

KÜSIMUS

Kas kasutada lühinõustamist/lühisekkumist või mitte loobumise määra tõstmiseks?	
POPULATION:	loobumise määra tõstmiseks
INTERVENTION:	lühinõustamist/lühisekkumist
COMPARISON:	mitte
MAIN OUTCOMES:	Suitsetamisest loobumise määr (intensiivne lühinõustamine vs tavakäsitlus, pikim jälgimisperiood); Suitsetamisest loobumise määr (lapsed 13-17a); Suitsetamisest loobumise määr: korduvad visiidid vs ainult üks visiit; Suitsetamisest loobumise määr (rasedad, hilisrasedus); Suitsetamisest loobumise määr (rasedad, hilisrasedus, biokeemiline valideerimine);
SETTING:	
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	Suitsetamisest loobumise nõustamine on üks osa esmatasandi tervishoiutöötaja igapäevasest tööst; seda on kõige lihtsam läbi viia lühinõustamise vormis. Tubakast loobumise nõustamine perearsti/ pereõe, ämmaemanda või ka töötervishoiuarsti poolt on parim viis patsiendi tubakast loobumise motivatsiooni tõstmiseks. Kui patsient on motiveeritud ja valmis alustama loobumisprotsessi, alustab vastava ettevalmistuse saanud esmatasandi tervishoiutöötaja nõustamisprotsessi, kasutades lühinõustamise võtteid. Samas võib ta viia nõustamise lõpule, minnes üle intensiivse nõustamise võtete kasutamisele. Kui esmatasandi tervishoiutöötajal puudub selleks aga vajalik ettevalmistus või ajaressurss, on mõistlik suunata patsient pärast lühinõustamist edasi suitsetamisest loobumise nõustamise kabinetti (SLN-kabinetti), kus jätkatakse tema intensiivset nõustamist. Antud kliinilise küsimuse puhul on keskendutud lühisekkumise efektiivsuse	Küsimus suitsetamise kohta igaühele, kes tuleb tervishoiutöötaja vastuvõtule. Apteekides on olemas eraldi ruum suitsetamisest loobumise nõustamise jaoks. Lisana koostada 5 "A" algoritm. Patsiendid kipuvad väärkasutama suitsetamisest loobumise ravimeid, kui nad pöörduvad iseseisvalt apteeki ja ei saa nõustamist ravimi kasutamise kohta.

uurimisele, mis põhineb 5-astmelise programmi "5A" põhimõtetele:

„1.A“ Ask - küsi

Küsige ja dokumenteerige igal visiidil, kas patsient tarvitab tubakatooteid. Laste ja noorte puhul (samuti patsientide puhul, kelle suhtes olete kindel, et ta ei tarvita tubakatooteid) sobib paremini küsimus, kas ta on puutunud kokku tubaka tarvitamisega. Sellisele küsimusele vastab noor kergemini nii enda kui ka vanemate tubaka tarvitamise osas.

Dokumenteermisel on soovitatav kasutada järgmist märgistust: Tubaka tarvitamine: „Tarvitab tubakat“ „Endine tarvitaja“ „Ei ole tarvitanud“.

Vajadusel märkida lisaks kokkupuude tubakasuitsuga ümbritsevas keskkonnas.

“2.A” Advise - soovita

Soovitage tungivalt igal tubakatarvitajal tubakast loobuda. Soovitage tubakast loobumist selge, kindla ja isiklikustatud nõuandega. Soovitused peavad olema selged: „Teie jaoks on oluline tubakast kohe loobuda ja ma saan teid aidata.“ „Tubaka tarvitamise vähendamine haiguse ajal ei ole piisav.“

... kindlad: „Teie raviarstina kinnitan, et tubaka tarvitamisest loobumine on peamine asi, mida saate ise teha, et kaitsta oma tervist praegu ja edaspidi. Meditsiin saab teid selles aidata.“

... isiklikustatud: Seostage tubaka tarvitamist konkreetse tervises seisundi/haigusega: „Teie suitsetamine põhjustab püsivat köha ning seab teid kroonilise bronhiidi ja emfüseemi väljakujunemise ohtu“ ja/ või sotsiaalsete ning majanduslike tagajärgedega, ja/ või mõjuga lastele ning teistele ümberkaudsetele inimestele.

Selgitage patsiendile nikotiini sõltuvuslikku olemust.

Tubaka tarvitamise korral esineb sõltuvus nii harjumuspärasest käitumisest kui ka nikotiini neurobioloogilisest toimest kesknärvisüsteemis.

Lähtuge sellest, et kõik teavad, et tubaka tarvitamine kahjustab tervist, kuid keegi ei usu, et see kahjustab ka tema tervist.

“3.A” Assess - hinda

Küsige igalt tubakatarvitajalt, kas ta soovib loobumist kohe alustada (näiteks järgmise 30 päeva jooksul). Kas ta loobuks tubaka tarvitamisest

... praegu, kui saaks nõustamisabi perearstilt (4.A),

... kui kasutaks nikotiinisõltuvuse ravimeid või pöörduks nõustaja poole.

Kui patsient ei soovi kindlasti praegu loobuda, viige läbi motivatsiooniline intervjuu („1...5 R“), Kui patsient kuulub mõnda erigruppi (nt noor, rase, etniline vähemus), kasutage lisainformatsiooni.

“4.A” Assist - abista

Aidake patsiendil koostada loobumisplaan; pakkuge praktilisi nõuandeid: pakkuge raviga kaasnevat tuge enda meditsiiniuasutuses; aidake patsiendil leida sotsiaalset tuge väljastpoolt; soovitage patsiendil kasutada selleks otstarbeks mõeldud farmakoteraapiat, välja arvatud erandjuhtudel; pakkuge lisamaterjale. Konkreetset:

1. leppige kokku loobumiskuupäev;
2. valige tugiisikud perekonna, sõprade, töökaaslaste seast, kellele rääkida loobumisest ning kellelt oodatamõistmist ja tuge;
3. tutvustage võõrutusnähtude ilmnemise võimalust eelkõige esimeste nädalate vältel;
4. soovitage patsiendil hoiduda suitsetamisest kohtades, kus ta veedab enamiku ajast (kodus, autos, tööl), jakõrvaldada tubakatooted oma ümbrusest.

„5.A“ Arrange - korralda

Leppige kokku, millal toimub järgmine suitsetamisest loobuja visiit või telefonikõnelus teiega. Päev enne tubakast loobumise tähtaega on soovitatav helistada ja küsida, kas ettevalmistused loobumiseks on laabunud. Järgnevalt määrake terviseuuringute visiidi ajad päevadele, mis on tubakast loobumise seisukohalt suurema riskiga. Näiteks kutsuge patsient vererõhukontrolli kolmandal tubakavabal päeval, mis on üks raskeimate võõrutusnähtudega päev.

Kui arenenud tööstusriikides on suitsetamisest loobumisel kasutatavate ravimite hinnad võrdväärseid sama aja vältel suitsetatavate sigarettide hinnaga, siis Eestis on

sigarettide hinnad veel mõnevõrra odavamad ja mõnede ravimite kasutamine on eestlaste jaoks seni pisut kulukam. Samas aga võrdsustub investeering tervisesse juba mõne kuuga ja järgnevate kuude/ aastate vältel jäävad suitsetamisega seotud lisakulutused tegemata. Ei maksa jätta arvestamata investeeringut tervisesse.

(1)

Soovitused ravijuhendites:

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

Sagedasemateks meetoditeks tubakatoodete kasutamise hindamiseks on:

- 5A meetod: (1) "Ask" küsi tubakatoodete kasutamise kohta; (2) "Advise" soovita tubakatoodetest loobuda, kasutades selgeid, personaalseid lauseid; (3) "Assess" hinda valmisolekut loobumiseks; (4) "Assist" abista loobumisel; ja (5) "Arrange" korralda järgmisen kohtumine ja tugi.

- "Küsi, soovita, suuna" - meetod, kus küsitakse tubakatoodete kasutamise kohta, soovitatakse loobumist ja suunatakse telefoni loobumislisiinidele, muule teaduspõhisele nõustamisele või mõlemale.

- Eluline näitaja - suitsetamise staatust koheldakse ühe elulise näitajana, mille kohta küsitakse ja mis dokumenteeritakse igal visiidil(2).

2. 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. CMAJ. 2017 (3)

We recommend asking children and youth (age 5–18 yr) or their parents about tobacco use by the child or youth and offering brief information and advice, as appropriate, during primary care visits† to treat tobacco smoking among children and youth (weak recommendation, low-quality evidence).

The recommendation for treatment interventions applies to children and youth 5 to 18 years of age who have smoked tobacco within the past 30 days and who do not have cognitive deficits, mental or physical health issues, or a history of alcohol or drug abuse.

3. Smoking Cessation, Version 1.2016, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. (4)

High-intensity behavior therapy with multiple counseling sessions is most effective, but at least a minimum of brief counseling is highly recommended.

Refer to a smoking cessation quitline, in addition to providing brief counseling from a health care provider, if face-to-face or group intervention is not available.

Brief advice, at minimum, should be delivered. Brief advice of about 3 minutes by physicians or other health care providers results in a small but important increase in quit rates.

4. NICE public health guidance update 2018 (5)

The behaviour change techniques contained within the NCSCCT Very Brief Advice (VBA) on Smoking training module which are supported by meta-analysis (i.e. are evidence-based) are:

Assess current and past smoking behaviour (BCT code: R11) [ASK]

Provide information on consequences of smoking and smoking cessation (BCT code: BM1) [ADVISE]

Provide options for later/additional support (BCT code: A5) [ACT]

Advise on stop smoking medications (BCT code: A1) [ACT]

If people are not ready to stop smoking:

- make sure they understand that stopping smoking reduces the risks of developing

	smoking-related illnesses or worsening conditions affected by smoking · ask them to think about adopting a harm reduction approach (see NICE's guideline on smoking: harm reduction) · encourage them to seek help to quit smoking completely in the future · record the fact that they smoke and at every opportunity ask them about it again in a way that is sensitive to their preferences and needs. [2018] · At every opportunity, ask people if they smoke and advise them to stop smoking in a way that is sensitive to their preferences and needs. [2018] · Encourage people being referred for elective surgery to stop smoking before their surgery. Refer them to local stop smoking support. [2018] · Discuss any stop smoking aids the person has used before, including personally purchased nicotine-containing products (see recommendations 1.4.4 and 1.5.1). [2018] Offer advice on using nicotine-containing products on general sale, including NRT and nicotine-containing e-cigarettes. 5. European Network for Smoking and Tobacco Prevention Guidelines for Treating Tobacco Dependence. 2018. (6) · All doctors should recommend quitting tobacco products to all tobacco consumers. Scientific evidence indicates that advice from a doctor significantly increases quit attempts and smoking abstinence rates (level of evidence A). · The efficacy of brief advice (3-5 minutes) from a doctor or other health professional leads to an increased long-term smoking abstinence ratio (level of evidence A). · Offering of support with quitting to all tobacco users is a recommended practice (level of evidence B). • Evaluate the smoking status, for every patient, at each medical visit • Assist all smokers who wish to quit smoking. • Provide those who are willing to quit with specialized counseling. • Whenever and wherever possible, direct smokers to a specialized smoking cessation service or quitting. • Recommend to tobacco-dependent smokers willing to quit the use of nicotine substitutes or prescribe	
--	--	--

medication and offer them specific information and advice about therapy and counselling.

Perearstikeskustes:

All general practitioners or family doctors must routinely advise smoking patients to quit smoking, offer support with quitting, and recommend the use of available quit smoking medications. It is recommended to note the patient's behaviour in his/her medical records and, if needed, to refer patients for specialized therapy and counselling (level of evidence A).

- Brief advice gives smokers a pre-quit motivation when none exists and at the same time it has been shown to increase smoking cessation rates.^{1,2} Many smokers cannot quit smoking without medical aid; the most part of heavy smokers who are at a higher risk of developing smoking-related diseases have the greatest need for qualified therapy.

Soovitud hospitaliseeritud patsientide osas:

- It is recommended that all categories of medical personnel in hospitals should assess smoking status and should provide brief smoking cessation advice for all hospitalized patients who smoke (level of evidence A).
- Patients should be informed about hospitals' smoke-free status (level of evidence C).

Rasedad:

- It is recommended that all categories of medical personnel dealing with pregnant women (gynecologists, midwives, nurses and GPs) should assess smoking status and provide smoking cessation advice for all pregnant women who smoke (level of evidence A).

Plaanilised operatsioonid:

- It is recommended that all patients quit smoking 6 to 8 weeks before surgery in order to reduce risk of complications (level of evidence A).⁶ • It is essential to inform all patients of the need to quit smoking until the end of the healing process (three weeks for minor surgery and three months for orthopedic surgery) in order to overcome other risks (level of evidence A).

Desirable Effects		
How substantial are the desirable anticipated effects?		
JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVAD KAALUTLUSED
○ Trivial ○ Small ○ Moderate ● Large ○ Varies ○ Don't know	Tõendusmaterjali allikana kasutati kõrge AGREE hinannguga rahvusvahelistes ravijuhendites viidatud allikaid: Stead jt 2013 . süstemaatiline ülevaate ja metaanalüüs hõlmas 42 uuringu andmeid, mis olid läbi viidud aastatel aastatel 1972-2012. Uuringutesse kaasati üle 31 000 suitsetajat. Mõnedesse uuringutesse kaasati krooniliste haigustega isikud (isheemiline südamehaigus, diabeet), suurem osa uuringuid kattis ära üldpopulatsiooni. Metaanalüüsi primaarseks tulemusnäitajaks oli suitsetamisest loobumise määr, sekundaarseteks tulemusnäitajaks oli mõju suremusele. 22 randomiseeritud kontrolluuringu põhjal viidi läbi metaanalüüs eesmärgiga võrrelda minimaalset ja intensiivset sekkumist tavakäsitlusega. Intensiivne sekkumine sisaldas endas lühinõustamist (ca 10 min), infomaterjalide jagamist suitsetamisest loobumise kohta ja vajadusel uute kohtumiste kokkuleppimist ning nikotiinasendusravi. Minimaalne sekkumine kestis enamasti kuni 5 min, sisaldas soovitusi suitsetamisest loobumiseks ning sageli suitsetamisest loobumise infomaterjali jagamist. Uuringutesse kaasati erineva motivatsioonitasemega isikud. Jälgimisperiood oli 6 kuud - 1 aasta, ühes uuringus kuni 3 aastat (8). Metaanalüüsi tulemus tulemusnäitaja järgi: 1)Intensiivne lühinõustamine vs tavakäsitlus (pikim jälgimisperiood) 11 RCT (n=8515) andmeil, kuhu olid kaasatud erineva motivatsioonitasemega patsiendid, suurendas lühisekkumine suitsetamisest loobumise määra 86% (RR 1.86 (95% CI 1.60-2.15). (8) Kaudne alagruppide võrdlus näitas, et sekkumisel, mis hõlmas mh järjevisiite, oli veidi	

kõrgem hinnanguline efekt; RR 2.27, 95% CI 1.87 - 2.75 (kuus uuringut, IR = 30%).(8)

Pbert jt 2008. aasta randomiseeritud kontrolluuringusse kaasati 8 pediaatria esmatasandi keskust, mis randomiseeriti läbi viima kas tavakäsitlust või sekkumist. Sekkumine põhines 5A põhimõtetel, kus esialgu viidi läbi lühisekkumine tervishoiutöötaja poolt (pediaatrid, õed, pediaatria residendid, abiarstid) ning seejärel suunati patsient edasi suitsetamise maha jätnud noorte poole, kes viisid läbi ühekordset nõustamist ja edapsi 4 telefonikõnet. Leiti, et suitsetajad, kellel viidi läbi lühisekkumine, oli suitsetamisest loobumise määr 6 ja 12 kuu kontrollis kõrgem vrs tavakäsitlust saanud noortel (OR 1.59, 95% CI: 1.06-2.40). Nii oli lühisekkumist saanud rühmas suitsetamisest loobunud noorukeid 11.8% võrra rohkem vs tavakäsitlust saanud rühmaga (NNR 8). (10)

Suitsetamisest loobumise tõenäosus 6 kuu möödudes vähenes vanema ea, kõrgema HONC skoori ja suurema sõprade hulgaga ($p < 0.0005$). Suitsetajate loobumismäärad ei erinenud uuringugruppide vahel 12 kuu möödudes, st sekkumise efekt kadus 12 kuu möödudes ära. Suitsetamisest püsiva loobumise tõenäosust suurendasid rohkemad visiidid sekkumisejärgselt ja vähendasid baastaseme kõrgemad HONC skoorid ($n = 229$; $p < 0.0005$). (10)

Chamberlain C jt 2017 a süstemaatilises ülevaatesse kaasati 102 juhuslikustatud uuringut, mis käsitlesid erinevate suitsetamisest loobumise nõustamistviise rasedatel naistel. 88 uuringus ($n = 28\,000$) hinnati suitsetamisest loobumise määra hilises rasedusjärgus. Üldine uuringute kvaliteet oli mõõdukas-kõrge. Tõendatuse astet vähendasid osade tulemusnäitajate ebatäpne kirjeldus ja uuringute heterogeensus. Sekkumisteks olid nõustamine, tervisealane harimine, tagasiside andmine, harjutused, tasu ja sotsiaalne toetus. Uuringus osalejateks olid rasedad, kes suitsetasid või olid hiljuti suitsetamisest loobunud, suitsetavad või hiljuti suitsetamisest loobunud naised, kes soovivad raseduseelset nõustamist.

Sekkumised varieerusid uuringutes oluliselt. Nõustamisena kasutati nii motiveerivat intervjuerimist, kognitiiv-käitumuslikku teraapiat, psühhoteraapiat kui ka muid nõustamise viise. Nõustamine viidi läbi nii kontaktvormis kui ka telefoni või arvuti vahendusel. Sekkumine võis kesta mõnest minutist kuni tunnini. (12)

Metaanalüüsi tulemus tulemusnäitaja järgi:

	<u>1) Tulemusnäitaja: Suitsetamisest loobumise määr hilises rasedusjärgus, nõustamine</u> 12 RCTd, millest ühest kaasati analüüsi kaks eraldi sekkumismeetodiga gruppi. Uuringutesse kaasati suitsetavad rasedad (< 28 rasedusnädalat või ei olnud täpselt kirjledatud). Suitsetamisest loobumist hinnati raseduse hilisnädalatel (enamasti 36-37 nädal): RR=1.33, 95% CI 1.01-1.74. (12) <u>2) Tulemusnäitaja: Suitsetamisest loobumise määra hilises rasedusjärgus, nõustamine, biokeemiline kinnitus</u> 8 RCTd, millest ühes kaasati analüüsi kaks eraldi sekkumismeetodiga gruppi: RR 1.12, 95% CI 0.9-1.41.(12)	
--	--	--

Undesirable Effects

How substantial are the undesirable anticipated effects?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KAALUTLUSED
○ Large ○ Moderate ○ Small ● Trivial ○ Varies ○ Don't know	Lühisekkumisega ei kaasne kahju patsiendile, kes soovib suitsetamisest loobuda.	

Certainty of evidence

What is the overall certainty of the evidence of effects?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KAALUTLUSED
-----------	---------------------------	-------------------------

○ Very low ○ Low ● Moderate ○ High ○ No included studies	Cocharne'i ülevaates tehtud metaanalüüsi tulemusena leiti, et lühisekkumine suurendab suitsetamisest loobumise määra ning loobumise määr suureneb veelgi intensiivsema lühisekkumise (nõustamine 5A põhimõtetel) puhul. Minimaalse lühisekkumise puhul (sekkumine kestis alla 5 min ja sisaldas soovitusel suitsetamisest loobumiseks ning infomaterjalide jagamist) oli suitsetamisest loobumise määr oluliselt kõrgem vs tavakäsitluse grupis (patsiendid ei saanud üldse mitte mingisugust nõustamist): RR 1.66, 95% CI 1.42-1.94, heterogeensus oli madal 31%. Intensiivsema lühinõistamise puhul (nõustamine 5 A põhimõtetel) oli suitsetamisest loobumise määra veelgi kõrgem: RR 1.86, 95% CI 1.60-2.15. Intensiivsema lühisekkumise tõendatuse astet vähendab kõrge heterogeensus uuringutes (I2 = 50%). Samuti vähendab tõendatuse astet kõrge nihkerisk mitmes metaanalüüsi kaasatud uuringus, mistõttu on lühisekkumise mõju suitsetamisest loobumise määrale nõrga tõendatuse tasemega, v.a noorukid, kelle puhul lühisekkumise efektiivsuse tõendatuse aste oli keskmine (8)	
--	--	--

Values

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

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KALUTLUSED
○ Important uncertainty or variability ● Possibly important uncertainty or variability ○ Probably no important uncertainty or variability ○ No important uncertainty or variability		Motivatsiooni ülesehitamine algab juba perearsti vastuvõtus, k.a siis, kui vastuvõtule tullakse muu probleemiga või üldse sugulase tervisehäire tõttu. Patsientide esindajat motiveeris suitsetamisest loobumisega alustama teadmised, et suitsetamine omab tema elu üle suuremat kontrolli, kui ta soovib.

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	Lühiesekkumisega ja suitsetamisest loobumisega ei kaasne tõsiseid negatiivseid mõjusid.	
--	---	--

Resources required

How large are the resource requirements (costs)?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KAALUTLUSED
○ Large costs ○ Moderate costs ● Negligible costs and savings ○ Moderate savings ○ Large savings ○ Varies ○ Don't know	- personali koolitamine - visiidid/telefonivisiidid	Visiitide kokkuleppimine võib olla aeganõudev, peab olema eraldi ruum ja koolitatud personal. Regulaarsed visiidid peavad toimuma 2 näd, 2 kuu ja 6 kuud ja 12 kuu möödudes. Retseptiravimite kasutamisel lisavisiidid - 1 nädal, 2.nädalal ja lisavisiidid vajadusel (ravimite kõrvaltoimed!). Need ajad lisada algoritmi!! Võõrelda alkoholist loobumise juhendiga- kui sageli peab pt-i kutsuma? Lisa - ravimite tabel: mida jälgida, kui sageli, kellele ei sobi, kõrvaltoimed, arvestada EEK-2 küsimustiku tulemusetga

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 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 ○ No included studies	Üheksa RCTga süstemaatilises ülevaates leiti, et keskmine püsiv loobumise määr 12. kuul oli tavakäitlusele 1.4%, minimaalsel nõustamisel 2.6%, intensiivsel nõustamisel ja 12.3% farmakoteraapia puhul. Võrreldes tavakäitlusega oli kasu kvaliteet-kohandatud eluaasta (QALY) kohta minimaalse, intensiivse nõustamise ja farmakoteraapia kohta vastavalt 16.900 €, 8200 € ja 2400 € (13). Varasemas suitsetamisest loobumise sekkumiste kulutõhususe uuringus leiti, et võrreldes ennetavate sekkumistega olid suitsetamisest loobumise sekkumised väga kulutõhusad. Uuringus skriinisinid esmatasandi arstid kõiki täiskasvanud suitsetajaid ja motiveerisid neid loobuma rutiinsetel visiitidel. Suitsetamisest loobumise sekkumisena kasutati vaid nõustamist ja NRT-d. Keskmine kulu oli loobuja kohta 3779 USD, juurde saadud eluaasta kohta 2587 USD ja iga juurde saadud QALY kohta 1915 USD. (14)	

Equity

What would be the impact on health equity?

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

○ Reduced ○ Probably reduced ● Probably no impact ○ Probably increased ○ Increased ○ Varies ○ Don't know	Lühisekkumine on sobilik kõikidele ühiskonnagruppidele.	
--	---	--

Acceptability

Is the intervention acceptable to key interest-holders?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KAAALUTLUSED
○ No ○ Probably no ○ Probably yes ● Yes ○ Varies ○ Don't know	5A põhimõtetel baseeruv lühisekkumine on hästi levinud. Selle läbiviimist on soovitatud varasemas suitsetamisest loobumise juhendis esmastasandile (1) ning seda on võlja toodud paljudes välismaa ravijuhendites.	

Feasibility

Is the intervention feasible to implement?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KAAALUTLUSED
○ No ○ Probably no ○ Probably yes ● Yes ○ Varies ○ Don't know	5"A" põhimõtetele baseeruv nõustamine on laialt levinud ning seda on lihtne rakendada tervishoiutöötajate igapäevatoos.	

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

	JUDGEMENT						
							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 savings	Moderate savings	Large savings	Varies	Don't know
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. Ülle Ani, Diana Ingerainen. Suitsetamisest loobumise nõustamine tervishoiu esmatasandil. Metoodiline juhendmaterjal lühinõustamise läbiviimiseks. Tervise Arengu Instituut; 2012.
2. USPSTF, . Interventions for Tobacco Smoking Cessation in Adults, Including Pregnant Persons: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA; 2021.
3. 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.
4. NCCN, . Smoking Cessation, Version 1.2016, Clinical Practice Guidelines in Oncology. 2016.
5. NICE, . Stop smoking interventions and services. 2018.
6. European Network for Smoking and Tobacco Prevention, . Guidelines for Treating Tobacco Dependence. 2018.
7. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews; 2013.
8. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews; 2013.
9. Pbert L, Flint AJ, Fletcher KE, Young MH, Druker S, DiFranza JR. Effect of a pediatric practice-based smoking prevention and cessation intervention for adolescents: a randomized, controlled trial. Pediatrics. PEDIATRICS; 2008.
10. Pbert L, Flint AJ, Fletcher KE, Young MH, Druker S, DiFranza JR. Effect of a pediatric practice-based smoking prevention and cessation intervention for adolescents: a randomized, controlled trial. Pediatrics. PEDIATRICS; 2008.
11. Chamberlain C, O'Mara-Eves A, Porter J, Coleman T, Perlen SM, Thomas J, McKenzie JE. Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews; 2017.
12. Chamberlain C, O'Mara-Eves A, Porter J, Coleman T, Perlen SM, Thomas J, McKenzie JE. Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews; 2017.
13. Hoogendoorn, M, Hoogenveen, RT, Rutten-van Mölken, MP, Feenstra, TL. Long-term effectiveness and cost-effectiveness of smoking cessation interventions in patients with COPD. Thorax;
14. Cromwell, J, Bartosch, WJ, Fiore, MC, Hasselblad, V, Baker, T. Cost-effectiveness of the clinical practice recommendations in the AHCPR guideline for smoking cessation. Agency for Health Care Policy and Research; 1997.