

KÜSIMUS

Kas kasutada motiveerivat intervjuerimist või mitte tubaka või nikotiintoodete loobumise määra tõstmiseks?	
POPULATION:	
INTERVENTION:	motiveerivat intervjuerimist
COMPARISON:	mitte
MAIN OUTCOMES:	Suitsetamisest loobumise määr - MI koos muu SC terpaaiaga versus SC üksi; Suitsetamisest loobumise määr (motiveeritud patsiendid) - MI + SC versus SC ; Suitsetamisest loobumise määr (mittemotiveeritud patsiendid) - MI + SC versus SC ; Suitsetamisest loobumise määr (motivatsiooni taset pole teada) - MI + SC versus SC ; Suitsetamisest loobumise määr (motiveeritud pt) - intensiivne MI vs madala intensiivsusega MI (no face-to-face); Suitsetamisest loobumise määr (motivatsiooni taset ei ole teada) - intensiivne MI vs madala intensiivsusega MI; Suitsetamisest loobumise määr (motiveeritud/teadmata motivatsiooni tasemega) - intensiivne MI vs madala intensiivsusega MI; Abstinents - intensiivne nõustamine MI komponentidega +farmakoteraapia vs ainult farmakoteraapia; Abstinents - intensiivne nõustamine MI komponentidega +farmakoteraapia vs vähem intensiivne nõustamine + farmakoteraapia; Suitsetamise loobumise määr/abstidents/ suitsude arv: MI+ CBT + NRT vs kontroll (psühhiaatrilised haigused);
SETTING:	Kas kõigi tubaka-või nikotiinitoodete kasutajate nõustamisel rakendada või mitte loobumise käigus motiveerivat intervjuerimist tubaka-või nikotiinitoodetest loobumise määra tõstmiseks?
PERSPECTIVE:	
BACKGROUND:	
CONFLICT OF INTERESTS:	

HINNANG

Problem Is the problem a priority?		
JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KAALUTLUSED
○ No ○ Probably no ○ Probably yes ● Yes ○ Varies ○ Don't know	Motiveeriv intervjuerimine (MI) on nõustamismeetod, mis on suunatud inimeste käitumises positiivsete muutuste esilekutsumisele. Esialgu leidis meetod rakendamist alkoholisõltuvusega patsientide nõustamisel. Alates 1990ndatest aastatest hakati MI-d proovima ka muude terviseprobleemidega patsientide nõustamisel, eelkõige krooniliste haiguste puhul, kus käitumise	Motiveeriva intervjuerimise defitsiit vajab täiendamist/uuendamist Töörühm koostab loetelu sellest, mis ei kuulu motiveeriva intervjuerimise hulka. See teave lisatakse probleemi olulisuse kirjeldusse ja taustainfo juurde.

	muutmine on tervisesesiundi paranemise võti ja patsiendi madal motivatsioon on ületamist nõudvaks takistuseks. On tehtud edukaid MI uuringuid südame-veresoonkonna haiguste, diabeedi, toitumise, hüpertensiooni, psühhooosi ja hasartmängusõltuvuse kontrolli all hoidmiseks ning HIV-nakkuse ravis ja ennetuses. MI on isikukeskne, eesmärgile suunatud nõustamismeetod ambivalentsuse lahendamiseks ja positiivse muutuse esilekutsumiseks läbi isiku enese motivatsiooni väljatoomise ning tugevdamise. Meetodit iseloomustab empaatiline ja patsiendiga mittevastanduv nõustamisstiil, vastupanu vähenda-mine, patsiendi julgustamine vastutuse võtmiseks ja otsuse tegemiseks. Nõustamisel kasutatakse avatud küsimuste esitamist, peegeldavat kuulamist, kokkuvõtete tegemist, vastandlike tundmuste suurendamist. On leitud, et MI meetodi ning teiste patsiendikesksete tehnikate kasutamine aitab parandada tervishoiutöötaja ja patsiendi suhte kvaliteeti, luua usaldust ning vähendada vastupanu muutusteks ((1)) MI-I on neli juhtpõhimõtet: 1) arstliku parandamisrefleksi maha surumine 2) patsiendi sisemise motivatsiooni esile toomine 3) empaatiline kuulamine 4) patsiendi jõustamine, lootuse ja optimismi rõhutamine Lähtudes muudatuste transteoreetilisest mudelist, tuleb patient ette valmistada üleminekuks eelmõtlemisest ja mõtisklemisest tegelikule muudatuste etapile. MI terapeut läbib patsiendiga teed algsest ambivalentsusest muutustele valmisoleku ja saavutatava muudatuste plaani koostamiseni. MI kahte etappi: motivatsiooni ülesehitamine muudatusteks ja pühendumuse tugevdamine.	
--	---	--

	Tubakast loobumist tuleb käsitleda kui muutumisprotsessi loobumismotivatsiooni tugevdamise kaudu. Esmalt tuleb nõustajal määratleda patsiendi motivatsiooniaste. Motveerivat intervjuerimist rakendatakse eelkõige patsiendi motivatsiooni taseme tõstmiseks suitsetamisest loobumise katsetega alustada. MI olulisust suitsetajate nõustamisel kirjeldatakse paljudes rahvusvahelistes ravijuhendites, tuues välja 5 põhilist komponenti (5 "R juhised"), mis on suunatud suitsetava patsiendi sisemise motivatsiooni ülesehitamiseks ning programmis püsimise määra tõstmisele: 1. Relevance – olulisus, asjakohasus: Seostage patsiendi tubakatarvitamist tema konkreetse haigusega või haigusriskiga, mõjuga perekonnale (näiteks lastele) või sotsiaalsele staatusele, tervisele seoses vanusega, sooga. 2 Risks - riskid: Paluge patsiendil kirjeldada tubaka tarvitamise võimalikku negatiivset mõju. Pakkuge välja ja rõhutage neid tervise riske, mis on antud patsiendi puhul olulisimad. Rõhutage, et neid riske ei saa vähendada väiksema tõrva- või nikotiinisaldusega ega üleminekuga muude tubakatoodete tarvitamisele. 3. Rewards - kasu: Paluge patsiendil kirjeldada tubakast loobumise kasulikku mõju. Pakkuge välja ja rõhutage neid tervisehüvesid, mis on antud patsiendi puhul olulisimad. 4. Roadblocks - takistused: Paluge patsiendil nimetada asjaolusid, mis piiravad või takistavad	
--	--	--

teda tubakast loobumisel, ja nimetage võimalikke lahendusi (nõustamist ja ravimeid).

5. Repetition - kordamine: Tubakast loobumist mittesooviva patsiendi igal visiidil tuleb korrata

motivatsioonilist intervjuud. Neile, kes on eelnevatel loobumiskatsetel läbi kukkunud, tuleb selgitada,

et enamik peabki tegema enne edu saavutamist mitu loobumiskatset (2)

US Preventive Services Task Force (USPSTF) juhendis soovitatakse küsitleda kõiki täiskasvanuid patsiente suitsetamise kohta, anda lühisoovitust suitsetamisest loobumiseks ja tagada patsientidele käitumuslikku sekkumist ja farmakoteraapiat.

Efektiivne käitumuslik sekkumine võib sisaldada arsti ja õe nõuannet suitsetamisest loobumiseks, individuaalset nõustamist, gripinõustamist, telefoninõustamist ja erinevaid mobiilirakenduste kasutamist.

Rasedatele soovitatakse juhendis kognitiivkäitumuslikku teraapiat, motiveerivat intervjuerimist ja toetavat nõustamist (konsultatsioon, terviseõpetus, tagasiside, rhaaline kompensatsioon, sotsiaalne tugi). (3)

US Preventive Services Task Force 2020.aasta juhendis, mis käsitleb suitsetamisest loobumise strateegiaid noorukitel, öeldakse, et hetkel ei ole piisavalt andmeid soovitamaks kindlat interventsiooni või nõustamisviisi suitsetavatele noorukitele. juhendis öeldakse, et olemasolevad uuringud, mis käsitlevad suits loobumise strateegiate efektiivsust noorukite ja laste seas, on liiga heterogeensed ning nende tulemused sageli vasturääkivad või näitavad liiga väikest sekkumisega seotud kasu. (4)

International Primary Care Respiratory Group 2017.aasta juhendis rõhutatakse, et motiveeriva intervjuerimis tehnikad peaks kasutama selleks, et aidata inimesel paremini aru saada tema oma suhtumist suitsetamisse,

teha oma otsust suitsetamisest loobumise osas ja aidata paremini toime tulla probleemidega, mis tekkisid suitsetamisest loobumise katsete sooritamisel. juhendis rõhutatakse samuit, et interventsioon on efektiivne pakutuna spetsiaalset väljaõpet saanud nõustaja poolt. (5)

Canadian Task Force on Preventive Health Care 2017.aasta noorukite ja laste suitsetamist käsitlevas juhendis ei anta soovitusi motiveeriva intervjuerimise rakendamise osas 5-18 aastaste laste ja noorukite nõustamisel, seevastu soovitatakse juhendis anda lastele ja nende vanematele lühike nõuanne (brief information and advice) suitsetamisest loobumise vajaduse kohta. (6)

Onkoloogia haigete suitsetamisest loobumise nõustamisele keskenduvas juhendis (**NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology**, 2016 rõhutatakse, et motiveeriv intervjuerimine on kasulik kõigile patsientidele, kes soovib suitsetamisest loobuda, k.a nendele, kes esialgu ei soovi seda teha.

Motiveerivat intervjuerimist sisaldav nõustamine võtab arvesse patsiendi tundeid, uskumusi, ideid, muresid, hinnanguid eesmärgiga välja selgitada valdkonnad, millides patsient peab tegema muudatusi selleks, et tõsta oma valmisolekut suitsetamisest loobuda.

Juhendis soovitatakse rakendada motiveeriva intervjuerimise tehnikaid kõigile suitsetamisest loobujatale sõltumata sellest, millist meetodit kasutatakse suitsetamisest loobumiseks. (7)

ACC (American College of Cardiology) 2018.aasta juhendis samuti rõhuatakse motiveeriva intervjuerimise olulisust mittemotiveeritud patsiendi nõustamisel. (8)

	European Network for Smoking and Tobacco Prevention 2018.aasta juhendis öeldakse, et suitsetamisest loobuja motivatsiooni peab hindam ning toetama. 5 "A" strateegiat (Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange) võib kasutada rasedate naiste nõustamisel suitsetamisest loobumisel: 1. Küsi 2. Soovita 3. Hinda (küsi iga tubakatarvitajalt, kas ta soovib loobumist kohe alustada) 4. Abista (aidake patsiendil koostada loobumisplaan) 5. Korralda (leppige kokku, millal toimub järgmine visiit või telefonikõne) (9) Konsulteerimist motiveeriva intervjuerimise või kognitiivkäitumusliku teraapia tehnikate kasutamisega nimetatakse juhendis parimaks strateegiaks noorukite suitsetamisest loobumise nõustamisel.	
--	--	--

Desirable Effects

How substantial are the desirable anticipated effects?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KAAALUTLUSED
○ Trivial ○ Small ● Moderate ○ Large ○ Varies ○ Don't know	Tõendusmaterjali allikana kasutati kõrge AGREE hinannguga rahvusvahelistes ravijuhendites viidatud allikaid: <i>Lindson jt</i> 2019.aasta süstemaatiline ülevaade ja metaanalüüs hõlmas 37 RCT-d (n= ca 15000). Metaanalüüsi valim oli heterogeenne - kaasuvate haigustega patsiendid, endised narkosõitlased või alkoholi kuritarvitajad, noorukid ja täiskasvanud, vanglas viibivad patsiendid jne. Uuritavate motivatsioon suitsetamisest loobumiseks oli erinev. Analüüsi kaasati uuringud, kus sekkumisrühma patsiendid said MI kui osa multikomponentsest sekkumisest, mis võis, aga ei pruugi sisaldada farmakoteraapiat nikotiinasendusravimite, bupropiooni või varenikliiniga	

(muu teraapia)

MI korraldati 1 kuni 12 sessioonina kestvusega 5 min kuni mitu tundi (315 min) lisaks muudele suitsetamisest loobumise sekkumistele (sh farmakoteraapia). (10)

Metaanalüüsi tulemusnäitajaks oli suitsetamisest loobumise määr jälgimisperioodi lõpus, alagrupi analüüsi tehtid vastavalt uuritavate motivatsiooni tasemele ja MI intensiivsusele. Uuringutesse kaasati enamasti juba motiveeritud või täpsustamata motivatsiooni tasemega patsiendid. Arvestades sekkumise pikaajalisust ja intensiivsust võib eeldada, et uuringus osalemiseks nõusoleku andnud patsientidel oli siiski olemas sisemine motivatsioon suitsetamisest loobumiseks.

Järgnevalt on esitatud metaanalüüsi tulemused tulemusnäitajate kaupa:

1) MI + muu teraapia vs muu teraapia, k.a farmakoteraapia (motiveeritud, mittemotiveeritud ning täpsustamata motovatsiooniga patsiendid)

12 RCT (N = 4167) andmeil, mis haarasid motiveeritud, mittemotiveeritud või täpsustamata motivatsiooniga uuritavate andmeid, ei tõstnud MI lisamine suitsetamisest loobumise programmi suitsetamisest loobumise määra pikemal jälgimisperioodil (kuni 6 kuud): RR 1.07, 95% CI 0.85 kuni 1.36; I² =47%**(keskmise tõendatuse tase)**

2) MI + muu teraapia vs muu teraapia, k.a farmakoteraapia (motiveeritud patsiendid)

3 RCT (N = 855) kaasasid ainult neid uuritavaid, kes avaldasid soovi suitsetamisest loobuda. Metaanalüüsi andmeil MI lisamine suitsetamisest loobumise programmi oli nende patsientide puhul efektiivsem kui ainult võrdlussekkumiste (k.a farmakoteraapia) kasutamine: RR 1.3, 95% CI 1.1 kuni 1.54; I²=0%) (**keskmine tõenduse tase**)

3) MI+ muu teraapia vs muu teraapia, k.a farmakoteraapia (patsiendid ei soovinud loobuda suitsetamisest, kuid olid nõus vähendada suitsude arvu - mittemotiveeritud patsiendid)

Ainult 1 RCT kaasas patsiente, kes ei soovinud uuringusse kaasamisel suitsetamisest loobuda (N = 517).

Uuirngu tulemusel MI lisamine raviskeemi (nikotine gum) ei avaldanud positiivset mõju suitseamisest loobumise määrale (RR 0.70, 95% CI 0.36 kuni 1.37 (**madal tõenduse tase**))

Järgmisena analüüsiti motiveeriva interjueerimise mõju suitsetamisest loobumise määrale sõltuvalt sekkumise intensiivsusest ja uuritavate motivatsiooni tasemest:

4) Intensiivne MI vs madala intensiivsusega MI (motiveeritud patsiendid)

2 RCT, N=3440, antud uuringute tulemusena kõrge intensiivsusega MI on efektiivsem võrreldes madala intensiivsusega MI-ga (RR 1.25, 95% CI 1.08 kuni 1.44) (**madal tõenduse tase**)

5) Intensiivne MI vs madala intensiivsusega MI (motiveeritud/ teadmata motivatsiooniga patsiendid)

5 RCT, N= 5620, kõrge intensiivsusega MI on efektiivsem võrreldes madala

intensiivsusega MI (RR 1.23, 95% CI 1.11 to 1.37; adjusted N = 5620; I² = 0%)
(keskmine tõenduse tase)

Hartmann-Boyse 2019.aasta 65 RCT (n=23331) andmeid haarava süstemaatilise ülevaate ja metaanalüüsi eesmärgiks oli hinnata intensiivse nõustamise efektiivsust lisaks muudele suitsetamisest loobumise sekkumistele (k.a farmakoteraapia) võrreldes vähem intensiivse nõustamisega (nt soovitus suistetaamisest loobuda, minimaalne nõustamine või igasuguse nõustamise puudumine; visiite oli kokku kuni 8 ning nõustamisele kulunud koguaeg ei ületanud 90 min).

Intensiivne nõustamine eeldas mh proaktiivset nõustamist (regulaarsed kontaktid patsiendiga nt tel teel), nõustamist MI või käitumusliku teraapia komponentide kasutamisega (lisaks farmakoteraapiale), visiite oli enamuses uuringutes üle 8 ning nõustamisele kulunud koguaeg jäi vahemikku 90 - 300 min või üle 300 min. Uuritavate jälgimisperiood varieerus enamasti 6 - 12 kuud, kuid kahes uuringus jälgiti patsiente 24 kuud ning ühes koguni 36 kuud. Intensiivne nõustamine lisaks farmakoteraapiale oli tõhusam vs ainult farmakoteraapia või vähem intensiivsete nõustamistehnikate kasutamisega: OR 1.15, 95%CI 1.08 - 1.22

Hartmann-Boyse 2021.aasta võrgumetaanalüüsi andmeil neli sekkumist näitasid olulist mõju suitsetamisest loobumise määrale - tulemuste usaldusvahemiku alusel oli tegemist sekkumisega kaasneva kliiniliselt olulise kasuga, seejures kahju (sekkumise ebaefektiivsus ehk OR <1) oli ebaoluline:

1. Fookus sellel, **kuidas** loobuda suitsetamisest (OR 1.10, 95%CI 1.01-1.41)
2. Interventsioon sisaldas **motiveeriva intervjuerimise** tehnikaid (OR 1.08, 95%CI 0.96 - 1.22)
3. Käitumusliku adaptatsiooni tehnikad (behavioral tailoring) (OR 1.11, 95%CI 0.98 - 1.26)

4. Grupinõustamine (OR 1.16, 95%CI 0.96 - 1.44) (11)

Võrgumetaanalüüsi andmeid ei kasutatud GRADE tabeli koostamisel sobivas formaadis andmete puudumise ja sobiva võrdlusrühma puudumise (võrdluseks igasuguse sekkumise puudumine) tõttu.

KOKKUVÕTE:

MI võib suurendada motiveeritud või täpsustamata motivatsiooni tasemega suitsetajate pikaajalist suitsetamisest loobumise määra, kui seda kasutatakse lisaks muudele suitsetamisest loobumise sekkumistele (farmakoteraapia), kusjuures intensiivsem MI programm on tõenäoliselt efektiivsem ning on seotud suurema suitsetamisest loobumise tõenäosusega võrreldes vähem intensiivse MI programmiga.

Intensiivne nõustamine motiveeriva intervjuerimise või käitumusliku teraapia komponentidega tõenäoliselt tõstab abstinentsi määra pikaajalisel jälgimisel nendel patsientidel, kes saavad lisaks nõustamisele farmakoteraapiat.

MI multikomponentse sekkumise osana vs kontroll

Question 2: Are psychological interventions plus NRT effective? was addressed by two studies that compared the effectiveness of a psychological intervention combined with NRT versus standard care in inpatients (Prochaska, Hall, Delucchi, & Hall, 2014) and outpatients (Baker et al., 2006) with a psychotic disorder. In Prochaska et al. (2014), the intervention group

	(motivation tobacco cessation + NRT) showed significantly higher 7- day point prevalence when abstinence rates were modelled over 18 months. In Baker et al. (2006), the intervention group (MI + CBT + NRT) showed significantly more continuous abstinence and 7-day point prevalence at 12-week follow -up and marginally more continuous abstinence at 52 weeks. Reduction in the number of cigarettes smoked of 50% or more was significantly greater in the intervention group at 12, 24, and 52 weeks. Smoking reduction was clearly linked with treatment session attendance (Baker et al., 2006). Patients who attended all 10 MI/CBT sessions had better outcomes compared with those receiving standard care in (1) continuous abstinence at 12-week follow-up (21.4% vs. 4.0%), $p < .001$; (2) 7-day point prevalence at 12 weeks (30.0% vs. 6.0%), 24 weeks (17.9% vs. 4.0%), and 52 weeks (19.0% vs. 7.0%), all $ps < .001$; and (c) number of cigarettes smoked per day reduced by at least 50% at 12 weeks (57.1% vs. 16.6%), 24 weeks (41.4% vs. 18.5%), and 52 weeks (47.1% vs. 17.9%), all $ps < .001$. Moreover, NRT use was related to attendance: in the treatment group, approximately 90% of high attenders used NRT compared with 58.6 % of low attenders	
--	--	--

Undesirable Effects

How substantial are the undesirable anticipated effects?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVID KAALUTLUSED
○ Large ○ Moderate ○ Small ● Trivial ○ Varies ○ Don't know	Motiveeriva intervjuerimisega ei kaasne teadaolevalt kahju patsiendile, kes soovib loobuda suitsetamisest	Töörühma hinnangul ei kaasne MI rakendamisega kahju patsiendile. Nõustajast ei tohi jääda muljet, et inimesega tahetakse manipuleerida.

Certainty of evidence

What is the overall certainty of the evidence of effects?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVID KAALUTLUSED
-----------	---------------------------	------------------------

○ Very low ○ Low ● Moderate ○ High ○ No included studies	Motiveeriva intervjuerimise positiivne mõju suitseamisest loobumise määrale ei ole uuringutes kindlalt tõestatud - sekkumise lisamisega suitsetamisest loobumise programmi, mis sisaldas sh farmakoteraapiat, kaasnes juhuslikustatud uuringutes nii oluline kasu (suitsetamisest loobumise määr tõusis kuni 36%) kui ka mõningane kahju (suitsetamisest loobumise määr oli võrdlusrühmas kõrgem). 12 juhuslikustatud uuringu andmeil ei ole motiveerival intervjuerimisel kindlat mõju suitsetamisest loobumise määrale. Tõendatuse astet on langetatud uuringutulemuste heterogeensuse tõttu, kokkuvõttes on tegemist mõõduka tõendatuse astmega. Keskmise tõendatuse astmega tõendus on olemas selle kohta, et motiveeriva intervjuerimise lisamine suitsetamisest loobumise programmi tõstab suitsetamisest loobumise määra juba motiveeritud patsientidel, st nendel patsientidel, kes soovivad suitsetamisest loobuda. Madala tõendatuse astmega tõendus on olemas MI rakendamise kohta mittemotiveeritud patsientidel - tõendus pärineb ühest juhuslikustatud uuringust, MI rühma uuritavate arv jääb alla 300. Nendel patsientidel ei tõstnud MI rakendamine lisaks farmakoteraapiale suitsetamisest loobumise määra. Keskmise tõendatuse astmega kinnitus on olemas sellele, et intensiivne MI või käitumusliku teraapia rakendamine lisaks farmakoteraapiale on seotud suurema abstinentsi määraga pikema jälgimisel (6-36 kuud) nii motiveeritud kui ka teadmata motivatsiooni tasemega patsientidel.	
--	---	--

Values

Is there important uncertainty about or variability in how much people value the main outcomes?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KAALUTLUSED
○ Important uncertainty or variability ○ Possibly		Patsientide esindaja arvamusel on oluline täielikult loobuda suitsetamisest. Lihtalt suitsu arvude vähendamine ei too soovitud tulemust.

important uncertainty or variability ● Probably no important uncertainty or variability ○ No important uncertainty or variability		
--	--	--

Balance of effects

Does the balance between desirable and undesirable effects favor the intervention or the comparison?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KALUTLUSED
○ Favors the comparison ○ Probably favors the comparison ○ Does not favor either the intervention or the comparison ○ Probably favors the intervention ● Favors the intervention ○ Varies ○ Don't know		

Resources required

How large are the resource requirements (costs)?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KALUTLUSED
-----------	---------------------------	------------------------

○ Large costs ● Moderate costs ○ Negligible costs and savings ○ Moderate savings ○ Large savings ○ Varies ○ Don't know	- MI kooolitus arstile ja/või õele - Visiidi broneering arstile või õele - SMS, telef. kõne või ambulatoorne visiit - Korduvate visiitide/vestluste/ SMS vajadus kui tegu intensiivse MI skeemiga	Õdede väljaõpe, MI õpetus arstidele. Sekkumine nõuab ajalist ressursi. Perearstid teevad MI ka muude krooniliste haigustega patsientide nõustamisel. MI on osa igapäevatööst perearstiabis. Vastav õpe saavad perearstid residentuuri jooksul. Seetõttu ei tohiks sekkumise rakendamisega kaasneda suuri kulutusi. Oluline, et perearst alustaks motivatsiooni ülesehitamisega. Suitsetamisest loobumise MI on siiski eraldi struktureeritud tegevus, kus õde võtab patsientidega ühendst proaktiivselt, nt helistab patsiendile määratud päevadel. Sellise struktureeritud sekkumise rakendamisega kaasnevad lisakulud.
--	--	--

Certainty of evidence of required resources

What is the certainty of the evidence of resource requirements (costs)?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KAALUTLUSED
○ Very low ○ Low ○ Moderate ○ High ● No included studies		

Cost effectiveness

Does the cost-effectiveness of the intervention favor the intervention or the comparison?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KAALUTLUSED
○ Favors the comparison ○ Probably favors the comparison ○ Does not favor either the intervention or the comparison ● Probably favors the intervention	Dino jt 2008. aastal teismeliste kaasamisega läbiviidud uuring näitas, et multikomponentne motiveerivaid tehnikaid kasutatav samast soost noorukite grupinõustamine (American Lung Association poolt väljatöötatud programm Not On Tobacco (N-O-T)) oli kuluefektiivsem võrreldes erinevast soost noorukite gruppide lühinõustamise ja eneseabi materjalide jagamisega: 100-st N-O-T programmis osalenud noorukist 10 loobub suitsetamisest ja jääb suitsuvabaks 25 -aastasena, 14 vähendab suitsetamist, mis säilitab 102,22 eluaastat (20.11 years discounted life years (DLY) saved). Tavanõustamise rühmas (brief advice 10-15 min) 6 uuritavat jääb suitsuvabaks 25-aastaselt ja 9 vähendab suitsetamist , mis toob kaasa 64.31 säilitatut	

- o Favors the intervention - o Varies - o No included studies	eluaastat (12.65 DLY saved) (12) Programmis osalenud noorukid said 10 nõustamissessiooni (50 min), mis toimusid koolipäevadel õppimisajal kuid koolist väljaspool (privaatses kohas). Nõusamine käsitles järgmiseid aspekte või sisaldas järgmiseid komponente: - motiveerimine - nikotiinisõltuvus - suitsetamise psühholoogilised ja füsioloogilised tagajärjed - ettevalmistus suitsetamisest loobumiseks - relapside vältimine, kuidas toime tulla suitsetamistungiga - stressi juhtimine - kuidas toime tulla pere või elukaaslase survega - tervislik eluviis, tervislikud harjumused Vidrine jt 2019 aastal vähese sissetulekuga patsientidel (N=624) läbiviidud uuring näitas, et multikomponente motiveerivaid tehnikaid kasutatav nõustamine telefoni teel on kuluefektiivne sekkumine madala sissetulekuga sotsioökonomilistes rühmades ((13). Sekkumised: Kontroll (SC rühm): lühinõustamine , self-help materjalid, võimalusel abiliin, 10-nädalaks NRT plaastrid Sekkumine 1 (EC): SC rühma sekkumised + toetavad SMSid 12 näd jooksul, kuni 5 SMS päevas. Tekst MI ja teiste motiveeritavate tehnikatega. Sekkumine 2 (IC): EC rühma sekkumised + proaktiivne konsulteerimine tel teel, SMSid + konsultatsioonid kasutades MI ja kognitiiv käitumuslikud sekkumised.	
--	---	--

Tulemus:

Meestel: EC rühma lisakulu oli ca \$541 ühe loobuja kohta vs SC;

IC rühma lisakulud \$5232 ühe loobuja kohta vs EC.

Naistel: EC ja IC kulud ühe loobuja kohta olnud ca \$1092 vs SC.

EC had incremental cost-effectiveness ratio (ICER) of \$426 per QALY gained vs SC; however, IC resulted in ICER of \$4127 per QALY gained vs EC. For women, EC was weakly dominated; the ICER of IC vs SC was \$1251 per QALY gained. The ICER was below maximum acceptable willingness-to-pay threshold of \$50 000 per QALY under all alternative modelling assumptions.

Madala sotsiaalmajandusliku staatusega patsientide multikomponentne nõustamine (k.a MI') telefoni teel on kulutõhus tervishoiuressursside kasutamine. Intensiivne nõustamine (IC) on olnud kõige kulutõhusam strateegia nii meeste kui naiste puhul.

Hollis jt 2007 aastal läbiviidud RCT andmeil (N=4616) NRT tasuta jagamine ja nõustamine telefoni teel tõi kaasa kõrgema suitsetamisest loobujate arvu ning sekkumise kogukulud olid sarnased vähem intensiivse sekkumisega (14).

Mi intensiivsuse tasemed:

1: kerge = 15 min kestev lühinõustamine MI printsiipidel, 15 min telef.kõne, materjalid, eneseabi materjalid

2: mõõdukas= 40 min kestev konsulteerimine MI printsiipidel +telef kõne, materjalid, eneseabi

3: intensiivne = nagu mõõdukas + lisaks 4 telef kõnet kasutades MI printsiipe

Tulemused: Abstinentsi tase oli kõrgem mõõduka (OR = 1.22, CI = 1.01 kuni 1.48) ja intensiivse (OR = 1.29, CI = 1.07 to 1.56) sekkumise rühmades, tasuta

	NRT samuti tõstis abstinentsi (OR = 1.58, CI = 1.35 to 1.85). Loobumise määr: kerge sekkumine lühinõustamisega ilma NRT (12%); lühinõustamine ja NRT (17%); mõõdukas sekkumine ilma NRT (14%); mõõdukas sekkumine + NRT (20%); intensiivne ilma NRT (14%); intensiivne + NRT (21%). Lisakulud QUALY kohta \$2467 lühinõustamine + NRT, \$1912 mõõdukas nõustamine ilma NRT, \$2109 mõõdukas + NRT, \$2641 intensiivne ilma NRT, \$2112 intensiivne + NRT. Parker jt 2007 aastal rasedatel suitsetajatel (N= 358) läbiviidud uuringnäitas, et 3 MI telefonikõnet saanud rasedate suitsetamise lõpetamise määr oli 23% (biokeemiliselt valideeritud) . Kuluefektiivsuse analüüs näitas, et motiveerivad telefonikõned on kuluefektiivsed - efektiivsuse ja kulu suhe 1: 84 \$. Antud uuringu põhjal võib järeldada, et telefoninõustamise formaadis rakendatav MI rasedatele naistele on teostatav ja kulutõhus (15).	
--	---	--

Equity

What would be the impact on health equity?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KAALUTLUSED
○ Reduced ○ Probably reduced ● Probably no impact ○ Probably increased ○ Increased ○ Varies ○ Don't know		Kõik patsiendid, kes nõustuvad sekkumisega, on mingil määral motiveeritud suitsetamisest loobumise katsetega alustama. MI lastevanemate nõustamisel võib olla suurema mõjuga/olulisem kui lastega läbiviidud sekkumine. al 12 -13 aastaste laste puhul võiks juba rakendada MI ja see võib selles vanuses juba mõjus olla.

Acceptability

Is the intervention acceptable to key interest-holders?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KALUTLUSED
☐ No ☐ Probably no ☐ Probably yes ☒ Yes ☐ Varies ☐ Don't know		MI on väga vastuvõetav, kui seda tehakse oskuslikult.
Feasibility Is the intervention feasible to implement?		
JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KALUTLUSED
☐ No ☐ Probably no ☐ Probably yes ☒ Yes ☐ Varies ☐ Don't know		-

OTSUSTE KOKKUVÕTE

	JUDGEMENT						
PROBLEM	No	Probably no	Probably yes	Yes		Varies	Don't know
DESIRABLE EFFECTS	Trivial	Small	Moderate	Large		Varies	Don't know
UNDESIRABLE EFFECTS	Large	Moderate	Small	Trivial		Varies	Don't know
CERTAINTY OF EVIDENCE	Very low	Low	Moderate	High			No included studies
VALUES	Important uncertainty or variability	Possibly important uncertainty or variability	Probably no important uncertainty or variability	No important uncertainty or variability			
BALANCE OF EFFECTS	Favors the comparison	Probably favors the comparison	Does not favor either the intervention or the comparison	Probably favors the intervention	Favors the intervention	Varies	Don't know
RESOURCES REQUIRED	Large costs	Moderate costs	Negligible costs and	Moderate savings	Large savings	Varies	Don't know

	JUDGEMENT						
			savings				
CERTAINTY OF EVIDENCE OF REQUIRED RESOURCES	Very low	Low	Moderate	High			No included studies
COST EFFECTIVENESS	Favors the comparison	Probably favors the comparison	Does not favor either the intervention or the comparison	Probably favors the intervention	Favors the intervention	Varies	No included studies
EQUITY	Reduced	Probably reduced	Probably no impact	Probably increased	Increased	Varies	Don't know
ACCEPTABILITY	No	Probably no	Probably yes	Yes		Varies	Don't know
FEASIBILITY	No	Probably no	Probably yes	Yes		Varies	Don't know

VIIDETE KOKKUVÕTE

1. Heli Tähedpõld, Madis Veskimägi, Ruth Kalda, Heidi-Ingrid Maaros, Marje Oona. Alkoholi liigtarvitava patsiendi varajane avastamine ja nõustamine perearstipraksises. Tervise Arengu Instituut ja Tartu Ülikooli polikliiniku ja peremeditsiini õppetool.2012.
2. Ülle Ani, Diana Ingerainen. Suitsetamisest loobumise nõustamine tervishoiu esmatasandil. Metoodiline juhendmaterjal lühinõustamise läbiviimiseks.Tervise Arengu Instituut; 2012.
3. US Preventive Services Task Force, . Interventions for Tobacco Smoking Cessation in Adults, Including Pregnant Persons: US Preventive Services Task Force Recommendation.2021.
4. US Preventive Services Task Force, . Primary Care Interventions for Prevention and Cessation of Tobacco Use in Children and Adolescents: Recommendation Statement.2020.
5. IPCRG, . Treating tobacco dependence: guidance for primary care on life-saving interventions. Position statement of the IPCRG.2017.
6. Canadian Task Force on Preventive Health Care, . Recommendations on behavioural interventions for the prevention and treatment of cigarette smoking among school-aged children and youth.2017.
7. NCCN, . Smoking Cessation, Version 1.2016, Clinical Practice Guidelines in Oncology.2016.
8. ACC, . ACC Expert Consensus Decision Pathway on Tobacco Cessation Treatment: A Report of the American College of Cardiology Task Force on Clinical Expert Consensus Documents.2018.
9. European Network for Smoking and Tobacco Prevention , . Guidelines for Treating Tobacco Dependence.2018.
10. Lindson N, Thompson TP, Ferrey A, Lambert JD, Aveyard P.. Motivational interviewing for smoking cessation . Cochrane Database Syst Rev.; 2019.
11. Hartmann-Boyce J, Livingstone-Banks J, Ordóñez-Mena JM. Behavioural interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis (Review).Cochrane Library; 2021.
12. Dino G, Horn K, Abdulkadri A, Kalsekar I, Branstetter S. Cost-effectiveness analysis of the Not On Tobacco program for adolescent smoking cessation.Prevention Science; 2008.
13. Daly AT, Deshmukh AA, Vidrine DJ, Prokhorov AV, Frank SG, Tahay PD, et al.. Cost-effectiveness analysis of smoking cessation interventions using cell phones in a low-income population. . Tobacco Control; 2019.
14. Hollis JF, McAfee TA, Fellows JL, Zbikowski SM, Stark M, Riedlinger K.. The effectiveness and cost effectiveness of telephone counselling and the nicotine patch in a state tobacco quitline. . Tobacco Control ; 2007.
15. Parker DR, Windsor RA, Roberts MB, Hecht J, Hardy NV, Strolla LO, et al.. Feasibility, cost, and cost-effectiveness of a telephone-based motivational intervention for underserved pregnant smokers.. Nicotine & Tobacco Research; 2007.