

Arvamusartikkel

Ravimite tarneraskused ohustavad patsientide raviturvalisust ning raiskavad tervishoiuressursse

Reigo Reppo – Tartu Ülikooli Kliinikumi psühhiaatrikliinik

Eesti ravimiturg on väike. Ravimi- ameti ravimituru ülevaate kohaselt oli humaanravimite rahaline kogumaht Eesti ravimiturul 2017. aastal kokku 301 miljonit eurot (1), s.t veidi üle 200 euro inimese kohta aastas. Sealhulgas moodustasid sama ülevaate järgi suurima osa ehk 20% kuludest kasvavastased ja immunomoduleerivad ained. Psühhiaatrina kirjutan kõige rohkem välja närvisüsteemi funktsioone mõjutavaid ravimeid, mille turumaht 2017. aastal oli ca 26 miljonit eurot. Eelmisel aastal turustati erinevaid toimeaineid 1308. Kui võrrelda lähiriikidega, siis 2015. aasta andmetele tuginedes oli Eesti ravimituru maht Läti omast paarikümne miljoni euro võrra suurem (2). Soome ravimituru maht oli samal ajal üle 2,2 miljardi euro, s.t inimese kohta üle 400 euro aastas (2). Väiksem turumaht võib tähendada ka ravimifirmade vähesemat huvi uute ravimite turuletoomisest ning probleeme olemasolevate ning müügiloaga ravimite tarnekindluse tagamisel, kuivõrd mõnede riikide suured tellimused võivad olla tarneprioriteet (3).

Olen viimase aasta jooksul korduvalt sattunud olukorda, kus patsiendi ravi tuleb ümber mõtestada ning planeerida, kuna toimivas raviskeemis olev ravim on kogu riigi apteekidest otsas, samas puudub konkreetne info tarneraskuste või ajaplaani kohta, millal ravimit taas saada on. Erialaselt toon sellise ravimi näitena kvetiapiini 50 mg

pikendatud vabanemisajaga ravimivormi. Kvetiapiin on toimeaine, millel on erinevatel annustel erinev toimeprofiil: kvetiapiini ravimiomaduste kokkuvõtte kohaselt on ravimi kasutamise näidustusteks annuses 600–800 mg skisofreenia, annuses 300–600 mg bipolaarse häire *mania*-episoodid ning annuses 150–300 mg depressiooniepisoodide täiendravi; ravim toimib väikestel annustel ennekõike hoopis ärevust leevendava ning uinumist soodustava ravimina. Eriti alaealiste ravimisel on annuse täpne tiitrimine oluline. 50 mg prolongeeritud toimega tablettide puudumine apteegivõrgust seab raviarsti probleemi ette, kas on võimalik saavutada sarnane raviefektiivsus lühitoimelise ravimivormiga või kasutada annuse tiitrimisel sammu 150 ja 200 mg, mis on artikli kirjutamise hetkel väikseimad apteegivõrgust saadavad annused, mistõttu peaksid mõned patsiendid leppima kas liiga suure või liiga väikese ravimiannusega.

Tarneraskused muudavad hoopis keeruliseks narkootiliseks liigitatud toimeainetega ravimite määramise. Näiteks aktiivsus- ja tähelepanuhäire ravimiseks kasutatav metüülfenidaat on preparaat, mille erinevatel kaubanduslikel alternatiividel on erinevate farmakokineetiliste omaduste tõttu erinev toimeaeg: preparaadil Concerta umbes 12 tundi (4), mõnevõrra lühem preparaadil Medikinet XL (5) ning ainult 1–4 tundi Medikineti kiirelt toimival ravimivormil (6). See tähendab, et

leides patsiendile sobiva ravimivormi ning raviannuse, ei saa seda ravimi erinevate omaduste tõttu asendada teise tootja pakutava sama toimeainet sisaldava samas annuses ravimiga. Kui väljakirjutatud ravim ei ole apteegivõrgust saadaval, on tõenäoline, et ravimi ostmiseks lubatud erandlikult lühike kahe-nädalane periood saab läbi ning patsient peab uuesti otsima kontakti oma psühhiaatriga, sest perearstidel ravimi soodushinnaga väljakirjutamise õigust ei ole. Ka apteegisüsteemis tekitavad tarneraskused lisatööd: Suurbritannias kulutasid proviisorid nädalas keskmiselt kolm tundi ravimite leidmisele teistest allikatest kui oma tavalise vahendaja kaudu, s.t 159 tundi aastas (3).

2012. aastal avaldatud Euroopa Raviameti ravimite tarneraskusi käsitlevas ülevaates (2) hinnati, et tarneraskuste otseseks tagajärjeks on ravi ebaõnnestumine; vähem efektiivsete, kallimate ja vähem tuntud ravimite kasutamine; suurem risk ravivigade tekkimiseks ning raviefektiivsuse vähenemiseks seoses ravi hilinemisega ning alternatiivsete ravimivormide või ravimidooside kasutamisel tekkivate kõrvalnähtudega. Kõnealuses ülevaates avaldati ka kartust, et raskused ravimite tootmisel võivad tekitada muu hulgas isegi üleeuroopalise kriisi mõnede haiguste ravimisel.

Ravimituru üleilmastumine tähendab, et teatud preparaate võidakse toota vaid paaris kohas

maailmas ning see muudab tarneahela juba algusest haavatavaks kohalike katastroofide suhtes, aga ka poliitilise ebastabiilsuse ja terrorismi suhtes. Näiteks avaldas ülemaailmselt ravimiturule mõju ka kurikuulus 2011. aasta tsunami. Tootmise kontsentreerumine soodustab paratamatult ka tarneahelate kontsentreerumist, mis muudab tarnesüsteemi haavatavaks (2, 3). Logistikakulude kokkuhoiu eesmärgil hoitakse ravimite laovarud väikesena (3).

Ravimite tarneraskused muudavad patsiendid altiks vähe kvaliteetsete või võltsravimite kasutamise suhtes. Ravimiametid, turu reguleerijad on olnud sunnitud tegema otsuseid, kas mõnede eluliselt oluliste ravimite puhul oleks tarneraskuste korral mõistlik vähendada ajutiselt kvaliteedinõudeid, et ennetada ravimite turult puudumise tõttu tekkivat kahju (2).

Oma 2012. aasta ülevaates hindas Euroopa Ravimiamet, et nii ravimite

tootjad kui ka ravimite turvalisuse ja turu eest vastutavad ametkonnad ei ole oma tegevuses piisavalt aktiivsed tarneraskustest tingitud probleemide ennetamisel (2). Isikliku kogemuse põhjal eespool mainitud ravimite puhul ei ole ravimiametil olnud infot tarneprobleemide kohta enne vastava küsimusega ameti poole pöördumist.

Millised oleksid lahendused Eestis, kus on väike ravimiturg ning kus ravimitarnete probleemide ennetamiseks ei saa toetuda omamaisele ravimitööstusele? Esitan mõned ettepanekud: esiteks võiks ära kasutada digivõimekust, näiteks reaajas jälgimise võimaluste loomiseks, et seirata, millise ravimi laotagavara on ohtlikult vähenenud. Automaatne infovahetus ravimitootjate, edasimüüjate ning ravimiameti vahel võiks vähendada tõenäosust, et mõne ravimi lõppemist apteegivõrgust mõni instants lihtsalt ei märka. Ühtlasi peaks üritama vähendada väikese ja väheolulise turustamispiir-

konna riski, tehes suuremat koostööd naaberriikidega. Oluline on vältida olukorda, kus kogu Euroopat hõlmavate tarneraskuste korral jõuaksid Eestisse ravimid alles viimases järjekorras. Eriti oluliste ravimite, näiteks mõnede antibiootikumide tarnekindluse tagamiseks võiks sõlmida ka riikidevahelised erikokkulepped, millega tõenäolisemalt tagatakse ravimite kättesaadavus tarnekriisi korral.

KIRJANDUS

1. Ravimiameti ravimitoru ülevaade 2017. <https://www.ravimiamet.ee/ravimitoru-ulevaade>. Vaadatud 8 juunil 2018.
2. Data K. The pharmaceutical industry in figures. The pharmaceutical industry: a key asset to scientific and medical progress. 2012. http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Other/2012/11/WC500135113.pdf. Vaadatud 8 juunil 2018.
3. Pharmacies C. Pharmaceutical group of the European Union. <http://www.pgeu.eu/en/>. Vaadatud 8 juunil 2018.
4. Concerta ravimiomaduste kokkuvõte. http://ravimiregister.ravimiamet.ee/Data/SPC/SPC_1313660.pdf. Vaadatud 8 juunil 2018.
5. Medikinet XL ravimiomaduste kokkuvõte. http://ravimiregister.ravimiamet.ee/Data/SPC/SPC_1396368.pdf. Vaadatud 8 juunil 2018.
6. Medikinet ravimiomaduste kokkuvõte. http://ravimiregister.ravimiamet.ee/Data/SPC/SPC_1396593.pdf. Vaadatud 8 juunil 2018.

Kodade virvendusarütmia ravi ablatsiooniga vähendab suremust

Väljaandes *Circulation: Arrhythmia and Electrophysiology* avaldatud uuringus leiti, et kodade virvendusarütmia ravi kateeterablatsiooniga vähendab suremuse ja insuldi riski rohkem kui üksnes medikamentoosne ravi.

Kateeterablatsioon on kõige tõhusam kodade virvendusarütmia algusjärgus, kuid varases etapis tehakse ablatsioon vähem kui 2%-le patsientidest. Siiani on uuringutes kateeterablatsioonijärgsed kaugtulenedused varieeruvad, mistõttu ei ole see raviviis laialdaselt levinud. Tuleb ka tõdeda, et varasemates

uuringutes on keskendunud üksikutele keskustele või on patsientide valik olnud vaieldav.

Uues uuringus leiti, et ablatsiooni võiks pidada selle rütmihäire esmavaliku ravimeetodiks. Selleks võrreldi 4169 ablatsiooni läbinud ja 4169 medikamentoosel ravil olevat patsienti aastatel 2005–2013. Välja jäeti patsiendid, kellel oli eelnev südameklapi haigus, samuti teiste rütmihäiretega patsiendid. Kaks rühma olid eelnevate hospitaliseerimiste ning rütmihäire esinemise osas võrdväärset.

Selgus, et mõlemas rühmas oli hospitaliseerimisele järgneva 30 päeva jooksul isheemilise ja hemorraagilise insuldi ning samuti

surmajuhumite esinemissagedus sama. Erinevused kahe rühma vahel ilmnesid edaspidi: ablatsiooni läbinud rühmas suri 84 patsienti (0,9%) ja kontrollrühmas 189 (1,9%), isheemilist insulti esines vastavalt 55 (0,37%) ja 86 (0,59%) juhul ning hemorraagilist insulti vastavalt 17 (0,11%) ja 53 (0,35%) juhul.

Nende andmete põhjal võib järeldada, et kateeterablatsiooni varasel rakendamisel võib olla suuri eelised medikamentoosse ravi ees.

REFEREERITUD:

Srivatsa U, Danielsen B, Amsterdam E. CAABL-AF: California Study of Ablation for Atrial Fibrillation. *Circ A&E* 2018;11:e005739.

LÜHIDALT