

ER | EESTI ROHUTEADLANE



EAFS Eesti Akadeemiline
Farmaatsia Selts



EFS Eesti
Farmaatsia
Selts

Eesti Provisorite Koda



**EESTI
APTEEKRITE LIIT**

5/2021



- Elulõpuravi
- Ravimiohutus eakatel
- Ravimite personaalse pakendamise mitu nägu
- Eesti Akadeemiline Farmaatsia Selts 15
- Istvàn Bàn: veterinaarist ravimifirma juhiks
- Kellahelina järelkaja

ER | Sisukord 5 / 2021

<i>Juhtkiri: TÜRSi teenus</i>	3
<i>Ravimiohutus eakatel</i>	4
<i>Comirnaty ja Spikevax riskide täpsustus</i>	8
<i>Ravimite personaalse pakendamise mitu nägu</i>	9
<i>Elulõpuravi</i>	15
<i>Uudiseid põhjanaabritelt</i>	20
<i>Eesti Akadeemiline Farmaatsia Selts 15</i>	22
<i>Algab haiglaravimite e-PIL projekt</i>	23
<i>István Bán: veterinaarist ravimifirma juhiks</i>	24
<i>In Memoriam Tiia Veski</i>	28
<i>Raamatututvustused</i>	30
<i>Kellahelina järelkaja</i>	31
<i>Muudatused apteekide tegevuses</i>	32

Esikaanel: pakases jäätunud klaaskuul.

▸ Toimetus:

Kaidi Sarv (Eesti Apteekrite Liit, tegevtoimetaja), Ain Raal ja Andres Meos (Eesti Akadeemiline Farmaatsia Selts), Jaak Koppel (Eesti Farmaatsia Selts), Karin Alamaa-Aas (Eesti Provii-sorite Koda) ja Külliki Matt (TÜ Rohuteaduse Selts).

▸ Väljaandja:

Eesti Apteekrite Liit, Endla 31 Tallinn, tel 662 0323
info@apteekriteliit.ee www.apteekriteliit.ee



**Vaktsiin
hoiab elu!**

Palun vaktsineerime!

Eesti  Arstide Liit

COVID-19 vaktsiinid

Eestis ja Euroopas on praegu kasutamiseks loa saanud neli vaktsiini. COVID-19 vaktsiinid on kõik ühtviisi ohutud, efektiivsed ja kvaliteetsed. Kiirendatud müügiloa taotlemisel ei ole COVID-19 vaktsiinide puhul efektiivsuse ja ohutuse osas järeleandmisi tehtud. Uuringud ja sealhulgas vaktsiinide ohutuse seire jätkuvad ka pärast müügiloa saamist.

TÜRSi teenus

Tartu Ülikooli Rohuteaduse Seltsi juhatus

Pärast mitmeid aastaid kestnud hoovõttu tegi Tartu Ülikooli Rohuteaduse Selts algust oma enda teenuse väljaarendamisega. Iga MTÜ murekohaks olev vahendite vähesus ning soov võimaldada seltsile parimaid tingimusi pani paika kindla eesmärgi: luua tulevikuks stabiilne ja ka liikmete arengut toetav keskkond.

Soovime jagada proviisoriõppes saadud teadmisi keskkooli noortega ning seeläbi tutvustada nii proviisoriõpet kui ka meie eriala üldisemalt. Koostöös "OLE ROHKEM." Arenguprogrammiga oleme välja töötanud pooleaastase arengukava, mis koosneb erinevatest etappidest alates projekti kirjutamisest kuni selle rakendamiseni koolides. Teenuse eesmärgiks on gümnaasiumiõpilaste teadlikkuse tõstmine vitamiinide ja mineraalainete teemal.

Juba kraadi saanud tervishoiutöötajatele, täpsemalt apteekritele, on loodud võimalused teadmisi arendada EPALi (Eesti Proviisorapteekide Liidu) koolituskeskkonna või muude spetsialistide väljatöötatud koolituste näol, kuid inimesed väljaspool meditsiini valdkonda ei pääse nendele ligi. Vitamiinidest ja mineraalainetest ei räägita koolis, mistõttu puutuvad noored kokku peamiselt internetis leiduva infoga, mis võib aga tihtilugu olla kaheldava väärtusega.

Teenus ja seda edasikandev meeskond proovib noori mõistma panna, kuidas on võimalik enda tervist vitamiine ja mineraalaineid tarbides turgutada, tegemata sealjuures kahju kasvavale organismile. Püüame neile selgitada, et vähem võib olla ka rohkem, kui teadmistepagas on piisav.

Teenus põhineb töötubade korraldamisel õpilastele. Meie organisatsiooni jaoks on oluline eelnevalt määratleda teadmiste puudujäägid ja seejärel vormida just nendele õpilastele sobiv programm. Praeguses arengukavas küll praktilisi ülesandeid ettenähtud ei ole, kuid plaanime koolitavate soovil selleni kindlasti jõuda.

Lisaks eelnevalt kirjeldatule peame oluliseks õpilaste arusaama, et nii mineraalaineid kui ka vitamiine võib leida ka tervislikust toidust. Projekti edasiarendus praktilise töötoa näol hõlmaks laboris/keemia klassis nende tuvastamist erinevatest puu- ja juurviljadest. Samuti saaks tulevikus laiendada projekti vanuserühma, et tutvustada vitamiine ja mineraalaineid ka alg- ja põhikooli õpilastele neile sobival viisil.

Hetkel valmistume lektorite koolitamiseks, kes hakkavad koolides loenguid andma ning esimese töötoa plaanime juba läbi viia veebruaris. Teenuse tiim on väga motiveeritud, seega loodame, et projekt leiab tulevikus laialdaselt rakendust. Usume, et teenuse areng parandab suures pildis teadlikkust meie eriala kohta. Siinkohal täname juba kõiki seniseid toetajaid ja ka edaspidi lisanduvaid abikäsi - kogenumate teadmised on innukatele tulevastele proviisoritele alati suureks rõõmuallikaks!

Ravimiohutus eakatel

Maia Uusküla MD

Ravimiameti ohutusjärelvalvebüroo juhataja

Vähestel meist õnnestub elada kõrge eani ilma ühegi haiguse ja vajaduseta võtta ravimeid.

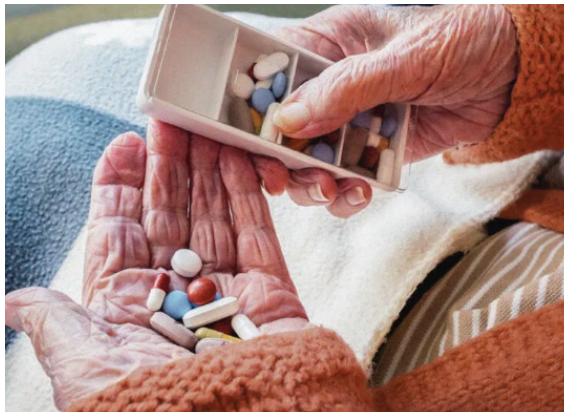
Vanuse kasvades suureneb haiguste ja kasutatavate ravimite hulk - USA Haiguste Kontrolli ja Tõrje Keskuse andmetel on 35% üle 65-aastastest patsientidest kolme või enama kaasuva haigusega ning kõigist retseptidest 45% kirjutatakse välja eakatele.

Mitme ravimi võtmisega kaasneb suurem oht ravimite segiajamiseks, vale annuse võtmiseks, vael ajal võtmiseks, annuse unustamiseks või korduvaks võtmiseks. Lisaks polüfarmakoteraapiast tulenevatele riskidele on eakatel 2-3 korda suurem risk kõrvaltoimete tekkeks kehaliste muutuste, neeru- ja maksafunktsiooni languse ning muude füsioloogiliste muutuste tõttu.

Uuringute andmetel on eakatel kõrvaltoimed kõige tavalisem põhjus ravi katkestamiseks ning 30% eakate inimeste haiglaravi põhjuseks on ravimite kõrvaltoimed, mis tegelikkuses on 90% ennustatavad ja 50% oleks välditavad. Enam ohustavad eakaid ravimite kõrvaltoimetena neerupuudulikkus, seedetrakti verejooksud, segasus/deliirium, kukkumised. Kõrge vanusega kaasnev haprussündroom suurendab riski veelgi.

Seetõttu kehtivad eakate ravi planeerimisel mõned reeglid:

- ära tee ravimiga patsiendile viga, alusta võimalikult väikse annusega ja muuda annuseid ettevaatlikult (*Do no harm, Start low, go slow*).
- mida vähem seda parem (*Less is more*) – 3...4 ravimit oleks ideaalis parim, sest mida enam on ravimeid, seda enam suureneb ka koostoimete tekke tõenäosus
- üldjuhul peaks üle 60-aasta vanuse patsiendi ravimiannus olema 75-50% keskealise annusest ja üle 80-aastaselt peaks annuse suurus olema 50% tavaannusest.



Suur ravimikoormus vähendab ravimiohutust

Eesmärk ei ole vähem ravimeid või väiksem annus, vaid vajalik kogus ravimeid, et tagada elamisväärne ja toimiv elu.

Eakad inimesed ei ole suured täiskasvanud

Ealised füsioloogilised muutused on normaalsed, kuid ravimite võtmisel tuleb nendega arvestada.

Vanusega väheneb süljeeritus, tõuseb mao pH, aeglustub mao tühjenemine ja sooletegevus, väheneb peensoole vereringe. See kõik aeglustab ravimite imendumist - ravimid on kauem sooletraktis. Ravimite imendumist vähendavad ka eakate poolt sageli võetavad mineraalained (raud ja kaltsium). Kui ei peeta kinni 2-tunnisest manustamise vahest, siis võib see oluliselt takistada ravimi vajaliku kontsentratsiooni tekkimist veres.

Neerufunktsioon väheneb vanusega (ka täiesti tervel eakal on neerufunktsioon võrreldes noorema täiskasvanuga langenud): kreatiniini kliirens väheneb dekaadiga 8 ml/min/1.73m², kuid et eakatel väheneb ka lihassmass, siis tekib vähem kreatiniini ning kreatiniini kliirensi määramine ei anna tõest vastust.

Selle asemel tuleks eakatel määrata glomerulaarfilt-ratsiooni (GFR). Kui eakal on GFR vahemikus 30-59 ml/min/1,73 m², siis on see III astme neerupuuduliku ning nõuab igasuguse ravimi määramisel arvestamist ja ravimi annuse muutmist.

Eakatel on kuni 20% väiksem lihassmass (vähem vett organismis) ja kuni 35% rohkem rasvamassi, vähem albumiini seerumis. Kõik need suurendavad ravimi üledoseerimise riski:

- suurema rasvkoe hulga tõttu väheneb hüdrofiilsete ravimite eritumine. Tavapäraste annuste kasutamine üldanesteesias võib viia toksilise kontsentratsiooni tekkele. Pankurooniumi ja vekurooniumi asemel on eelistatud propofool; morfiini suhteline üledoos võib avalduda pärast operatsiooni deliiriumi ja segasusena.
- kudedes on vähem vett, mistõttu hüdrofiilsete ravimite (nt digoksiin, liitium) püsikontsentratsioon saavutatakse kiiremini.
- lihassassi vähenemise tõttu suureneb jaotuvate ravimite toksilisuse risk (nt kitsa terapeutilise vahemikuga digoksiin).
- albumiini sisalduse languse (8-10%) tõttu tõuseb seondumata ravimite hulk seerumis: fenütoiini tase võib tõusta 20-40%, varfariini taset on raskem tiitrida, antipüshhootikumide toksilisus suureneb

Vanuse kasvades ravimite metabolism väheneb 30-40% tsütokroom P-450 ensüümsüsteemi vahendusel, mistõttu ravimite toime võib tugevneda, aga ka väheneda. Ravimite toksilisus tekib aeglaselt ja märkamatu. Reeglina arvestatakse, et ravim saavutab püsikontsentratsiooni 5 poolväärtusajaga.

Kui võtta diasepaam, siis selle poolväärtusaeg on 96 tundi, seega toksilisus (iivelduse ja oksendamise, segasuse ja rütmihäiretena) võib ilmuda alles 20 päeva pärast. Amiodarooni poolväärtusaeg on 2 kuud mistõttu toksilisuse avaldumine võtab aega mitu kuud.

Suletud ringi oht (kõrvaltoime – selle raviks uus ravim – uus kõrvaltoime)

Eakate puhul on suurim oht ravimitega, mille kõrvaltoimetega kaasneb kukkumise, luumurdude ja deliiriumi risk.

Tavalisemad kõrvaltoimetest või koostoimetest tingitud ohumärgid on:

- südame rütmihäired
- kognitiivsed häired
- tasakaaluhäired
- teadvuse häired
- kõhukinnisus
- depressioon
- Sseedetrakti haavandid, veritsused
- vererõhu tõus või langus
- parkinsonismi sarnased nähud (treemor, jäikus)
- nahalööbed

Enne nende kaebuste ravi alustamist:

! Iga uue kaebuse puhul tuleks enne uue ravimi määramist kaaluda kõrvaltoime võimalust

! Tagasivaatavalt tuleks üle vaadata 2 kuu ravimid (ja arvestada poolväärtusaja pikkust)

! Kahtluse korral peaks määrama ravimi kontsentratsiooni veres

! Digiloos peaks kõik dokumenteerima, sh ravimi annuse muutuse, uued ravimid, kõrvaltoimed

! Patsiendiga koos tuleks üle vaadata kõik võetavad ravimid/loodustooted/vitamiinid

Eelnevat on oluline meeles pidada, sest paljudel ravimitel on kõrvaltoimed, mis meenutavad muud haigust ja ekslikult võidakse kasutada kõrvaltoime raviks uut ravimit, mis võib omakorda põhjustada uue kõrvaltoime.

Mõned näited:

- mittesteroidsed põletikuvastased ravimid võivad tõsta vererõhku. Ravimi vahetuse või annuse muutmise asemel alustatakse antihüpertensiivse raviga.
- mittesteroidsed põletikuvastased ravimid põhjustavad seedetrakti verejookse, selle raviks määratakse H₂-retseptorite antagonist (nt ranitidiin), mis võib omakorda põhjustada segasuse ja hallutsinatsioonide teket, mida siis hakatakse ravima haloperidooliga.
- vererõhku langetav hüdroklorotiasiid võib kõrvaltoimena põhjustada hüperurikeemiat ja podagrat, mida ekslikult peetakse iseseisvaks haiguseks, selle raviks määratakse mittesteroidne põletikuvastane ravim, mis omakorda võib tõsta vererõhku.

- nohuravim pseudoefedriin võib põhjustada ekstrapüramidaalseid sümptomeid (lihasspasme ja -tõmbusi, motoorset rahutust, parkinsonismi, bradükineesiat, treemorit, tardiivset düskineesiat), mida hakatakse ravima kui iseseisvat haigust.

- dementsuse raviks kasutatavad koliinesteraasid (nt donepesiil, rivastigmiin) põhjustavad kõrvaltoimena uriinipidamatust. Selle raviks määratakse oksübutüniin, kuid see võib omakorda põhjustada kognitiivse funktsiooni kahjustust ja seedetrakti häireid.

Suletud ring on ka risperidooni ja haloperidooli kasutamisel tekkiva parkinsonismi ravi karbidopa/levodopaga, mis võivad kõrvaltoimena põhjustada psühhosi, agiteeritust ja deliiriumi.

Kolm ravim(rühma), mida peaks eakal vältima

1. Bensodiasepiinid ja Z-ravimid

Nende ravimite kõige sagedasemad kõrvaltoimed on uimasus ja sedatsioon, psühhomotoorsed ja kognitiivsed häired (mäluhäired, mõtetegevuse aeglustumine, reaktsioonikiiruse langus, tasakaalu, koordinatsiooni häired). Kõik need suurendavad kukkumiste, traumade ja luumurdude riski.

Beersi kriteeriumite kohaselt peaks nende ravimite kasutamist eakatel üldse vältima. Kui kasutamist ei saa vältida, siis peaks ravi olema lühiajaline (maksimaalselt 4 nädalat).

Kahjuks näitavad ka Eesti andmed (Eesti Haigekassa retseptikeskuse andmed, periood 01.11.2018–31.10.2019), et 10% rahvastikust kasutab bensodiasepiine ja Z-ravimeid igapäevaselt ning vanuse kasvades kasutamine tõuseb: üle 85-aastastest kasutab neid ravimeid igapäevaselt iga kolmas inimene. Kasutamise piiramiseks on väljatöötamisel raviindikaatorid, et vähendada esmast kasutamist üle 65-aastastel ning pikaajalist (esmast) kasutamist. Muutmisel on õigusaktid, et keelata paberretseptidega bensodiasepiinide ja Z-ravimite väljakirjutamine ning piirata nende väljakirjutamise sagedust.

2. Digoksiin

Neerufunktsiooni languse, lihasmassi ja organismi vee sisalduse vähenemise tõttu tekib eakatel toksilisus kergemini. Risk on suurem digoksiini sisaldust suurendavate ravimitega kooskasutamisel, elektro-

lüütide tasakaalu häirete ja hüpotüreosiga patsientidel. Beersi kriteeriumite kohaselt tuleks võimalusel digoksiini vältida ja põhjendatud vajadusel kasutada ainult väikest annust.

Kasutamise põhjal (Eesti Haigekassa retseptikeskuse andmed, periood 01.01.2017–30.06.2019) määrati ligikaudu kolmandikule eakatest (36%) ja kaasuva, ekspositsiooni suurendava haigusega isikutest (33%) digoksiini soovitatud annusest (0,0625–0,125 mg ööpäevas) suuremas annuses (maksimaalne määratud annus 0,75 mg ööpäevas).

Muret tekitav on ka see, et ligikaudu viiendikul patsientidest, kellele oli arst määranud digoksiini 0,25 mg tabletid, oli annustamisskeemis märgitud, et tablett tuleb jagada väiksemateks annusteks, kuigi Eestis turustatavatel digoksiini tablettidel ei ole poolitusjoont. Sellistel juhtudel võiksid apteekrid arsti teavitada, et võimaluse korral asendada ravim sobiva alternatiiviga (62,5 µg) mida peaks siis võtma 2 tabletti.

Eesti kõrvaltoimete andmebaasis on 5 teatist eakatel aastatel 2015–2020 digoksiinist põhjustatud tõsiste kõrvaltoimete kohta (vanuses 73–87), neist üks juht lõppes surmaga.

3. Nitrofurantoiin

Nitrofurantoiini peamised riskid on annusest ja ravi kestusest sõltuvad. Eakatel on suurem risk kopsukahjustuse (pneumoonia, fibroos, kopsuturse), maksakahjustuse (hepatiit, autoimmuunne hepatiit, kolestaatiline ikterus, krooniline aktiivne hepatiit ja maksanekroos), perifeerse neuropaatia ja porfüüria tekkeks. Beersi kriteeriumite kohaselt on eakatel lubatud nitrofurantoiini kasutada vaid juhul, kui kreatiniini kliirens on üle 60 ml/min. Teistel juhtudel tuleks eelistada trimetoprimi koos sulfametoksasooliga, trimetoprimi, tsefalosporiine, amoksitsilliini koos klavulaanhappega või lühiajaliselt fluorokinolooni.

Kasutamise põhjal (Eesti Haigekassa retseptikeskuse andmed, periood 2019 a IV kvartal) määrati kõigist nitrofurantoiini retseptidest kolmandik üle 65-aastastele.

Eesti kõrvaltoimete andmebaasis on teatis ülemiste kuseteede infektsiooni raviks pikaajaliselt nitrofu-

rantoiini võtnud 81-aastaselt naisel kopsukahjustuse (sobiv leid radioloogiliselt, langenud kopsude difusioonivõime, spirogrammis restriksioon, veregaaside analüüsis hapniku osarõhu langus) ja maksakahjustuse (transaminaaside aktiivsuse tõus, kolestaasinäitajate tõus, leid maksabiopsial) tekke kohta.

Koostoimete risk käsimüügiravimite ja loodustoodetega

Käsimüügiravimeid soovitades või väljastades peaks apteeker alati küsima teiste kasutatavate ravimite kohta. Iga ravimi teabes on kirjas peamised vastunäidustatud või ettevaatust nõudvad koostoimed. Nagu tabelist näha, on laialdaselt kasutatavatel mit-testeroidsetel põletikuvastastel ravimitel koostoimeid päris mitme ravimiga.

Samuti mõjutavad ravimite toimet „mitteravimid“. Järgmisi aineid sisaldavate toodete soovitamisel peaks olema ettevaatlik, kui patsient võtab teatud ravimeid:

- **Greipfruut/granaatõun** alaneb CYP3A4 - nt statiinide toime nõrgeneb
- **Tubakas** suureneb CYP450 (olansapiini kliirens suureneb kuni 98%, toime väheneb, vajavad suuremat annust, haige hospitaliseeritakse, ei saa suitsetada – olansapiini kliirens väheneb – kõrvaltoime segasusseisund
- **Vitamiin K, spinat** – varfariini toime väheneb – trombi risk

- **Vitamiin E** – varfariini toime tugevneb – veritsuse risk
- **Ženžen** – varfariini toime väheneb, hepariini, aspiiriini, MSPVA verejookse tekitav toime tugevneb
- **Küüslauk** – HIV ravimite, isoniasiidid, tsüklosporiini, östrogeenide, lovastatiini, ketokonasooli, itrakonasooli, triasoloaami toime väheneb; paratsetamooli, teofüliini kõrvaltoimete risk suureneb, varfariini, klopidooreeli, dalterpariini, enoksapariini, hepariini, samuti atsetüülsalitsüülhappe, diklofenaki, ibuprofeeni ja naprokseeni verd vedeldav toime tugevneb (veritsuse risk).

Kokkuvõte

Ealised füsioloogilised muutused on paratamatud ja normaalsed, kuid nendega kaasnevad ravimite taluvuse langus ning kõrvaltoimed avalduvad sagedamini ja intensiivsemalt. Eaka inimese iga uue kaebuse korral tuleks esmalt kahtlustada kõrvaltoimet ja mitme ravimi võtmisel koostoimest tingitud kõrvaltoimet.

Mida rohkem ravimeid inimene võtab, seda suurem on oht ravivigade tekkeks. Patsiendiga koos peaks kõik ravimid (ka käsimüügiravimid, loodustooted, vitamiinid ja mineraalid) kirja panema ning veenduma, et need omavahel sobivad ja ei ole kaebuste põhjuseks. Aeg-ajalt tuleks ravimite nimekirja üle vaadata. Vale ravimi võtmist ja ravimi valel ajal võtmist aitavad vähendada nii arsti täpsed juhised, apteekri täiendavad juhised kui ka *pill-organisier*. Probleeme ja tüsistusi on kergem ennetada kui neid ravida.

Koostoimed käsimüügiravimitega

Paratsetamool	Rifampitsiin	Maksakahjustus
Ibuprofeen, diklofenak	Metotreksaat	Metotreksaadi toksilisus
Ibuprofeen, diklofenak	Digoksiin, beetablokaatorid, diureetikumid	Väheneb vererõhku langetav toime
Ibuprofeen, diklofenak	Varfariin	Varfariini toime tugevneb (verejooksu oht)
Ibuprofeen	Liitium	Liitiumi toksilisus
Antihistamiinikumid (difenhüdramiin, dimenhüdriinaat, feniramiin)	Alprasolaam, Temasepaam	Uimasus / unisus, letargia
Pseudoefedriin	MAOi (selegiliin)	Eluohhtlikud rütmihäired
Dekstrometorfaan	Uinutid	Unisus, letargia
Dekstrometorfaan	SSRI, MAOi antidepressandid	Serotoniini sündroom

Kasutatud allikad:

- 1) US NCHS Data brief 2010
- 2) *Rheumatology* 2011; 50:1990-1990-2004
- 3) Hanton et al *Adverse drug events in high risk older outpatients*. *J Am Geriatr Soc* 1997
- 4) Hamilton et al *BMC Geriatrics* 2009
- 5) Kurvits K, Uusküla M, Laius O, Jaanson P. *Bensodiasepiinide ja Z-ravimite ambulatoorne kasutamine Eestis*. *Eesti Arst* 2020; 99(8):472-479
- 6) Kurvits K, Rulli R, Uusküla M, Laius O. *Digoksiin – kas vanima südameravimi kasutamisel järgitakse ettenähtud soovitusi?* *Eesti Arst* 2020; 99(1):42-47

Comirnaty ja Spikevax: müokardiidi ja perikardiidi riski täpsustus

Euroopa Ravimiameti ravimite riskihindamise komitee (PRAC) hindas mRNA vaktsiinidega (Comirnaty ja Spikevax) seostatava müokardiidi ja perikardiidi riske kahe Euroopa epidemioloogilise uuringu andmete põhjal. Üks uuring põhines Prantsusmaa riikliku tervisesüsteemi (Epi-phare) ja teine Põhjamaade registri andmetel.

Nende uuringute tulemused kinnitavad müokardiidi ja perikardiidi väga madalat riski. Andmetest selgus, et müokardiidi tekkerisk pärast vaktsineerimist on kõrgem noortel meestel (vanus alla 30). Müokardiit ning perikardiit on nende vaktsiinide ravimiinfos juba mainitud kui teadmata sagedusega kõrvaltoimed ning PRAC soovib ravimiteavet nende uute andmete valguses täpsustada, et nende esinemissagedus on väga harv ehk kuni 1 juht 10 000 vaktsiiniannuse kohta.

Müokardiit ja perikardiit võivad tekkida mõne päeva jooksul pärast vaktsineerimist. Teadaolevad juhud tekkisid enamuses kuni 14 päeva jooksul ning sagedamini pärast 2. vaktsiiniannust.

Prantsuse ja Põhjamaade uuringute põhjal on teada müokardiidi lisajuhtude arv vaktsineeritud noortel meestel võrreldes mittevaktsineeritud noorte mees-
tega:

- **Comirnaty** vaktsiiniga seoses näitas Prantsuse uuring, et 7-päevase vaktsineerimisjärgse perioodi jooksul pärast 2. vaktsiiniannust lisandub umbes 0,26 müokardiidi lisajuhtu 10 000 12...29-aastase mehe kohta võrreldes mittevaktsineeritutelega. Põhjamaade uuringus näidati, et 28-päeva jooksul pärast 2. vaktsiiniannust lisandus 0,57 müokardiidi lisajuhtu 10 000 16...24-aastase mehe kohta võrreldes mittevaktsineeritutelega.
- **Spikevax** vaktsiiniga seoses näitas Prantsuse uuring, et 7-päevase vaktsineerimisjärgse perioodi

jooksul pärast 2. vaktsiiniannust lisandub umbes 1,3 müokardiidi lisajuhtu 10 000 12...29-aastase mehe kohta võrreldes mittevaktsineeritutelega. Põhjamaade uuringus näidati, et 28-päeva jooksul pärast 2. vaktsiiniannust lisandus 1,9 müokardiidi lisajuhtu 10 000 16...24-aastase mehe kohta võrreldes mittevaktsineeritutelega.

Müokardiit ja perikardiit on südame põletikulised seisundid, mille sümptomitena võivad mh esineda õhupuudustunne, südamepekslemine/ebaregulaarne südamerütm, valu rindkeres.

Praeguste andmete põhjal on müokardiidi ja perikardiidi kulg vaktsineerimise järgselt sarnane nende seisundite tavapärasele kulule ning paranemine toimub tavaliselt puhkuse või raviga.

COVID-19 vaktsiinide kasu on endiselt suurem kui võimalikud riskid võttes arvesse COVID-19 haigust ning selle tüsistusi ja vaktsiinide toimet tõsise haiguse ja COVID-19 surmade ärahoidmisel.

Täiendav infot Euroopa Ravimiameti lehel [2]

Lehekülg: <https://www.ravimiamet.ee/comirnaty-ja-spikevax-m%C3%BCokardiidi-ja-perikardiidi-riskit%C3%A4psustus>

Lingid

[1] <https://www.ravimiamet.ee/comirnaty-ja-spikevax-m%C3%BCokardiidi-ja-perikardiidi-riskit%C3%A4psustus>

[2] <https://www.ema.europa.eu/en/news/meeting-highlights-pharmacovigilance-risk-assessment-committee-prac-29-november-2-december-2021>

Allikas: Ravimiamet 03.12.2021 «Comirnaty ja Spikevax: müokardiidi ja perikardiidi riski täpsustus»

Ravimite personaalse pakendamise mitu nägu

Kaidi Sarv

Eesti Apteekrite Liidu peaproviisor

Ravimite personaalne pakendamine ei ole Eestis päris uus ega tundmatu teema. Aina rohkem hooldekodusid on personaalse pakendamise teenuse tellijateks. Tavapatsientide hulgas on teenus vähem tuntud ja tarvitatud.

Sama või sarnase tegevuse kohta kasutatakse veel termit "**personaalne jaendamine**". Tegemist ei ole universaalse ega rahvusvaheliselt üheselt mõistetava terminiga. Apteekrid mõistavad ravimite personaalse pakendamise all ravimite jaotamist annuskordadeks, kus ühel annustamiskorral sissevõetavad ravimid pakendatakse ühte lahtrisse.

Ükski tegevus ja sellest väljaarendatud teenus ei teki tühjale kohale. Rahvastiku vananemine ja sellest tulenev pikaajaliste haigusseisundite korral mitut ravimit tarvitavate inimeste arvu kasv on tekitanud vajaduse spetsialiseeritud teenuste arendamiseks. Teenuste üldiseks eesmärgiks on elanikkonna ravi- ja elukvaliteedi parandamine.

Inimestel pikema ja parema elu võimaldamine on iga ühiskonna toimimise eesmärgiks. Selle eesmärgi täitmiseks peame kõik - haridus-, tervishoiu- ja sotsiaaltöötajad - andma oma panuse.

Personaalse pakendamise seos ravijärgimusega

2003. aastal avaldas Maailma Terviseorganisatsioon (WHO) aruande krooniliste haigustega patsientide ravijärgimuse kohta. Mitmete nii arenenud kui ka arengumaades tehtud uuringute käigus kogutud andmete analüüsimisel jõuti järeldusele, et ettenähtud ravirežiimist kinnipidamise ehk ravijärgimuse puudumine on läbiv probleem, kuna ligikaudu 50% patsientidest ei võta ravimeid nii, nagu ette nähtud.

Ka meie perearstid on avaldanud muret selle üle, et hinnanguliselt pool arstikabinetist ravisoovitusega väljunud patsientidest arsti antud juhiseid ei järgi. Enamasti ei ole see tahtlik ega sihipärane. Siiski ei ole harvad ka need juhtumid, kus arst ravib mõnda ägedat seisundit - näiteks lapse kõrvapõletikku - kuid abi väljakirjutatud ravimite ei paista olema. Vahetatakse preparaati, kuid loodetud tulemust ei saabu. Hiljem selgub, et patsient ei ole talle määratud ravimeid üldse tarvitanudki.

Dr Peeter Mardna propageeris aastaid tagasi mõtet, et kui arst määrab ravi, siis peaks ka patsient võtma endale kohustuse arsti ravijuhiseid järgida. Paraku hinnatakse patsiendi otsustusvabadust, ka talle määratud ravi mitte järgida, kõrgemaks ja tervishoiutöötajad peavad oma lihtsalt oma veenmisvõimeid kasvatama.

Krooniliste haiguste ravi kehv järgimus on seotud halvemate tervisetulemuste ja suurenenud tervisekuludega. Kui ühelt poolt jälgivad ametivõimud teravil pilgul ravimite hindu ja apteekides odavamate ravimite soovitamishõudest kinnipidamist, siis teisalt ei pea keegi arvet tulemusteta toimunud ravist põhjustatud ülemääraste kulutuste üle.

On kindlaks tehtud, et apteekrid saavad ravimite õigele kasutamisele ja ravijärgimusele positiivselt kaasa aidata, sest neil on võimalik pakkuda erinevaid teenuseid. Paraku on selliste teenuste rahastamine veel minimaalne ja paljudes riikides, sh Eestis, puudub selliste teenuste riiklik rahastamine täielikult.

Ravijärgimuse parandamise võtted

Ravijärgimuse parandamiseks on võimalik kasutada mitmeid erinevaid võtteid ja meetodeid.

* Kõigepealt on maailmas olemas **uue ravimi teenused**, mille käigus apteeker koolitab ja nõustab

patsienti uue, esmakordselt väljakirjutatud ravimi väljastamisel. Eriti heal juhul toimub selline nõustamine ka järgnevatel nädalatel jooksul kas siis silmast-silma toimuvatel või telefoninõustamistel. Eesmärgiks on tagada, et patsient ei jäta oma ravi pooleli ning kasutaks temale uut ja võõrast ravimit õigesti.

* Teiseks on võimalik patsiente ja nende hooldajaid pereliikmeid **võimestada, koolitada ja nõustada** ravimi korduval väljastamisel. Eriti oluline on see siis, kui ravimi manustamine nõuab konkreetset manipulatsiooni, näiteks inhaleerimist, lahustamist jmt. * ravisoostumust parandab ka **erinevate abivahendite pakkumine**, mis hõlbustavad õige annuse õigel ajal võtmist - siia alla kuuluvad erinevad nutiseadmetes toimivad "meeldetuletajad", kui ka meeldetuletussüsteemiga ravimite jaotussüsteemid.

ja kõike eelnevat toetab patsiendi **raviskeemi lihtsustamine** ja **annustamissageduse vähendamine**. Siin on abi ravimite kasutamise hindamisest, eriti, kui ravimeid ordineeritakse erinevate arstide poolt või on erinevates hooldusasutustes kasutusel erinevad ravimid.

Põhifookus paljude ravimite tarvitajatel

Nagu teame, on paljudel vanematel inimestel keerulised kroonilised haigused ja mitmed kaasuvad haigused, mis nõuavad mitme ravimi pidevat kasutamist. Samuti on nendel ravimitel sageli keerukad ajastus- ja annustamisskeemid. Juba keskealistel inimestel, vanemaealistest rääkimata, on sageli raske oma ravimeid hallata kognitiivse funktsiooni, mälu, liikuvuse ja käelise osavuse halvenemise tõttu.

Näiteks insuldi läbipõdenul "rikastub" ravimimenüü hoobilt ja ravimite manustamine on sageli tõeline väljakutse, kuna sõrmed enam ei haara ega keera ning neelamishäire tõttu tekib ka hirm ravimite võtmise ees, mis olukorda omakorda halvendab.

Tervishoiutöötaja ei suuda olla patsiendi nahas, kuid tal on kogemusi ja teadmisi, kuidas probleeme on võimalik ületada. Sageli räägime koostööst ja kaasamisest, kuid kaasamine tähendab usaldust ja vastastikust lugupidamist patsiendi ja tervishoiutöötaja vahel. Ainult usaldusega on võimalik raskustest läbi tulla.

Eri ravimite ja haigusseisundite puhul on raviskeemist kinnipidamise tähtsus erinev. Paljud (kuid mitte kõik) empiirilised uuringud määratlevad vastuvõetava ravijärgimuse tasemeks 80 % ehk ravijärgimuseks loetakse olukorda, kui õigeid ravimeid võetakse õigesti enam kui 80%-l juhtudest.

Ravimite puhul, millel on kriitiline profülaktiline või füsioloogiline toime, võib isegi ühe annuse vahelejätmise põhjustada ravi katkestuse. Inhaleeritavad hingamisteede ravimid astma ja kroonilise obstruktiivse kopsuhaiguse korral on oluline näide. Soovitatud ravi täpne järgimine on nende ravimite efektiivsuse seisukohalt ülioluline ja ravijärgimus ei tähenda ainult õiget annust ja manustamise sagedust, vaid ka järjepidevalt õige inhalaatoritehnika kasutamist.

Mõnedes olukordades ei ole ühe annuse vahelejätmise tõenäoliselt oluline probleem. Kuid patsiendid, kes on häälestunud täpselt järgima, võivad muutuda murelikuks, kui nad mõistavad, et neil on annus vahele jäänud, ja nendel patsientidel võib olla abi apteekrilt või ravimi väljakirjutajalt nõu küsida. Selliseid kohtumisi saab kasutada ravijärgimuse tähtsuse tugevdamiseks.

Ülemaailmne Farmaatsiaföderatsioon ehk FIP andis 2018. aastal välja ülevaate, milles käsitles teemat ja erinevate riikide apteekrite kogemusi eakate patsientide ravijärgimuse suurendamisel. Kes soovib, sel on võimalik ligi 50-l leheküljel avaldatud materjaliga tutvuda FIP.org kodulehel.

Use of medicines by the elderly

The role of pharmacy in promoting adherence

2018

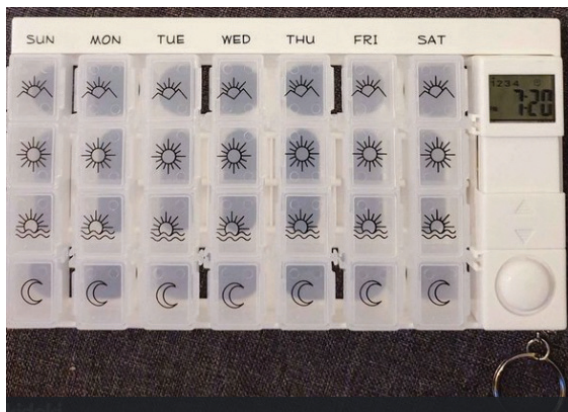
FIP-i 2018. aastal avaldatud mahukas materjal on kõigile tasuta kättesaadav



Tavaline nädalakarip, hind alates 2.70 eurost



Kaanege nädalakarip, hind alates 20 eurost



Tabletikarip taimeriga, hind alates 17 eurost



Väike tabletikarip taimeriga, hind alates 10 eurost

Personaalne pakendamine

Ravimite personaalse pakendamise käigus jaotatakse ravimid annustamiskordadeks, kus ühel annustamiskorral sissevõetavad ravimid pakendatakse ühte lahtrisse. Võimalik on kasutada väga erinevaid vahendeid, mille täitmise ja ravimi kättesaamise automatiseerituse aste on erinev.

Kõigile tuttav abivahend on **tabletikarip**. Kauaaegse omastehooldajana soovitan seda soojalt kasutamiseks nii kodus kui ka hooldekodus. Tabletikarpe on meil ja mujal müügil väga erineva kuju ja suurusega. Enamasti on tegemist nädalakaripidega. Kui patsiendil on juba rohkem kui üks manustamiskord päevas, tasub kasutada mitme manustamiskorraga karpe. Ka on võimalik erinevasse lahtrisse panna enne ja pärast sööki võetavad ravimid.

Ma ei ole näinud nädalakarpe, kus oleks 2 või 3 manustamiskorda päevas. Praktilised ja saadaval on nelja manustamiskorraga ravimikarbid.

Karbid on praktilised seetõttu, et kogu nädala ravimid on võimalik ühe korraga valmis seada ja ühel manustamiskorral võetavad ravimid ühest karbisahktlist korraga välja võtta. Kui ravim või ravimid on jäänud õigel ajal võtmata, on need karbist kohe näha. Näen seda oma kodus majapidamises, kus võtja ise mäletab, et ta võttis ravimid, kuid karbist on ootavad tabletid kenasti näha.

Nädalakarip lihtsustab ka päevast võtmist, näiteks mina võtan igal päeval karbist ravimid veel omakorda välja teise karpi, kus eraldi suuremates karpides on hommiku ja õhtu ravimid. Patsiendil on korraga käes ainult kahe annustamiskorra ravimid. Pimedal patsiendil on sellest suur abi. Ta ei pea isega nädalakaribist päevi lugema. Ravimite andjale on nädalakaribist ravimite väljavõtmine lihtne, kergendab tööd ja hoiab aega kokku.

Tabletikarip taimeriga. Mina ei ole selliseid karpe ise oma silmaga näinud, kuid müügikuulutused erinevat tüüpi taimeriga ravimikaripidele on Eestis internetist täiesti leitavad. Põhimõtte sama kui eelmise karbi puhul. Erinevus on meeldetuletaja, mida saab seada vajalikule ajale ja mis peab andma märku vajadusest ravimid sisse võtta.

Automatiseeritud tabletijaotur

See on eelmise karbi edasiarendus. Selliseid karpe kasutatakse palju Ameerikas. Põhimõte on sama kui tavalise tabletikarbi puhul: ravimid jaotatakse annustamiskordadeks. Selles karbis on 30 jaotist. Karpi täidetakse selliselt, karbi kaas võetakse pealt ära ja ravimid pannakse igasse vahesse käsitsi. Karp on võtmeaga lukustatav ja ravimeid niisama sealt kätte ei saa.

Annustamiskorrad programmeeritakse seadmesse ja kui järgmine annustamiskord (nt 6 või 12 tunni pärast) kätte jõuab, annab seade heliga märku ning ravimi väljastamisavast kukuvad välja just selle annustamiskorra ravimid. Järgmise annustamiskorra ravimid saab kätte alles järgmise annustamiskorra saabumisel.

Sellised tabletijaoturid töötavad karusselli-põhimõtetel ning mida vähem on annustamiskordi, seda pikemaks ajaks masinas olevatest ravimitest jätkub. Karpe on erineva välimusega - ühtedel on läbipaistev kaas, teisel läbipaistmatu.

Robotika pakub võimalust erinevate seadmete funktsioonide integreerimiseks. Lihtsamatel seadmetel keskenduvad funktsioonid alati ühele ravimite kasutamise aspektile, näiteks ravimite võtmise vajaduse meeldetuletusele.

Ravimite jaotusautomaat

Ma ei tea, kui paljud meie inimesed on sellist seadet oma silmaga näinud - Eestis ma ei tea, et neid kasutatakse - kuid Soomes koduhoolduses on ravimiautomaadid kasutusel. See on suhteliselt uus seade, millel on pikaajalist ravi saavate vanemate koduhoolduse patsientide abistamiseks terve valik funktsioone.

Masin antakse koduhoolduse patsientidele koju ja selle täidab ravimitega tervishoiutöötaja (tavaliselt koduõde). Ravimid on eelnevalt pakendatud meilgi kasutusel olevatesse kileribadesse. Aparaat on - nagu eelmine seade - lukustatav ja ravimeid ei ole võimalik sealt niisama välja võtta.

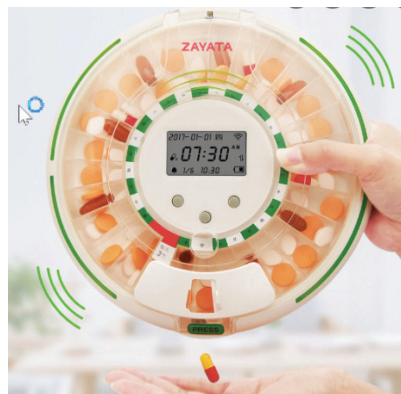
Aparaati on programmeeritud ravimite võtmise režiim ja ravimite võtmise aja saabumisel annab seade helisignaali ja tekstilise teatega märku. Kui nüüd patsient vajutab seadmel olevat nuppu, tuleb aparaadist välja järgmise manustamiskorra kotike ravimitega.



MedFolio tabletikarp koos raviminäidistega



AccuTab automaatjaotur nädala tarbeks, kolmele annustamiskorrale, hind alates 80 dollarist



Automaatjaotur 30 manustamiskorrale, hind alates 90 dollarist



Ravimiautomaat Evondos



Mehhaniseeritud pakendamine kileribadesse.
Kileribad sobivad kasutamiseks enamikes ravimi-
automaatides



Käsitsi pakendamine kilekottidesse



Kilekotike ühe annustamiskorra ravimitega



Ühele patsiendile pakendatud ravimid

Kui patsient jätab manustamiskorra vahele, nuppu ei vajuta ja kotikest ei võta, saadab seade koduhoolduskeskusele häiresignaali ja keskuse töötaja saab seejärel astuda vajalikke samme. Ta kas helistab patsiendile või tuleb kohale. Häire jääb aktiveerituks, kuni selle käivitunud probleem on lahendatud. Kasutamata jäänud annused lähevad lukustatud kambriksse.

Automaat salvestab andmed kõigi väljastatud või väljastamata jäänud kotikeste kohta, on turvaline ja võltsimiskindel ning registreerib kõik seadmesse sissemurdmiskatsed. Koduõele tuleb seadmest ülevaade, mis kell on seadmest ravimipakikesed välja võetud.

Automaadi vahendusel saab koduõde saata patsiendile ka teateid ning ka vastupidi. Automaat saab anda teada ka automaadis mitteolevate (näiteks vedelravimite) manustamise vajadusest.

Pakendamine kilekottidesse

Kileribadesse pakendamisest lihtsam ja maalähedasem variant on pakendamine kilekotikestesse. Kui kileribade täitmine toimub masinaga, siis kilekotikeste täitmine toimub käsitsi. Kotikeste hind ei ole kallis, samas on kotikeste täitmine suhteliselt ebamugav (karpide täitmine on oluliselt mugavam) ja töömahukas. Samuti tuleb kotikesed eraldi markeerida. Leiblipaberitele trükitakse ravimite ja patsiendi info ning need kleebitakse käsitsi täidetud ravimikotikestele.

Kilekotikesed on üks odav ja lihtne võimalus ravimite personaalseks pakendamiseks. Seda ka praktiseeritakse.

Pakendamine blistritesse

Mulle endale on sümpaatne ravimite pakendamine blistritesse. Blister täidetakse ravimitega annuste kaupa. Blistrid suletakse külmkveevitamise ehk liimimise meetodil. Puuduseks nii kilepakenditel kui blistritel on see, et need pakendid on ühekordsed. Blistri süvendid on erineva suurusega - suuremad ja väiksemad ehk saab valida sobiva süvendisuurusega blistrid. Blister on veid kallim kui kilekott. Jaendamine ja pakendamine samas mugavam ja ülevaatlikum.

Blistritesse pakendamisel on võimalik kasutada ka erinevaid abivahendeid. Mugav on kasutada blistri-raami, millesse täidetav blister asetatakse ja ravimitega täidetakse. Ka on erinevaid abivahendeid blistri tagakülje külmkveevitamiseks ehk liimimiseks.

Tulemused siiski veel vastuolulised

Kindlasti on personaalseks pakendamiseks veel palju erinevaid võimalusi ja vahendeid. Nii mitmedki hooldekodud on kasutanud võimalust pakendatud ravimite tellimiseks apteegist. See vabastab hooldekodu enda töötajad ravimite jaendamise tööst ja andnud tööd sellega tegelevatele apteekritele. Probleemiks muidugi on, et keegi ei taha eriti selle töö eest maksta. Ei hooldekodu, patsient ega tema lähedased. Kindlasti on vajalik, et personaalset pakendamist hüvitaks vähemalt osaliselt haigekassa.

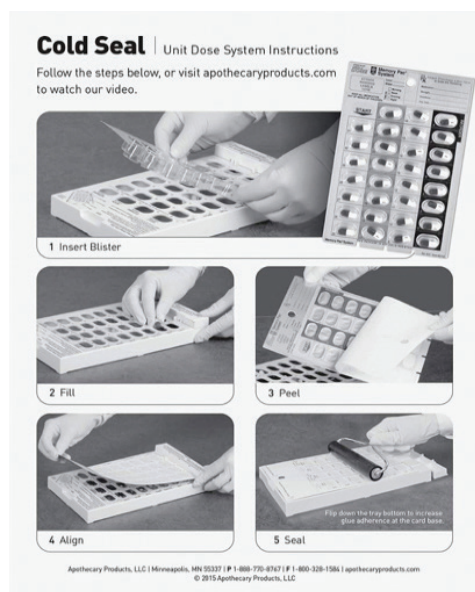
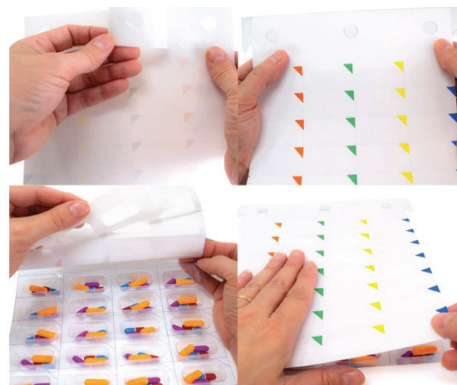
Uuringuid erinevate ravijärgimust suurendavate abivahendite kasutamise kohta on tehtud hulgaliselt. Siiski ei ole tulemused alati olnud ühesuunalised. Kahetsusega tuleb nentida, et üldiselt ei kinnitanud uuringute tulemused erinevate abistavate seadmete tõhusust. Vaadeldud uuringud olid erineva kvaliteediga ning ka seadmete mõju ravijärgimusele oli väga erinev.

Uuringute tulemused näitasid, et automatiseeritud abivahend on kasutatav motiveeritud patsientidel ja koduhooldustöötajatel ning sellel on eriline potentsiaalne väärtus ükski elavate vanemate inimeste ravile. Siiski ei kinnitanud uuringud seda, et mõni konkreetne sekkumine aitaks saavutada täielikku ravisoostumust. Siiski on ilmne, et hea suhtlus apteekri ja patsiendi vahel vähendab ravist keeldumist. Erinevad mehaanilised ja elektroonilised annustamise abivahendid võivad olla abiks mõnele, kuid mitte kõigile patsientidele.

Kokkuvõtteks

Ravimite personaalne pakendamine on üks reaalne võimalus ravimite annustamise lihtsustamiseks ja patsiendi ravijärgimuse suurendamiseks. Eriti on ravimite personaalsest pakemisest abi patsientidele, **kellel on raske ise ravimipakendeid avada ja/või kellel kipub ravimi võtmise vajadus meelest ära minema**. Siin on abi ka lihtsast ravimikarbi täitmisest patsiendi abistaja poolt. Kui on võimalik kasutada elektroonilisi meeldetuletajaid, on see täiendavaks abiks.

Selge on ka see, et mida vähem ravimeid patsient tarvitab ja mida stabiilsem on tema seisund, seda pikemaks perioodiks saab tema ravimeid pakendada.



Ravimite käsitsi pakendamine blistritesse

Paraku on enamik personaalse pakendamise vajajaid patsiendid, kes kasutavad palju erinevaid ravimeid ja kelle seisund võib kiiresti muutuda. Enamasti on sellisele patsiendile sobiv ravimite ettejaotamise periood siiski 1...2 nädalat.

Igal eelkirjeldatud variandil on omad okkad ja õied. Aga õnneks on palju erinevaid võimalusi, et leida igale patsiendile võimalikult sobiv. Abi patsiendile ja ka õdedele-hooldajatele on sellest kindlasti.

Elulõpuravi

dr Jelena Leibur

EELK Tallinna Diakooniahaigla juhataja ja sisearst

Kui **palliativne ravi** võib alata juba haiguse varajases perioodis ning kulgeda paralleelselt haiguspetsiifilise raviga, siis **elulõpuravi** kui palliativse ravi lõpuosa, algab siis, kui haiguspetsiifiline ravi on lõpetatud. Elulõpuravis on kõige olulisem võimalikult kannatustevaba elulõpp ning parim elukvaliteet, mida on võimalik veel pakkuda. Üheks arstikunsti osaks ongi otsustamine, millal iga hinna eest elu toetamine on kasutu ja surma takistamine mõttetu. Arstil ei ole ei kohustust ega ka õigust patsiendi vaevuseid ja suremist pikendada. Oluline on elu jaatamine ja surma paratamatuse aktsepteerimine, mõistmine, et kuigi elada jäänud päevi on vähe, on need seda väärtuslikumad.

Elulõpuravi definitsiooni leiame palliativse ravi juhendi II osas:

Elulõpuravi (ka parim toetav ravi, ainult vaevusi leevendav ravi, hospitsravi) on palliativse ravi osa, mis algab, kui haiguspetsiifiline ravi on ammendunud, kuid seisundi raskuse tõttu vajab inimene palliativse ravi teenuseid. Elulõpuravi peamine eesmärk on vaevuste leevendamine, inimväärikust austav pöetamine ja parima võimaliku elukvaliteedi võimaldamine surmani, rahu ja väärikas surm ning perede toetamine, leinatöö surma saabudes ja selle järel. Patsiendi eeldatav elupikkus on kuus kuud kuni üks aasta.

Eeldatav elulõpuravi pikkus Euroopas on üks aasta, Ameerikas pool aastat. Eestis on see eeldatavalt pool aastat. Elulõpuravi viimane osa on **terminaalravi**, mis kestab paarist viimasest nädalast kuni viimaste päevade ja tundideni. Alati tuleb arvestada, et kõikide inimeste ravi on individuaalne, sest ei ole kahte täpselt ühtemoodi inimest ja ei ole kahte täpselt ühtemoodi kulgevat haigust.

Elulõpuravi puhul on mitu olulist punkti, mida tuleb silmas pidada.

Esiteks tuleb otsustada, milline vaevus on patsiendile kõige piinavam. Elu lõpus (eriti kaugelarenenud vähiga patsientidel) on tavaliselt palju vaevuseid (valu, kõhukinnisus, kõhulahtisus, isutus, kaalulangus, kahheksia, unetus, ärevus, iiveldus, oksendamine, õhupuudus, väsimus, kurnatus). Mitme vaevuse üheaegselt koos eksisteerimine põhjustab summaarselt suuremat piina, sest vaevused kuhjuvad. Leevendades kõigepealt seda vaevust, mis kõige enam piinab, aitame patsienti kõige paremini. Edasi saab juba teiste vaevustega tegeleda.

Teiseks ei tohi võrdsustada ravi ja ravimite kasutamist. Ravi võib olla ravimitepõhine, mitteravimitepõhine ja mõlemad korraga. Sageli oleme ravimitepõhise sümptomaatilise raviga nii hõivatud, et unustame inimese enda ära. Me ei leia aega, aga **hai-gele pühendatud aeg** on kordumatu väärtusega.

Kolmandaks on oluline määrata püsivate sümptomite puhul ravimid profülaktiliselt ehk regulaarselt. Ravimite kasutamine vajadusel regulaarse kasutamise asemel põhjustab vaevuseid, mida saaks ennetada, eriti kehtib see valuravis. Kui kroonilise valuga haigel on valu 12 tundi ja enam ööpäevas, peaks ta saama skeemi alusel regulaarselt pikatoimelisi valuvaigisteid.

Järgmine oluline punkt on seotud ravi ja ravimite määramisega. Elulõpuravi tuleks hoida nii lihtne kui võimalik. Enne uute ravimite määramist, peaks arst endalt küsima järgmised küsimused:

- mis on selle ravimi eesmärk?
- milline on selle ravimi kõrvaltoimete risk?
- milline oht on ravimite koostoimel?
- kas on võimalik mõni juba kasutusel olev ravim ära jätta?

Arst ei tohiks määrata ravimit, mis võib pikendada suremist.

Unustada ei tohiks, et ka elulõpus vajavad inimesed oma elu üle kontrolli, seega võiks panna **soovitused**

ja nõuanded patsiendile kirja. Kui raske haigus on inimese voodikeskseks muutnud, siis üks vähestest asjadest, mille üle ta saab veel kontrolli omada, on tema ravimite kasutamine. Seetõttu peaks talle kirjalikult koostama tarvitavate ravimite nimed, annused, toimed ja kuidas neid võtta. Hea kui ka orienteeruvad kellaajad on märgitud.

Mitte keegi pole kõiges ekspert, mitte keegi ei saa kõike osata, aga patsient ei pea selle pärast kannatama. **Kolleegidelt vajadusel abi küsimine** on elulõpuravi üks osa. Erialadevaheline koostöö on hindamatu, sest sellel on sünergia efekt $1+1 > 2$. Just sellepärast ongi palliatiivne ravi **interdistsiplinaarse meeskonna** (arst, õde, hooldaja, sotsiaaltöötaja, kaplan/hingehoidja jm toetavad erialad) koostöö.

Interdistsiplinaarse meeskonna olulisteks liikmeteks on patsient koos oma lähedastega, sest patsient teab ise kõige paremini, mis teda on aidanud. Võimaluse korral tuleks alati **küsida patsiendilt endalt, mis teda aitab, mis tema vaevuseid leevendab.** Samuti on oluline koostöö lähedastega, kelle jaoks on lähedase vaevused sageli raskemadki kui patsiendi enda jaoks.

Vahel võib personal end patsiendi kiiresti läheneva surma ees abituna tunda, see on loomulik. Aga patsiendid teavad, et personal ei suuda imet teha. Tuleb endale aru anda sellest, mida suudame ja mida mitte. Selle väljendamine, et me pole kõikvõimsad tekitab usaldust, aga usalduse puudumine on patsiendile valus.

Elu lõpus olevale patsiendile **ei tohiks öelda, et enam ei saa midagi teha**, sest alati on võimalik veel midagi teha. Kasutada alternatiivseid ravimeid või suuremaid annuseid. Alati on võimalik patsiendi jaoks lihtsalt olemas olla ja teda kuulata. Patsiendid ei ootagi oma küsimustele vastuseid, nad tahavad, et neid kuulataks. Võltsi lootust anda ei tohi, aga lootust ei tohi päriselt ka ära võtta. Kuigi ei ole lootust terveneda, siis on muud väiksemad lootused, mida tuleb toetada.

Elulõpuravi puhul, eriti terminaalfaasis, muutuvad sümptomid kiiresti (tugevnevad või ka nõrgenevad) ja ilmnevad uued sümptomid, millega tuleb kohe tegeleda. „Kuna järelejäänud aeg on lühike, tuleb kiirustada – homme võib olla liiga hilja“. Robert Twycross,

Andrew Wilcock „Introducing Palliative Care“). Seega tuleb raviskeemi korduvalt üle vaadata ja ravi korrigeerida. Seda tuleb ikka ja jälle ja uuesti teha.

Elulõpuravi planeerimine

Elulõpuravi planeerimine (*EOL end of life care*) ei ole Eestis veel tavapärane, aga on patsientide jaoks olulise tähtsusega. See peaks olema tehtud siis, kui on tõenäoline, et patsient sureb eeldatavalt aasta jooksul. Surma tõenäosust ei ole kerge prognoosida. Robert Twycross toob oma raamatus „Introducing Palliative Care“ välja viis punkti, millal eluohustava progresseeruva haigusega patsiendid (vähk, raske c/v puudul, KOK, süvenev haprus + dementsus) peaksid alustama planeerimisega. Alustada tuleks, kui:

- on esinenud kaks või rohkem ootamatut hospitaliseerimist viimase 6 kuu jooksul ning vaatamata ravile sümptomid püsivad.
- patsiendi toimetuleku tase on halb või halvenev ja süveneb organpuudulikkus kaasuva haigusega.
- kui küsimusele „Kas oleksin üllatunud, kui patsient sureks järgneva 12 kuu jooksul?“ on vastus negatiivne.

Elulõpuravi planeerimine on vestlus patsiendi ja lähedastega, mille eesmärgiks on parandada patsiendi elulõpu kvaliteeti. See vestlus hõlmab patsiendi muresid ja probleeme, temale olulisi väärtuseid (kultuurilised, religioossed, spirituaalsed), tema arusaama haigusest, ravist ning prognoosist. Vestluse käigus tuleb seada **patsiendi isiklikud ravi ja hoolduse eesmärgid**. Vestluse tulemusel peaksime saama vastuse küsimusele, mida saaksime teha, et patsient tunneks end elu lõpus võimalikult hästi? Määratleda, mis ei ole enam kasulik ning lõpetada mittevajalikud ravimid, uuringud ja üleliigne jälgimine. Milline on sümptomikontroll ja sümptomeid ennetav ravi? Lisaks hüdreerimise ja toitumise otsused. Olulised on ka vastused küsimustele, kas on haiglaravil on mõtet, kui patsiendi füüsiline seisund halveneb ning kus tahaks patsient oma elu lõpus olla?

EOL plaan tuleb dokumenteerida ja korrapäraselt üle vaadata ning vajadusel täiendada ja muuta.

Elulõpu prognoosimine

Prognoosimine pole kerge. Robert Twycross, Andrew Wilcock raamatus „*Introducing Palliative Care*“ öeldakse, et statistika, skaalad ja indeksid on toredad asjad, kuid peamiselt teaduses. Praktilises elus on vähipatsientide jaoks kasutusel järgmised reeglid:

- kui patsiendi seisund halveneb kuudega, siis on eeldatavalt elada jäänud mõned kuud
- kui patsiendi seisund halveneb nädalatega, siis on eeldatavalt elada jäänud mõni nädal
- kui patsiendi seisund halveneb päevadega, siis on eeldatavalt elada jäänud veel vaid mõned päevad

Praktika näitab, et see reegel kehtib tihti ka muude kaugelearenenud haiguste korral.

Sümptomite leevendamine

Elulõpuravis tuleb tegeleda **mitmete sümptomitega**, millest peamiselt on valu, terminaalne rahutus, unehäired, õhupuudus, iiveldus ja oksendamine, kõhukinnisus, isutus, kurnatus ja dehüdratsioon.

Valu on see, mis teeb haiget. Valu on ebaameeldiv sensoorne- ja emotsionaalne kogemus, valu on somato-psüühiline fenomen. Valu tunnetus on seetõttu sõltuv patsiendi meeleolust ning valu tähendusest patsiendi jaoks. Valu toodab valu. Valu, mida ei märgata, tugevneb. Kuna valu olemus on multidimensionaalne, tuleb alati mõelda valule totaalse valu tähenduses, hõlmates kannatuste füüsilist (jõuetus, õhupuudus, iiveldus, valu), psüühilist (hirm, depressioon, viha, eitamine), sotsiaalset (sõltumine abist, töövõimetus, majanduslik toimetulek, suhted) ja spirituaalset (teadmatus selle ees, mis tuleb, süütunne, lootusetus) aspekti.

Patsiendil on sageli raskusi eristada totaalse valu komponente – patsient ütleb lihtsalt, et mul on väga halb olla. Interdistsiplinaarne meeskond peab aitama tal oma totaalse valu sasipuntraga toime tulla. Meeskond lähtub oma töös **holistlikust inimkäsitlusest**, mille alusel inimene on tervik. Ühtemoodi olulised on füüsiline, psüühiline, sotsiaalne ja spirituaalne/eksistentsiaalne dimensioon.

Valuravi põhimõtted, mida jälgida, on konkreetseid. Oluline on suukaudne manustamine vastavalt kellaegadele, et oleks regulaarne. Ravimeid manustatakse vastavalt valuredelile (WHO valuredeli 3 astet). Valuravi on alati individuaalne ning oluline on jälgimine ja hindamine. Vajadusel tuleks kasutada lisaravimeid ehk adjuvantravimeid (lahtistid, entimeetikumid, antidepressandid, neuroleptikumid, rahustid, kortikosteroidid, antikonvulsandid).

R. Twycross ja A. Wilcock järgi ei ole valu terminaalfaasis probleemiks, kui eelnev valutustamine on hea ja see jätkub („*Introducing Palliative Care*“). **Terminaalfaasi valuravi** puhul tuleb manustamise viisi muuta juhul, kui esineb profuusne oksendamine, neelamis-, teadvuse-, või imendumishäired või kui haigel on vastumeelsus suukaudse ravi suhtes. Sel juhul manustatakse ravimeid parenteraalselt (s/c, i/m, i/v), transdermaalselt ja *per rectum*. Parim moodus sümptomkontrolli ravimite manustamiseks on s/c püsiinfusioon.

Terminaalne rahutus on läheneva surma tunnus. Patsiendil võib esineda deliirium koos hallutsinatsioonide ja paranoiaga ning ta võib muutuda, hüpo- või hüperaktiivseks. Seda esineb 85% surijatest. Raviks kasutatakse antipsühhootikume (Haloperidol, Levomepromazin, Olanzapin, Risperidoon, Kvetiapin). Kui antipsühhootikum üksi pole efektiivne, siis lisatakse bensodiasepiinid (Diazepam, Midazolam, Alprazolam, Lorazepam).

Elulõpuravis tuleb tihti tegeleda patsiendi **unehäiretega**, seetõttu on uinutid raviskeemis vajalikud ning ei pea enam kartma sõltuvuse teket. Oluline on, et patsient magada saaks. Kasutatakse tavapärased uinutid tavapäraste annustega. Bensodiasepiinid ja nende sarnased ained (Zolpideem, Zopikloon, Diazepaam, Lorazepaam), antipsühhootikumid (Kvetiapin), sedatiivse toimega antidepressandid (Mirtasapiin).

Õhupuudus on levinud piinav sümptom, mis on eriti väljendunud haiguste lõppstaadiumis. Õhupuudustunne on alati subjektiivne. Saturatsiooni hindamisel loetakse KOK-i puhul hüpokseemiaks $SpO_2 < 88\%$ ja muu haigusseisundiga patsientidel $< 90\%$, kuid hüpokseemia iseenesest ei ole palliativse ravi patsientidel hapnikravi näidustuseks.

Õhupuuduse ravis on kõige olulisemal kohal **opioidid**, mis vähendavad hingamiskeskuse tundlikkust hüpoksiale ja hüperkapniale. Kasutatakse eelistatult morfiini, esmavalikuna suukaudselt, vajadusel s/c, i/v. Annust korrigeeritakse 24 tunni järel, vajadusel suurendatakse annust 25% kaupa. Kui opioide ei ole efektiivne 24-48 tunni järel, siis lisatakse raviskeemi **glükokortikosteroidid** deksametasoon või prednisoloon. Ärevuse korral lisatakse **bensodiasepiin** (diasepaam, lorasepaam, midasolaam, alprasolaam). **Hapnik** lisatakse ainult neile patsientidele, kes tunnevad sellest leevendust.

R. Twycross ja A. Wilcock ütlevad **õhupuuduse ravi kohta terminaalfaasis**, et terminaalfaasis on õhupuuduse põhjuse ravi ja mittefarmakoloogilise ravi aeg läbi „*Introducing Palliative Care*“. Raviks on kombinatsioon morfiin + midazolam. Patsientidel, kes juba regulaarselt saavad opioide tuleb vajadusel opioide annust tõsta 25-33%. Peatse surma ootuses ei ole lisahapnik soovitatav, isegi hüpokseemia korral.

Elu lõpus tekib sageli **death rattle** (häälekas hingamine eritise liikumisest alaneelus hingamise taktis). Selle leevendamisel on väga oluline õige asend. Poolkõhuli: soodustab posturaalset dreanaaži, kui põhjuseks on sülg või bronhiaalsekreet. Poollamav või poolistuv: kui põhjuseks on kopsuturse või gastraal-refluks. Kui patsient on teadvuseta, siis on oluline aspireerimine. Kui **death rattle** esineb poolkoomas patsiendil ja on täheldatav õhupuudus, siis tuleb lisada **morfiin** ja vajadusel **bensodiasepiin**.

Iivelduse ja oksendamise ravi sõltub nende sümptomite põhjustest. Mao staasi korral kasutada metoklopramiidi. Kui on funktsionaalne soole obstruktsioon, siis haloperidool s/l tilkadena ja süstelahusena, deksametasoon ja hüostsiin butüülbromiid. Kui oksendamine ja iiveldus on põhjustatud ravimitest, ureemiast ja hüperkaltseemiast, siis võiksid patsienti aidata haloperidool tilgad, tbl, süstid. Keemiaravist ja intrakraniaalsest rõhu tõusust tingitud iivelduse puhul võib sobida deksametasoon. Vahel on oksendamisel ja iiveldusel ebaselge põhjus, siis peaks proovima kõiki eelnevaid ravimeid ning lisaks setroonid. Infusioonravi kasutatakse ainult sel juhul, kui sellest on patsiendile abi.

Kõhukinnisuse puhul alustatakse raviga alles siis, kui võimalikud kõhukinnisuse põhjused on välistatud,

võimalusel kõhukinnisust põhjustavad ravimid lõpetatud või vähendatud. Eelistatakse sooletegevust stimuleeriva toimega lahtisteid, mis on paremini talutavad, kuid seedetrakti osalise või täieliku obstruktsiooni korral ei tohi kasutada sooletegevust stimuleerivat või osmootset lahtistit. Sooletegevust stimuleerivad lahtistid on bisakodüül, sennaglükosiidid, naatriumpikosulfaat. Osmootse toimega lahtistid on laktuloos ja makrogool. Kasutatavad soolad on: NaSO₄ (glaubrisool) MgSO₄ (mõrusool).

Valuraviks opioide saavatel patsientidel kasutada esmavalikuna konventsionaalseid kõhulahtisteid. Opioidide antagonistide kasutatakse teise valikuna: naloksegool (Moventig) ja metüülalntreksoonbromiid (Relistor). Kui kõik eelnev ei aita, siis klistiir (Microlax 5 ml x 1).

On oluline mõista, kas **isutus** on patsiendi või pere probleem. Selleks tuleks kuulata pereliikmete hirme. Laita maha mõte: „*ta peab sööma, muidu ta sureb ju nälga*“. Tunda ära „*toit on armastus*“ ja „*toitmine on mu töö*“ sündroomid. Selgitada olukorda ja aidata aktsepteerida huvi puudumist toidu vastu progresseeruva haiguse tingimustes (R.Twycross, A.Wilcock „*Introducing palliative care*“ 2018).

Ravimitest kasutatakse söögiisu parandamiseks metoklopramiidi, kui isutus on gastropareesist tingitud; mirtasapiini, mis võib parandada isu; megestrooli, mis on sünteetiline progesteron (Eestis ei ole saadav). Lisaks veel deksametasooni, mis parandab isu lühiajaliselt, vähendab iiveldust ja tekitab heaolutunne. Toime saabub 5-7 päevaga ja väheneb 3-4 nädala pärast. Määratakse 1 nädalaks. Kui toime on hea, vähendatakse väikseima efektiivse doosini, kui efekti ei ole, lõpetatakse. Kõrvaltoimete tõttu kasutatakse võimalusel perioodiliselt mitte püsivalt.

Kurnatust on defineerinud püsiva subjektiivse väsimuse, nõrkuse, apaatia ja energiapuuduse tundena, mis ei sõltu aktiivsusest ega leevene puhates. 60-90% patsientidest esineb see vaevus elu lõpus. Kurnatuse leevendamiseks puuduvad hetkel tõenduspõhised ravisoovitused. Ravimite kasutamine kurnatuse korral võib isegi suurendada patsiendi kannatusi. Deksametasoonil võib olla lühiajaline (<2 nädala) positiivne toime, kuid pikaajalisel kasutamisel toime väheneb ja tasapisi süveneb lihasnõrkus.

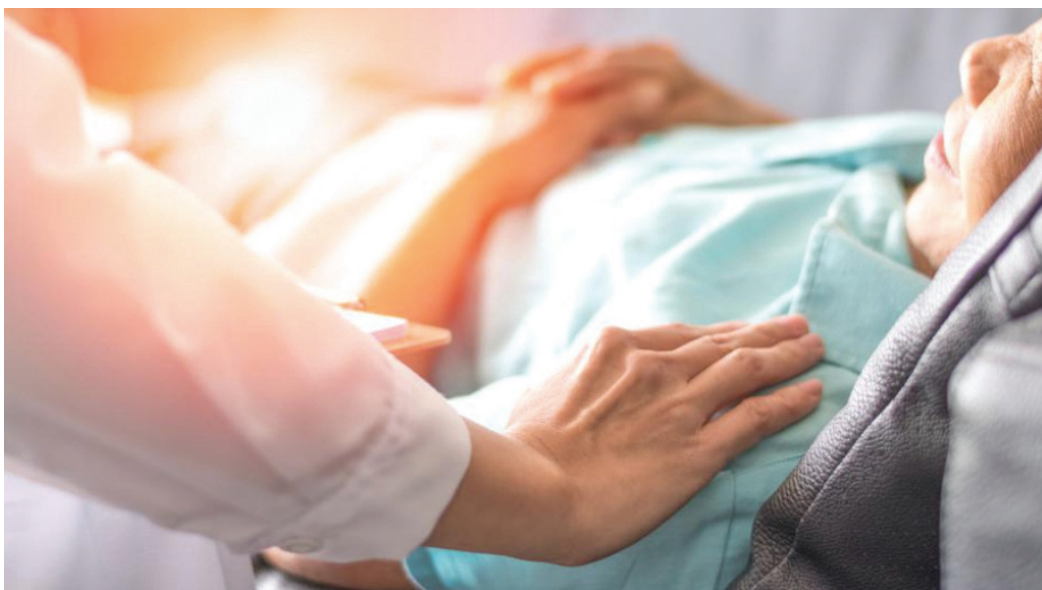
Dehüdratsioon on elu lõpusoluline sümptom, kuna surijad kaotavad sageli huvi vee suhtes. Vaatamata sellele, ei tunne nad end halvasti, kui neil on suu niisutatud ja puhas. Oluline, et patsiendid, kellel on järsk vedelikukaotus ja kes tunnevad end veekao tuse pärast halvasti saaksid hüdreeritud. Raamatu „*Introducing Palliative Care*“ järgi on tõenduspõhisus i/v hüdreerimise kohta üheselt otsustamiseks erinev ja ebapiisav. Otsustada tuleb individuaalselt. Kui on ebakindlus, siis määratakse tilkinfusioon 1 l füsioloogilist lahust ööpäevas paar päeva. Edaspidine otsustatakse vastavalt seisundi muutumisele. Patsiendile ja lähedastele tuleb kindlasti selgitada, et on **ebatõenäoline**, et parenteraalne vedeliku manustamine pikendab elu või kiirendab surma.

Terminaalfaasile (üldjuhul viimased tunnid - ööpäev - 2 nädalat) on iseloomulik sümptomite muutumine ja uute haigusnähtude teke. Tekib neelamisraskus, mis võib muutuda neelamisvõime kadumiseks. Patsiendil süveneb jõuetus, äärmine kurnatus. Ta võib jääda püsivalt voodisse ning võib kaduda huvi ümbritseva elu vastu. Iseloomulik on veel vastumeelsus toidu ja joogi suhtes. Naha marmoraaž, jahedad jäsemed, tahhükardia, nõrk pulss, üha suurenev desorienteeritus, terminaalne rahutus, deliirium on samuti väga tavapärased terminaalfaasile. Tihti on patsient enamus päevast unine ja

hämazolekus, koomas. Toimub hingamisrütmi muutumine (häälekas, pausidega, sügava ja pindmise hingamise vaheldumine) ja võib tekkida death rattle - häälekas hingamine eritise liikumisest alaneelus hingamise taktis.

Selles faasis on **interdistsiplinaarse meeskonna** ülesandeks tagada patsiendi parim võimalik heaolu. Tuleb lihtsustada ravi, kuna paljud kaasuvate haiguste (hüpertoonia diabeet) ravimid pole sellises seisundis enam vajalikud, need tuleks ära jätta. Määrata tuleks ravimid, mida patsiendile kindlasti anda (valu, õhupuudus, iiveldus ja oksendamine, deliirium), vajadusel muuta ravimite manustamise viisi. Olulisel kohal on perekonna teavitamine seisundi muutustest vajadusel nende nõustamine edasise suhtes. Patsiendil tuleks kontrollida ärevust, vajadusel anda rahusteid. Väga oluline on vältida asjatuid protseduure.

Elulõpuravis on oluline meeles pidada, et vaevuseid on palju ja need võivad kuhjuda. Leevendada tuleb neid vaevuseid, mis elu häirivad, kuid vaevuste põhjust ei saa kõrvaldada. Kannatusi tuleb leevendada nüüd ja kohe, sest aega on vähe. Ravimite pikaajalised kõrvaltoimed ei oma enam tähtsust. Arvestada tuleb patsiendi tahet. Pearõhk on elukvaliteedil.



Surm on elu loomulik osa ja meil ei ole võimalik suremist peatada, aga me saame olla sellel teekonnal patsiendile ja lähedastele toeks.

Uudiseid põhjanaabritelt

Ravimitootjad kaebavad ravimite tarnehäiremaksu üle

Orion ja ravimitootjate esindusorganisatsioon on teinud õiguskantslerile kaebuse ravimite tarnehäiremaksu kohta. Sanktsioonide asemel soovivad kaebajad tarnehäirete korral muu hulgas laiemat ravimite asendamist apteekides.

Praegu on tarnehäiremaks astmeline. Kui tarnehäirest teatatakse vähemalt kaks kuud enne müügi katkemist, on käsitlustasu 70 eurot, kui vähem kui 2 kuud, on tasu 200 € ja kui vähem kui kaks nädalat, siis 1000 €.

Kaebuse kohaselt on tasud kehtestanud sotsiaal- ja tervishoiuministeerium (STM) ületanud oma volitusi. Lisaks on suuremad maksumäärad põhjendama-

tult kõrged, sest mitmete geneeriliste ravimite hulgihinnad jäävad sageli vahemikku 2–10 eurot.

Kaebajad mõistavad ja jagavad oma sõnul ministeeriumi muret ravimite kättesaadavuse pärast, kuid nende sõnul on valitud meetodid valed ja võivad isegi muuta olukorda hullemaks. Hoiatatakse, et odavamad geneerilised ravimid võivad Soome turult üldse lahkuda, eriti väikeste pakendisuuruste puhul.

Viited: Kantelu Fimean saatavuushäiriömaksuista – voiko sanktioluonteinen maksu pahentaa häiriöitä? Hanna Hyvärinen. Apteekkari 09.12.2021. -<https://www.apteekkari.fi/uutiset/kantelu-fimean-saatavuushairiomaksuista-voiko-sanktioluonteinen-maksu-pahentaa-hairioita.html>

Helsingis kaotatakse apteekide paiknemispiirkonnad

Ravimiohutuse ja -arenduskeskus Fimea otsustas anda loa Helsingisse viie uue apteegi avamiseks. Ühtlasi kaotatakse linnas senikehtinud apteegipiirkonnad. Tulevikus saavad Helsingis asuvad apteegid linnas vabalt asukohta valida. Varem oli pealinnas 15 apteegipiirkonda, milles said tegutseda ainult sellesse piirkonda litsentseeritud apteegid. Ainult Meilahti piirkond on jätkuvalt määratletud eraldi piirkonnaks. Sinna on koondunud suur osa esmatasandi tervishoiu- ja erioetevustest. Selles piirkonnas on palju ettevõtlust ja töökohti, kuid piirkonnas napib ambulatoorseid apteegiteenuseid.

Uute apteekide asutamise otsustamisel on Fimea arvestanud Helsingi elanike arvu ning olemasolevate apteegiteenuste ja tervishoiuteenuste asukohta. Helsingis on apteekte elanike arvu arvestades vähem kui Soomes keskmiselt. Helsingis on apteekide tihedus umbes 9800 elanikku ühe apteegi kohta, samas kui kogu riigis on see umbes 6700. Oodatav rahvastiku kasv linnas vähendab apteekide tihedust veelgi. Ala-

tes 1994. aastast, mil Helsingis avati viimane uus apteek, on elanike arv apteegi kohta kasvanud umbes 2000 võrra.

Fimea ei pea tõenäoliseks, et apteegipiirkondade kaotamine tooks kaasa apteekide koondumise mõnda kohta ja teistes piirkondades apteegiteenuse kadumise. Asukohapiirangute kaotamine ei puuduta Helsingis tegutsevaid tütarapteekke ega Helsingi Ülikooli apteegi apteekte, mille asukohapiirkonnad on määratud nende tegevuslubadel.

Fimea otsus jõustub otsuse mittevaidlustamisel kõige varem veidi enam kui kuu aja pärast. Helsingi apteekritel on õigus otsus vaidlustada.

Viited: Apteekkien sijainti Helsingissä vapautuu, viisi uutta apteekkia tulossa. Erja Elo. Apteekkari 17.11.2021. -<https://www.apteekkari.fi/uutiset/apteekkien-sijainti-helsingissa-vapautuu-viisi-utta-apteekkia-tulossa.html?p44=5>

Eesti apteeker pidurdab uute apteekide avamist Espoo linnas

Ravimiohutuse- ja arenduskeskus Fimea otsustas 2017. aasta oktoobris anda loa Espoose kuue uue apteegi avamiseks. Linnas oli seni vaid üks uus apteek, mis avati 2020. aasta kevadel. Viie apteegi asutamine on külmutatud, kuna tehtud tegevusloa otsused on edasi kaevatud Helsingi halduskohtusse. Kohtuasjad on pooleli. Kõigi kaebuste taga oli Eesti taustaga proviisor Reet Teng, kes sai ise maikuus Fimealt loa Espoos Tapiolas Otso apteegi ja selle Ota-niemis asuva haruapteegi pidamiseks.

Otsus on jõustunud, mis tähendab, et Tengist võib saada apteeker, kui ta ostab eelmiselt apteekrilt apteegi ravimivaru. Espoos on apteekide asukoht määratlemata, mistõttu on tal võimalus kolida oma apteek linna piires kõikjale, välja arvatud Jorvi

haigla piirkonda. Teng aga ei võtnud apteeki vastu. Selle asemel jätkas ta Fimea tegevusloa otsuste edasikaebamist Helsingi halduskohtusse. Viis kaebust puudutavad Espoose rajatavaid apteeki ja üks Helsingis Kaari kaubanduskeskuses asuvat apteeki. Aastatel 2019–2021 on Teng taotlenud tegevusloa kokku 17 apteegile Helsingis, Espoos, Vantaas, Järvenpääl, Lahtis ja Hämeenlinnas. Apteegi tegevusloa on ta jäänud 14 korda, kahe apteegiloo saaja kohta polnud Fimea veel otsust langetanud.

Viide: Lupapäätöksistä valittava proviisori jarruttaa uusien apteekien perustamista Espoossa. Erja Elo. Apteekkari 17.09.2021. -<https://www.apteekkari.fi/uutiset/lupapaatoksista-valittava-proviisori-jarruttaa-uusien-apteekien-perustamista-espoossa.html>

KAUNEID UNENÄGUSID JA RAHULIKKU JÕULUAEGA!

sanoSWISS 
a RivoPharm Company



Sleep-NR ja Rest-NR kompleksid

- Kiirem uinumine¹
- Normaalne uni²
- Aitab vähendada väsimust³

¹Melatoniin; ²Punaõielise passifloora; ³Magneesium, vitamiin C, vitamiin B6;

Eesti Akadeemiline Farmaatsia Selts – 15 aastat asutamisest

Käesoleval aastal möödus 15 aastat Eesti Akadeemilise Farmaatsia Seltsi (EAFS) asutamisest.

MTÜ Eesti Akadeemiline Farmaatsia Selts asutati 17. veebruar 2006. a. järgimaks kunagise Akadeemilise Rohuteaduse Seltsi (1924-1940) traditsioone, eesmärgiks on osaleda aktiivselt Eesti farmaatsiahariduse ja -teaduse jätkusuutlikuse kindlustamises. EAFS liikmeskonna moodustavad Tartu Ülikooli farmaatsia instituudi õppejõud, proviisoriõppe üliõpilased ja teised farmaatsiateaduse ja sellega piirnevate teadustega tegelevad isikud.

Oma eesmärgi saavutamiseks korraldab EAFS koosolekuid, seminare, konverentse, õppereise, täiendõpet, tulu- ja muid teaduslikke ning üldharivaid avalikke, kaasa arvatud heategevuslikke, üritusi, kirjastab erialaseid trükiseid, vastavalt võimalustele annab välja stipendiume ja toetusi erialaste püüdluste edendamiseks. EAFS avaldab kord aastas tunnustust

isikule või isikutele, kelle tegevus ja saavutused on aidanud kaasa Eesti farmaatsia arengule. EAFS teeb koostööd teiste samalaadsete seltside ja ühendustega, samuti teadusasutuste ja teiste asutustega kodu- ja välismaal.

Tänaseks päevaks kuulub EAFS mitmete suurte rahvusvaheliste konverentside organiseerimiskomiteedesse, EAFS liikmed on tegevad mitmesugustes välismaistes erialaorganisatsioonides, aktiivselt osaletakse eriala konverentsidel ja koolitustel. Kohapeal korraldatakse ettekandekoosolekuid, koolitusi apteekritele, teiste erialaseltsidega koostöös osaletakse järjepidevalt farmaatsiaspektori korrastamisele kaasaaitamises, iga-aastaselt toimub ka laiale avalikkusele suunatud farmaatsiaalane üritus.

Tänase seisuga kuulub EAFS liikmeskonda 25 tegevliiget ja 1 toetajaliige. EAFS tegemiste kohta saab teavet EAFS kodulehelt.



Fotol vasakult paremale: Daisy Volmer (juhatuse esimees), Maaja Paavo, Meeme Utt, Urve Paaver, Andres Lust, Liis Preem, Ain Raal, Tea-Mai Tammaru, Laura Viidik, Peeter Villako, Hiie Villako (juhatuse liige), Georg-Marten Lanno, Anita Tuula, Jyrki Tapio Heinämäki (juhatuse liige). Foto: K. Sepp

Haiglaravimite ePIL projekt algab

1. jaanuaril 2022

Eesti, Läti ja Leedu Ravimiametid koostöös Eesti Haiglaapteekrite Seltsi ja müügiloa hoidjatega on kokku leppinud esimesed haiglaravimid, mille pakenditele ei pea tootja lisama trükitud infolehte.

Projekti eesmärk on hinnata, kas trükitud infolehest loobumine mõjutab ravimiinfo kättesaadavust ja ravimi ohutut kasutamist ning kas ePIL võiks parandada haiglaravimite kättesaadavust.

Osaleda saavad müügiloaga haiglaravimid sõltumata müügiloa liigist (riiklik, DCP/MRP, tsentraliseeritud). Ravimitel peab olema eestikeelne või eesti-, läti- ja /või leedukeelne pakend

Projekt kestab kaks aastat ning selle lõppedes hinnatakse osalejate abiga tulemusi ja tehakse kokkuvõtte.

NB! Eesti Ravimiamet on kontaktiks ka mitmekeelsete pakendite puhul ning koordineerib protsessi Läti ja Leedu ravimiametite nimel.

Uudis: Ravimiamet. 01.12.2021

ML hoidja	ravim	Riik		
		EE	LV	LT
AstraZeneca	Imfinzi	x	x	x
Bayer	Avelox infusioonilahus	x	x	x
	Nimotop infusioonilahus	x	x	
	Primovist	x	x	x
	Urografin 76		x	x
Boehringer Ingelheim	Metalyse 8000 ja 10 000 U	x	x	x
Elme Messer Gaas	Hapnik (15, 20 ja 50, 150 l)	x	x	x
Kalceks	Cisatracurium Kalceks	x	x	x
Kevelt	Prostenoon-geel 1 mg ja 2 mg	x	x	
Novartis	Simulect 20 mg	x	x	x
Pfizer	Zavancefta	x	x	x
	Zyvoxid	x	x	
Sandoz	5-Fluorouracil Ebewe	x		

Esimesse etappi lülitatud ravimite nimekiri

István Bán: veterinaarist ravimifirma juhiks

Tänavu sai Ungari ravimifirma Gedeon Richter 120-aastaseks ja tema Eesti filiaal veerandsajandi vanuseks. Ettevõtte juht, Eesti ungarlane István Bán tuli Taga-Karpaatiast siia 1976. aastal ja õppis toonases EPAs veterinaariks.



István Bán räägib oma Eestisse tuleku loo. „Ma sündisin ajaloolistel Ungari aladel Taga-Karpaatias. Ungari poolt vaadates on see Prikarpatija, Ukraina poolt Zakarpatskaja Oblast. Seda piirkonda on läbi aegade rüüstatud, täna on seal Ukraina linn Berehovo. Aga see on Ungari maa, mis okupatsiooni vältel vahetas jurisdiktsiooni.

Minu isa Zoltan sündis Ungari Kuningriigis, ta töötas protestantliku kiriku õpetajana Tšehhi vabariigis, kuid aeti president Edvard Beneši korraldusel 1945. aastal riigist 48 tunniga Taga-Karpaatiasse. See oli kahe sõja vahel Ungari Vabariigi osa, pärast okupeeriti NSVL poolt ja sai Ukraina osaks.

Käisin NSVLis tegutsevas Ungari keskkoolis, Ukrainas elas toona üle 200 000 ungarlase. Inglise keelt õpetati alates esimesest klassist, vene keelt alates viiendast klassist. Kümnedas klassis oli mu inglise keel parem kui vene keel ja kui hakkasin vaatama kõrghariduse poole, tuli ette „nõukogude reaalsus“ – kirikuõpetaja lapsed ei olnud oodatud nõukogude ülikoolis. See oli hullem kui oleks vangis istunud, olla kirikuõpetaja poeg Nõukogude Liidus oli karistatav!“

Kuidas läks nii, et kirikuõpetaja poeg sattus Taga-Karpaatiast Eestisse?

Sain teada, et on olemas sugulasrahvas, eestlased ja et siin saab õppida vene keeles ning tänasesse Eesti Maaülikooli võetakse vastu ungarlasi. Sisseastumiseksami sai anda koguni ungari keeles! Eestlastel oli tarkus võtta vastu kõiki Nõukogude Liidu rahvaid, millega vähendati pärisvenelaste vastuvõttu. Moskva käsu järgi tuli aga luua venekeelsed grupid. Kui tulin 1976. aastal siia, siis teadsin, et tahan EPAsse veterinaariks. Koos minuga õppisid grusiinid, tšetšeenid, oli ka paar venelast. Meie tulime õppima tõsiselt – kas õpime siin või mitte kusagil!

Mismoodi ungarlasena Eestis tööle hakkasite, keeleoskus oli ju napp?

Lõpetasin EPA 1981, viimasel kursusel võtsin naise. Mind kutsuti Eesti Loomakasvatuse ja Veterinaaria Teadusliku Uurimise Instituuti (ELVI), aga ma ei tahtnud teadust tegema minna, tahtsin praktikas. Olin kursusevanem ja tänu sellele sain ise valida peavetarsti koha Albu Tammsaare nimelisse kolhoosis. Ma ei rääkinud siis hästi eesti keelt. Tuli juhtkonna koosolek, mul oli tarkus: vaikimine on kuld.



Gedeon Richteri Eesti tiim aegu tagasi



Ungari president Árpád Göncz ja István Bán

Poole aasta pärast hakkasin rääkima. Keelebarjäärist üle saamiseks andis juhtkond mulle autojuhi, kes oli tulnud nõukogude armeest.

Kui ülikooli juurde tagasi tulla, siis alates kolmandast kursusest tegelesin toksikoloogiaga, sellest kujunes mu diplomitöö, mis sai 1981. aasta diplomitööde konkursil NSVLis esimese koha.

Üheksakümnendatel, muutuste kümnendil tegite oma firma ja hakkasite veine tooma.

Tulin kolhoosist Tartusse ja töötasin ELVIs kuni Eesti iseseisvumiseni. Muutuste ajal sain käia Budapestis veterinaarülikoolis. Ungari oli sotsialismileeris sel alal esirinnas. Kui teine kord läksin Ungarisse, oli seal kõik muutunud: professor tegi pitsat, dotsent sõitis taksot. Ka Eestis jäi teadus tagaplaanile, kuigi minu instituuti päris kinni ei pandud. Ma ei tahtnud pitsat teha ega taksot sõita. Tahtsin oma liistude juurde jääda.

Sõber tegutses Ungari firmas Licencia ja ma registreerisin Eestis samanimelise firma. Otsisime huvilisi, kes tahtsid Ungari kaupu osta. Hakkasin mõtlema, mis oleks kallis, aga väikese transpordikuluga. Ungari veinidega oli raske. Veinisaadetis maksis 20 000

dollarit, transport 2000 dollarit. Ravimisaadetis maksis aga 50 000. Sel ajal Ungaris oli neli suurt ravimitehast: Gedeon Richter, Chinoin, Biogal ja Egis.

Kas Gedeon Richteri koostöö oli väljapääs?

1992. aastal kirjutasin Gedeon Richterile, et siin on uus riik, kus on ravimite puudus. Moskva esindusest sain info, et on vaja teha turu-uuring ja selle eest pakuti 12 dollarit. Ma mõtlesin, et tükki küljest ei võta ja nõustusin. Iseseisvunud Eestis sai müüa ainult Eestis registreeritud ravimeid. Ja selleks, et registreerida, oli vaja esindajat ja see pidi olema Eesti kodanik. Mina saatsin kirja neljale Ungari ravimifirmale. Kolm neist saatis mind pikalt, aga Richter ütles, et oleme nõus. Nendest neljast tegutseb täna iseseisvalt ainult Gedeon Richter.

Mulle öeldi, et tule tööle, aga pead loobuma oma firmast. Minuga tehti registreerimisalane leping, et saaksin Richteri ravimiametis esindada. Müük kasvas, hakati kogu Balti turgu vaatama. Leedus loodi Gedeon Richteri Balti esindus, mille koosseisus hakkasin looma Eesti esindust. Ja 1996. aastal saadi aru, et kord kuus autodega Kaunasesse koosolekule sõitmine ei ole normaalne ja sain ülesande registreerida Eesti esindus.

Sel aastal on Gedeon Richteri Eesti filiaalil 25. juubel. Veerand sajandi jooksul ei ole turg kasvanud, inimesi on ikka sama palju, kuid täna on Eestis üle 300 maailma ravimitootja ja meie oleme üks vanimaid.

Kuidas uus firma 25 aastat tagasi vastu võeti?

Raske oli see, et Eesti raviamet pani ravimifirmadele Euroopa kõrgeimad nõudmised. See tekitas peakteris segadust: väike turg, aga nõuab nagu Saksamaa. Mälu värskendav preparaat Cavinton langes ruttu välja, sest ei leitud majanduslikku põhjendust uue kliinilise uuringu tegemiseks. Tänapäev on ta aga müügis Lätis, Leedus. Ütlesin, et vaadake Eestile nagu pilootprojektile, kus kõik uuendused tulevad esimestena, aga paari aastaga laienevad Euroopale. Sellega nad nõustusid. Tänu rangetele nõuetele oleme jõudnud sinna, et meil on kõige väiksem portfoolio, 40 nime-tust ravimeid. Lätis ja Leedus on neid kordi rohkem.

Millised olid raskused ravimifirma esindust luues ja juhtides?

Kõige raskem oli ellu jääda. Meil oli väike meeskond, oli vaja inimesi stimuleerida, hinnata. See oli pidev

noateral käimine. Vahepeal oli meid 14 ja käive üle 3 miljoni. Kui aga miljoniist käivet andvad preparaadid läksid sortimendist välja, pidime meeskonda vähendama. Meeskonnas on vaja kasvatada järelkasvu, et ravimiesindaja võiks kasvada tootejuhiks. Hea oli see, et esimese 15 aastaga inimesed ei liikunud.

Mul oli kogu Richteri esimene mobiiltelefon – sain teada, et see on suur eelis. Tihti sõitsin Ungarisse autoga, tehases istus kolleeg kõrvale, küsis: mis see on? Me näeme neid ainult televiisoris! Mobiiliparkimist nägid nad siin esimest korda. Ja paari aasta pärast käivitus see ka Ungaris.

Kuidas on ravimiturv aastatega muutunud?

Eestisse tulid suured firmad suurte eelarvetega, kuid esialgu oli eesti turv geneeriline, see tähendab mida odavam, seda parem. Originaalravimid olid kättesaadamatud. Nüüd on suured firmad teinud ravimite hinnad nii madalaks, et me ei saa Richteri üldise toimega ravimeid enam turule tuua. Euroopas on Eesti referentsriik, mille hindasid vaatavad teiste riikide ravimiametid. Kui ravimeid saab tuua Eestisse madalama hinnaga kui Poolasse, siis enne minnakse Poolasse.

Aastatega on meie portfelli muutunud. Mida meil ei ole? Vitamiine ja antibiootikume ei ole. Kõik teised on esindatud – kardioloogia, gastroenteroloogia, psühhiaatria, günekoloogia. Suur osa, kolmandik on naiste tervise ravimid, igal eluaastal pakume neile midagi. Johnsonilt meile tulnud EVRA peaks tegema korralikku käivet. Samuti, originaalravimite osakaal on üle 50%, geneerilistega on raske konkureerida. Kasvatame oma portfelli originaalide osas, omandades teisi firmasid

Richter on üks vähestest, kel on kogu ravimitootmise tsükkel oma käes, toimeaine valmistamisest kuni lõpp-produktini. Covidi ajal pole meile tarneraskusi olnud – ise sünteesime, toodame, pakime, saadame.

Millised on teie hinnangul 120 aastat tegutsenud firma püsivuse põhjused?

On väga suur tunnustus, et meie kiirel muutlikul ajal, kus ümberringi räägitakse, et kõik sõltub ainult rahast, näitab Gedeon Richteri 120 aastane tegevus, et õnneks on rahast kõrgem kollektiivne edule pühendumine. Täna ei hoiata firmat koos mitte palganumber, vaid kollektiivne saavutustahe. Ungari Richteri töötamine on nagu missiooni edasi viimi-

ne. Seal on 40 aastat töötanud inimesi, seal töötavad põlvkonnad!

Saite kevadel Ungari president Áderilt autasu

See autasu on tähelepanu töö eest, mida ma alates aastast 1988 olen Ungari kogukonna koos hoidmiseks teinud. Me tahame oma kultuuri ja ajalugu säilitada ja edasi anda. Minu poeg on Eestis sündinud, eesti kodanik, kel on emakeel vene keel, isakeel ungari keel ja riigikeel eesti keel. Ungari traditsioon on, et esimene poeg saab isa nime ja see on István.

Ungari kogukond on koos juba 35 aastat. Meil oli väga südamlük kohtumine, kui Lennart Meri ja Ungari president kutsusid meid 2000. aastal vastuvõtule Kadrioru – me oleme rahvas, kel on kaks presidenti.

Olete Ungari aukonsul Lõuna-Eestis. Mis on aukonsuli ülesanded?

Aukonsulil roll oli kõige tähtsam siis, kui suursaatkond oli kinni pandud, nagu Eestis mõni aeg tagasi oli. Aukonsul peab abistama Ungari inimesi, kes hätta jäävad – näiteks kaotab keegi passi, on vaja tunnistada ülikooli diplomit, autojuhitud on sattunud avariisse, oleme toimetanud kodumaale selgroovigastusega tüdruk, kel polnud raha. Olen käinud Tartus psühhiaatriakliinikus, kui ansambli liikmel oli vaja end üles leida. Eestlased küsivad pandeemia ajal, kuidas Ungarisse sõita. Aukonsul on kui kiirabi või vabaametlik lüli abivajaja ja Ungari riigi vahel.

Hiljuti panime Tartus koos Ungari ja Poola suursaatkonnaga autahvli Transilvaania vürstile ja Poola kuningale Stefan (István) Báthoryle, kes oli Tartu Ülikooli eelkäija katoliikliku jesuiitide gümnaasiumi loomise taga 16. sajandil. Ta oli kõige suurem Ungari päritolu inimene, kes korraga sidus mitmeid riike.

Miks peaks eestlane Ungarisse minema?

Toit on esimene, mille pärast madjarite maale minna ja see tuleb alati kõikidele esimesena meelde. Ning veinid. Ungarlane elab selleks, et hästi süüa. Teiseks, Ungari on pidevalt kõikides TOPides ajalooliste väärtuste hindamise poolest ja Budapest on väga tihti esile toodud vanade Euroopa linnade seas. Tulge Ungarisse avali südame ja lahtiste silmadega ning heas tujus. Inimesed on külaliste vastuvõtule orienteeritud, ollakse heal meelel jagama oma teadmisi väliskülalistele. Kes on käinud, tahab tagasi minna.



Häid pühi soovib 120-aastane Gedeon Richter

IN MEMORIAM

TIIA VESKI (sünd. Karro)

10.02.1949-11.10.2021

Ootamatult lahkus meie hulgast proviisor Tiia Veski. Tiia sündis ja kasvas Tartus ning pärast Tartu 1. Keskkooli lõpetamist astus 1968. aastal Tartu (Riiklikku) Ülikooli farmaatsiat õppima. Pärast II kursuse lõpetamist suundus ta edasi õppima Ungarisse. Aastase keelekoolituse järel jätkusid eriala-õpingud Budapestis Semmelweisi-nimelises Meditsiiniülikoolis, mille lõpetamise järel 1975. aastal omistati Tiia Veski proviisori kutse.

Tema esimeseks töökohaks peale naasmist sai Tartu Raekoja apteegi analüütiku ametikoht, kuigi talle pakuti ka võimalust jätkata oma õpinguid aspirantuuris. Pärast kümnet aastat Raekoja apteegis suundus Tiia Kivisilla apteeki, juhatas mitmeid aastaid selle Maarjamõisa filiaali. Filiaali minekuga Uue apteegi kätte (1998) kutsus Kalle Kurvits Tiia seal jätkama. Maarjamõisa filiaal jäigi Tiia viimaseks töökohaks, kus ta töötas algul juhatajana, hiljem lihtsalt proviisorina kuni käesoleva aasta maikuuni.

Urve Paaver meenutab:

Mina tutvusin Tiiaga 1980-ndate aastate lõpus, kui ta koos Peep Veskiga hakkas osalema instituudiga seotud üritustel. 1990ndate lõpul-2000ndatel muutus meie läbikäimine tihedamaks, olime sageli koos seltskonnas, sattusime samadele konverentsidele ning mul avanes võimalus Tiia tundma õppida.

Tiia Veskit hindasid kõik, nii kodu- kui ka välismaised kolleegid ja sõbrad kui väga meeldivat suhtlejat, huvitavat vestluspartnerit ning alati rõõmsameelset inimest. Olen temaga hiljem aastatel 2009-2016 koos töötanud Maarjamõisa apteegis ning meie sõprus viis meid ka korduvalt ühistele välisreisidele. Tiiale meeldis reisida, ta tegi alati külastatava koha kohta ära põhjaliku kodutöö, valis välja kohad, kus võiks käia või mida näha. Reisikaaslasena oli ta alati rahulik, hästi ettevalmistunud ning põhjalike teadmistega.



Tiia Veski

Tiia tundis rõõmu oma tütardest ning oma lapselastest, kelle jaoks leidis tal alati aega ning kelle, ka ootamatuks, saabumiseks oli ta alati ette valmistunud hoides külmkapis neile midagi maitsvat. Planeerisime Tiiaga just järgmist reisi kui tuli ootamatu sõnum tema terviserikke kohta. Mul oli au Tiia oma sõbraks lugeda, langetan pea teda mälestades.

Kalle Kurvits meenutab:

Tiia Veski oli hea haridusega, täpne ja kohusetundlik proviisor. Iseloomult väga tagasihoidlik, osavõtlik, hea taktitundega. Suurepärased teadmised ja hea suhtlusoskus tegid Tiia hinnatud töötajaks. Tartu Uue apteegi Maarjamõisa filiaalis vastu pidada oli raske, koormus on suur ja patsiendid enamasti väga tõsiste tervisemuredega.



Koos heade sõprade ja kolleegidega

Maarjamõisas tegi Tiia kõike mis vaja, vastutas juhatajana kogu töö eest, teenindas kliente, suhtles arstidega, täiskoormusega kuni 2016.aastani, edasi kuni koroonaaajani reatöötajana juba väiksema koormusega, naljatamisi nimetasin teda emeritproviisoriks.

Tiia on ise tunnistanud, et paberitöö pole tema lemmik, seda rohkem nautis ta erialast tegevust. Inimesena polnud Tiia mingi pedant ega kuivik.

Seltskonnas oli temaga alati lõbus ja klaasike vahuveiniga oli igati asjakohane. Tema huvi muusika ja kultuuri vastu laiemalt, hea kirjanduse tundmine ja suur reisikogemus tegid temast huvitava vestluskaaslase. Tiia ootamatu lahkumine on väga ebaõiglane.

Kursuse-, töö- ja kutsekaaslased, sõbrad



ARMAS APTEEK, AITA ehk SEE LUSTLIK LADINA KÖÖK

Humoristlik sissevaade apteekrite argipäeva

Marju Kõivupuu, Ain Raal, Nele Helstein-Mau

Nende kaante vahele on kogutud anekdoodid ja rohkem või vähem värvikas keelekasutuses kõikvõimalikud lustakad lood ja ütlused, mis on läbi aegade sündinud apteegis ja apteekritega ning seoses apteegist pakutavaga.

Teadupoolest on hea nali parim ja tervisesõbralikum tasuta ravim! Üks annus apteegihuumorit päevas pikendab teie tervena elatud aastaid.

Illustreerinud Raivo Tihanov
352 lk, KK, 160 x 180 mm

Raamat ilmub novembri lõpul ja on saadaval suuremates raamatukauplustes.



Kellahelin pühamust: Tartu ülikoolist ja farmaatsiast

Ain Raal

Ajaloolis-autobiograafilise raamatu keskmes on farmaatsia õpetamine Tartu ülikoolis alates aastast 1802, mida täiendavad autori enda ning paljude teiste proviisorite ja ülikooli vilistlaste mälestused oma õpinguajast ning sellega seotud isikutest ja oludest. Suurt rõhku pannakse ajastu ühiskondlikule taustale ning keelele ja meelele. Raamatus on ka väljapaistvamate farmaatsiaõppejõudude elulood ning paljudel juhtudel nende kohta esmakordselt avaldatavaid endiste üliõpilaste ja kolleegide mälestusi ja meenuusi. Ajaperioode käsitletakse vastavalt ülikooli ja farmaatsia instituudi ajaloo peamistele etappidele, ning detailsemalt aastakümnete kaupa. Lisaks mahuka faktoloogia esitamisele käsitletakse ainet sooja sõbraliku huumoriga.



Raamat on soodushinnaga saadaval kirjastusest: tyk.ee/arstiteadus/00000013220.

Sama hinnaga (20 eurot), soovi korral autogrammi-ga, saab raamatut Farmaatsia instituudist.

Kellahelina järelkaja

Kaljo Sõerde, proviisor

Farmaatsia instituudi juht, farmakognoosia professor Ain Raal, on apteegiilmas tuntud ja tunnustatud viljaka kirjamehena. Oma juubelit tähistaval konverentsil tutvustas ta järjekordset kaalukat teost *Kellahelin pühamus*. Alapealkiri Tartu ülikoolist ja farmaatsiast viitab, et kogu apteegiala pole püütud haarata.

Samas on raamatus üle 600 lehekülje ja isikunimed registris üle 1000 farmaatsisaga seotud nime. Paljud neist korduvalt ja professor Veiderpass koguni poolseksajal korral.

Materjali on autor kogunud oma raamatu jaoks üle 10 aasta ja teinud seda hoolikalt ja armastusega. Lugega on kerge ja huvitav, sest kirjaviis pole keerukas ega kuiv. Kõik peatükid on sõnastatud heatahtlikult ja halvasti ütlemist vältides. Kuna koostaja on mehistunud aegadel millal otseütlemine polnud lubatud ja lugega tuli ridade vahelt, siis on kogu raamatus võimalik aduda seda stiili. Hoolikal lugemisel on rohkemat märgatav. Aga eks palju sõltub ka lugeja enda taustast ja teadmistest. Sageli on teksti poetatud kirjutatule värve lisavaid, sobivaid, anekdoote.

Raamatus on palju mälestusi õppejõududest ja õpingutest. Päris kindlasti leiavad lugejad nüüd, et oleks sobinud omagi mõtteid kirja panna. Aga võibolla et polegi veel hilja. Elu ju jätkub ja ajalugu tekkib iga päev juurde.

Raamat on niigi mahukas, tervikuna kiiduväärt. Ometigi oleks mõttekas juba nüüd koguda materjali täiendavale köitele. Eesti farmaatsias on olnud ja on, saavutusi ja ka ebakohti, mis vääriksid kirjasõnas äramärkimist.

Mainiks siinkohal vaid Farmaatsi Seltsi poolsajandit kestnud suvepäevi, Apteekrite Liidu tegevust, haiglaapteekide veerandsada 2-3 päevast kevadkonverentsi. Kõik need ühendused on andnud oma osa täiendõpesse ja sellega kogu farmaatsia kõrgtaseme säilimisse.

Ravimiametist pole raamatus pea muud, kui selle asutamist. Siit liigub mõte sellele, et kes ikkagi juhib eesti farmaatsiat? Eeldada võib et valitsus ja ministeerium. Märgatav see paraku pole. Võimalik, et see on Ravimiameti ülesanne. Rohuteadlase andmetel on tegemist 100(!) ametnikuga ja 7 osakonnaga, aga milline neist tegeleb farmaatsia juhtimise ja arenguga pole arusaadav ega kajastust leidnud ka raamatus.

Kokkuvõtvalt on Ain Raali järjekordne raamat haarav panoraam õpetamisest ja õppimisest, õpetajatest ja õppureist, parematest ja ka halvematest aegadest, kauakestnud hirmust, vabaduse kaotusest ja selle taastamisest. Ei ole kahtlust, et kõik meie kutsekaaslased saavad ühinenult ja üksmeelselt tunnustada kõnealust väljaannet väärrika kultuuriteona.

Mäletamise kohustus

Kaidi Sarv, proviisor

Kui Ain Raal saatis millalgi üleskutse õpingute-aegseid mälestusi talletada, siis ei võtnud ma seda eriti südamesse. Mida võiks olla suhteliselt hiljuti, 1990-ndatel aastatel lõpetanud tudengil, anda meie instituudi väarikasse, ligi 200-aastasesse mälestustekulgu? Ega suurt midagi...

Ajalugu ja mälestused käivad siiski käsikäes ning mälestusi lugedes puudutab hinge ka see, millega endal otsest kokkupuudet ei olnudki. Mälestused tekitavad mälestusi ja mõtteid. Meenub 1955. aastal sisseastumiseksameid teinud Evi Korneli tudengipõlves kirjapandud mälestuste algus: „Meie osakonnas on 51 kandidaati ja neist peab läbi põruma 26“.

Kes meist ei mäleta seda närveerimist ja õppimist sessi ajal. Seda õudsat und, mis õppimist takistas, samal ajal kui meie kursuse helgeim pea Piret Ansko ühikatoa vastasvoodist mulle tundmatuid fakte nagu varrukast puistas... Kõik need tudengiaja mõtted ja tunded tabavad sind siis, kui end Ain Raali raamatusse „sissesöövitatad“ ja kogu meie farmaatsiaõpetamise lugu kõikide oma ihurakkudega tunnetad.

Muidugi on suur osa raamatus kirjeldatust toimunud ammu enne meie tudengielu algust, või ka pärast. Raamatu lugude kaudu tutvuvad õppejõud saavad veel tuttavamaks. Õppejõud – see aukartustäratav ja natuke hirmutavgi kuju. Raamatus tutvud nende inimliku ja mõnikord ka kaastunnetäratava poolega.

Ka majadel on raamatus oma koht. Olen Keemia-farmaatsiahoone „laps“. Uues instituudi majas Nooruse tänaval käies olen ikka ainult külaline ja võõras.

Samas kui rida proviisorite kursusi muud „kodu“ ei tunnegi. Uues majas puudub see hämarus, kemikaalide lõhn ja keemiapoolse pikkade koridoride salapära, mida kogesime Jakobi tänava majas. Ajad muutuvad ja meie koos nendega.

Ain Raali raamat ei ole selline, et loed ühe soojaga läbi ja siis asud kerge südamega uue juurde. Ei, see raamat annab lugemisainet pikemaks. Võtad aeg-ajalt kätte ja loed natuke. Olles ise uhke, et meie farmaatsia õpetamise lugu on sedavõrd hästi kaante vahele saanud. Ja südame teeb soojaks 10 aastat pärast mind lõpetanud tudengite laulu viimane salm (lk 442):

*Peep, meile anna sa
lõpuks diplom, head soovi ka.
Lähme sõbrad kõik nüüd teele koos,
proviisor olgu Eesti Nokia!*

Aitäh, sulle Ain, meie mälestuste talletamise eest!

Muudatused apteekide tegevuses

vahemikus 1. septembrist kuni 1. detsembrini 2021

1. Avamised

* Põlva Uus Apteek OÜ avas 23.09.2021 Raatuse Tervisekeskuse Südameapteegi Tartu linnas Raatuse tn 21. Apteegi juhataja on prov Reine Sauman

* Lepistiku Apteek (Sügise Apteek OÜ) avas 23.09.2021 haruaapteegi Harjumaal Harku vallas Tiskre külas Liiva tee 61

* OÜ PharmaNine avas 12.11.2021 Tondiraba Euroapteegi Tallinnas Lasnamäe linnaosas Tondiraba tn 7. Apteegi juhataja on prov Ljubov Prohhorenkova

2. Apteegi juhataja vahetumised

* Sillamäe Pavlovi Apteegi (OÜ PharmaThree) juhataja on alates 01.11.2021 prov Svetlana Ignatjeva

* Tabasalu Tervisekeskuse Apteegi (Tabasalu Apteek OÜ) juhataja on alates 07.10.2021 prov Kati Soll

* Kallavere Apteegi (OÜ PharmaSix) juhataja on alates 07.10.2021 prov Tatjana Turõgina

* Siili Apteegi (OÜ PharmaEleven) juhataja on alates 01.11.2021 prov Monika Aasmaa

* Jõhvi Euroapteegi (OÜ PharmaThree) juhataja on alates 07.10.2021 prov Nataliya Tsukh

* Sikupilli Keskuse Südameapteegi (Peetri Apteek OÜ) juhataja on alates 01.12.2021 prov Kairi Krull

* Haabersti Tervisekeskuse Südameapteegi (Denissi Apteegid OÜ) juhataja on alates 01.12.2021 Karoli Patte

* AS Fertilitas Fertilitase haiglaapteegi juhataja on alates 01.12.2021 prov Kadi Parve

3. Apteegi omaniku muutused

* Vilde Apteegi omanik on alates 11.09.2021 Vilde Apteek OÜ

4. Apteegi asukoha muutused

* Annelinna Prisma Südameapteek (Alpharm OÜ) Tartus muutis 13.10.2021 oma tegutsemiskoha sama hoone piires

5. Ajutised ja lõplikud sulgemised

* Lilleküla Apteek (Kaugekaja OÜ) Tallinnas Endla 45a lõpetas 01.10.2021 tegevuse

* Farmavet Veterinaarapteek (OÜ Farmavet) Tartus lõpetas 01.11.2021 tegevuse

* Ülejõe Apteek (OÜ Lartim) sulges alates 01.12.2021 haruaapteegi Pärnumaal Audru alevikus Pärnaa allée 7

* Liivaku apteek (OÜ PharmaEleven) Tallinnas on kuni 28.02.2021 ajutiselt suletud



Rohuteadlase tellimine 2022. aastaks

Eesti Rohuteadlase **tellimishinnad** 2022. aastaks:

- * tavatellijale on 36 EUR-i
 - * EAL, EFS, EAFS, TÜRS ja/või EPK liikmele 30 EUR-i
 - * farmaatsia üliõpilasele on 25 EUR-i
 - * elektrooniline aastatellimus on 20 EUR-i
- Käibemaksu ei lisandu. Aastas ilmub viis numbrit.

Tellimuse saab esitada mitmel viisil:

- 1) täites ja saates Eesti Apteekrite Liidu kodulehel Eesti Rohuteadlase rubriigis oleva tellimislehe;
- 2) saates oma tellimissoovi Eesti Apteekrite Liidu e-posti aadressile: info@apteekriteliiit.ee;
- 3) tehes pangaülekande ja märkides oma andmed;

Tasuda saab Apteekrite Liidu arvelduskontole:

SWEDBANK: EE952200001120045164 voi

SEB pank: EE351010220092139018.

Ajakiri saadetakse posti teel. Elektrooniline variant saadetakse tellimuses toodud e-posti aadressile.

Kaunist kevadet ning meeldivat Eesti Rohuteadlase lugemist soovides,

Eesti Rohuteadlase toimetus

Kogu ilmumise vältel on ajakiri tutvustanud ja kajastanud meie kutse erinevaid tahke. On olnud rõõmus-tajaid, küllap ka näpuga näitajaid. See on loomulik. Ajakirja numbrid on elavaks teejuhiks meie eriala rõõmudes ja muredes. See on pea poolsajandit meie farmaatsia lugu.

20 aastat tagasi küsiti ajakirja taasväljaandmise alustajalt Ain Raalilt, et kas Eesti Rohuteadlane on kindlates kätes. Vastus oli, et kindel ei ole mitte see käsi, mis jõuab mõõka tõsta, vaid kämmal, mis jõuab seda ka hoida.

Täna, ajakirja väljaandmise 96. aastapäeva künnisel, võime kinnitada, et hoolimata sunnitud 50-aastasest vaheajast, oleme oma ajakirja armastusega hoidnud ja edendanud.

**ONLINE RESOURCE
TOOLKIT**

**WORLD
HOSPICE &
PALLIATIVE
CARE DAY
2021**



LEAVE NO ONE BEHIND

EQUITY IN ACCESS TO PALLIATIVE CARE

