iga liigutus, iga teenus meie elus on tasuline. Iga tervishoiuspetsialisti teenust rahastatakse kas otseselt või kaudselt. Ravimitealane nõustamine apteegis on üks väheseid, kui mitte ainuke patsiendile tasuta pakutav teenus. See, et koos väljastatava ravimiga ravimite õiget tarvitamist õpetatakse, on loomulik. Siiski koosneb apteekri argipäev arvukatest nõuandmistest millega ühtki ravimit ei väljastata ja mis sageli ulatub palju sügavamale kui ravimi väljastamisega kaasnev selgitus. Siia alla arvakem ka erinevad telefonikonsultatsioonid, mida me iseenesest mõistetavalt iga päev anname.

Tasulise nõustamisteenuse mõtet edasiarendades, võiks algul proovida nõustamistundidega mõnel päeval nädalas paar tundi päevas. Töö paremaks korraldamiseks peaks nõustamisele tulijad nõustamisele etteregistreerima.

Mõte mõtteks, aga oleks meil ainult julgust, aega ja pealehakkamist sellega algust teha.

Aga võib-olla kellelgi meist läheb lambike põlema ja nõustamisteenus saab uue hingamise!

Rohuteadlane_Rohuteadlane 11/3/11 10:17 AM Page 4

Räpina apteek – meie vanim maa-

Malle Rätsep
proviisor
Räpina apteegi juhataja

1861. aasta 21. jaanuari Tallorahva Kuulutajas teatas Keiserliku Tartu Kreisikohtu nimel kohtuhärra parun von J. Maydell, et apteekriherra Adolph Reussner ostis kaupmees Vielroselt Räpina vabrikukülas 800 rubla eest elumaja kõigi kõrvalhoonete ja kahe rohuaiaga. Et kohtu poolt välja kuulutatud kolme kuu jooksul kellelgi tehingu suhtes pretensioone ei olnud, siis saigi apteegi avamine teoks peale maja apteekrile päriseks mõistmist. Seega võib lugeda apteegi avamisajaks 1861.a. maikuu algust (ukj).

Räpina esimene apteeker A. H. Reussner sündis Tartus 10. detsembril 1834. a, proviisori kutse omandas Tartu ülikoolis. Ka tema poeg Ernst alustas meditsiini õppimist ja oli isa juures abiliseks, kuid apteekrit temas siiski ei saanud. 1900.a oli lühikest aega juhataja Robert Pabo.

Hoopis huvitav oli ajavahemik 1903 - 1905, sest siis võis iga siseneja oma silmaga näha leti taga seismas Oskar Wilde`i, kuigi mitte maailmakuulsat kirjanikku, vaid kohalikku apteeekrit. Tema eakas tütrepoeg elab veel praegugi Räpinas.

A. Richteri „Liivimaa aadressiraamatu“ järgi 1909 .a kohta, oli apteekriks ikka veel juba 75-aastane A.H. Reussner, ent apteegi valitsejaks oli Johannes Stamm. Viimane oli omandanud 1908. a proviisorikutse ja 1912. a farmaatsiamagistri kraadi Tartu ülikoolis. Ka edaspidi on ta ülikooliga seotud, töötades 1905 - 1911 hügieenikateedri assistendina, 1911-1918 õpetas samas bakterioloogiat ja serioloogiat. 1913-1918 õppis ta ka arstiteaduskonnas ja 1919 valiti Stamm farmaatsia- ja farmakognoosiaprofessoriks.

1908. a märtsis abiellus J. Stamm A.H. Reussneri tütre Magdalenega ja ühtlasi said nad pärijatena apteegi omanikeks.

1906-1908 pidas proviisoriametit Peter Graumann, 1912 oli juhataja proviisor Victor Lanzky.

Ü sna lühikest aega – suvel 1912, töötas apteegis proviisorina hilisem mag. pharm. ja ülikooli eradotsent farmaatsia ajaloo alal Hans Metsapa.

Mõned kuud (10.12.1918.....10.04.1919) juhatas apteeki proviisor Valter Tombak. Ja kui Oskar Lutsu uskuda (vt. tema mälestused), siis olid Tombak ja kirjanikuhärra üheaegselt Tallinnas Oppermanni apteegis - O. Luts tol ajal veel apteekriõpilane.

1919. a müüsid Stammid apteegi Eugen Tartole, kes pidas apteeki kuni oma surmani 06.04.1937.

Eugen Tarto oli lõpetanud Tartu ülikooli 1911. a. Esimese Maailmasõja ajal töötas ta Punase Risti lao juhatajana Vitebskis, kust tuligi Räpinasse. Sel perioodil olid juhatajateks mõnda aega Harald Stamm (1924. a) ja apteekriabiline Julius Ney (1927).

Räpina apteek kandis normaalapteegi nimetust 1931. aastani, mil ta nimetati ümber esimese järgu apteegiks - olles tol ajal ainuke nii kõrget järku apteek Võrumaal. Põlva apteek sai I järgu 1934. aastal.

Kõrgem järk andis suuremaid õigusi, muu hulgas mürgiste ja kangelt toimivate ravimite müümisel.

30-ndail aastail praktiseerisid Räpina apteegis õpilastena ka esimesed naised: Armanda Lind, Alice Kongas, Linda Anton, Salme Luht, Aino Tattar, Ida Jurnas, Sinaida Kogres, Eleonore Andresson, Linda Truus, Helene Jürgenson, Marta Hirschfeldt, Floriida Mannas, Gertrud Jaegel, Etel Nissen.

1934. ja 1937. a oli apteegis praktikal ja hiljem (1938-1939) ka töötas Eugen Tarto tütar Dagmar Tarto (Nieländer), olles omandanud proviisorikutse Tartu ülikoolis.

1939. a lahkus Dagmar Nieländer Saksamaale, jätkates seal apteekrina Hamburgis.

Vahelepõikeks: 1998. aastal, kui ta oli külaskäigul Eestis ja jõudis ka Räpinasse, siis kohtusime proua Nieländeriga ja tegime jalutuskäigu vana apteegi asukohas. Ja Reet Järvel – meie proviisoril ¬ õnnestus Hamburgi reisi ajal (1999. a suvel) külastada tema apteeki.

Pärast Eugen Tarto lahkumist (1937), oli apteegi juhatajaks väga lühikest aega (juulis 1937) proviisor Helmi Ruubel. Tema asemele tuli proviisor Fromhold Kengsep, kuid viimane suri ootamatult 9. augustil 1937. a. Järgmine – rohuteadlane Erich Schilling lahkus töölt 10. oktoobril 1939 seoses ümberasumisega Saksamaale.

1940. a algul anti Rohuteadlaste Koja otsusega luba Räpina apteegi ostuks mag.pharm. Manivald Pärsimäele. Viimane oli lõpetanud Tartu ülikooli 1925.a magistritöö „Tartu turu kunstvõi“ kaitsmisega, mis oli tal valminud hügieeni kateedri juures.

Kuid peagi apteek natsionaliseeriti ja juhatajaks sai Johann Vinnal. Saksa okupatsiooni ajal (1941-1944) kuulus apteek taas M. Pärsimäele.

Mehi oli hiljem apteegis lühikest aega veel ainult kolm. 1946. a tuli apteeki jaendajaks tööle Kalju Punnek, kes hiljem lõpetas Tallinna Meditsiinilise Keskkooli proviisori abina. 1952. a tuli apteeki proviisori abi Jaan Pulges. Alates 1960 töötas siin vaheaegadega käsimüüja ja assistendina Paul Helstin. Viimane oli olnud Petseris aptee-

maa-apteek tähistas tänavu oma 150 tegevusaastat

Apteegi ajalugu uurinud meditsiinikandidaat Viktor Kalnini (1985. a) andmetel tuleb meie apteeki pidada vanimaks pidevalt tegutsenud maa-apteegiks Eestis. Põltsamaa ja Mustvee maa-apteegid avati küll varem, ent nende tegevuses on esinenud pikemaid vaheaegu.

giomanik, mitte küll apteekri haridusega, aga ju oli ta ka apteekriameti selgeks saanud. Teda mäletatakse kui väga viisakat ja korrektset härrasmeest.

Sõjajärgseil aastail läkski apteegi juhatamine täielikult üle naiste kätte.

1944-1948 oli apteegi juhataja proviisori abi Ina Hammer, kes siirdus edasi Kohila apteeki. 1948-1959 juhatas apteeki proviisor Ano Silm. Tema läks siit edasi Valga Rajooni Keskapteegi juhatajaks.

Edasi juhatasid apteeki:
1959 – 1963 proviisor Pärja Sell ja
1963- 1976 proviisor Aino Antson.
Aastast 1977 kuni oma surmani 1993. aastal, proviisor Siivi-Sirje Kriisk (Reinup).
Alates 1993. aastast on Räpina apteegi juhatajaks proviisor Malle Rätsep (Kadak).

Apteek asub praegu oma neljandates ruumides.

Aastast 1861 (mil apteek avati) kuni aastani 1968 asus apteek praegusel Apteegi tänaval (vt. foto), sellest tänava nimigi. Siis selgus, et vana puust apteegimaja on amortiseerunud ega vasta sanitaarnõuetele.

Aga seda vana maja ja neid erilisi lõhnu mäletan ma isegi, sest käisin sealt emale rohtu toomas. Võib-olla sai sealt alguse ka soov apteekriks saada.

1968. a septembris koliti ajutiselt endisesse piimameierei kivist hoonesse, Võhandu tn 18. (vt.foto)

Need ruumid said hiljem ka minu esimeseks töökohaks. Tulin Räpinasse tööle 1975. aasta märtsis. Apteegitööks kohandatud ruumid asusid kahel korrusel. II korrusele viis 2 küllaltki järsku treppi.

Kappidega oli eraldatud müügiruum ja assisteerimisruum, selles veel boks steriilsete ravimite valmistamiseks. Eraldi oli küll pesuruum, kus toimus apteeginõude pesemine ja steriliseerimine, vee destilleerimine ning süstelahuste steriliseerimine, pesu pesemine jms.

Räpina apteegi müügisaal 1930. aastal. Fotol proviisor Eugen Tarto ja preili Paats

Räpina apteegipere täna, 2011. aastal. Eesreas Maret Rämmel ja Tiiu Adrijan, tagareas Malle Rätsep, Imbi Kozer, Reet Järv ja Küllike Pabusk

Alguses oli ka juhataja ja raamatupidaja töökoht II korrusel, hiljem saadi alumisel korrusel ruume juurde ja kontor kolis sinna.

Kaup võeti vastu alumisel korrusel ja tassiti treppidest suurte pesuvannide ja korviga üles.

Väga palju oli ravimite valmistamist. Kaks farmatseuti-assistenti töötasid iga päev, üks hommikuses vahetuses, teine tuli õhtusesse vahetusse ja alustas steriilide valmistamisega.

Neid sai läbi aastate küll tuhandeid ravimeid valmistatud. Räpinas asus siis rajoonihaigla oma kirurgia-, sünnitus-, sise- ja nakkusosakonnaga. Niisama istumist ei olnud kunagi. Kui muud ei olnud hetkel teha, siis tuli kaaluda näiteks digitaalise- või beebidele vitamiini- ja dimedrooli(!)pulbreid.

Lisaks väga kitsastele ruumidele, oli talvel vahel nii külm, et nii mõnigi kord oli hommikuks vesi pudelis külmunud. Seetõttu käisime eriti külmal ajal ka pühapäeviti ahjusid kütmas.

Aga eks tolle aja rõõmud ja mured ole meil kõigil sarnased.

Mäletame ju vati kaalumisi ja seejärel tohutuid „vati sabasid“! Eriti õnnelik oli see, kellele jätkus pakivatti! Samuti mäletame suuri ravimtaimede kokkuostmise aktsioone, mil niigi kitsad ruumid olid, vaat-et maast laeni droogikotte täis.

Töötajaid oli siis 14, nendest 3 proviisorit ja 5 farmatseuti.

Juba siis, kui apteek asus veel Apteegi tänaval, hakati rääkima uue apteegihoone hädavajalikkusest ja juttude järgi olevat isegi koht ja projektid olemas olnud. Aga ju oli siis raha kuhugi mujale rohkem vaja...

Nii jäigi apteek ajutiselt (!), peaaegu kahekümneks aastaks meiereimajja.

Ja siis, ennäe imet, 1986. aastal alustatigi ehitusega ning aasta hiljem lõigati linti uue polikliinik-apteegi ukse ees. See oli Räpina ajaloos tõeline sündmus, sest ka polikliinik asus väga kehvades tingimustes.

Saime avarad ja nõuetele vastavad tööruumid (kokku ~ 500m“), loomulikult koos uue sisustuse ja aparatuuriga. Seejuures jäi nii mõnigi aparaat töösse rakendamata, näit. mingi lahuste jaendamise seade.

1989. aastal oli töötajad 15, neist 4 proviisorit ja 4 farmatseuti (vt.foto). Apteek varustas ravimite ja muu apteegikaubaga Räpina ja selle ümbruse elanikke ja asutusi, samuti haiglat, kuhu oli jäänud ainult 30 voodikohta. Apteegipunktid asusid Linte, Võõpsu ja Mikitamäe velskripunktis. Seal müüsid ravimeid ja muud kaupa velskrid.

Kuid peagi saabus üleüldine defitsiidiaeg, kaupa saime üks kord kuus, vahel ka otse laost *cito*na. Tulid mitmesugused rohusaajate erinimekirjad, sest ikka oli neid, kes olid võrdsematest võrdsemad.

Ja nende ravimite väljastamist kontrolliti vaatet rangemalt kui eriarve aineid!

...ja siis laulsime end vabaks!

Vabaks said ka apteegid. 1993. tekkisid esimesed eraapteegid, natsionaliseerimise aeg oli lõppenud.

Seoses reformidega sai 1994. aastal Lõuna-Eesti Farmaatsiakoondise apteegist nr 185 AS Räpina Apteek ja alates 1997. aastast Räpina Apteek OÜ.

Meie apteegid olid tundmatuseni muutunud ja muidugi olid muutunud ka ravimite hinnad. Puudust polnud millestki, kui vaid vanad tuntud vene ravimid välja arvata. 1998. a alustasime arvutite juurutamisega ja 1999. a jaanuarist alustasime RAX-i müügiprogrammiga.

Ravimite valmistamist jäi vähemaks, tellitud kauba sai kätte juba järgmisel päeval ja polnud tarvis nii suuri lao- ja muid ruume nagu meil. Sellised suured ruumid ei olnud enam otstarbekad.

Et haiglahoone oli amortiseerunud, leiti ühel hetkel, et apteegi suured ruumid sobivad hästi haiglaks. Algasid pikad arutelud - apteek võiks üldse kuhugi mujale kolida ja üleüldse apteek on eraettevõte, maja on linna oma, vaadaku ise, kuidas hakkama saab!

Egas me pisaratetagi saanud, aga lõpuks jõudsime ikka kokkuleppele, et apteek jääb ühte kompleksi polikliiniku ja haiglaga.

Tuli muidugi täiesti uued ruumid ehitada. See oli raske aeg. Võtsime laenu - meie kodud olid tagatiseks. Aga naised võivad olla väga kanged ja tublid, eriti veel kui neid on toetamas nende tublid abikaasad ja pered.

Meierei maja II korrusel oli apteek aastatel 1968-1987. Arvatavasti oli see kõige kõrgema korstnaga apteek Eestis

Fotomeenutus Räpina apteegi endisest hoonest Apteegi tn 4 (1985. a). Siin asus apteek alates oma algusajast 1861. aastal kuni 1968. aastani. Hooned hävisid tules 1989 (foto V. Kalvi)

Ja me saime hakkama - 12. augustil 2000 alustati ehitusega ning 21. oktoobril 2000 lõikasime taas linti uue, kõikidele nõuetele vastava apteegi ukse ees.

Olemegi tänases päevas, oleme juba ära pidanud uue maja 10-nda sünnipäevagi.

2006 aasta detsembris sai kohalikus koduloomuuseumis avatud näitus: „Räpina apteek – vanim järjepidevalt töötav maa-apteek Eestis“.

Koostöös muuseumitöötajatega sai kokku tõesti huvitav väljapanek apteegi ajaloost. Sai sisustatud veel (!) üks apteek koos juurdekuuluvaga. Kellel oli huvi (ja huvilisi jätkus), sai kaaluda pulbreid, segada salvi, pillimasinal pille veeretada, steriilipudeleid kapseldada jms. Raske töö sai tasutud „punsliõliga“! Näitus oli lahti kaks kuud ja külastajaid oli rohkesti.

Kuid igasuguste ettevõtmiste ja toimetuste juures on kõige tähtsamad inimesed.

Mul on õnn olnud läbi aastate (36!) töötada koos väga toredate kolleegide ja suurepäraste inimestega.

Koos oleme peale igapäevatöö nii mõndagi ette võtnud ja seda koos peredega: mitmed suveüritused looduses, jõulupidu metsas, suusamatk Peipsi järvel Salosaarele (see oli tõeline ellujäämisüritus, sest vahepael tõusis tuisk ja kaldale maabusime hoopis teises kohas, õnneks mitte Venemaa kaldal!).

Minu tublid kolleegid on: proviisorid Reet Järv ja Tiiu Adrijan, farmatseut Maret Rämmel, raamatupidaja Küllike Pabusk ja koristaja Imbi Kozer. Meie rõõmudele ja muredele elab praegugi kaasa Lyyli Kiisler, kes töötas apteegis 1953-1987 raamatupidajana.

Aeg on voolanud ajamerre... Palju on olnud valusaid lahkumisi... igaveseks.

Apteegi 145. aastapäeval oli apteegil koos muuseumiga päris suur ettevõtmine – 8. detsembril 2006 avati näitus, materjali oli kogunenud palju. Näitus ”Räpina apteek – vanim järjepidevalt tegutsenud maa-apteek Eestis” oli muuseumis üleval 2 kuud.

Tänutundes meenutame Siivi-Sirje Kriiska, Helju Tirpi, Janne Naruskbergi ja Tiiu Raudsepingu, kellega oleme koos töötanud ja keda meie keskel enam ei ole.

Aasta on 2011. Möödunud 150 aastat on ajalooks saanud!

Räpina apteegipere 1989. aastal:
tagareas seisavad koristaja Sirje Lodesson, sanitar Linda Varunov, farmatseut Maret Rämmel ja Helju Tirp, proviisor Malle Rätsep, jaendaja Imbi Kozer, kassapidaja Eve Mill, proviisor Reet Järv, proviisor-juhataja Siivi-Sirje Kriisk, raamatupidaja Küllike Pabusk; ees farmatseut Janne Naruskberg.
Pildilt puuduvad farmatseut Tiiu Raudseping, proviisor Tiiu Adrijan, kassapidaja Natalja Nael ja majahoidja Elmar Kriisk

Räpina apteegi õppe-, spordi- ja perepäev 26. augustil 2011. Istuvad Maret Rämmel, Malle Rätsep, Tiiu Adrijan ja Imbi Kozer. Seisavad Kaja Pira ja Reet Järv

Rohuteadlane_Rohuteadlane 11/3/11 10:17 AM Page 8

Soome uuendab ravimite juurdehindlust

Kaidi Sarv
Apteekrite Liit

Soome ravimiala turvalisuse ja arenduskeskus – Fimea viimistleb Sotsiaal- ja Terviseministeeriumi palvel valitsusele esitamiseks ravimitaksa (juurdehindluse) ja apteegimaksu muudatuseelnõu. Sealjuures tuleb hinnata muudatuste mõju nii patsientidele kui apteekidele. Fimea peab muudatuste ettevalmistamisel arvesse võtma ka ühe teise töörühma poolt ettevalmistatavaid ravimite kompenseerimissüsteemi muudatuettepanekuid.
Soome Apteekrite Liidu ajakiri "Apteekkari" avaldas septembrikuu numbris oma seisukohad uuele ravimitaksale.

Praegune apteegitaksa

HH (EUR)	Apteegihind (EUR)
0 - 9,25	1,5 x HH + 0,50 + KM 9 %
9,26 – 46,25	1,4 x HH + 1,43 + KM 9 %
46,26 – 100,91	1,3 x HH + 6,05 + KM 9 %
100,92 – 420,47	1,2 x HH + 16,15 + KM 9 %
üle 420,47	1,125 x HH + 47,68 + KM 9 %

Fimea ettepanek retseptiravimite uueks taksaks

HH (EUR)	Apteegihind (EUR)
0 - 9,25	1,45 x HH + 1,84 + KM 9 %
9,26 – 46,25	1,35 x HH + 2,75 + KM 9 %
46,26 – 100,91	1,25 x HH + 7,36 + KM 9 %
100,92 – 420,47	1,15 x HH + 17,44 + KM 9 %
üle 420,47	1,10 x HH + 38,45 + KM 9 %

Kui Fimea poolt väljatöötatud ravimitaksa kasutusele võetakse, võib juurdehindlus väikestes, keskmiselt 22 000 retsepti aastas käsitlevas apteegis väheneda kuni 4000 eurot aastas või suureneda kuni 7500 eurot aastas. Kõige suuremates, keskmiselt 120 000 retsepti aastas käsitlevas apteegis oleks võiks muudatus juurdehindluses, olenevalt ravimite hinnastruktuurist, olla -47 000 eurost kuni +32 000 euroni aastas.

Fimea ettepanek suurendaks retseptiravimite juurdehindluse fikseeritud ja vähendaks protsentuaalset osa. Retseptiravimite praegune 39-sendine väljastustasu liidetakse fikseeritud juurdehindlusosaga. Käsimüügiravimite ja apteegis *ex tempore* valmistatavate ravimite juurdehindlus säiliks praegusena ja seda ei peeta vajalikuks muuta.

Fimea peadirektor Sinikka Rajaniemi põhjendab taksa fikseeritud osa suurendamist vajadusega pöörata suuremat tähelepanu apteegi asjatundjatööle ja raviminõustamise tähtsusele, kuna viimast vajatakse nende suure osakaalu tõttu enam just odavamate, omavahel asendatavate ravimite väljastamisel. Samuti on eesmärgiks rakendada muudatuse positiivseid järelmeid väikestele ja sageli kõrvalistes piirkondades tegutsevate apteekide tegevuse toetamiseks. Väljastusmaksust loobumisega lihtsustub ka hindamissüsteem.

Muudatuse eesmärgiks on vähendada ravimite juurdehindluse sõltuvust ravimite hulgihinnast, kuna ravimite hulgihindade langedes apteegi osa ei lange samas proportsioonis. Ravimite hulgihinna tõustes oleks juurdehindlus apteegis praegusest väiksem. On oodata aga ravimite hulgihindade jätkuvat alanemist, kuna omavahel asendatavate ravimite hulk pidevalt suureneb.

Taksa fikseeritud hinnaosa moodustab juurdehindlusest praegu viiendiku. Muudatusega suureneks see enam kui kolmandikuni ning kaitseks apteeke paremini tulevikus toimuvate hinnalanguste vastu.

Soome haigekassa – Kela kulutusi vähendaks Fimea ettepanek 7,8 miljonit eurot, patsiendi ravimikulutused suureneksid samas suurusjärgus. Kui Kela poolt säästetav summa suunatakse tagasi patsientidele, võiks patsiendi omavastutus väheneda tänaselt 675,39 eurolt 610 eurole.

Oma taksaettepaneku on esitanud ka Apteekkariliitto. Selles taotletakse retseptiravimi väljastustasu tõstmist praeguselt 39 sendilt 92 sendini ja selle sidumist sotsiaal- ja tervishoiu hinnaindeksiga. Lisaks taotletakse, et taksa hinnapiirid nihutataks täiseurodeni.

Fimea peab esitama ministeeriumile omapoolsed ettepanekud ja ajakava nendega edasiminekuks selle aasta lõpuks. Siis pannakse paika edasine tegevuskava ettepanekute ja seisukohtade menetlemiseks.

Rohuteadlane_Rohuteadlane 11/3/11 10:17 AM Page 9

AMEERIKA APTEEKRID

PATSIENTIDE TEENISTUSES

Apteekrite kasvavat rolli ameerika tervishoius käsitles oma hiljutises artiklis ajaleht *New York Times*. Lisaks sellele, et apteekrid jälgivad patsientide ravimikasutust ning juhendavad neid kuidas nende ravis kasutatavaid ravimeid õigesti tarvitada, on neil ameeriklaste üha suurenevate tervishoiuvajaduste ja –nõudmiste taustal ka uunenud ülesanded.

Näiteks Barney´s Apteek Augustas, Georgia osariigis, korraldab kord kuus patsientidele loenguid teemal, kuidas oma haigusega võidelda, kuidas kasutada selleks ravimeid, dieeti ja kehalist koormust. New York Timesi hinnangul peegeldab see teenus apteekrite suurenevat rolli haiguste käsitlemisel, tuues läbi selle kasu patsientidele ja suurendades apteegi tulubaasi. Erinevad terviseprogrammid rahastavad krooniliste haigustega patsientide, nagu diabeetikute ja südamehaigete ravitulemuste jälgimist apteekrite poolt. Seega on apteekrid väljunud oma tavapärasest rollist, ravimite jagamisest, uuele tasandile, olles patsiendi tervise edendamisel nende partneriks.

Paljud iseseisvad apteegid ja ka mõned apteegiketid, nagu Wallgreens ja Medicine Shoppe, ning isegi supermarketid nagu Kroger, teevad koostööd arstide ja õdedega, et üheskoos hoolitseda pikaajalisi kroonilisi haigusi põdevate inimeste eest.

Apteekrid on ka “värvatud” mõnede kindlustusseltside ja suurte tööandjate poolt, et aidata vähendada probleemi, et ligikaudu pooled patsientidest ei võta oma ravimeid nii nagu ettenähtud, kulutades tänu sellele täiendavalt vähemalt 300 miljardit dollarit aastas traumapunkti külastustele, haiglaravile ja muudeks meditsiinilisteks kulutusteks.

Oma ainulaadeses rollis on apteekrid “eesliinil”, et avastada topeltretsepte või ravimitevahelisi ohtlikke koostoimeid ning pakkuda odavamaid võimalusi kallite ravimite asemel.

Lisaks paljudele ülesannetele mida apteekrid juba täna täidavad, näitavad mitmed pilootprogrammid, et apteekrid tegutsevad väiksema raha eest sama hästi või isegi paremini kui arstid.

Täpsemaks eesmärgiks on näidata vajakajäämisi esmatasandi arstide tegevuses, samas kui apteekrid, kasutades oma erialast väljaõpet, teadmisi, vaba aega ja vahetut kontakti, kõnelevad patsientidega pikalt nende ravimitest ja hoiavad nende heaolul hoolikalt silma peal.

Seda võimalust kasutavad mitmed kindlustusseltsid ja suured tööandjad, makstes apteekritele ravi jälgimise programmide eest, mis tavaliselt hõlmavad apteekri ja patsiendi näost-näkku kohtumisi apteekides või kliinikutes”. Sellised programmid maksavad apteekritele, et nad jälgiksid patsientide kolesterooli- või veresuhkru taset, soovitaksid patsientidel muuta nende toitumist või füüsilist koormust.

Alates 2006. aastast hakkasid mõned Medicare programmid rahastama ravi jälgimist apteekrite poolt, makstes apteekritele 1 - 2 $ minutis, et need hindaksid patsientide poolt kasutatavaid ravimeid. Aastaks 2010 on Medicare programmiga hõlmatud patsientidest apteekrite järelevalve all juba iga neljas.

Times´i sõnul on nende uute teenuste tulemusena sündinud uus tööstusharu, kus ravimabi hindamise firmades pakutakse kindlustusseltsidele kliinilise farmaatsia programme, tehes lepinguid apteekritega ning jälgides nende poolt osutatavate teenuste mõjusid majandusele ja tervisele. Tulemused on siiani olnud positiivsed.

Näiteks näitas üks hiljutine, GlaxoSmithKline poolt finantseeritud uuring, mis jälgis 573 diabeetikut (30 töötajat kümnes linnas), kes võtsid osa vähemalt kahest nõustamissessioonist apteekritega, kes aitasid neil jälgida nende veresuhkrut, vererõhku ja kolesterooli taset ning andsid nõu dieedi ja füüsilise koormuse kohta, et nendel patsientidel vererõhu, veresuhkru ja kolesterooli tase tavaliselt paranes – ning see säästis aastas keskmiselt $ 593 dollarit inimese kohta diabeediravimite ja -vahendite pealt.

Kuigi mõned võivad olla mures, millist kindlat rolli apteekrid peaksid mängima, märgivad programmides osalejad, et apteekrid ei taha arstidega võistelda: nad lihtsalt tahavad pakkuda patsiendile rohkem teavet, et arstid saaksid patsiendi seisundist põhjalikuma ülevaate.

Järelikult, apteekrid, kes pakuvad patsientidele ja tervishoiuteenuse osutajatele paremat ettevalmistust ja teavet, annavad patsientidele parema võimaluse oma ravist arusaamiseks ja oma ravimite kasutamise juhiste järjepidevamaks järgimiseks. Tuleb julgustada apteeke kasutama koolitusfirmasid, kes õpetavad neid kuidas oma teenuseid tutvustada. Kui apteekrid teevad koostööd krooniliste haigetega, siis nende patsientide tervisenäitajad paranevad.

Tänu riiklikele programmidele siseneb ameerika tervishoiusüsteemi lähiajal täiendavalt 31 miljonit patsienti. Läbi elanikkonna vananemise ja pikema elueaga on oodata kasutatavate retseptiravimite arvu plahvatuslikku suurenemist. Artikli autorid nendivad kokkuvõtteks, et Ameerika ei vaja mitte ainult ettevõtteid ja rahastamist, et luua ja avastada sellele inimmassile vajaminevaid ravimeid, vaid nad vajavad ka apteekreid, kes aitavad neid jälgida. **Võimaldades meie apteekritel jätkata oma rolli patsientide harimisel, aitab see tagada, et patsiendid järgivad oma ravisoovitusi. See aga säästab elusid ja raha.**

Refereerinud artiklist: Thomas Sullivan. How pharmacists address the healthcare needs of patients.

-http://www.kevinmd.com/blog/2010/10/pharmacists-address-healthcare-patients.html

Kaidi Sarv

Rohuteadlane_Rohuteadlane 11/3/11 10:17 AM Page 10

Elustiili ravimid

Anti Kalda
TÜ Farmakoloogia Instituut

Läbi ajaloo on aineid ja ravimeid kasutataud mittemeditsiinilistel näidustustel, nagu jahipidamiseks, kosmeetilistel eesmärkidel ja tseremooniate läbiviimiseks. Käesoleval ajal nimetatakse mittemeditsiinilistel näidustusega ravimeid elustiili ravimiteks. Kuna tegemist on suhteliselt uue mõistega, on käesoleva artikli eesmärgiks anda ülevaade elustiili ravimitest ning tutvustada võimalikke meditsiinilisi ja sotsiaalseid probleeme, mida nende tarvitamine endaga kaasa toob?

Termin **elustiili ravimid** ei ole täpselt ja üheselt defineeritud. Kõige levinumaks definitsiooniks on, et **elustiili ravimid on ravimid, mida kasutatakse selleks, et rahuldada vajadusi, mis on seotud tervise ja heaoluga**. Veidi teistsuguses tõlgenduses loetakse elustiili ravimite gruppi ravimid, mida kasutatakse "elustiili haiguste" raviks.

Elustiili haigusi defineeritakse omakorda kui elus tehtud valikute põhjal tekkinud tervisehäireid. Kõige sagedasemateks tervistkahjustavateks harjumusteks on suitsetamine, etanooli või narkootikumide tarbimine ning liigsöömine. Seega kuuluvad elustiili ravimite gruppi näiteks bupropioon, mis leevendab nikotiini võõrutusnähtusi, orlistaat kehakaalu alandamiseks rasvtõvega patsientidel või metadoon opioidsõltuvuse raviks. Mõned autorid loevad elustiili ravimite hulka ka teatud toidulisandid ja vitamiinid, mida inimesed omaalgatuslikult tarbivad.

Elustiili ravimitega sarnane mõiste on **elustiili ained**, mille alla liigitatakse sõltuvust tekitavad ained, ained mida kasutatakse füüsiliste võimete suurendamiseks, ained millega soovitakse suurendada kontsentreerimisvõimet ja parandada mälu ning kosmeetilistel eesmärkidel või sotsiaalsetel põhjustel kasutatavad ained. Piir ravimite ja elustiili ainete/ravimite vahel võib mõnel juhul olla kindlalt määratlemata, samas võib see ka aja jooksul muutuda. Nii näiteks alkaloid atropiini pupille dilateerivat toimet kasutati esmalt kosmeetilise vahendina – naised kütkestava pilgu saavutamiseks. 19. sajandi keskel võeti atropiin kasutusele ravimina. Ilmekaks näiteks on ka kanep (*Cannabis Sativa*), mis on nii ida kui lääne kultuuris olnud kasutusel narkootikumina. Käesoleval ajal on kanepis leiduv tetrahüdrokannabiool kliinilistes uuringutes kui võimalik ravimikandidaat kroonilise valu ja iivelduse raviks.

Traditsiooniliselt on ravi saaja patsient – inimene, kellel on tervisehäire või haigus. Maailma Tervise Organisatsiooni definitsioon määratleb tervist kui täielikku füüsilist, psühholoogilist ja sotsiaalset heaolu. Samas haiguse määratlemine pole alati lihtne, sest kui võtta aluseks normist kõrvalekaldumine, siis tänu oma geneetilisele unikaalsusele, on ju kõik inimesed teatud määral "ebanormaalsed". Seega võivad paljud elustiili ravimite tarbijad olla inimesed, kellede tervislik seisund jääb tervise-haiguse piirimaile. Kitsendades määratlust "normaalne", aitab see kaasa loomulike iseärasuste tõlgendamisele haiguslikeks tunnusteks. Fenomeni, kus tervise- ja käitumisprobleeme defineeritakse ja ravitakse kui haigusi, nimetatakse **medikalisatsiooniks**. Sageli on medikalisatsiooniprotsessi käivitajaks ravimite olemasolu või uue ravimi kasutuselevõtt. Näiteks tänu ravimfirma kampaaniale hakati erektsioonihäirete raviks kasutama sildenafiili. Enne sildenafiili väljatöötamist ja registreerimist loeti erektsiooni häireid pigem osaks normaalseks elust, mis ei vaja medikamentoosset ravi.

Tänapäeval ühed laialdasemalt kasutatavad ravimid - selektiivsed serotoniini tagasihaarde inhibiitorite gruppi kuuluvad antidepressandid, on näidustatud sotsiaalärevushäire/sotsiaalfoobia raviks. Tegemist on psühhiaatrilise probleemiga, millel võib olla palju erinevaid põhjusi ja mida võib teatud eluperioodil esineda kõigil inimestel. Ravimit väljakirjutava arsti dialemma seisneb selles, et ta riskib muuta inimese loomulikku käitumist haiguslikuks, mis vajab või saab abi farmakoteraapiast.

Ühel ja samal ravimil võivad sõltuvalt olukorrast olla nii terapeutiline näidustus kui ka elustiili valikust tulenev kasutamine. Näiteks Briti Meditsiini ajakirja uuring näitas, et kiilaspäisus (androgeenne alopeetsia) on "mitte-haiguste" hulgas levinud (6 kohal). Teatud juhtudel võib varajane kiilaspäisus põhjustada mehele psühholoogilisi probleeme, mida saaks omakorda ära hoida kasutades ravimit (näiteks finasteriid), mis pärsib juuste väljalangemist ja soodustab uute juuste kasvu. Sellisel juhul oleks sellisel ravimil teatud terapeutiline näidustus. Samas teises olukorras oleks ta aga eelkõige kosmeetilisest probleemist tulenev personaalne valik.

Elustiili ravimitele on iseloomulik, et need soodustavad ise haiguse diagnoosimist ja kus võimalik, ka ise ravimi hankimist. Pole midagi lihtsamat, kui diagnoosida oma ülekaalulisust, kortse näos, kiilaspäisust. Kui partner jättis maha või autoliisingut ei jõua maksta, on ju ometi õige aeg hakata võtma antidepressante. Tänu "internetiapteekidele" on paljudes riikides oluliselt lihtsustunud ravimite kättesaadavus ilma retseptita. Taoline iseravimine tõrjub tahaplaanile teised toimivad ravimeetodid. Samuti ei arvesta inimesed kaasnevaid kõrvalnähte ja ohte.

Üks elustiili ravimitega kasutamisega seonduvaid probleeme on, kuidas hinnata ravimi ohu-kasu suhet. Kõigil

Ei ole olemas elustiili ravimeid – on vaid elustiiliga seotud kasutamine

ravimitel on lisaks ravitoimele ka kõrvaltoimed. Kui inimene on haige, siis tema vaevuste leevendamine kaalub üles võimalikud ravimist tulenevad ohud. Kui aga terve inimene võtab elustiili ravimit, siis kerkib probleem, mille alusel hinnata kõrvaltoimete ohtu ja kes maksab ravimist põhjustatud iatrogeense haiguse kulud?

Uuringud näitavad, et elustiili ravimite tarbimine allub üldisele lääne ühiskonna riskikäitumise mudelile. Kui asjal on piisavalt oluline väärtus inimesele ja riskimine on vabatahtlik, siis enamus inimestest akseteerib riski. Eriti arenenud riikides on üha rohkem inimesi kes arvavad, et kuna elatakse ainult korra, siis on õnne "kemikaliseerimine" või kontrollitud kehaliste seisundite saavutamine ravimitega aksepteeritav. Elustiili ravimite valiku laienemine ja inimeste püüdlemine ühiskonna poolt loodud normidele vastavuse saavitamisele, suurendavad survet ka arstidele.

Elustiili ravimite laiema levikuga kaasnevaks üldiseks ohuks on, et suureneb ka elustiili ainete (narkootikumide) ühiskondlik aksepteeritus ja surve nende legaliseerimisele. Näiteks paljudes riikides (sh ka Eestis) toimuvad algatused ja kampaaniad muuta kanepi tarbimine legaalseks.

Elustiili ravimite üha laialdasemast tarbimisest tuleneb ka üha suurenev surve nende osalisele või täielikule kompenseerimisele riiklikest vahenditest. Enamuses riikides on riiklikud vahendid ette nähtud haiguste raviks. Siiski on mõned elustiili ravimid juba praegu riiklikult kompenseeritud. Näiteks Eesti Haigekassa kompenseerib 50% ulatuses suukaudseid kontratseptiive (teatud juhtudel 75%), antidepressante (fluoksetiin, tsitalopraam jt.) ja tubakasõltuvusevastast ravimit (bupropioon). Seetõttu jääb elustiili ravimitele kulutatud summade arvel raha teistele tervishoiukulutustele proportsionaalselt vähemaks.

Elustiili ravimid mõjutavad ka ravimitootjate tegevust. Tänu suurele ennustatvale müügitulule, on ravimifirmad väga huvitatud uute elustiili ravimite väljatöötamisest. Nende väljatöötamisega raiskavad ravimfirmad aga oma ressursse ning väheneb oluliste haiguste nagu kasvajate ja AIDS-i vastaste ravimite väljatöötamine.

On ilmne, et elustiili ravimid on tulnud selleks, et jääda. Elustiili ravimite üha laialdasemast tarbimisest tulenevate probleemide üheks lahenduseks on välja pakutud nende kontseptsioon ümbersõnastada: **ei ole olemas elustiili ravimeid – on vaid elustiiliga seotud kasutamine**. Inimesi tuleb rohkem teavitada elustiili ravimitega seotud farmakoloogilistest ja ühiskondlikest ohtudest. Muutes inimeste suhtumist ja hoiakuid erinevatesse elustiili aspektidesse on võimalik efektiivsemalt suunata ja kontrollida ravimite (sh elustiili ravimite) tarbimist.

Kategooria	**Näited**	**Elustiili näidustus**
Ravimid, mille näidustusi võib kasutada elustiili valikute saavutamiseks või elustiili haiguste raviks	Sildenafiil Kontratseptiivid Orlistaat Bupropioon Metadoon	Erektsioonihäire Raseduse vältimine Kehakaalu alandamine Tubakasõltuvuse ravi Opioidsõltuvuse ravi
Ravimid, millel on spetsiifiline näidustus, kuid mida saab kasutada ka elustiili näidustustel	Finasteriid Opioidid Narkootikumid	Androgeenne alopeetsia
Elustiili ained, mille kliiniline näidustus on nõrk või puudub	Etanool Botulismitoksiin Kofeiin Nikotiin	Mõnuaine Kosmeetiline protseduur Erguti Mõnuaine
Elustiili ained (illegaalsed), millel kliinilised näidustused puuduvad Psühhostimulaatorid	Ekstasi Kanep Narkootikumid	Narkootikumid

Rohuteadlane_Rohuteadlane 11/3/11 10:17 AM Page 12

Inimarengu aruanne

andis ülevaate meie inimvarast

Viiendal septembril tutvustati Rahvusraamatukogus selle-aastast inimarengu aruannet „Inimarengu Balti rajad: muutuste kaks aastakümmet". Selles on kolme riigi tunnustatud sotsiaalteadlased analüüsinud seda kaks kümnendit väldanud teekonda.

Eesti Inimarengu Aruande seekordne väljaanne on mitmes mõttes eriline. See jõuab lugejate kätte ajal, mil Eesti, Läti ja Leedu tähistavad kahe kümnendi möödumist iseseisvate Balti riikide taasilmumisest maailma kaardile. Sellest tingitult on tavapärasest erinev ka aruande sisu ja koostajate ring.

Anname siinkohal Rohuteadlase lugejatele ülevaate aruande tervishoiupeatükist.

Balti riigid väljusid kahekümne aasta eest üheskoos ebaefektiivsest tsentraliseeritud tervishoiu rahastamise ja korraldamise süsteemist, mida peamiselt iseloomustas ülevõimendatud haiglakeskne lähenemine. Alates 1990. aastate algusest on kõigis kolmes riigis ellu viidud ulatuslikke ja põhimõttelisi tervishoireforme, mis on liikunud samas sihis, kuid erinenud teatud aspektides oluliselt. Järgnevas uuritaksegi Balti riikide tervishoireforme ning tervishoiupoliitika valikuid rahastamise, taristu, töötajate arvu ja arstiabi kättesaadavuse aspektist.

Tervishoiu rahastamise reformid

Eestis langetas valitsus 28. mail 1990 otsuse „Kindlustusmeditsiini rakendamiseks" ning 12. juunil 1991 võeti vastu ravikindlustusseadus, millega loodi riiklik ravikindlustuse süsteem järgmise eesmärgiga: „Eesti Vabariigi elanike tervise säilitamise, haigusest või vigastusest tingitud ajutise töövõimetuse kulude ja ravikulude katmine ning raseduse ja sünnituse korral hüvitise maksmine". Samal aastal võeti vastu ka määrus tervishoiuteenuste korraldamise kohta ning üldjoontes on nende kahe alusaktiga paika pandud põhimõtted püsinud Eestis tänini.

1991. aastal oli Eestis 22 kohalikku haigekassat. 1994. aastal vähenes piirkondlike haigekassade arv 17-ni ning loodi teatava tasandusfondina keskhaigekassa, mille tegevuse järele valvas ravikindlustusnõukogu (15 liiget: riigi, töövõtjate ja tööandjate esindajad). Lõplikult konsolideeriti tervishoiu rahastamine 2002. aastal, mil asutati avalik-õiguslik Eesti Haigekassa täisvastutusega kõigile kindlustatutele võrdväärse ravikindlustuse võimaldamise eest. Kogu selle aja jooksul oli Eestis kõigi tervishoiuteenuste peamine rahastamise allikas spetsiaalselt tervishoiule eraldatud 13% töötasult (osana sotsiaalmaksust).

Nii Lätis kui ka Leedus on tervishoiu rahastamise põhimõtteid muudetud mitmel korral. Lätis alustati riigi ja kohaliku omavalitsuse eelarvetest kombineeritud rahastamise variandiga, liikudes 1998. aastal edasi kesksele riigieelarvelisele rahastamisele, kuid ikkagi eri valemite põhjal konkreetseid allikaid ja eelarve suurust kombineerides ning kaheksa piirkondliku haigekassa kaudu administreerides. Alles 2005. aastal jõuti ühetaolisele sotsiaalmaksul põhinevale rahastamisele ühe riikliku tervisekindlustusameti kaudu, ent tervishoiukulutused on endiselt kombineeritud muude sotsiaalkuludega (pensionid, töötushüvitised jms) ning konkreetne eelarvesumma tervishoiu jaoks lepitakse kokku parlamendis igal aastal eraldi.

Leedus alustati samuti 1990. aastate alguses mitmest allikast rahastamisega: tervishoiuasutusi rahastati kohalikust ja riigieelarvest ning ravimikulutusi sotsiaalkindlustusameti (SODRA) kaudu. 1997. aastal juurutati ka Leedus ravikindlustus keskse riikliku patsientide fondi ja kümne piirkondliku fondi kaudu, kuid neid rahastati algul suhteliselt väikese kindlustusmakse osakaaluga (3% palgalt), mida kompenseeriti siiretega riigieelarvest arvestusliku tulumaksu põhjal. Alates 2003. aastast on piirkondlikke fonde viis, SODRA kogutava sotsiaalmaksu suuruse määrab igal aastal parlament ning tervishoiuteenuste eelarve kujuneb endiselt mitme allika kombineerimise tulemusena, mille üle otsustatakse poliitilise otsustusprotsessi käigus.

Seega on viimase kahekümne aasta jooksul seisnenud põhiline tervishoiu rahastamise korralduse erinevus Eesti ning Läti ja Leedu vahel eelarve suuruse prognoositavuses ehk selles, mil määral tervishoiuteenuste rahastajal ning teenuse osutajatel on ülevaade valdkonna rahastamise perspektiividest ning kuidas nad saavad keskpikas perspektiivis oma tulusid ja kulusid planeerida. Eestis on kõigil süsteemi osalistel isegi ebapiisava rahahulga korral olnud vähemalt lühikeses perspektiivis teatav kindlustunne ning selgus tuleviku suhtes, sest päevapoliitika ei ole tervishoiu rahastamise otsuseid eriti palju mõjutanud. Lätis ja Leedus on rahastamisskeeme tihti muudetud ning lõplikult määratakse tervishoiu rahastamise tase eraldi igal aastal poliitilise protsessi käigus.

Tervishoiu rahastamine

Ühtse metoodika järgi hinnatud tervishoiu kogukulude andmed riikide võrdlemiseks on kättesaadavad alates 1995. aastast. Perioodil 1995−2008 kasvasid tervishoiu kogukulud aasta-aastalt kõigis Balti riikides (kasv üle viie korra). Kuigi absoluutsummas panustati tervishoidu järjest enam, on tervishoiukulude osakaal püsinud 5−6% juures SKT-st

ehk siis tervishoiu¬kulude kasv on käinud ühte sammu majanduse üldise kasvuga.

2009. aastal langesid nominaalsed kulud esimest korda, Eestis oli langus küll marginaalne (1,5% võrra), kuid Lätis ja Leedus vastavalt 20% ja 18%. Suhtena SKT-sse püsisid Läti ja Leedu tervishoiukulud 2008. aasta tasemel (Lätis −0,1 protsendipunkti), ent Eestis erandlikult tõusis tervishoiukulude suhe SKT-sse 6,1%-lt 7,0%-le, kuna eelarve ja SKT vähenemise tingimustes püüdis Haigekassa oma reservide kasutuselevõtuga vähendada alanenud maksulaekumise mõju tervishoiuteenuste kättesaadavusele. Kulude taseme hoidmine reservide kasutuselevõtu toel Eestis suurendaski tervishoiukulude suhtelist osa SKT-s, kuna viimane vähenes 2009. aastal.

Rahvusvahelises võrdluses sageli kasutatav näitaja „tervishoiukulud inimese kohta" on Balti riikides kogu aeg ja oluliselt kasvanud: 2009. aastal olid tervishoiukulud inimese kohta üle kolme korra kõrgemad kui 1995. aastal. Aastatel 2000−2007 olid Leedu (ja mõnel aastal ka Läti) tervishoiukulutused ostujõu pariteeti arvestades inimese kohta kõrgemad kui Eestis, kuid viimaste aastate erinev majandusareng ning ilmselt piisavate reservide olemasolu tõstsid 2009. aastaks Eestis inimese tervishoiule kulutatu 1373 USD PPP-le, samal ajal kui Läti ja Leedu kulud jäid vastavalt 996 ja 1097 USD PPP tasemele. Samas on Balti riikides inimese tervishoiule kulutatavad summad endiselt märksa madalamad kui EL-i vanades liikmesriikides keskmiselt.

Tervishoiu rahastamisesse panustajad

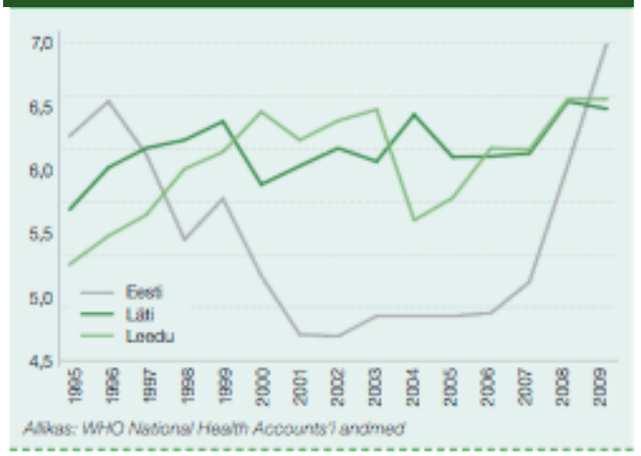
Peale tervishoiukulude taseme on tervisepoliitika oluline iseloomustaja see, kes need kulutused tegi ehk tervishoiuteenuste eest tasus. Tervishoiuteenuste eest maksja on oluline süsteemi õiglust ja teenuste kättesaadavust hinnates. Kui vahetu maksja teenuse osutamise kohas on enamasti avalik sotsiaalkindlustuse asutus, siis viimane saab raha tavaliselt maksumaksjate käest sõltumata rahakogumise viisist. Suuremal või vähemal määral võib lisanduda sellele patsientide omaosalus.

Balti riikides on tervishoid olnud valitsussektori korraldada ning suurel määral ka rahastada. Perioodil 1995−2009 on kõigis kolmes riigis valitsussektori rahastamise osa olnud vähemalt 50%, Eestis viimasel kümnel aastal umbes 75%. Eestis ja Leedus rahastab valitsussektor tervishoidu valdavalt ravikindlustuse kaudu, mille tulud koosnevad peamiselt töötasudelt makstavast sihtotstarbelisest maksust/maksuosast ning väiksemal määral üldistest riigieelarve tuludest. Läti rahastab tervishoidu üldisemalt riigieelarvest.

Peale haigekassa ja riigieelarve kannavad tervise valdkonnas osa valitsussektori kulutusi kohalikud omavalitsused. Eestis ei ole neil konkreetset kohustust tervishoiukulusid teha ning nende ülesanded piirduvad enamasti elanikkonna teadlikkuse tõstmise ja arstiabi kättesaadavuse tagamisega oma piirkonna elanikele (näiteks ravikindlustuseta isikute ravikulude hüvitamine, alustavate perearstide toetamine). Lätiski on omavalitsuse vastutuseks arstiabi kättesaadavuse tagamine vähekindlustatud isikutele. Leedus on kohalike omavalitsuste roll suurem: nende omanduses on haiglate hooned ning vastutada perearstiabi rahastamine.

Valitsussektori osa tervishoiusüsteemi rahastamisel on kõigis kolmes Balti riigis ajavahemikus 1995−2009 vähenenud, kuid Lätis pärast 2000. aastate alguse madalat taset hakanud taas mõnevõrra kasvama. Eestis oli valitsussektori osakaal tervishoiu rahastamises 1990. aastate

Tervishoiu kogukulud Balti riikides (% SKT-st)

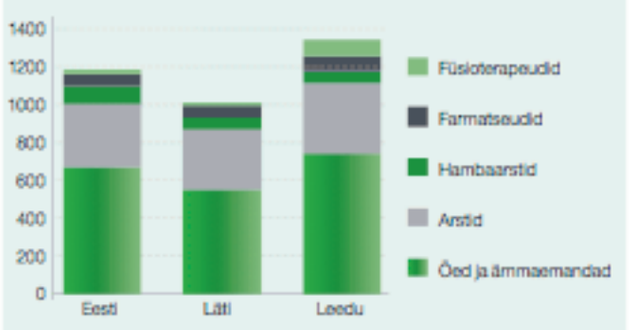


Allikas: WHO National Health Accounts'i andmed

Tervishoiu kogukulud inimese kohta (USD PPP)

Allikas: WHO National Health Accounts'i andmed, EL15 kohta WHO hinnang Health for All andmebaasist

Meditsiinitöötajate arv 2008 (100 000 in kohta)



Allikas: Eurostat – Health care facilities, hospital beds ja Health personnel by region

keskpaigas ligi 90%, kuid aastaks 2009 langes see 75%-le. Lätis on tervishoidu valitsussektori vahenditest finantseeritud kõige vähem. Nimelt 1995. aasta 66%-lt langes valitsussektori panus 2001. aastaks 51%-ni ja tõusis seejärel aastaks 2009 vaid 60%-ni. Leedus oli vähenemine 74%-lt 1995. aastal 68%-ni 2009. aastal.

Kuigi valitsussektori rahastamise osakaal tervishoius on vähenenud kõigis Balti riikides, on tervishoiukulude osa valitsussektori kogukulutustes olnud suhteliselt stabiilne. Seega on tervishoid ligemale viieteist aasta jooksul olnud valitsussektori muude kuluartiklitega võrreldes muutumatu prioriteetsusega, ent maksukoormuse üldise vähenemise taustal on inimestel endil tulnud oma ravi eest üha enam raha juurde maksta. Kokkuvõttes oli aastatel 2008–2009 tervishoiukulude osakaal valitsussektori eelarves Eestis ligi 12%, Lätis veidi üle 10% ning Leedus peaaegu 13%.

Tervishoiu rahastamise erasektorist moodustavad peamiselt patsientide omaosalus ning erakindlustus. Teenuse kasutaja omaosalust rakendatakse enamasti teatud teenuste ja ravimite puhul, mõjutamaks inimeste tervishoiuteenuste tarbimist (näiteks mõjutamaks patsiente ostma kuluefektiivsemaid ravimeid ja vähendama tervishoiuteenuste „mittevajalikku" tarbimist), samuti kaasamaks tervishoidu lisaraha. Patsientidel tuleb katta ka nende teenuste ning ravimite kulud, mis ei kuulu ravikindlustuse hüvitatavate teenuste ja ravimite loetellu (näiteks hambaravi). Siiski kipub kõrge omaosalus vähendama tervishoiuteenuste kättesaadavust väiksema sissetulekuga inimeste jaoks, mis võib halvendada nende tervist ja seeläbi töövõimet ning nõnda võimendada elujärje halvenemist. Omaosaluse suurem kaal toob kaasa solidaarsuse põhimõttest lähtuva ümberjaotuse vähenemise tervishoiusüsteemis.

Kõigist erasektori kuludest tervishoius moodustas omaosalus 2009. aastal Eestis 97%; erakindlustus koosnes peamiselt reisitervisekindlustusest ja oli väga väikese mahuga. Leedus oli olukord sarnane, aga Lätis kasvas erakindlustuse roll 1990. aastatel kiiresti, jõudes 2006. aastal ligi 7%-ni erasektori tervisekuludest, kuid seejärel vähenes taas. Erakindlustuse levikut soodustas Lätis kõrge omaosalus, mille vastu kindlustuskaitset otsiti.

Omaosalus hõlmab peamiselt kulutusi ravimitele ja hambaravile ning Eestis moodustas omaosalus tervishoiu kogukuludest 1995. aastal 10%, kasvades 2006. aastaks 25%-ni (senine maksimum) ning alanedes 2009. aastaks 20%-ni. Lätis ja Leedus on algusest peale patsientide omaosalus olnud suurem kui Eestis. Lätis moodustas omaosalus 1995. aastal 34%, 2001. aastal 46% ja 2009. aastal 38%. See tähendab, et viimastel aastatel on Lätis ühiskonna jõukuse kasvades liigutud pigem omaosaluse vähenemise poole. Leedus on omaosaluse osakaal olnud kõige stabiilsem, ulatudes 2004–2006 küll üle 30% piiri, kuid jäädes enamasti 20–30% vahemikku, 2009. aastal oli see näiteks 27%.

Üldiselt on tööjõumaksudel põhinevad rahastamisskeemid (näiteks sotsiaalkindlustus, riigieelarveline tervishoid) progressiivsed: kõrgema sissetulekuga inimesed maksavad suurema osa oma töötasust maksudeks kui madalama sissetulekuga inimesed, kas siis astmelise maksumäära või väikese sissetuleku maksuvabastuse tõttu. Seevastu teenuste tarbimisel põhinevad tasud (näiteks omaosalus ravimite ostul) on enamasti regressiivsed – madalama sissetulekuga inimesed maksavad suurema osa oma sissetulekust tervishoiuteenustele.

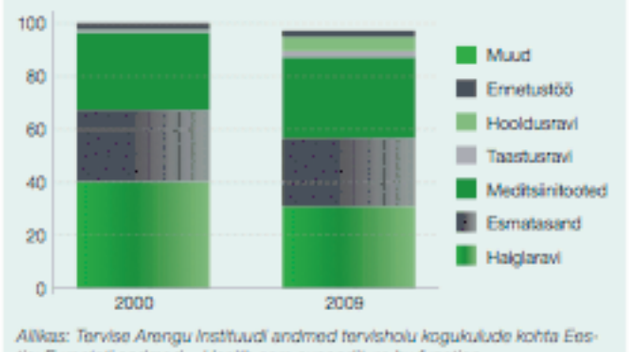
Omaosaluse kasvamise tõttu viimastel aastatel on tervishoiuteenuste rahastamine Eestis varasemast regressiivsem, kuid kokkuvõttes siiski veel progressiivne. Seega käib Eesti tervishoiusüsteemis veel, kuigi väheneval määral, ümberjaotus suurema sissetulekuga rühmadelt madalama sissetulekuga rühmadele, tervematelt haigematele ning kindlustatud isikutelt lastele, pensionäridele ja teistele kindlustatutega võrdsustatud rühmadele.

Läti ning Leedu kohta seesugust analüüsi sissetulekute lõikes tervishoidu rahalise panustamise ning teenuste kasutamise võrdluseks tehtud ei ole, kuid omaosaluse suurem ulatus viitab pigem tervishoiusüsteemi väiksemale ümberjaotamise võimele madalama sissetulekuga inimeste kasuks.

Taristu ja töötajad

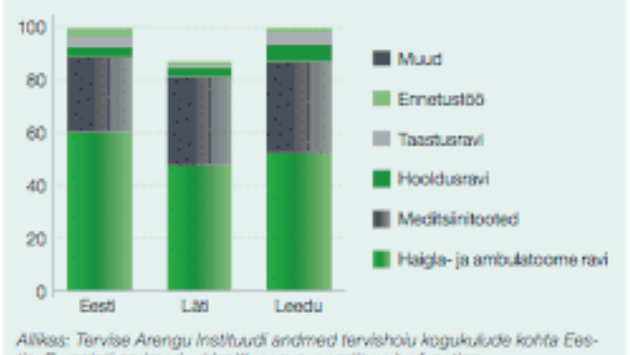
Balti riikide ühiseks tunnusjooneks on 1990. aastate alguses nõukogude süsteemist päritud ülepaisutatud haiglavõrk koos suure hulga ravivoodite, madala voodihõive ja keskmiselt üpris pika haiglas viibimise ajaga. 1990. aastatel võeti kõigis kolmes riigis suund ebaefektiivse haiglavõrgu reformimisele: haiglate ja haiglavoodite arvu vähendati ning investeeriti haiglahoonetesse ja meditsiinitehnikasse, et tagada tänapäevaste kõrge kvaliteediga teenuste osutamine.

Tervishoiukulud funktsioonide lõikes (Eesti)



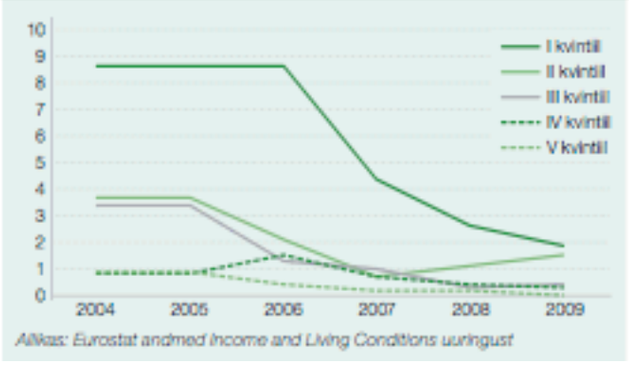
Allikas: Tervise Arengu Instituudi andmed tervishoiu kogukulude kohta Eestis; Eurostati andmed – Health care expenditure by function

Tervishoiukulud funktsioonide lõikes (2007)



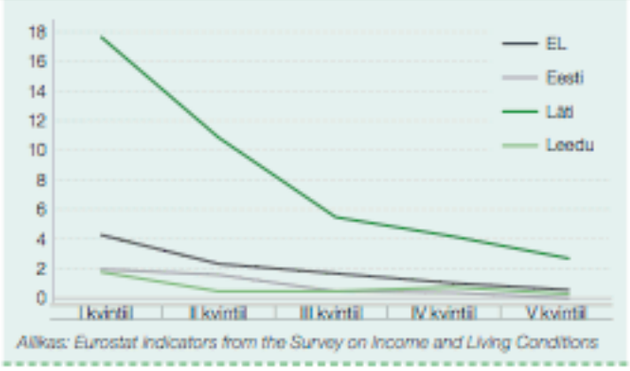
Allikas: Tervise Arengu Instituudi andmed tervishoiu kogukulude kohta Eestis; Eurostati andmed – Health care expenditure by function

Nende inimeste osakaal Eestis võrreldes EL-i keskmisega, kellel jäi rahapuudusel arstiabi saamata (%)



Allikas: Eurostat andmed Income and Living Conditions uuringust

Nende inimeste osakaal Eestis, Lätis ja Leedus võrreldes EL-i keskmisega, kellel jäi sõltuvalt sissetulekust vajadusel arstiabi saamata (%)



Allikas: Eurostat indicators from the Survey on Income and Living Conditions

Võrreldes 1995. aastaga on voodikohtade arv 100 000 elaniku kohta vähenenud Eestis 32%, Lätis 34% ja Leedus 38%. Aastal 2009 oli neis riikides vastavalt 572, 745 ja 685 voodikohta 100 000 elaniku kohta. Võrdluseks: EL-i 15 vana liikmesriigi keskmine on 535 voodikohta 100 000 elaniku kohta.

Voodikohtade vähenemine on peale ülemäärase võimsuse vähendamise poliitika seotud ka rõhuasetuse nihkumisega ambulatoorsele arstiabile ja päevaravile.

Eestis on viimastel aastatel voodikohtade arv siiski hakanud taas kasvama, peamiselt hooldusravi voodikohtade arvel. Muutused voodiprofiilis erinevad riigiti: Eestis on aktiiv- ja psühhiaatrilise ravi voodikohtade arv 100 000 elaniku kohta vähenenud, hooldusravi voodikohtade arv aga kasvanud, Lätis ning Leedus on kõigi voodikohtade arv (aktiiv-, psühhiaatrilise ravi ja hooldusravi) vähenenud.

Meditsiinitöötajate koguarv langes Eestis ja Lätis 2001. aastani, seejärel hakkas tõusma ning 2008. aastal ületas juba 1990. aastate keskpaiga taset. Kuigi Eestis on arstide ja õdede arv vähenenud, tagas meditsiinitöötajate koguarvu kasvu hambaarstide, farmatseutide ja füsioterapeutide arvu kasv. Leedus, kus meditsiinitöötajate arv 100 000 elaniku kohta oli kõrgeim (1995. aastal 1503, samal ajal Eestis 1136 ja Lätis 846), kestis meditsiinitöötajate arvu vähenemine 2004. aastani ning seejärel langus stabiliseerus (saavutamata kasvu 1990. aastate keskpaiga tasemele).

2008. aastal erines meditsiinitöötajate arv 100 000 elaniku kohta Balti riikides endiselt. Eestis oli suurim hambaarstide arv, Leedus oli enim nii arste, õdesid kui ka farmatseute ning kordades enam füsioterapeute kui Eestis ja Lätis. Leedus on aja jooksul vähenenud just õdede arv. Keskmine õdede arv arsti kohta oli seal 2008. aastal 2,0 nagu Eestiski, Lätis oli keskmiselt 1,8 õde arsti kohta. Ametlik Eesti vajaduse prognoos on 3 õde ühe arsti kohta, kuid selle saavutamine ei ole seni kulgenud plaanipäraselt.

Lääne-Euroopa riikidega võrreldes on Eestis arstide hulk pea samasugune (329 arsti 100 000 elaniku kohta 2007. aastal), kuid õdede arv (655 õde 100 000 elaniku kohta 2007. aastal) jääb alla EL-i nn vanadele liikmesriikidele (791 õde 100 000 elaniku kohta 2007. aastal). Leedus, erinevalt Eestis ja Lätist, arstide arv 1990. aastatel ei vähenenud ning see on püsinud pea samasugusena (ligi 400 arsti 100 000 elaniku kohta 2007. aastal). Lähiaastatel tuleb kõigil kolmel riigil ilmselt seista silmitsi tervishoiutöötajate arvu vähenemisega seoses suure hulga töötajate siirdumisega pensionile.

Pärast 2004. aastal EL-iga liitumist on märkimisväärselt tugevnenud surve tervishoiutöötajate lahkumiseks välisriikidesse. Eestis õnnestus seda mõnevõrra pidurdada kiire palgakasvuga aastatel 2004–2008 ning ka Lätis ja Leedus suurendati tervishoiutöötajate palkasid. Siiski on majanduskriis aastatel 2008–2010 ning sellega seotud palgalangus taas märkimisväärselt suurendanud meditsiinitöötajate migreerumise riski.

Tervishoiukulude struktuur

Samavõrra oluline kui tervishoiuteenuste rahastamise viis on ka see, kuidas ja milliseid tervishoiuteenuseid selle raha eest elanikele pakutakse.

Balti riike võrreldes selgub, et Eesti ja Leedu tervishoiukulude struktuur on teineteisega sarnasem ja erineb Läti omast. Põhilise erinevusena saab välja tuua Eesti ravi- ja ennetustegevuse kulude suuremat osatähtsust võrreldes naabritega ning samas väiksemat meditsiinitoodete (ravimi-) kulude osakaalu. Leedus kulutatakse Eesti ja Lätiga võrreldes suhteliselt enam taastus- ja hooldusravile, aga ka meditsiinitoodetele. Haigla- ning ambulatoorse ravi kulud on suurima osakaaluga Eestis, mõnevõrra väiksema tähtsusega Leedus ja Lätis.

Eestis on viimase kümnendi jooksul haiglaravi kui suurima kuluartikli osakaal vähenenud ning kasvanud on meditsiinitoodetele (valdavalt ravimitele) tehtud kulud, samuti ambulatoorse ning ka hooldus- ja taastusravi kulud. Tõsi, absoluutarvudes on viimase kahe raviliigi tähtsus siiski oluliselt väiksem ülejäänutest.

Kasvanud ambulatoorse ravi ja meditsiinitoodete kulud peegeldavad perearstiabi rolli kasvu. Eestis arendati perearstidel põhinev esmatasandi süsteem välja naabritest kiiremini ja jõulisemalt; alates 1997. aastast mängis selles olulist rolli ka pearahapõhine rahastamine. Viimane lõi eeldused perearstide rahaliseks sõltumatuseks ja seeläbi ka väga tugeva professionaalse ametiau tekkeks. Kuigi põhimõtteliselt samasuunalised esmatasandi süsteemi muudatused toimusid ka Lätis ja Leedus, jäi seal perearstide kõrvale perearstiteenuseid osutama ka hulk muu väljaõppega arste (sise-, üld-, lastearstid) ning rahastamine

Balti riikide võrdlus Euroopaga

	Sündimus		Eluiga		Ränne		Tervishoid	
	2010	1990–2010	2010	1990–2010	2010	1990–2010	2010	1990–2010
Eesti	Rahuldav	Kehv	Kehv	Kehv	Negatiivne	Tugevalt negatiivne	Hea	Kehv
Läti	Kehv	Väga kehv	Kehv	Kehv	Negatiivne	Tugevalt negatiivne	Rahuldav	Kehv
Leedu	Rahuldav	Kehv	Kehv	Kehv	Tugevalt negatiivne	Tugevalt negatiivne	Hea	Kehv

muutus pearahapõhiseks märksa väiksemas ulatuses. Niisamuti säilisid Lätis ja Leedus paljud nõukogudeaegsed polikliinikud, isegi kui seal töötasid iseseisvad perearstipraksised. Kuna polikliinikuid rahastati iseseisvate asutustena, millel polnud selget rolli ega vastutust üldarstiabi või siis haiglaravi osutajatena, tekitas see lisa-ebaefektiivsust ega võimaldanud perearstidel võtta täisvastutust esmatasandi teenuste osutamise eest.

Kokkuvõttes on Eesti selgepiiriline tervishoiukorraldus võimaldanud arendada efektiivset tervishoiusüsteemi, kus elanike ligipääs arsti vastuvõtule on naabritega võrreldes hea ning samal ajal meditsiiniliste protseduuride hulk suur. Võib eeldada, et meditsiiniliste teenuste suurem efektiivsus on Eestis võimaldanud Läti ja Leeduga võrreldes suhteliselt suuremas mahus kasutada raha haiguste ennetamiseks ja terviseedenduseks.

Teenuste kasutamine

Kõigis kolmes Balti riigis on vaadeldud perioodil meditsiiniabi kasutamise mahud kasvanud ja abi osutamine tõhustunud: sama hulga töötajate ning kohati isegi vähenenud ressurssidega ravitakse enam inimesi ja tehakse rohkem operatsioone. Taas kord on muutused kõige ilmekamad olnud Eestis.

Keskmine haiglaravi kestus (voodipäevade arv) vähenes ajavahemikul 1995−2008/2009 kõigis kolmes riigis 35−40% võrra, kuid lõpptase oli madalaim Eestis (7,9 päeva), võrreldes Läti (9 päeva) ja Leeduga (9,6 päeva).

Ambulatoorsete vastuvõttude arv elaniku kohta on seevastu Eestis ja Lätis kasvanud (2008. aastal vastavalt 6,5 ja 6 külastust aastas). Leedus, kus 1990. aastate keskel oli tase kõrgeim (üle 7 visiidi aastas), vähenes visiitide arv 6,4-ni 2002. aastal, tõustes 2009. aastaks taas 6,9 visiidini elaniku kohta aastas.

Kuigi ambulatoorsete visiitide keskmine arv inimese kohta kasvas, on oluline teada, kas abi on kättesaadav kõigile sissetulekurühmadele. Sotsiaalkindlustuse puhul on tähtis kindlustusega katmata inimeste osakaal. Eestis on see näitaja püsinud stabiilselt 5−6% vahemikus kogu elanikkonnast (Haigekassa andmed kindlustatute kohta). Kindlustamata elanikele on üldjuhul tasuta kättesaadav vaid kiirabi ja nn vältimatu abi eluohtliku seisundi ravimiseks; peale selle mõned rahvatervise programmid. Euroopas levinud põhimõtete kohaselt peetakse nii suurt kindlustamata isikute hulka liiga suureks.

Lätis ja Leedus ei ole tervisekindlustus seotud töötamise või seadusega sätestatud kindlustatuga võrdsustatud isiku staatusega, mistõttu nominaalselt on tagatud kõigile seadusliku riigi territooriumil elavatele inimestele õigus ühetaolisele tervishoiuteenusele. Samas on näiteks Lätis võime seda õigust kasutada suuresti seotud omaosaluse tasumise suutlikkusega, mis paljude jaoks piirabki kättesaadavuse vaid erakorralise abiga. Leeduski ei ole formaalselt kindlustamata inimesi, kuna ligipääsul eri liiki teenustele (kiirabi, pere- ja eriarstiabi) ei tehta vahet sotsiaalsest seisundist sõltuval kindlustusstaatusel. Omaosaluse barjäär on küll kõrgem kui Eestis, ent mitte nii suur kui Lätis, ja teenuse hulka reguleeritakse kaudselt järjekordade kaudu.

Tervishoiuteenuste kättesaadavust Balti riikides saab võrrelda Eurostati andmete põhjal. Kõigis kolmes riigis oli perioodil 2004−2009 selliste kõrgema sissetulekuga inimeste osakaal, kes vajadusel arstiabi ei saanud, kuna see oli liiga kallis, märksa väiksem kui madalaima sissetulekuga inimeste oma (s.t I kvintiil). Ootuspäraselt on Lätis, kus patsiendi omaosalus on kõrgeim, abi saamise takistuseks palju sagedamini just tervishoiuteenuste hind; nii on see kõigis sissetulekugruppides. Näiteks 2009. aastal jäi kõige madalama sissetulekuga inimeste viiendiku hulka kuulunud elanikest hinna tõttu arstiabi saamata Leedus 1,7%-l, Eestis 1,9%-l ja Lätis 17,6%-l .

Kõigis kolmes riigis on arstiabi kättesaadavus sissetulekugruppides viimastel aastatel ühtlustunud. Lätis, kus oli kõrgeim nende inimeste osakaal, kes arstiabi kalliduse tõttu vajadusel abi ei saanud, on ka kättesaadavuse ühtlustumine olnud tagasihoidlikum. 2009. aastal oli Eesti ja Leedu arstiabi kättesaadavus selle näitaja järgi isegi parem kui EL-i liikmesriikides keskmiselt.

Eesti statistikaameti (ESA) andmed näitavad, et Eestis on perearstiabi, eriarstiabi ja hambaarstiabi kättesaadavus paranenud ning sissetulekurühmades ühtlustunud: suhtelise vaesuse piirist allpool asuvate inimeste osakaal, kes ei saanud vajadusel arstiabi, on oluliselt lähenenud suhtelise vaesuse piirist ülevalpool asuvate inimeste osakaalule, kes vajadusel arstiabi ei saanud. 2010. aastal oli väiksema sissetulekuga elanikegrupis neid, kes vajadusel perearstilt abi ei saanud, 3,4%, ja eriarstiabis 6,3% (2004. aastal olid need osakaalud vastavalt 11% ja 13,3%). Suurim probleem on hambaarstiabi kättesaadavusega, kuna seda ravikindlustus täiskasvanutele ei kata. 2004. aastal ei saanud vajadusel abi 22% väiksema sissetulekuga inimesi, 2010. aastal oli nende osakaal endiselt ligi 15%. Jõukamas grupis oli hambaarstiabist ilma jäänute osakaal 5%.

Siiski on Eestis mitmes uuringus kirjeldatud kasvava omaosalusega seotud kättesaadavuse probleeme tervishoius. Näiteks viimasel kümnendil kasvas pidevalt ini-

Rohuteadlane_Rohuteadlane 11/3/11 10:17 AM Page 17

meste hulk, kelle jaoks tervishoiukulud moodustasid ohtlikult kõrge osa sissetulekutest (üle 20%) või kelle jaoks ravikulud olid otseselt vaesumise põhjuseks. Mõnevõrra paranes kättesaadavus majandusbuumi viimastel aastatel 2007−2008, mil sissetulekud ja tervishoiukulutused saavutasid ajutise maksimumi. Seda võib seletada leibkondade majandusliku olukorra paranemisega, kuid majanduslangus ja eriti sellest taastumisega kaasnenud hinnatõus võib väiksema sissetulekuga elanike jaoks tervishoiuteenuste kättesaadavust uuesti halvendada. Samuti on viimasel kümnel aastal järk-järgult pikenenud ooteaeg perearsti ning eriarsti vastuvõtule jõudmiseks, isegi kiire kasvu aastatel: ajavahemikus 2005−2009 oli uuringu „Elanike hinnangud tervisele ja arstiabile 2009" alusel nende inimeste osakaal, kes ootasid eriarstile pääsemiseks rohkem kui kuu, suurenenud 19%-lt 30%-ni.

Kolme Balti riigi tervishoiupoliitika on kulgenud paljuski sarnast rada mööda, kuid samal ajal on viimase kahekümne aasta jooksul tehtud siiski olulisi otsuseid, mis riigiti märkimisväärselt erinevad. Enamjaolt on Eesti reformid olnud selgepiirilisemad, otsustavamad ja püsivamad ning alates 1994. aastast on tehtud sihikindlat tööd parema efektiivsuse tagamiseks.

Üldiselt on kõigi Balti riikide tervishoireformide tuumaks olnud kolm põhimõtet: sotsiaalkindlustusele tuginev tervishoiu rahastamine, kus valitsussektori panus on suhteliselt suur, perearstidele rajatud tugev esmatasandi tervishoiusüsteem ning teenuseosutajate (eeskätt haiglate) majanduslik autonoomsus. Samas –tervishoireformi kõigi kolme põhikomponendi poolest olid Eesti poliitilised otsused ning nende elluviimine 1990. aastatel Läti ja Leeduga võrreldes jõulisemad.

Hoolimata Eesti tervishoiusüsteemi senisest edust võrreldes teiste Balti riikidega on eduka arengu jätkamine üha keerulisem. Lähemate aastate jooksul nõuab Eestis lahendamist hulk põletavaid probleeme: tööjõumaksudel põhinevat ebapiisavat rahastamist ei kompenseeri ka ülisuur majanduskasv; tervishoiutöötajate hulk väheneb kriitilise piirini demograafilistel põhjustel, aga ka kasvava välismaale siirdumise ohu tõttu; jätkub arvestatav tervishoiuteenuste nõudluse kasv, mis on seotud ühelt poolt jõukamate elanike ootuste ja teisalt eakamate inimeste arvu kasvuga; pärast 2004. aastat pidurdunud organisatsioonilised ümberkorraldused ning võimalik teenusekvaliteedi langus tekitavad pingeid kõigil tervishoiuteenuse osutamise tasanditel alates ennetusest ja perearstiabist ning lõpetades haigla- ja hooldusraviga.

Kokkuvõte

Aastatel 1990−2010 olid kolm Balti riiki ühed kõige kiiremini väheneva rahvaarvuga riigid Euroopas. Kokku vähenes ajavahemikus 1990−2010 Balti riikide rahvaarv ligi 1,5 miljoni inimese võrra. Rahvaarvu mõjutasid nii poliitilised, sotsiaalsed kui ka majanduslikud muutused. Viimasel kümnel aastal on Eesti ja Läti demograafiline areng liikunud käsikäes majandusliku arenguga, Leedu puhul taoline selge trend puudub.

Sündimuses ja rändes tõi siirdeperiood kaasa suured muutused ning demograafiliselt nii soodsat olukorda kui 1980. aastate lõpp ei ole suudetud kahekümne aasta jooksul taastada. Baltimaade rahvastiku tragöödia seisnes kõigi rahvaarvu kujundavate tegurite ühel ja samal ajal negatiivseks muutumises: vähenes sündimus, suurenes suremus ja sotsiaalsed muutused tõid samal ajal kaasa intensiivse väljarände. Sündimuse langus võib olla osaliselt tingitud ka sündimuskäitumise muutuse ja majanduslikult ebasoodsate olude kokkulangemisest, kuid paljudes siirderiikides oli loomuliku iive muutus vähem negatiivne.

Kuigi 21. sajandi alguses jääb keskmine eluiga Balti riikides Euroopa keskmisest rohkem maha kui sündimus, saavutati pärast 1990. aastate alguse langust 1990. aastate eluea tase juba sama kümnendi lõpuks. Ainuke suremusnäitaja, mille 1990. aasta tasemele jõudmine vajas kakskümmend aastat, oli tervisest sõltumatute (nn välisteguritest tingitud) surmade kordaja. Leedus ei ole selle näitaja puhul ka aastaks 2010 jõutud 1990. aasta tasemele. Balti riikide eripäraks teiste Euroopa riikidega võrreldes on ka enneaegne surm tööeas inimeste ja eriti meeste seas ning suur vahe meeste ja naiste elueas. Suremusel on seos töökoormuse, -kultuuri ning -stressiga. Südame-veresoonkonna haigustest ning välistest teguritest tingitud suremuse vähendamine on lähitulevikus põhiküsimusi Balti riikide inimeste eluea pikendamisel. Kuna südame-veresoonkonna haigused ning välised tegurid on seotud stressi (sh tööstressi) ja inimeste tervisekäitumise harjumustega, võivad lahendused peituda just seal.

Kuigi tulevikus võib ennustada eluea pikenemist kõigis Balti riikides, oli riikide edukus inimeste elude hoidmisel kahekümne aasta jooksul erinev. Inimeste eluea Balti võrdluses kaotas Leedu aastal 2004 esikoha Eestile, mis võib viidata Eesti suuremale efektiivsusele tervishoiu ning tervisliku elu edendamisel. Võimalik, et saavutused eluea pikendamisel on seotud Balti riikide valikutega tervishoiupoliitikas: avaliku sektori suhteliselt suure panusega sotsiaalkindlustusel põhineva tervishoiu rahastamisel.

Kuigi Euroopa mastaabis võib Balti riike lugeda pigem omavahel sarnasteks, on nende kolme riigi vahel ka erinevusi. Eesti ja Läti olid 1990. aastate alguses üsna sarnase demograafilise arenguga, mida iseloomustas järsk ja negatiivne reageerimine muutustele ühiskonnas. Siiski võis alates 2000. aastast Eestis märgata demograafiliselt positiivsemaid arenguid kui kahes naaberriigis. Lätist sai 21. sajandi alguseks Euroopa ja maailma mõistes demograafilise katastroofi riik. Kuigi Leedu 21. sajandi alguse näitajad olid sarnased Läti arengutega, on Leedu demograafiline olukord tervikuna mõnevõrra parem vähem järsu muutuste tõttu 1990. aastatel. Kõikide Balti riikide rahvaarv väheneb ka lähitulevikus suure tõenäosusega.

Tervishoireformide eduka elluviimise tulemusena suudetakse tagada teiste arenenud riikidega võrdväärsel tasemel tervishoiuteenuste hulk ja kättesaadavus, kuid mitu korda väiksemate kuludega. Seejuures jääb teenuse kasutamisel patsientide tasuda Eestis vähem kui Läti ja Leedu patsientidel.

Refereeris Ele Grauberg

Soome esimene *ravimiautomaat* alustas tööd

Septembrikuine "Apteekkari" annab teada, et Vähänkyrö apteek Pohjanmaal on kasutusele võtnud Soome esimese ravimiautomaadi.

Esialgu on ravimiautomaat küll katsetamisel, kuid apteeker Heikki Peura loodab, et automaat jääb töösse alaliselt. Vähänkyrö on hajaasustusala ja apteeker soovis pakkuda kohalikele võimalust esmatarberavimite hankimiseks. Automaat täidab oma ülesandeid apteegist 10 kilomeetri kaugusel, Merikaaros.

Automaadi tootevalikusse kuulub 40 erinevat käsimüügitoodet, valu- ja allergiaravimeid, silmatilku, rahustavaid ja valuvaigistavaid salve, ka herpessalv ja loomade ussirohud.

Automaat arveldab sularahaga. Kuigi automaat asub kaupluse ruumides, on ta kaupluse ülejäänud tegevusest eraldatud. Kaupluse abi vajatakse ainult siis, kui apteegiautomaadi kliendid soovivad kasutada selle telefoni Vähänkyrö apteegist raviminõustamise saamiseks. Kaupluse töötajad jälgivad ka seda, et alaealised ei kasutaks automaati üleliia.

Automaadis ei müüda mitte kõiki ravimeid mida kliendid osta sooviksid. Näiteks vedelaid köharavimeid võidakse kasutada vääralt ja seetõttu peetakse vajalikuks, et nende väljastamine toimuks ka edaspidi apteegist endast.

Kliendid saavad jätta kaupluse lukustatud sahtlisse retsepti või muu apteegikauba tellimuse. Toodetele võib järele tulla apteeki või Siwa kauplusesse või toimetatakse need kliendi koju.

Automaadi eesmärk on eeskätt teenindada neid kliente kellel ei ole autot või kellel on keeruline külastada apteeki selle lahtiolekuaegadel. Automaat võeti kohalike külaelanike poolt hästi vastu. Esimese kuu jooksul müüdi 80 ravimit mis teeb keskmiselt kolm ravimit päevas.

Ka Soome Apteekrite Liit näeb apteegiautomaati tulevikulahendusena. Automaadid toovad väikekohtade kauplustesse kliente, kuid ravimite säilitamine ja väljastamine püsib ikka apteegi professionaalse tegevusena. Automaadi ravimid on valitud meditsiinilistel näidustustel, mitte müügi edendamiseks. Automaadi ostud ei ole mingis seoses kaupluse boonussüsteemidega ega ahvatle ravimite tarbetule ostmisele.

Esimesed ravimiautomaadid on kasutusele võtnud ka Rootsi Apoteket AB. Automaate paigaldatakse esmatarbekaupade kauplustesse ja bensiinijaamadesse. Oste saab sooritada krediitkaardiga. Müügil on ainult käsimüügiravimid. Raviminõustamist ei pakuta. Omanikud vabandavad seda sellega, et kõik automaadid on varustatud saada olevate ravimite infolehtedega ja klienditeeninduse telefoninumbriga.

Seda, kas snäkiautomaatidele sarnased ravimiautomaadid ka Eesti kaugetesse küladesse jõuavad, näitab aeg. Orienteeruvalt 3000 eurot maksva automaadi soetamist võiksid kohalikud omavalitsused rahastada.

Kaidi Sarv

Mõte lubada arstidel ravimeid müüa leiab nii soosijaid kui vastaseid

Maaomavalitsuste liit tegi riigikogu riigieelarve kontrolli komisjonile rea ettepanekuid, kuidas esmatasandi arstiabi maakohtades parandada, lubades omalt poolt sellele igati kaasa aidata.

Eriti raske on olukord maal, tõmbekeskustest kaugel. Üha raskem on leida perearsti, kes oleks nõus tulema maale tööle, kus on väikesed nimistud, väiksem palk, vaesem ja haigem rahvas, raskendatud asendaja leidmine, lastel pole läheduses kooli ja abikaasal tööd ning patsiente vaevavad lisaks tervisehädadele ka sotsiaalsed mured.

Perearsti puudumise tõttu ei ole tagatud tuhandete inimeste õigus esmatasandi arstiabile, mis peaks olema arengukava kohaselt kättesaadav mitte kaugemalt kui 30 km. Kui ka arst on olemas, siis ei ole võimalik kasutada seadusest tulenevat õigust avalduse alusel perearsti vahetamiseks, sest teist arsti läheduses lihtsalt ei ole.

Riigikontrolli aruande kohaselt toetab 61 protsenti kohalikke omavalitsusi perearstiabi osutamist, kusjuures toetus on nii rahaline kui ka mitterahaline. Peamine abi on ruumide võimaldamine kas tasuta või minimaalse raha eest ja kommunaalkulude hüvitamine. Kuid on ka omavalitsusi, kus arstile on võimaldatud elamispind, aidatud osta vajalik sisseseade praksise pidamiseks, makstakse õe palk.

Kuna teenuste kättesaadavus on muutunud hajaasustusega piirkondades üleüldiseks probleemiks, on maal oma elanikele bussiringide korraldamine kohalike omavalitsuste üheks oluliseks ülesandeks.

Tähtuselt järgmiseks abiks, mida kohalikud omavalitsused osutavad, on ravimite maksumuse hüvitamine. Haige, kes elab toimetulekutoetusest või miinimumpalgaga, ei suuda raviks vajalikke medikamente muretseda, ravi jääb pooleli ja haigus aina süveneb.

Oluliseks probleemiks, millega kohalikud omavalitsused peavad tegelema, on ravikindlustuseta isikud. Ehkki esmatasandi tervishoiu arengukavas on ühe meetmena kirjas üldarstiabi kättesaadavuse ja rahastamise tagamine kõigile, on see tänaseks päevakorrast maas.

Maaomavalitsuste Liit käis riigikogu riigieelarve kontrolli komisjoni perearstiabi korraldust puudutaval istungil välja ka idee lubada perearstidel ravimeid müüa. Eriti peeti silmas hajaasustusega piirkondi, kus peale perearsti on elanikel pikk tee ka lähima apteegini. Kui räägitakse käsimüügiravimite müügist poodides, võiks ravimimüügi võimaluse anda ka meditsiinitöötajatele, põhjendas oma ettepanekut Maaomavalitsuste Liidu juhatuse liige Kurmet Müürsepp. Vastuseks võimalikule huvide konfliktile arvas Müürsepp, et kui arsti juurde minna, siis köharohtu võiks sealt ikka saada.

Apteekrite Liidu esinaine Kai Kimmel ei usu, et ettepanekust asja saab. Esiteks pole oma tööd korralikult tegeval perearstil aega ravimitega tegeleda. Teiseks võib

tekkida huvide konflikt, küsimusi tekitaks hinnakujundus, ravimivaliku suurus ning selle tulemusel võib olemasolev maa-apteekide võrk kannatada saada. Ei ole mõeldav, et perearsti ravimivalik oleks sama suur kui apteegis. Kui saada oleks ainult ühte ravimit, siis ei ole patsiendil valikut. Samuti peab jälgima laoseisu ja aegunud ravimid hävitama.

Sotsiaalministeerium leiab, et maaomavalitsuste ettepanekus on peidus otsene huvide konflikt. Praegune seadusandlus ei luba arstidel patsientidele ravimeid müüa, küll aga neid anda tervishoiuteenuse raames tasuta.

Kommenteerides maaomavalitsuste liidu ettepanekut ütles perearstide seltsi juhatuse liige Anneli Talvik, et kindlasti ei ole perearstid huvitatud ravimite müümisest ja ammugi ei ole see perearstile mingi äriidee, mis aitaks eelarvega toime tulla.

Talvik rõhutas, et perearstide selts on vastu kõikidele mittearstlikele tegevustele, millega perearst tegelema peab või kellegi meelest peaks.

«Ravimimüük on väga täpselt reguleeritud ja selle tegevuse osas on karmid nõuded. Kui patsient saaks arstilt ravimikarbi, tuleks asi nõuetekohaselt vormistada ja dokumenteerida - taas tekiks olukord, kus arst ei tegele oma tööga,» märkis ta.

«Kui mõnes riigis saab patsient arstilt ravimi kaasa, sest õhtul pole enam lähikonnas apteeki avatud, siis see teenus on küll patsiendile mugav, aga see puudutab vaid üksikuid ravimeid ja patsient ei saa kaasa kogu ravimihulka, mis tal vaja on, vaid ainult mõned tabletid, mis aitavad ravi samal päeval alustada. Kahjuks on Eestis mõnel pool esmatasandi arstiabi ja selle kättesaadavus (ka esmased ravimid) muutunud kättesaamatuks ja luksuseks, aga selle küsimuse lahendamise osas tuleb vaadata juba poliitikute poole,» lisas Talvik.

Rohuteadlane_Rohuteadlane 11/3/11 10:18 AM Page 20

Ravimite müük poes taas tulipunktis

1. novembril toimus Rahvusraamatukogus ravimitootjate liidu eestvõttel üritus. kus esitleti Turu-uuringute AS poolt läbiviidud küsitlust, kus uuriti mida arvavad inimesed käsimüügiravimite müügist tavakauplustes.

Kaidi Sarv

Sisukal ja huvitaval esitlusel olid sõnavõtud erinevatelt oma valdkonna spetsialistidelt.

Minister **Hanno Pevkuri** sõnavõtt oli väga tasakaalukas. Ta rõhutas jätkuvalt, et ravim ei ole tavakaup ja Eesti on valinud tee, et ravimid on ainult apteegis.

On selge, et alati sooviksid inimesed ravimeid saada rohkem, odavamalt ja enda kõrvaluksest. Samas konsulteerib tema ise ja ka teised inimesed oma ravimite üle apteekri ja arstiga.

Ministri sõnul on olulised aspektid:

1. Kvaliteet - see ei tähenda ainult kvaliteetset toodet, vaid kvaliteetne peab olema ka sellega kaasnev teenus.

2. Ravimivõltsingute oht - jaotuskanalite laiendamisega see suureneb.

3. Riigil peab olema kontrollivõimekus ravimite järelevalveks. On selge, et tuhandete poodide järelevalveks Ravimiameti haldussuutlikkus ei ole piisav.

4. Patsiendi nõustamise aspekt. Nõustamine peab olema. Ja kui pood võtab tööle farmaatsiaspetsialistist nõustaja, siis miks ei või ta teha apteeki või inimene minna samas kaubanduskeskuses asuvasse apteeki?

5. Kui ravimid lähevad poodi, võib läbi maa-apteekide sulgemise kaasneda retseptiravimite kättesaadavuse vähenemine. See on ministeeriumile väga tõsine argument.

Mida ministeerium saab paremaks teha?

Ministeerium püüab muuta ravimeid odavamaks ja kättesaadavamaks. Hinna langetamiseks on sõlmitud hinnakokkulepped. Lisaks on tehtud ettepanek 50 % soodustusega ravimi kompenseerimise piiri kaotamiseks.

Teine kättesaadavuse parandamise võimalus on e-apteegi kasutuselevõtt. Sellekohane eelnõu on ettevalmistamisel.

Ministeerium kaalub võimalust piloteerida nendes kohtades kus apteeke ei ole (maal) ravimikapi süsteemi (ilmselt Soome eeskujul, need on apteekide ravimikapid poodides/postkontorites).

Ravimibuss on ministri sõnul regionaalpoliitiline meede. Peab arutama, kas riik on nõus sellele peale maksma. Ka perearstide ravimimüük on olnud arutlusel.

Kõikide arutluste eesmärgiks on leida võimalus kuidas tagada odavamad ravimid ja nende parem kättesaadavus elanikele.

Ministri sõnum kuulajatele - tuleb tõsta inimeste teadlikkust, et nad teeksid teadlikke ravimivalikuid.

Konkurentsiameti peadirektor **Märt Otsa** sõnavõtt keskendus apteekide asutamise piirangule. Kuna kõik apteegid põhinevad erakapitalil on see põhjuseks, miks neisse peaks suhtuma kui igasse teise ettevõttesse. Eestis on tekkinud olukord kus 90 % ravimiturust on koondunud kahe ettevõtja kätte. Otsa sõnul tegelevad nemad konkurentsiolukorraga ning leiavad, et apteekide asutamise piirangud ja ka ravimite müügi piiramine ainult apteekidega on liiga karmid ning konkurentsi pärssivad. Piirangute vähendamine ja ravimite müügivõimalus poodides parandaks oluliselt ravimite kättesaadavust, suurendaks valikut ja alandaks hinda.

Ots pidas ka põhjendamatuks, et apteegid ei saa ravimeid otse tootjalt osta ilma hulgimüüjata. Nemad pooldavad ravimite müüki tootjalt otse apteekidele.

Sarnaselt ministril pidas ka Märt Ots vajalikuks nõustamist ravimite müügil. Poe ja bensiinijaama müüjad peavad tema saama vastava väljaõppe (läbima kursused).

Turu-uuringute AS-i uuringujuht **Iivi Riivits-Arkonsuo** tutvustas elanike arvamusküsitluse tulemusi. Uuring toimus üle Eesti. Küsitleti 998 inimest (vanuses 15-74) kõikidest maakondadest näost-näkku intervjuudena. Vastajate valim vastas elanike proportsioonile maakonnas.

Esiteks küsiti, kas käsimüügiravimid (s.o ilma retseptita müüdavad ravimid) ehk ninatilgad, allergiavastased ravimid, valuvaigistid, köha- ja külmetusvastased ravimid võiksid olla müügil toidupoodides.

18 % vastanutest oli sellega täiesti nõus, 28 % oli pigem nõus, 4 % ei osanud vastata, 23 % oli pigem vastu ja 28 % oli täiesti vastu. Seega 46 % poolt ja 51 % vastu.

Rohkem oli ravimite müügiga poodides nõus Tallinna, Lääne-Eesti ja saarte elanikud. Vastu rohkem Põhja-Eesti ja Ida-Virumaa elanikud.

Teiseks küsiti kui palju inimesed apteegist ise nõu küsivad. Vastanutest 32 % küsib alati, 39 % küsib vahete-vahel, 19 % enamasti ei küsi ja 10 % ei küsi üldse.

Samas küsiti ka, palju apteekrid ilma küsimata apteegis nõu pakuvad. Vastused näitasid, et 40 % nõustavad alati, 32 % enamasti, 18 % ei anna enamasti nõu ning 10 % ei anna apteekrid nõu.

Kolmandana küsiti, kas suitsupakkide kõrval võiksid poes müügil olla ka suitsetamisest loobumise vahendid. 63 % vastanutest arvas jah ja 27 % et pole vaja. Jah ütlesid enam naised ja noored inimesed. Ebavajalikuks pidasid seda Ida-Virumaa ja maaelanikud.

Vastanutest 29 % olid regulaarsed suitsetajad ja 4 % juhusuitsetajad (kokku 33 %).

Sealjuures suitsetajatest soovis tooteid poodidesse 59 % ja 33 % leidis, et ei ole vaja.

Ainult 1 % vastanutest aga soovis oma suitsetamist maha jätta.

Jätkuks eelmisele teemale rääkis Tervise Arengu Instituudi ekspert **Tiiu Härm** suitsetamise olukorrast ja tööst mida apteekrid suitsetamisest loobumise nõustamisel teevad. Tiiu Härm nõustab ka ise Tallinna Silikaadi apteegis suitsetamisest loobumise soovijaid.

Tema hinnangul ei ole aga kasu sellest, kui poodidesse tubakapakkide kõrvale pannakse ka nätsupakid. Tuleb tubakatooted nähtavalt kohalt kassade juures üldse ära panna. Tiiu Härmi sõnul on suitsetamine meditsiiniline seisund, sõltuvus, mida tuleb ravida ehk ta on rahvusvahelise haiguste klassifikatsioonikohane haigus. Sõltuvusseisundi ravi vajab tervishoiutöötajate sekkumist ja pädevat nõustamist.

Ürituse lõppedes esines sõnavõtuga veel **Margus Tsahkna** (IRL, Riigikogu sotsiaalkomisjoni esimees), et inimesed on oma ravimitest väga teadlikud, et nad enamasti ei saa ega vaja apteekidest nõustamist, ehk poodide idee on hea.

Kaupmeeste Liidu esimees **Kati Kusmin** kinnitas, et nemad arutasid ravimite müügi teemat juba 2 aastat tagasi. Kauplused on valmis oma töötajaid ravimie müügiks koolitama ja ettevalmistama. Samuti soovivad nad saada samu infomaterjale ravimite kohta kui apteegid.

Lõpuks püüdis ta kuulajaid veenda, et kaubandusettevõtete käive on apteekide käsimüügiravimite käibest tohutult suurem ja pole põhjust rääkida, et nemad selle pealt teenivad.

Ürituse lõpus anti võimalus esitada ministrile küsimusi. Seda tegi aktiivselt ravimitootjate esindaja Rauno Pukonen, kes püüdis ministrit veenda, et riik peaks sigarettidesse, alkoholisse ja ravimitesse suhtuma ühtemoodi ehk siis lubama neid müüa ühetaoliselt kõikjal.

Üritusele järgnes väga aktiivne meediakajastus kus poodideteema segunes EAL ja EAÜ kampaaniaga “Küsi nõu apteekrilt!”.

Ühena esimestest teemadest kajastasid toimunut Kanal 2 ja TV 3. Samal päeval oli kolm temaatilist raadiosaadet Vikerraadios ja üks saade venekeelses Raadio 4-s, järgmisel päeval oli teemakajastus hommikuses Terevisioonis, raadiokanalites Elmar ja Kuku.

Ajalehtedest tegi kiire teemakajastuse Postimees: Sirje Niitra “Ravimite müük poes tuleb hästi läbi mõelda” ja “Apteegid ravimeid poodi ei lubaks” ning Saarte Hääl: Kertu Kalmus “Käsimüügi ravimitesse suhtutakse liialt kergekäeliselt”. Samuti olid teemakajastused Tarbija24-s “Ravimiseaduse muutmine on plaanis, kuid mitte ravimite poemüügi pärast” ning ERR-s “Arvamus käsimüügiravimite poodi lubamisest lahkneb pooleks” ja “Apteekrid: ravimite müügi põhimõtteid ei tohiks muuta”.

Eeskujudena ravimite müügist kauplustes tuuakse sageli USA-d ja Suurbritanniat. Pildil olevas Cardiffi Boots apteegis jääb tõesti mulje, et ravimeid müüakse poes. Tegelikult asub kogu kaubamaja apteegis.

Valik käsimüügiravimeid samas apteegis.
Tarbijaile tutvustatake selleaastast suurt talvebrändi (valge reklaam riiuli kohal). Samuti näitab viit “free” võimalustele osta neid tooteid, mille puhul saab 3 toote ostmisel maksta ainult kahe hinna.
Selised “vabadused ja võimalused” Eesti tarbijal puuduvad.

Rohuteadlane_Rohuteadlane 11/3/11 10:18 AM Page 22

Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolist 35 farmatseuti

Alar Sepp

Tallinna Tervishoiu Kõrgkool on farmatseute koolitanud järjepidevalt juba 67 aastat. Selle aja jooksul on kehtinud õppekava täies ulatuses läbinud ja kõrgkooli farmatseudina lõpetanud ~1400 inimest .
Tänavu lisandus lõpetajate perre 17. juunil 35 farmatseuti.

Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli farmaatsia eriala lõpetajad 17. juunil 2011. aastal Estonia kontserdisaalis.
Esimeses reas vasakult Külli Trei, Jelena Zaitseva, Jevgenia Višnjakova, Olga Aleksandrova, Merlin Kudi, Janne Kangur ja Annika Alhonen.
Teises reas vasakult Natalja Pogorelova, Anna Konon, Nadezhda Frolova, Anna Vinogradova, Anna Tšupik, Anna Veselova, Ksenia Popova, Nadežda Vassilevitš, Jevgenija Volkova, Maria Jutt ja Katerina Tšernova.
Kolmandas reas vasakult Irina Tšaštšina, Julia Dronik, Julija Meleštšenko, Jekaterina Nagradova, Julija Pirogova, Ilga Hronenko, Kristina Žuravljova, Egle Erikson, Kadi Luik, Mirjam Lend, Merle Urbas ja Sofya Makarikova. Neljandas reas vasakult Darja Nossova, Aleksandr Smoljar, Kaidi Mäeorg ja Anton Ojamaa.
Fotolt puudub Jekaterina Strižak.

Rohuteadlane_Rohuteadlane 11/3/11 10:18 AM Page 23

Lõpetajate hulgast väärivad ära märkimist Külli Trei, Kadi Luik ja Maria Jutt

Külli Trei saavutas suurepärased akadeemilised tulemused ja ta lõpetas Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli farmaatsia eriala *cum laude*. Külli Treid iseloomustab järeleandmatu huvi farmaatsia eriala vastu, sealhulgas saavutas ta kiidetavad tulemused apteegipraktikas. Tema iseloomuomadused sobivad suurepäraselt apteekrile ja koolis omandatud põhjalikud teadmised võimaldavad tal kliendikeskselt töötada.

Kadi Luige töö lühitutvustus

Uurimistöö pealkirjaks on „Ristõieliste taimede epidermi diagnostilise tähtsusega iseärasused“. Töö üheks eesmärgiks oli välja selgitada, kas ristõieliste taimede sugukonnas on tähtkarvade esinemine üldiseks tunnuseks, mille alusel saaks määrata taimede sugukonnalist kuuluvust. Teisena huvitas asjaolu, et kas kõigil ristõielistel taimedel on olemas spetsiifilise kuju ja suurusega tähtkarvakesed, mille alusel saaks neid ka üksteisest eristada ning identifitseerida.

Meditsiinilises mõttes ning eelkõige just farmakognoosia vallas on antud töö teema samuti aktuaalne, kuna ristõieliste sugukonda kuulub ka palju ravimtaimi. Teades ja tundes erinevate taimede tähtkarvakeste esinemist ning iseärasusi, oleks võimalik ka neid teistest ristõielistest kergema vaevaga ning kindlamalt eristada.

Uurimistöö tulemusena selgus, et kõigil ristõieliste sugukonna taimedel ei ole tähtkarvakesi. Nende hulgas leidub täiesti karvutuid liike, kuid ka selliseid, millel esinevad ainult lihtkarvad nagu näiteks põld-sinep.

Töö tulemustest sai järeldada ka seda, et tähtkarvakesed on erinevatel taimeliikidel spetsiifilised ning erinevad üksteisest nii kuju kui ka suuruse poolest, mistõttu oleks võimalik nende järgi taimi identifitseerida.

Uurimistöö „Ristõieliste taimede epidermi diagnostilise tähtsusega iseärasused“ alusel koostati ja esitati suuline ja stendiettekanne Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli rahvusvahelise nädala raames 16-18.mail 2011.

Töö leidis äramärkimist ka kõrgkooli stipendiumi konkursil. Tööd juhendas akadeemik ja bioloogiadoktor Udo Margna. Kadi Luik on tegelenud pideva enesetäiendamise ja arendamisega, seda eriti farmaatsia ja meditsiini alaselt.

Tänu uurimistööle arenes Kadi väga mitmekülgselt. Lisaks kirjanduse läbi töötamisele sai ta rakendada ja kinnistada ka oma praktilisi oskusi ja teadmisi. Töö teema valikul oli see üheks oluliseks põhjuseks. Vähem oluline ei olnud tema jaoks see, et antud teemat oli veel üsna vähe uuritud ning selle tulemused võivad aidata edaspidi ristõielisi taimi identifitseerida. Ristõieliste sugukonda kuulub üle 3000 erineva taime, millest paljud on välispidisel vaatlusel väga sarnased ning suur osa neist kuulub ka ravimtaimede hulka.

Uurimistööd kirjutades sai Kadi tegeleda nii taimede korjamise, määramise, mikroskoopilise uurimise kui ka kirjandusliku poolega, millest viimane andis talle veelgi kindlust juurde, et tähtkarvakeste esinemise, nende kuju ja suuruse kohta on veel vähe teavet. Lisaks kõigele sellele sai Kadi võrrelda uuritavatel taimedel tuvastatud tähtkarvakesi, vaadelda nende erinevaid kujusid, suurusi, kiirte arvu ning esinemissagedust.

Uurimistööd kirjutades arendas Kadi väga palju nii taimede määramises, mikroskoopilises vaatluses kui ka üldiselt teadustöö kirjutamises, mis andis hea aluse ristõieliste taimede uurimise jätkamiseks. Selles sugukonnas on veel tuhandeid taimi, mida vaadelda ning võrrelda võiks.

Maria Juti saavutused

Kolmandaks esiletõstmist väärivaks lõpetajaks oli Maria Jutt, kes jõudis viimasel kursusel osaleda Erasmus-programmi vahetusüliõpilasena Portugalis. Tema esitas suulise ettekande Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli rahvusvahelise nädala konverentsi farmaatsia sektsioonis. Oma ettekandega, mis käsitles Eesti ja Portugali farmaatsiakorralduse võrdlevat analüüsi , tekitas Maria elavat diskussiooni. Maria andekus sai tuult tiibadesse ja ettekanne võimalikuks tänu Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli farmaatsia õppetooli juhataja Lilian Ruubeni pakutud teemale ja kõrgkooli lepingupartnerist sümpaatse juhendaja doktorant Angelo Jesuse aktiivsele tegevusele. Maria võrdleva analüüsi kohta ilmus publikatsioon ka farmaatsia rahvusvahelisel sümpoosionil Guarda linnas Portugalis.

Käesoleva aasta lõpetajad varasemast aktiivsemad

Ühelt poolt olid 2011. aasta lõpetajad varasemast aktiivsemad. Nad osalesid aktiivsemalt farmaatsia erialaste konverentsi ettekannetega ja vahetusüliõpilasena. Teiselt poolt oli Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli farmaatsia õppetool vastuvõtvaks osapooleks neljale portugali ja kahele leedu Erasmus-programmi vahetusüliõpilasele . Neli portugali üliõpilast koos õppejõududega ja kaks eesti üliõpilast koos õppejõududega esitasid ettekanded oma uurimistöödest ja nii saime me Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli rahvusvahelise nädala konverentsil korraldada eraldi farmaatsia sektsiooni. Käesoleva aasta uuenduseks oli see, et pärastlõunane farmaatsia sektsioon toimus videokonverentsina Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli ja School of Allied Health Sciences of Oporto (ESTSP) vahel. Farmaatsia sektsiooni juhatas kõrgkooli farmaatsia õppetooli õppejõud Alar Sepp.

Rohuteadlane_Rohuteadlane 11/3/11 10:18 AM Page 24

Inglismaal tegutsevad iseseisvad apteegid tõhusamad

Suurbritannia terviseministeeriumi tellimusel koostatud PricewaterhouseCoopersi uuringust selgub, et retsepti käsitlemine on iseseisvates apteekides odavam kui ketiapteekides. Uuring hõlmas enam kui 500 apteeki.

Uuring näitas, et apteek kulutab ühe retsepti käsitlemisele ja soodussüsteemi rakendamisele keskmiselt veidi üle 3 naela, kuid erinevate apteekide vahel esinevad väga suured erinevused.

Suurtes ketiapteekides kulub retsepti käsitlemisele keskmiselt 4,84 naela, kuid iseseisvates apteekides ainult 2,68 naela. Erinevuste põhjuseks peetakse, et iseseisvas apteegis teeb apteeker palju töid ise, ka kodus ja vabal ajal mis ametlikes kuludes ei kajastu. Iseseisvatel apteekidel ei ole võrreldes kettidega ka kulukat peakontorit ega haldusorganisatsiooni.

Englannissa itsenäiset apteekit tehokkampia. Apteekkari 7.10.2011, lk 11.

Prantsusmaad ähvardab ravimikriis

Alates eelmisest kevadest on prantsuse apteekreid häirinud paljude ravimite korduv lõppemine. Prantsuse ravimiamet Afssaps on 2010. aasta jooksul teavitanud 31 tarneprobleemist. Sellele eelneval aastal teavitati ainult 2 tarneraskusest. Riigis müügil olevast 5600 ravimist on ligi 600 lõppenud hulgimüügist vähemalt kord aastas. Hinnanguliselt 360 ravimit kaob turult. Probleeme on nii astma-, epilepsia-, vererõhu-, insuliini-, hormoon- ja depressiooniravimitega. Ministeerium peab kõige murettekitavamaks vähi- ja aidsiravis kasutatavate ravimite lõppemist

Alguses süüdistati probleemis ravimitootjaid. Samas on ravimitootjad ise tänu ravimite hinnalangustele ja korporatsioonide ühinemistele läbi elanud suure murrangu. Sõltuvus välismaisest ravimitootmisest raskendab kriisidega toimetulekut.

Hiina ja India toodavad tänapäeval 80 % ravimitoorainest ja näiteks kõige kasutatuimat valuvaigistit – paratsetamooli ei toodeta pärast Rhodia tehase sulgemist 2008. a Euroopas enam üldse.

Tootjad omakorda kinnitavad, et nemad tegutsevad lähtudes seadustest ja süüdistavad omakorda hulgimüüjaid suure äri ajamises ja seaduseaukude enda kasuks pööramises.

Prantsusmaa hulgimüügiturg on jagunenud 4 suure hulgimüüja vahel ja kahtlustatakse, et need on omavahel kokku leppinud kuidas seadusi ärakasutada ja ravimeid parematele turgudele eksportida.

Hulgimüüjad omakorda väidavad, et eksport moodustab nende tegevusest ainult 1 %. Nende sõnul on süüdi 600 kõige olulisema ravimi tootja ranged tootmis- ja jaotuspõhimõtted. Süsteem on hulgimüüjate hinnangul liiga jäik.

Üheskoos peetakse süüdlaseks nn "kotikaupmehi". Need, viimastel aastatel tekkinud tegijad on rikkunud tavapärase jaotussüsteemi. Prantsuse 30 "kotikaupmeest" hangivad kiiresti suuri kaubahulki ja viivad need siis maadesse, kus nende ravimite eest saab kõige parema hinna. See võib anda väga head tulu sest mõnede ravimite jaehinnad on Saksamaal või Itaalias võrreldes Prantsusmaaga isegi kuni viiekordsed. Kõige sagedamini lõppevad ravimid on enamasti kallid ja maailmaturul nõutud.

Apteekrid on probleemi ees. Mõnes apteegis on tavapärastest ravimitest laos puudu 10 %. Harva saabuvad tellimused täielikult komplekteerituna. Võrreldes endisega on mõnede ravimite tarneajad mitmekordistunud. Juurde on tulnud hulk lisatööd. Patsiendid on ärritunud. Mõned on nimetanud, et olukord on nagu sõja ajal.

Ravimite nappus on Prantsusmaal äratanud palju vastujaka. Peaaegu iga patsient tunneb selle üle muret. Siiski loodetakse, et olukord normaliseerub.

Esko Riikonen. Lääkepula riivaa Ranskaa. Apteekkari 7.10.2011, lk 24-27.

India – maailma kolmas ravimitootja

Ravimitootmisel on India majanduses tähtis roll. Loodetakse, et tootmismaht suureneb tänasest 1,2 miljardist US dollarist 20 miljardi dollarini aastas. Tootmine on keskendunud peamiselt generilistele ravimitele, mille madal hind tagab nende müügiedu kõikjal maailmas.

Ravimitootmisel on aga ka omad varjuküljed. Tootmine mõjutab oluliselt keskkonda, samuti on suureks ohuks ravimivõltsingud.

Selleaastase FIP kongressipaiga, Hyderabadi lähedal asuvad ravimitehased on korduvalt saastanud läbi linna voolava jõe. Üle pooled piirkonnas toodetavatest ravimitest jõuavad Euroopa turgudele.

Puudulikud tootmistingimused ja halb järelevalve ei ole ainsaks probleemiks. India kaudu satub maailmaturgudele ka oluline osa ravimivõltsingutest. Ravimivõltsingute osa arvatakse olevat 10-30 % maailma ravimiturust. Kuigi võltsinguid takistav seadusandlus on olemas, on karistused sageli tähtsusetud. Võltsinguvaldkonnas liigub palju raha ja surve seaduseandjatele on võimalik. Kõige problemaatilisemad on riigid, kus siseturule ja välismaale toodetavatele ravimitele kehtivad erinevad standardid.

S. Peura, I. Harjula. Kongressiterveiset Intiasta. Apteekkari 7.10.2011, lk 30-31

Rohuteadlane_Rohuteadlane 11/3/11 10:18 AM Page 25

Internetiapteekides

on küll odavad hinnad, kuid ka probleemid

USA on internetiapteekide sünnimaa ja paradiis. Kõikide võimaluste maal on igal inimesel võimalik olla patsient ja igal patsiendil võimalik valida viisi kuidas ennast ravida. Ja võimalusi on rohkem kui enamikel Vana-Maailma elanikel.

Kuna Ameerikas üldine ravikindlustus puudub, muutub ravi ja ravimi hind eriti oluliseks. Üheks võimaluseks on tellida vajaminevaid ravimeid interneti teel, kasutada internetiapteeke.

Kui sa oled nagu enamus ameeriklasi, siis sa tahad säästa raha. Üks viise raha säästmiseks on ravimikulude kokkuhoid. Ja peamisi ravimikuluartikleid on retseptiravimid.

Medco on internetiapteek, mis saab retseptid e-posti või faksi teel ja siis saadab patsientidele nende ravimid posti teel kohale. Sageli on retseptid väljakirjutatud patsiendi kolme kuu vajaduseks. Tänu sellele, et Medco ei opereeri mitte apteekide, vaid ladudega, hoab ta kokku kulusid ja pakub apteekidele tugevat konkurentsi. Nimetatakse, et Medco on farmaatsiatööstuse "Netflix".

Odavate hindadega kaasnevad siiski probleemid

Erakorralise meditsiini osakonnas kohtab igal kuul paari patsienti, kellel on ravimid otsa saanud, kuna nende saadetis Medco´lt või mõnelt teiselt internetiapteegilt ei ole õigeaegselt kohale jõudnud. Enamasti ei saanud need patsiendid aega oma perearsti juurde, et küsida nädala või paari jagu ravimeid, et nad saaksid aja oma tellitud ravimisaadetise saabumiseni kuidagi "üle elada". Mõned patsiendid poolitavad oma tablette või võtavad neid ülepäeva, et vastu pidada nii kaua kui võimalik.

Perearstid näevad Medco probleemi teist külge. Kui nad saadavad sinna faksi oma patsiendi retseptiga, siis need faksid kaovad pidevalt. See ei ole oluline, et ta saab vastu kinnituslehe faksi kohalejõudmise kohta. Medco käsib tal oma patsiendi kaardi uuesti üles otsida ja neile uue retsepti saata. Paljudel kordadel saab arst retsepti kaotsiminekust teada alles siis, kui tema patsiendid talle paanikas helistavad, et nad helistasid Medco klienditeenindusse kust neile teatati, et retsepti ei ole ja patsiendil on ravimid peaaegu otsakorral.

Perearstid saavad regulaarselt fakse ka Medco´lt, kus neil palutakse oma patsiendile väljakirjutatud ravimid asendada Medco poolt "eelistatud" ravimitega. Ja kui ta siis ei kirjuta samasugust kordusretsepti ja ei helista üle, et patsient kindlasti vajab just seda, väljakirjutatud ravimit, siis juhtub, et Medco retsepti ei menetle ja patsient oma ravimit ei saa.

Milles siis probleem – see võtab aega ainult 5 kuni 10 minutit, eks? Vale! Näiteks ühe perearsti õde oli telefonil 80 minutit, et oma nelja patsiendi ravimisaadetisi korda saada. See oli aeg, mil õde ei saanud aidata patsiente ja kaotas peaaegu 1,5 tundi oma palgalisest tööajast. Kui see ka oleks ainult 5 minutit, aga korrutades 5-10 minutit sadade patsientidega, saab kokku märkimisväärse aja.

Tõdetakse, et internetiapteegid võivad patsientidele pikas perspektiivis isegi kulukamaks minna. Kui Medco ei saada neile nende ravimeid õigeaegselt ja patsiendid ei saa kätte oma perearsti ning peavad minema erakorralise meditsiini osakonda või kiireloomulisse hoolduskeskusesse, siis kulutavad nad sellele olulisel määral raha ja aega.

Kui siis on segadus paberitöös, või kui Medco ei ole mugavalt saanud talle saadetud ravimiretsepte (kuigi arst on saanud kinnituslehe mis näitab, et faks on edukalt edastatud), või kui Medco apteekrid arvavad, et teised ravimid on patsiendile paremad kui need, mis perearst väljakirjutas - ei pruugi patsient saada oma ravimeid enne, kui eelmised on juba otsakorral.

Kui sa ei saa oma vererõhuravimeid ja sul on atakk… noh vähemalt hoidsid sa mõned kokku natuke raha oma retseptidelt – kui sa need lõpuks kätte saad.

Seega küsimus advokaatidele: oletame, et kindlustusseltsi või tööandja tervishoiukava võimaldab oma liikmetele kompenseerida ainult "soodsaid" internetiapteekide ravimeid. Mitte ühtegi ostu tavalisest apteegist ei ole lubatud. Nüüd oletame, et patsient saab ataki, kuna ta ei saanud oma ravimeid õigeaegselt kätte. Kellele langeb vastutus? Kas tööandjale või kindlustusseltsile, või hoopis internetiapteegile?

Refereerinud artiklist: Mail order pharmacies have cheap prices, but also problems.

-http://www.kevinmd.com/blog/2010/09/mail-order-pharmacies-cheap-prices-problems.html

Kaidi Sarv

Rohuteadlane_Rohuteadlane 11/3/11 10:18 AM Page 26

Austraalia apteegid XXI sajandil –

ravimite valmistamisega tagasi oma juurte juurde

Ravimite valmistamine oli 1980-ndate aastate Austraalias peaaegu kadunud. Viimasel aastakümnel on aga see traditsiooniline tegevus tänu uutele tehnoloogiatele läbi teinud tõelise uuestisünni.

Kaidi Sarv
Apteekrite Liit

Kaasaegse apteegi lätted ulatuvad umbes aastasse 750 a.D mil Kesk-Aasia rohupoodides alustati ravimite valmistamist ja väljastamist. Sajandid ning uued teaduse- ja tehnoloogiaavastused asendasid ravimite individuaalse valmistamise masstoodangu tootmisega ning arenenud riikides apteegis kohapeal assisteerimine peaaegu kadus.

Viimase 20 aasta jooksul on tänu meditsiiniliste teadmiste avardumisele, biomeditsiinilistele tehnoloogiatele, spetsialiseerunud arstidele, suurenenud patsienditeadlikkusele ning mõnede tööstuslikult toodetavate ravimite ebajärjekindlale kättesaadavusele toimunud Austraalias ravimite valmistamise "renessanss".

Ravimite ekstemporaalne valmistamine on Austraalia mõistes defineeritud kui üksiku, kindlale patsiendile koheseks kasutamiseks ordineeritud mittesteriilne toode. Selline valmistamine võimaldab muuta tööstuslikult toodetud ravimi või raviaine annust, kontsentratsiooni, vormi ja maitset ning on seetõttu eriti väärtuslik võimalus laste, vanemaealiste, ebastabiilse hormonaalse tasemega patsientide, nahahaiguste ning allergikute ravis.

Austraalias kuulub ligi 200 apteeki organisatsiooni Professional Compounding Chemists Australia (PCCA), mis on vastava USA ühingu analoog. Spetsialiseeritud ravimite valmistamise teenust pakub 6-10 % Austraalia apteekidest. On tõdetud, et mitmed tööstuslikult toodetud ravimid ei ole teatud patsientide jaoks sobivas vormis kättesaadavad. Ka austraallased nurisevad, et austraalia turg takistab väikese, kuid olulise patsiendipopulatsiooni ravimite registreerimist ning paljude selliste toodete kättesaadavus puudub või ei ole see pidev. Siiski on selline olukord väljakujunenid mitte turvalisuse, vaid majanduslikel kaalutlustel.

Spetsialiseeritud apteek

Austraalia proviisorile Michael Serafinile, kes kaitses oma doktorikraadi farmatseutilises keemias ning õppis täiendavalt toitumis- ja ortomolekulaarkeemiat, pakkus ravimite valmistamine seikluslikku väljakutset. Tema 7 aastat tagasi langetatud viljakas otsus asutada Austraalia looderannikule ravimite valmistamise apteek, tegi ta teiste kohalike tervishoiuspetsialistide pilkealuseks. Samas on ta viimase nelja aasta vältel varustanudl enam kui 15.000 patsienti üle Austraalia. Proviisori filosoofia on nende ravimitega ravida pigem psühholoogilist tasakaalutust kui haigusnähte. Ta usub, et apteegis valmistamine pakub individuaalse patsiendi tarbeks rohkem paindlikkust ning võimaldab patsiendi hüvanguks paremat koostööd arstiga.

Kümne aasta eest oli ravimite valmistamine väga minimaalne. Vahel harva valmistati mõnda imelikku kreemi, kuid nüüd on huvi ravimite valmistamise vastu plahvatuslikult kasvanud.

On reaalsus, et inimesed on haigemad kui varem. Traditsiooniline meditsiin ei paku võimalusi kõikide olukordade tarbeks. Patsiendid on valmis võtma rohkem vastutust oma tervise eest ning otsivad varasemast aktiivsemalt alternatiivse ravi võimalusi.

Kahe viimase aasta jooksul on ravimite valmistamisel kasutatavate ainete ja vahendite müük Austraalias suurenenud 70 %. Ka apteekrid otsivad vähenevate sissetulekute taustal ellujäämiseks uusi võimalusi.

Uued nõuded

Suurenenud ravimite valmistamine on ärevaks muutnud ka ravimitootjad ja valitsusasutused. 2005. aastal saadeti arvamuste avaldamiseks tutvumisringile eelnõu ravimite valmistamise täpsemaks reguleerimiseks. Vastused saabusid 26 osapoolelt, sh riigiasutused, meditsiini- ja farmaatsiaspetsialistid, terviseedendajad, ravimitootjad, individuaalsed proviisorid, arstid ja tarbijad. Seisukohti avaldati nii poolt kui vastu. Austraalia Arstide Assotsiatsioon pooldas ravimite valmistamist, kuid soovis põhjalikult uuritud, tõenduspõhist teavet nende ravimite kvaliteedi, turvalisuse ja tõhususe kohta.

Projektiga pole lõpptulemuseni jõutud tänase päevani. Paljud apteegid on oma valmistamistingimused tõsiselt kaasajastanud ning tervitavad uusi piiranguid avakäsi. Teised nurisevad täiendavate kulutuste pärast. Tingimuste täitmine ei ole lihtne. Pharmacy Board heakskiit on vajalik

Rohuteadlane_Rohuteadlane 11/3/11 10:18 AM Page 27

ja täita tuleb spetsiaalseid varustuse ja keskkonnanõudeid. Laboratooriumil peavad olema spetsiaalsed põrandad, seinad, sisustus, varustus ja enam kui 100.000 austraalia dollarit maksev tehnika. Kui valdkonnale pühendada, saab ka ravimite valmistamise muuta majanduslikult tasuvaks.

Oluline kohalik toetus

Väga oluline on kohalike arstide toetus. Kuigi Austraalia Arstide Assotsiatsioon toetab oma liikmete poolt ravimite väljakirjutamist, on palju neid, kes seda ei toeta. Austraalia arstid kas armastavad ravimite valmistamist või vihkavad seda. Vahepealseid eriti ei ole. On neid, kes näevad apteegis valmistatavates ravimites kasu oma patsientidele. Ja on neid, kes on sellele täielikult vastu ja keelduvad isegi proovimast. Nende seisukoht on, et tööstuslikult toodetud ravimid järgivad kõrgemaid standardeid ja nad ei usalda teisi.

Siiski on ravimite valmistamine Austraalias suhteliselt vähene. Hoolimata elavnemisest, jääb ravimite valmistamise tase alla USA-le ja mitmetele Euroopa riikidele. Ameerikas kuulub valmistamisele umbes 1 % retseptidest. 2007. aastal valmistati seal ravimeid 35,3 miljoni retsepti alusel.

On ka mitmeid teisi takistusi. Apteegis ekstemporaalselt valmistatud ravimid ei kuulu enamasti haigekassa poolt kompenseerimisele. Neid väljastatakse täis raha eest ja mõnede patsientide jaoks võib see olla takistuseks.

Viimase 20 aasta jooksul on toimunud oluline muutus ka patsientides. Kõikide haiguste esinemissagedus on oluliselt tõusnud, eriti vähi, südamehaiguste ja psüühiliste haiguste esinemine. Multisümptomaatiline patsient on apteegis muutunud tavaliseks, samas, kui minevikus oli enamikel patsientidest üks või kaks probleemi. Ja selle juures tuleb leida võimalus ravida iga probleemi eraldi, ilma teisi halvendamata.

Ravimeid valmistavad apteegid peavad olema kursis sellealaste uusimate seisukohtadega. See ja ravimite valmistamine üldiselt on väga töömahukad. Iga ravimi valmistamiseks kulub 30-60 minutit ning sellega kaasneb laiem nõustamine ja selgitus.

Austraalia apteekrid tunnetavad, et ravimite valmistamise oskusele pööratakse tänapäeva õppetöös vähe tähelepanu. Varasemal ajal oli see õppekava oluline osa. Tänapäeval libisetakse sellest kergesti üle. Vanemad apteekrid muretsevad, et tänapäevastel farmaatsiatudengitel puuduvad oskused ja teadmised patsiendile ravimi valmistamiseks.

Samas on kõik – nii apteekrid, arstid, ravimitootjad kui aineid müüvad hulgimüüjad ootel, mida toob uus, juba 6 aastat ettevalmistamisel olev uus regulatsioon.

Refereeritud artiklist: Katie Butt. Compounding takes pharmacy back to its roots in the 21st Century. –Australian Pharmacist 2011, vol 30, July 07.

Ravimiameti teade:

XIGRIS (alfa-drotrekogiin) - müügiloa tagasivõtmine efektiivsuse puudumise tõttu

PROWESS-SHOCK uuringus ei ilmnenud septilise šokiga patsientidel 28 päeva elulemuse osas paremaid tulemusi võrreldes platseeboga.

Xigrise müügiloa hoidja Eli Lilly informeeris ravimiameteid müügiloa vabatahtlikust tagasivõtmisest PROWESS-SHOCK uuringu 28 päeva suremuse tulemuste tõttu. Eli Lilly on otsustanud katkestada kõik teised käimasolevad kliinilised uuringud.

Xigris, mis sisaldab toimeainena aktiveeritud alfa-drotrekogiini, sai Euroopa Liidus eritingimustel müügiloa 2002. aastal täiskasvanute hulgiorganpuudulikkusega raske sepsise raviks, lisatuna parimale võimalikule standardravi-le. Eritingimustel müügiluba tähendab seda, et müügiloa saamise ajal ei olnud müügiloa taotleja võimeline tõestama nõutaval määral ravimi efektiivsust ja ohutust, mistõttu Euroopa Ravimiameti inimravimite komitee (CHMP) hindas müügiloa saamise järgselt kord aastas ravimi kasu-riski suhet.

Kasutamispiiranguna võis Xigrist kasutada ainult kõige raskema sepsisega patsientidel (vähemalt kahe organi puu-dulikkus) ning selliste olukordade puhul, kui ravi sai alustada 48 tunni jooksul (eelistatult 24 tunni jooksul) pärast raske sepsise algust. Xigris oli vastunäidustatud lastel ja noorukitel vanuses alla 18. eluaasta ning veritsusriskiga patsientidel.

2007. aastal läbiviidud hindamise tulemusel leidis CHMP, et PROWESS kliinilise uuringu esialgsed efektiivsuse tulemused ei ilmnenud edasistes uuringutes, mistõttu kasu-riski suhte selgitamiseks kohustati müügiloa hoidjat tegema uut platseebokontrolliga kliinilist uuringut kinnitamaks, et Xigrisest saadav kasu ületab võimalikud riskid septilise šokiga patsientidel. Septilise šoki näidustus on väga sarnane, kuid mitte identne esialgse näidustusega (raske sepsis hulgiorganpuudulikkusega). Eli Lilly nõustus viima läbi PROWESS-SHOCK uuringu.

PROWESS-SHOCK uuringus ei suudetud tõestada 28 päeva suremuse statistiliselt olulist vähenemist Xigrist saanud patsientidel võrreldes platseeboga (esmane tulemusnäitaja) ja suremuse vähenemist C-reaktiivse valgu raske defitsiidiga patsientidel (teisene tulemusnäitaja). Väike erinevus 28 päeva suremuse osas (26,4% Xigris'e rühmas versus 24,2% platseeborühmas; n=1680 patsienti) ei olnud statistiliselt oluline. Tõsise veritsuse risk (mis on Xigris'e kasutamisel peamine risk) uuringus ei suurenenud - Xigris'e rühmas 1,2% ja platseeborühmas 1,0%.

Eli Lilly otsustas ravimi müügiloa tagasi võtta, kuna nende tulemuste põhjal muutus küsitavaks Xigrise kasu-riski üldine tasakaal raske sepsisega patsientidel.

Eestis ei ole Xigrist turustatud.

CHMP arutab teemat oma korralisel istungil, mis toimub 14.-17. november 2011.

Rohuteadlane_Rohuteadlane 11/3/11 10:18 AM Page 28

Pärnu-Jaagupi Apteek 110

Prov. Richard Walcker sai 04.08.1901 loa avada oma majas Pärnu-Jaagupi kiriku juures maa-apteek.[1] Apteek avati 15.10.1901. Enne apteegi avamist ehitas proviisor Walker apteegile võrdlemisi korraliku puumaja. Tol ajal puudusid apteegil võistlejad naaberapteekide näol Vigalas, Mihklis ja Kärgus. Saardes õpetaja pojana 27.10.1868. a sündinud Richard Walker juhtis oma apteeki 24 aastat, seejuures töötades kauemat aega ilma arstita.

10.06.1924 andis ta juhatamise üle apteekriabilisele Albert Martererile ning suri 25.01.1925.[2] Proviisor Walkeri poeg Oskar Walker, kes alul õppis Tartu Ülikoolis ja kavatses pühenduda isa elukutsele, rajas oma edasised eluplaanid muusikakunstile. Lesk, kes jätkas mehe pärijana, palkas juhatajaid kuni müüs omandi 13.01.1930 prov. Ernst Valterile, kes oli endine Nikolai apteegi omanik Narvast [3]. Edasi ostis apteegi 06.02.1932 prov. Martin Mettik.[4]

Omanik asus ümber Saksamaale 1939, kuid taotles eelnevalt omandiõiguse jätkumist. Seda aga seadus ei lubanud.[5] Kontsessiooni sai aprillis 1940. dr. pharm. Karl Rähesoo[6]. Juhataja kohale palkas ta assistent August Sepa.[7] Omanikuõigus kustus seoses natsionaliseerimisega.
Kuni 1944. aastani töötas Pärnu-Jaagupi maa-apteegi juhatajana farmaatsiadoktor Rähesoo. Hiljem asus ta nõukogude okupatsiooni kartusel Rootsi elama.

Sõja lõppedes sai 14.01.1945 apteegi juhatajaks Helmi Riis, kes töötas koos abikaasa Juhan Riisiga. Sel ajal muudeti seoses apteekide nummerdamisega Pärnu-Jaagupi maa-apteek apteegiks nr. 15. Helmi Riis oli apteegi juhatajaks kuni maini 1949. Hiljem läks ta tööle Tallinna Keskapteegi lattu. Helmi Riis suri 1969. aastal.

Mais 1949 tuli apteegi juhatajaks proviisor Rudolf Näks. 1951. aastal muudeti apteekide numbreid ja Pärnu-Jaagupi apteek sai numbri 97. 1950. a võttis apteegimaja oma valdusesse parteikomitee ja apteek viidi üle Pärnu mnt. 6 asuvasse majja. Seal olid ruumid väga väikesed, aga töö tahtis teha. Apteek varustas ravimitega ka Pärnu-Jaagupi Haiglat ja Libatse Kopsutuberkuloosihaiglat. Väga palju tuli valmistada pulbreid ja muid ekstemporaalseid ravimeid.

1960. a sai apteek oma käsutusse praeguse hoone, mille ehitas 1920. a K. Siimson. Majavaldus, mis koosneb ühekorruselisest puust elamust, põllukivist, aidast ja kuurist anti Pärnu-Jaagupi Alevi Täitevkomitee aktiga üle Apteekide Peavalitsusele. Enne majas tööle asumist tuli selles teha remont ja sisustada ruumid vastavalt apteegi vajadustele. Sel ajal töötas apteegis 5 inimest: juhataja, retseptaar, assistent, arveametnik ja sanitar.

Juhataja käis kord kuus Tallinnas kauba järgi. Ravimite tootmisega olid suured raskused, sest vastavat trantsporti polnud. Sõiduks tuli kasutada juhuslikke sõidukeid ja muid võimalusi, et kaup vajalikuks ajaks kohale toimetada.

R. Näks haigestus ja lahkus töölt 1996. a algul (ta suri 1981. a ja on maetud Tallinna Liiva Kalmistule). Teda asendas neli kuud Pärnu apeegi proviisor Maie Lasn (Annus) kuni 6. juunist 1966 määrati apteegi juhatajaks proviisor Kersti Pikk (Steinberg).

1967. a alustati apteegis põhjalikku kapitaalremonti, mis kestis kuni järgmise aasta maini. Järgmise, 1973. a tehtud remondi käigus ehitati apteeki glasuurpottidest ahjud ja pliit, vahetati linoleumi, värviti üle siseseinad ja välisfassaad. Samal aastal sai apteek uue mööbli ofitsiini ja assisteerimistoa sisustuse. Samal aastal ühendati apteek alevi tsentraalse veevarustusega.Aparatuurist saadi kuumõhksterilisaator, autoklaav, importbüretisüsteem, vee destillatsiooni- aparaat A-10 jne.
Apteek varustas ravimitega Pärnu-Jaagupi Haiglat, Päriavere ja Suigu Velskripunkte. Ravimeid toodi apteeki kohale kaks korda kuus lao autoga. Üks kord kuus tuli juhatajal ise Tallinnas ravimite järgi käia. Apteek allus otseselt Pärnu Rajooni Keskapteegile. Ravimtaimede kogumisega tegelesid nii kooliõpilased kui apteegitöötajad. Apteegi aias kasvatati kummelit ja piparmünti.

Pärast Eesti iseseisvuse taastamist asutati 1992. a apteegi pidamiseks aktsiaselts "Remedium", mille esimeheks sai apteegi juhataja K. Pikk. 01.10.1995 pikendati tegevuslitsentsi ja alustas tööd apteegi müügipunkt Halinga Puu Kaubanduskeskuses. Müügipunkt Halinga kaubakeskuses suleti 1997. a lõpul viimase pankroti tõttu.

2.09.1997. a registreeriti AS “Remedium” umber OÜ Pärnu-Jaagupi Apteek nime all. Apteegimaja, mille RE Eesti Farmaatsia oli 1994. a üle andnud Pärnu-Jaagupi Valla munitsipaalomandisse, pandi 1997. a müüki. Seni maksis apteek vallale hoonete kasutamise eest renti, nüüd õnnestus apteegil maja osta.

1998. aastal alustati ümberehitustöödega, et muuta ruumid kaasaja nõuetele vastavateks. Assisteerimis- ja pesuruum muudeti mitteläbikäidavateks, pandi sisse elektriküte ja apteegimaja ühendati alevi kanalisatsioonivõrguga, töötajad sai puhkeruumi. 2006. aastal värviti apteegimaja välisfassaadi ja vahetati maja katus. 2007.

Sisevaade Pärnu-Jakobi apteeki 1929. aastal

All: tänane Pärnu-Jaagupi apteegipere - proviisorid Kersti Pikk ja Ülle Kold, raamatupidaja Leida Kattago ja abiline Anne Jürisaar.

Retseptaar-proviisor Adeele Näks 1971. aastal (A. Peetsoni foto)

Pärnu-Jaagupi apteek 1950-ndatel...

... ja täna

aastal ehitati apteegi assisteerimis- ja pesemisruumi ventilatsioonisüsteemid, mis võimaldavad apteegil ravimeid valmistada. Samal aastal sai apteek ka uue tulekahju signalisatsioonisüsteemi.

Praegu on apteegi teenindada peamiselt Pärnu-Jaagupi alevi ja Halinga valla elanikud ning Halinga turvakodu ja SA PJV Hooldusravi patsiendid. Haigeid võtab vastu 2 hooldusravi- ja 3 perearsti, kes eriliste probleemideta digiretseptide väljastamisele üle läksid.

Käesoleval ajal töötab apteegis 4 inimest: juhataja Kersti Pikk, proviisor Ülle Kold, raamatupidaja Leida Kattago ja abitööline Anne Jürisaar. Pensionile jäid Rutt Ott ja Olli Aas.

Apteek kuulub Eesti Apteekrite Liitu ja osaleab Apteek1 kliendiprogrammis.

Viited: [1] ERA, f. 1097, n. 1, s. 3171, l. 34, 34p. [2] Muudatused apteekide nimekirjas. Pharmacia, 1924, nr. 4, lk. 193; Rähesoo, K. Andmeid kodumaa apteekidest. Pharmacia, 1929, nr. 1/2, lk. 9, 10. [3] ERA, f. 1097, n. 1, s. 3323, l. 4, 4p. [4] samas, s. 3345, l. 4, 4p. [5] Riigi Teataja Lisa, 1939, nr. 112; Ümberasustatud sakslaste protsess apteekide pärast. Pharmacia, 1940, nr. 4, lk. 102, 103. [6] Farmatseutilise personaali liikumine. Pharmacia, 1940, nr. 4, lk. 109. [7] ERA, f. 1097, n. 1, s. 3448, l. 19...21; Farmatseutilise personaali liikumine. Pharmacia, 1940, nr. 5, lk. 124, 125. Lisaks: "Apteek nr. 97", Pärnu-Jaagupi Keskkooli õpilaste kodu-uurimise töö 1971, lk 4-5; S. Seelandi kodu-uurimistöö 2001, lk 3-4.

Hingamisteede infektsioonid ja taimne mürtool

Niipea, kui on käes niisked ja jahedad sügisilmad, tõuseb kiiresti ka külmetushaigustesse nakatumiste arv. Süütust külmetusest võib aga pikapeale kujuneda tõsisem haigus. Mis juhtub meie organismis, kui külmetus edasi areneb? Kui palju saab keha end ise aidata? Millal oleks vaja tuge?

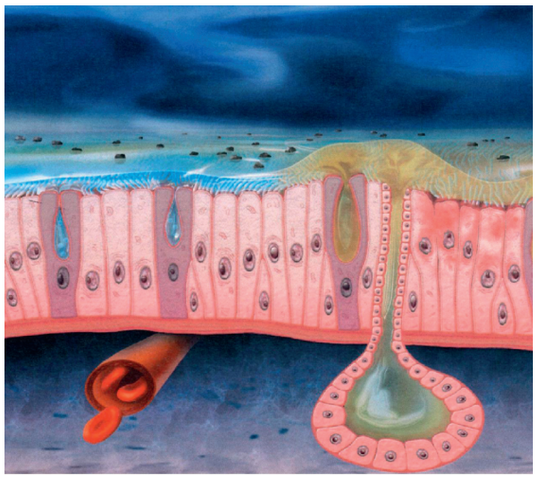
LOOMULIK KAITSESÜSTEEM

Enamasti suudab organism end haigustekitajate eest ise kaitsta. Esimeseks kaitsebarjääriks on hingamisteede limaskestad, mis on üks osa keha loomulikust kaitsemehhanismist. Võib öelda, et limaskestad on kui kaitsekilp, mis kaitseb end haigustekitajate vastu sekreedi eritamisega. Sissetungijad ümbritsetakse sekreediga ja transporditakse kehast välja.

Kui limaskestad ei suuda aga kõikide haigustekitajate vastu võidelda, on nende funktsioon häiritud. Lima ei saa enam ära voolata, nina on kinni ja viskoosset sekreeti saab organismist väljutada vaid vaevalise köhimise ja nuuskamise teel.

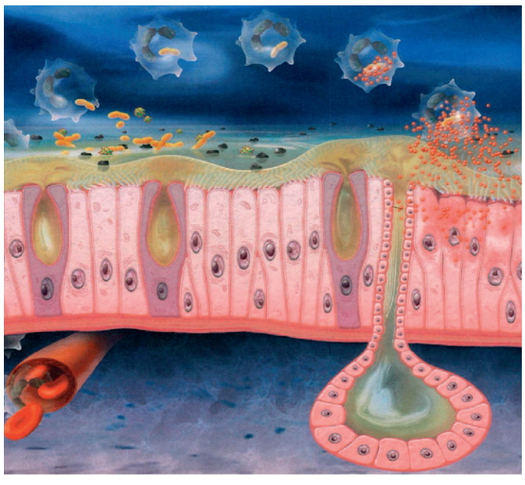
HÄIRED KAITSESÜSTEEMIS

Nina limaskestad on viiruste ja bakterite rünnakutele vastuvõtlikumad eelkõige sügisel ja talvel, mil õhk on külm ja kuiv. Kuivad limaskestad toodavad



NORMAALNE HINGAMISTEEDE LIMASKEST

Ninaõõne ja ninakõrvalkoobaste limaskest on kaetud katkematu limakihiga. Lima liigub ripsepiteeli ripsmete jõul ühtse kilena. Limaskestal on oluline osa organismi kaitsefunktsioonis - eemaldab limaskestale sattunud mikroosakesi, seob vett ja osaleb soojusvahetuses.



KAHJUSTUNUD HINGAMISTEEDE LIMASKEST

Limaskest on kuiv ja toodab vähem sekreeti. Hingamisteede loomulik isepuhastusprotsess on häiritud. Haigusetekitajaid ei hävitata ega väljutata organismist, mistõttu hakkavad nad jõudsalt paljunema. Nina limaskesta kude reageerib infektsioonile vesise lima tootmisega, verevarustus intensiivistub ja kude läheb turse.

vähem sekreeti ja hingamisteede loomulik kaitsemehhanism on häiritud.

Haigusetekitajaid ei ole võimalik enam limaskestadest eemal hoida ja organismist väljutada, mille tõttu hakkavad need jõudsalt paljunema.

ESIMESI KÜLMETUSE TUNNUSEID TULEB TÕSISELT VÕTTA

Ka kerge külmetuse ja esmapilgul süütuna tunduva nohu puhul on oht, et külmetushaigus süveneb. Nina limaskest reageerib infektsioonile vesise lima eritamisega, tugeva verevarustuse ja paistetusega. Infektsiooniga võitlemine põhjustab tihti loidust, kehalist nõrkust ja üleüldist kehva enesetunnet. Algselt vesine lima muutub haiguse arenedes üha paksemaks ega suuda nina tursunud limaskestade tõttu enam ära voolata. Põletik võib laieneda ninakõrvalkoobastesse, tekib rinosinusiit e ninakõrvalkoobaste põletik.

Lisaks on oht nn „korrusevahetusele" – ülemiste hingamisteede infektsioon areneb edasi alumistesse hingamisteedesse ja kujuneda võib bronhiit.

Põhimõtteliselt on põletikureaktsioonid ülemistes ja alumistes hingamisteedes väga sarnased. Seepärast kuuluvad nad terapeutiliselt kokku ja neid saab määratleda kui „*united airways*" või „*one airway – one disease*".

KUIDAS RAVIDA?

Kui tekib tüüpiline "kõik-on-kinni" tunne ehk hingamisteede limaskestad muutuvad põletikuliseks ja tursuvad, nina enam ei tilgu, vaid on üha enam "kinni", tuleks hakata tarvitama limaeritust soodustavaid ravimeid.

Külmetushaiguste korral on limaskestade loomulik isepuhastussüsteem nõrgenenud ja sekreediummiku tõttu haigustekitajate normaalne väljutamine blokeeritud. Seetõttu on oluline viskoosse lima kiire vedeldamine.

TAIMNE MÜRTOOL

Mürtool on taimede eeterlikest õlidest saadud ekstrakt, millel on sekretolüütiline, antibakteriaalne, põletikuvastane ja antioksüdatiivne toime, pakkudes seega laiemat toimespektrit kui lihtsalt limavedeldaja.

Mürtooli toime põhimõtteks on nn „seespidine inhalatsioon". Peale kapsli sissevõtmist jõuab toimeaine mürtool peensoole kaudu verre, kust pärast paari tunni möödumist hakkavad eeterlikud õlid erituma hingamisteede kaudu – nii tekib nn „seespidine inhalatsioon".

Läbides ka kõige peenemad hingamisteede harukesed, soodustab mürtool lima pehmenemist ja eemaldumist ning avaldab mikroobide- ja põletikuvastast toimet. Nakatunud lima ning viiruste ja bakterite transport aktiviseerub. Mürtool vabastab kinni oleva lima ja põletikuliste limaskestade turse taandub.

Mürtool toimib nii ülemiste kui alumiste hingamisteede infektsioonide korral. Mürtool takistab haigusе levikut ehk nn „korrustevahetust" hingamisteede põletiku käigus.

Tänu ainulaadsele toimemehhanismile paraneb patsiendi enesetunne oluliselt juba esimesel ravipäeval.

MÜRTOOLI TOIMET RINOSINUSIIDI NING BRONHIIDI KORRAL KINNITAVAD KA UURINGUD.

Taimne mürtool ei põhjusta mitte ainult lima vedeldumist (mukolüüs), kergesti voolava lima tootmist (sekretolüüs) ja lima transporti (sekretomotoorika), vaid toimib ka põletikuvastaselt, antioksüdatiivselt ja antimikroobselt.

On tõestatud, et taimne mürtool tõstab märkimisväärselt (kuni 32% ulatuses) sekretolüüsi ja ületab taolise toimega tavalist eukalüptiõli.[1] Samuti tõstab mürtool ripsepiteeli liikumissagedust ja sellel on inimese mukotsiliaaraparaadile sekretomotoorne ja sekretolüütiline toime.[2]

Taimne mürtool sekkub ka põletikuprotsessidesse. Ta püüab agressiivseimaid OH-tüüpi hapnikuradikaale ja pärsib leukotsüütide aktivatsiooni.[3,4] Lisaks põhjustab taimse mürtooli suukaudne manustamine annusest sõltuva leukotriinide kontsentratsiooni (LTC4/D4/E4) vähenemise ja prostaglandiin E2- kontsentratsiooni pidurdumise, mis rõhutab põletikuvastaseid toimeomadusi.[5]

Taimsele mürtoolile omistatakse ka antimikroobseid omadusi, pärssides haigustekitajaid nagu Streptococcus pneumoniae ja Haemophilus influenzae, mis on kõige sagedasemad prekliiniliselt tekkinud sinusiitide põhjustajad.[6]

Tulenevalt laiast toimespektrist pakub taimne mürtool kiiret leevendust hingamisteede infektsioonide korral ning vähendab antibiootikumide kasutamise vajadust.

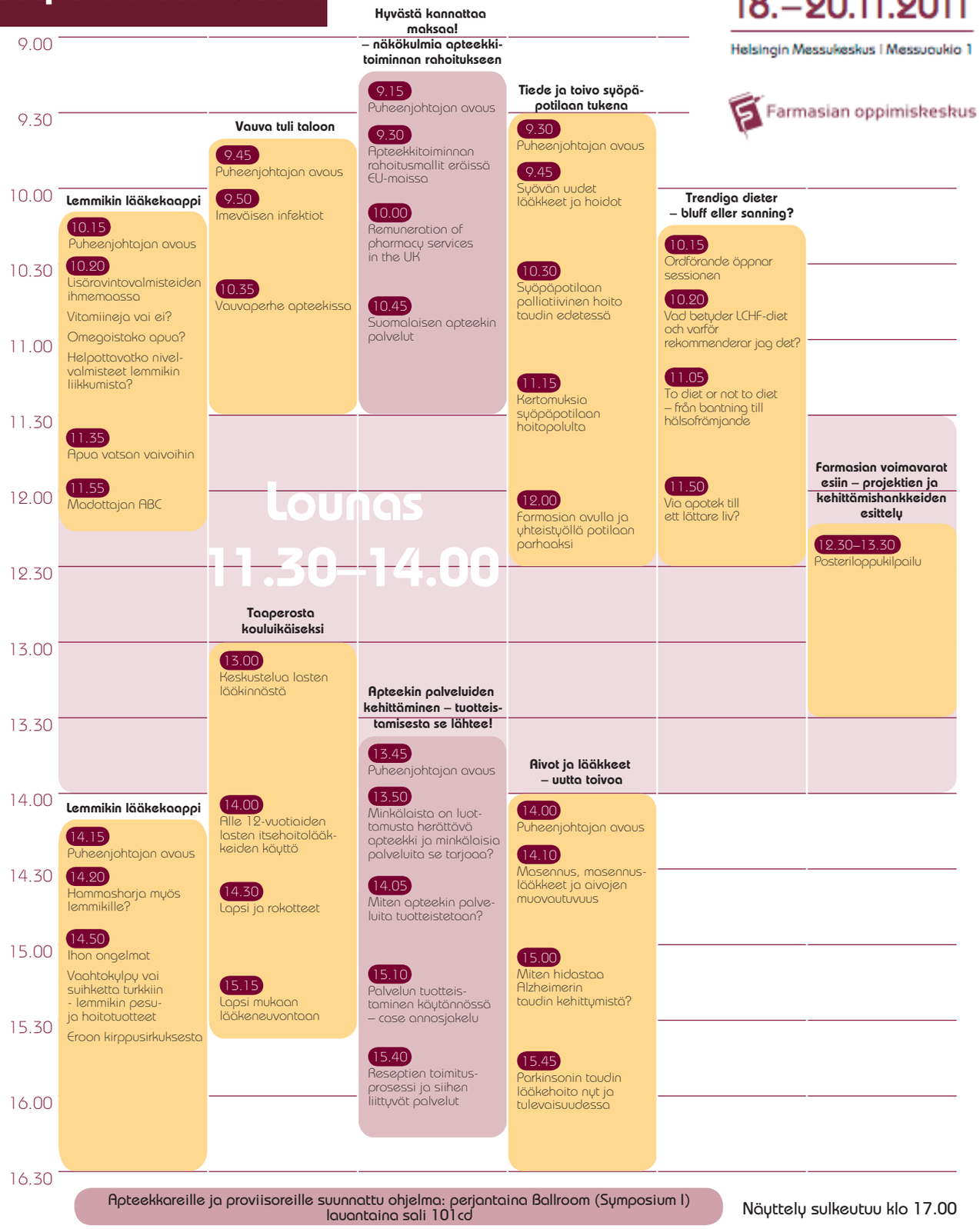
1. Beuscher N, Bien E, Elstner EF, Kietzmann M, and Amon UE, Myrtol standardized in treatment of sinusitis and bronchitis – Pharmacodynamics and pharmacokinetics, Zeitschrift für Phytotherapie, Abstractband, Kongress der Gesellschaft für Phytotherapie 1997, Seiten 9-10
2. Behrbohm H, Kaschke O, Sydow K, Der Einfluss des pflanzlichen Sekretolytikums Gelomyrtol® forte auf die mukoziliäre Clearance der Kiefernhöhle, Laryngo-Rhino-Otol. (1995) 74: 733-737
3. Graßmann J, Hippeli S, Dornisch K, Rohnert U, Beuscher N, Elstner EF, Antioxidant Properties of Essential Oils, Arzneim.-Forsch./ DrugRes. (2000) 50 (I): 135-139
4. Hippeli S et al., Freie Radikale in Pathogenese und Therapie von entzündlichen Erkrankungen des Bronchialsystems, in: Meister R, Entzündliche Erkrankungen des Bronchialsystems, Springer Verlag, 1. Auflage 2000, Seiten 1-25
5. Beuscher N, Kietzmann M, Bien E, Champeroux P, Interference of Myrtol standardized with inflammatory and allergic mediators, Arzneim.-Forsch./ Drug Res. (1998) 48 (I), 985-989
6. Bomblies L & Sonnenschein R, Myrtol standardisiert. Ermittlung der „Minimalen Hemmkonzentration" (MHK) mit verschiedenen Testkeimen. Labor L+S AG, Myrtol standardisiert Dokumentation 1996.

Aasta farmaatsiasündmus – Farmasian Päivät 2011 kutsub Helsingisse

Farmasian Päivät
18.–20.11.2011
Helsingin Messukeskus | Messuaukio 1

Farmasian oppimiskeskus

Laupäev 19. november



Apteekkareille ja proviisoreille suunnattu ohjelma: perjantaina Ballroom (Symposium I) lauantaina sali 101cd

Näyttely sulkeutuu klo 17.00