

## 1. Koostatava ravijuhendi pealkiri

### Suitsetamisest loobumise meditsiiniline nõustamine

## 2. Ravijuhendi koostamise vajalikkus

Suitsetamisest loobumine on kõige efektiivsem meede paljude krooniliste haiguste (kopsuhaigused, südameveresoonkonna haigused) ja kasvajate tekke ennetamiseks ning säästmaks tervishoiu kulusid. Lisaks on tõestatud suitsetamisest loobumise positiivset mõju krooniliste haiguste kulule (KOK, diabeet) ja nende haiguste raviga seotud tervishoiukuludele (ravijuhend "Kroonilise obstruktiivse kopsuhaiguse käsitus", NICE 2019 diabeedi juhend). Tartu Ülikooli tervishoiukorralduse instituudi poolt 2019 koostatud raport „Suitsetamisest loobumise meetodite eelarvemõju analüüs Eestis“, kinnitab suitsetamisest loobumisenõustamise ja ravimite efektiivsust ning kulutõhusust ja seda ka ravimitele hüvitamistingimuste loomisel. Lisaks sigarettide suitsetamisele on viimastel aastatel lisandunud ka e-sigarettide suitsetamine, mille suhtes ei ole informatsiooni varasemas juhendis („Suitsetamisest loobumise meditsiiniline nõustamine. Metoodiline juhendmaterjal“. Tervise Arengu Instituut. 2012). Seni on suitsetamisest loobumise nõustamine Eestis toimunud peamiselt suuremates meditsiinasutustes, kus on loodud nõustamiskabinetid väljakoolitatud nõustajate baasil. Kabinettide hulk ja nõustajate arv on väikesed, mis ei taga teenuse piisavat kättesaadavust kõikidele sihtgruppidele. Hetkel Eestis puudub ühtne suitsetamisest loobujate käsitus. Puudub ühtne arusaam erinevate suitsetamisest loobumise sekkumiste sobivusest sõltuvalt patsiendi füsioloogilistest ja psüühilistest eripäradest. Suitsetamisest loobumise nõustamine vajab ühtlustamist erinevate tervisteenuste pakujate vahel parema ja kestvama tulemuse saamiseks. Vaja oleks luua kehtivad suitsetamisest loobumise algoritmid ja strateegiad, mis oleksid rakendatavad eri tervishoiusüsteemi tasemetel.

## 3. Patsiendid/sihtrühm

Kõik suitsetajad (s.h. e-sigarette, kuumutatavaid sigarette, huultubakat või –nikotiini tarvitavad isikud), kes pöörduvad meditsiinasutusse tervisehäiretega (häirete otsene seostamine suitsetamisega ei ole oluline) või kes pöörduvad kindla sihiga suitsetamisest loobumisel kaasabi saamiseks.

## 4. Haiguskoormus Eestis

Tuginedes 2018. aasta täiskasvanud (alates 16.eluaastast) rahvastiku tervisekäitumise uuringule on Eestis 17,2% ehk 190 000 suitsetajat, lisaks 1,5% ehk 16 600 e-sigareti suitsetajat ja 0,6% ehk 6 600 huultubaka tarvitajat (vanuses 16-64 aastat). Väga suur osa neist soovib tubakast loobuda ning paljud on ka seda proovinud. 2014. aastal Turu-uuringute AS poolt tehtud uuringu „Suitsetamine ning sellealased hoiakud“ kohaselt on 87% suitsetajatest mõelnud loobuda ning 60% teinud korduvaid ebaõnnestunud loobumiskatseid. 2018 aasta tegi Eestis loobumiskatse ligikaudu 66 000 suitsetajat ja neist vaid 11% kasutas selleks ravimeid (Alloja J, Pruks L-L, Ani Ü, Kiivet R-A. Suitsetamisest loobumise meetodite eelarvemõju analüüs Eestis. Tartu: Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut; 2019). Suitsetamine on peamine ennetatav suremuse ja enneaegsete surmade põhjus maailmas, põhjustades kõigest surmadest 12...31% erinevates riikides ja erinevate uuringute andmetel (WHO Global Report. Mortality Attributable to Tobacco. WHO; 2012 [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44815/9789241564434\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44815/9789241564434_eng.pdf?sequence=1); Alloja J, Pruks L-L, Ani Ü, Kiivet R-A. Suitsetamisest loobumise meetodite eelarvemõju analüüs Eestis. Tartu: Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut; 2019 ). Suitsetamisest tingitud haiguste tõttu suri Eestis 2016.aastal umbes 1900 inimest, mis moodustab 12,3% sama aasta 15 aastaste ja vanemate inimeste surmadest ( Alloja J, Pruks L-L, Ani Ü, Kiivet R-A. Suitsetamisest loobumise meetodite eelarvemõju analüüs Eestis. Tartu: Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut;

2019). Eesti geenivaramu ja surmaregistri andmetel 2017 leiti, et suitsetajatel on kolm korda suurem suremusrisk (mille peamiseks põhjusteks on hingamisteede ja kardiovaskulaarsed haigused).

Varasemas, 2004 a uuringus (Lai T, Vals K, Kiivet R-A. Haiguskoormuse tõttu kaotatud eluaastad Eestis: seosed riskifaktoritega ja riskide vähendamise kulutõhusus. Sotsiaalministeerium; 2004.

[http://rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/81/1/Sotsiaalministeerium2004\\_1.pdf](http://rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/81/1/Sotsiaalministeerium2004_1.pdf)) leiti, et suitsetamisest tingitult kaotatakse Eestis kõige rohkem eluaastaid kasvajate, südame-veresoonkonna haiguste ja hingamiselundite haiguste tõttu, samuti, et pool suitsetamisest tingitud eluaastate kaotusest langeb töövõimelisse vanuserühma (45-64 eluaastat).

E-sigarettide vedelikesse lisatavate keemiliste ainete toksilisust on tänaseks väga vähe uuritud võrreldes toksiliste ainete tavalisigaretides, kuid nende kopsu kahjustav efekt on juba kinnitust saanud. E-sigarettide ülevaate artiklite alusel (Rigotti NA, et al. Vaping and e-cigarettes. Literature review **Oct 2019**. | [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)) on toodud välja, et kuigi toksiliste ainete hulk, mille kahjulikke toimeid organismis hästi tuntakse, on e-sigaretides küll veidi väiksem, on neis siiski rohkelt teisi mürgiseid aineid (ka metalle), mille mõju kopsudele ei ole piisavalt uuritud. Probleemiks on ka see, et kõiki e-sigaretides sisalduvaid aineid ei ole alati kajastatud. Samuti on probleemiks see, et e-sigaretide n.ö. meeldivaks tegemine erinevate maitsetega (muuhulgas kirsi-, kohvi-, mentooli, kaneelimaitselise jne.) innustab neid kasutama noorte hulgas ning sellel moel alustama toodete tarbimist, mille nikotiinsõltuvus tekib samal viisil tavalise sigaretiga ning hingamisteedesse jõudvad keemilised ühendid põhjustavad kopsukahjustusi. Tõsiste riskidena on kirjeldatud ka mürgistusjuhtumeid lastega, kellele selline magusa maitsega vedelik ei ole vastumeelne ning on saadud mürgistuse selle alla neelamisel. Info e-sigareti kasutamisest tubakast loobumiseks on eksitav ning ametlike soovitusete juurde ei kuulu. Tuleb ka vältida olukorda, kus suitsetamisest tingitud terviseriske vähendada soovides luuakse endale petlik illusioon, et asendamine e-sigaretiga on olnud ohutu ning edasine loobumine ei pruugi enam tähtis tunduda. Kopsu- ja hingamisteede kahjustuse osas põhimõttelist erinevust ei ole – nii tavalisigaretide, e-sigaretide kui kuumutatavate sigarettide kasutamisel satub suits/toss/sudu hingamisteedesse. Kui tavalisigaretide suitsetamise ohtlikkus ilmnis alles 1950. ndatel, mil prof. sir Richard Doll publitseeris esimesed artiklid suitsetamise riskist kopsuvähi jt haiguste tekkes ajakirjas British Medical Journal, siis selleks ajaks oli suitsetamine levinud ca 30 aastat. Kroonilised haigused tekivad keskmiselt 20...30 aasta möödumisel alates suitsetamise algusest. Kui uue toote reklaamimisel lubatakse väiksemat kahjustust, siis teadmata on selle tähendus – kas oodatakse nende haiguste väljendumise edasilükkumist? Praeguseks on möödunud 13 aastat, mil e-sigarette hakati turustama USA-s ja Euroopas. Meditsiiniteadlased on juba välja toonud terviseriskid, arvestades elektroonsel töötlusel lenduvate keemiliste ühenditega: NO<sub>2</sub>; SO<sub>2</sub>; propüleenglükooli laguproduktid: propüleenoksiid, formaldehüüd, atsetaldehüüd (kõik teadaolevad kantserogeenid); metallid: tina, nikkel, kroom, mangaan, arseen; nitroosamiinid, lenduvad orgaanilised ühendid (volatile organic compounds); kontrollimatutel juhtudel: tetrahüdrokannabinoidid (THC) või kannabinoidid (CBD). Ka nikotiinil endal on kahjustav toime: emotsionaalse ebastabiilsuse tekkeks; nikotiini metaboliidil – kotiniinil kahjustav toime erinevate organite kahjustusele: vererõhu kõrgenemine, südame löögisageduse kiirenemine, müokardi hapnikutarviduse suurenemine, koronaarverevarustuse vähenemine -> müokardi isheemia, aju veresoonte konstriksioon või laiendamine, hüperkoagulatsioon (trombotsüütide aktivatsioon, tromboosi risk), veresoonte seinte (intima) põletik, LDL kolesterooli tõus. Kõigele lisaks on Haiguste Kontrolli ja Preventsiooni Keskus (Centers for Disease Control and Prevention – CDC) raporteerinud 2020. aasta jaanuariks aastaks üle 2700 juhtumi, milles kahtlustatakse e-sigaretide suitsetamist tõsiste kopsuhaiguste põhjusena. Seega, kuigi eeldati krooniliste haiguste

väiksemat riski, selgub hoopis tõsiasi, et tekkinud on ägedad tõsised kahjustused. Eraldi haigusena on välja toodud EVALI – e-vaping associated lung injury (võrreldud on ägeda eosinofiilse pneumooniaga), mis on põhjustanud fataalseid haigestumisi. Nende haigusjuhtumite hulgas oli sage THC sisaldava vedeliku tarbimine, kuid tekkisid ka ainult nikotiini tarvitamisel. Praeguseks on tõendatud, et e-sigareti tarvitamisega seonduvad järgnevad haigused ja kahjustused: teismelistel bronhiaalastma; teismelistel köha; ka täiskasvanutel hingamisteede ärritus (eriti kirsimaitselise vedeliku tarvitamisel – sisaldab bensaldehüüdi); rakutoksilisus – seotud maitselisanditega (eriti magusamaitseliste ja kaneelimaitsete); noortel nikotiinsõltuvuse kujunemine; tehniliste vahendite kahjustused: keemilised kahjustused limaskestadel ja tehnilise instrumendi plahvatusel tekkinud naha põletused (näo piirkonnas või taskus kandmisel vastavas tasku piirkonnas); kapslite neelamisel on tekkinud krampid, ajukahjustus, atsidoos, surmajuhtumid. USA-s on suurenenud suitsetamisega seotud kiirabikutsetest e-sigareti tarvitamisega seonduvate osakaal 0,3% -> 41,7% (2010.a -> 2015.a), mil kaebusteks on enamasti iiveldus, oksendamine ja silmade ärritus. Lisaks tõendatud tervisekahjudele on kahtluse all kopsufunktsiooni langus, ning juba ka passiivse suitsetamise terviseriskid, kuna on leitud, et e-sigareti suitsetamisel lendub niklit ja kroomi isegi rohkem kui tavasigaretist. Meditsiiniliselt on keeruline prognoosida uute toodete ohtlikkust ja pikaajalist toimet. WHO raport (Electronic nicotine delivery systems. Report by WHO. July 1, 2014 <http://apps.who>): Minimaliseerida terviseriske tarvitajatele ja passiivsetele tarvitajatele. Peatada tõendamata lubadused tervise osas.

## **5. Erinevused ravipraktikas ja/või tervisetulemites ja/või tervishoiukuludes**

Suitsetamisest loobumise nõustamine Eestis toimub Tervise Arengu Instituudi poolt koolitatud personaliga 1990. aastate lõpust, ning alates 2012 a. publitseeritud juhendi alusel. Nimetatud juhendi alusel toimub nõustamine SLN kabinettides, kus on koolitatud arstid, õed, ämmaemandid; lisaks on koolitatud psühholooge ja füsioterapeute, kes praegu nõustamisteenust ei teosta (kuna ei ole meditsiinitöötajad). 2012 a. juhend toetub rahvusvahelistele juhenditele, kaasates: motiveerivat intervjuerimist, loobumisprotsessi juhendamist ja ravimite toime tutvustamist ning raviskeemi koostamist; kusjuures Eestis on kasutusel kõik kolm esmavaliku ravimit: nikotiinasendusravimid ja bupropioon ning varenikliin. Lisaks teostavad perearstid ja eriarstid motiveerivat intervjuerimist erinevate sõltuvushäirete korral, s.h. suitsetamisest sõltlaste korral, kuid tavavastuvõtu aja vältel ei ole võimalik teostada põhjalikku nõustamist, mis kaasaks kõiki komponente sõltuvushäirete raviks. Ravimite väljakirjutamisel takistust ei ole. Ravimite valiku suhtes peavad olema olemas olemas piisavad teadmised ravimite kõrvaltoimetest ja koostoimetest teiste ravimitega, eriti arvestades, et nii nagu nikotiin mõjutab tsentraalset närvisüsteemi, nii ka sõltuvuse ületamiseks kasutatavad ravimid. Suitsetamisest loobumise kohta küsitakse sageli infot ka apteekritelt, kes vajavad selle alast koolitust ja teadmisi nikotiinasendusravi soovitude suhtes. Lisaks on tekkinud segadus e-sigarettide, kuumutatavate sigarettide, huuletubaka ja huulenikotiini turule tulekuga, mil tootjad reklaamivad tooteid suitsetamisest loobumise eesmärgil ja „vähem ohtlikuna“, mistõttu ei saa välistada, et suitsetajad on saanud SLN-kabinettidest väljaspool soovitud e-sigarettide kasutamiseks/suitsetamiseks (tavasigaretide asemel).

## **6. Eeldatav mõju patsiendi tervisenäitajatele ja/või ressursside kasutusele**

Suitsetajatel, kes loobuvad enne 35.ndat eluaastat, on sarnane eluiga mittersuitsetajatega ( Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. BMJ. 26. juuni 2004;328(7455):1519).

Suitsetamisest loobumise meetodite eelarve mõju analüüsis ( Alloja J, Pruks L-L, Ani Ü, Kiivet R-A. Suitsetamisest loobumise meetodite eelarvemõju analüüs Eestis. Tartu: Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut; 2019) toodi välja, et kulutõhususe mõju tervishoiusüsteemile suitsetamisest loobumisel saab hinnata pikaajaliselt, arvestades terviseriskide ja suremuse vähenemist ning seeläbi tervishoiukulude vähenemist. Kulutõhususe uuringutes on arvestatud viie haiguse (kroonilise obstruktiivse kopsuhaiguse, südame isheemiatõve, astma, insuldi ja kopsuvähi) teket, inimese elukvaliteeti, riski surra ja keskmist kulu tervishoiuteenusele. Kulutõhusus sõltub siiski epidemioloogiast, ravimeetoditest, kulustruktuurist, ravimite hinnast ja suitsetamisega seotud haiguste ravikuludest, mis on riigiti erinevad. Ravimite kulutõhusust on järeldatud paljude (sh Ida-Euroopa) riikide olustikus, toetab hinnangut, et ka Eestis võiksid kehtida samad järeldused. Enamikes uuringutes on hinnatud ravimi kulutõhusust võrreldes ravimiteta loobumisega (või teise ravimiga) ja üldjuhul leitud, et ravimite kaasabil on sekkumine tervishoiule kulutõhusam. Mitmetes uuringutes toodi välja varenikliini eelistus võrreldes teiste ravimitega, kuid suurt osa uuringutest oli rahastanud varenikliini tootja. Ka nn sõltumatutes analüüsidest oli leitud, et suitsetamisest loobumise ravimid on kulutõhusad (kuigi mitte kulusäästvad) (Alloja J, Pruks L-L, Ani Ü, Kiivet R-A. Suitsetamisest loobumise meetodite eelarvemõju analüüs Eestis. Tartu: Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut; 2019). Samas analüüsis on kirjeldatud, et loobumismeetodid on väiksema kulutõhususega riikides, kus suitsetamisest loobujate kohort on vanem, suitsetamise levimus vanemaealiste seas on suurem, suitsetamisest loobumise meetodite hind on suurem või analüüsis kasutatav diskontineerimismäär suurem. Seevastu kulutõhusus paraneb juhul, kui riigis on suitsetamisega seotud haigustesse haigestumine, nende haigustega seotud suremus või nende haiguste ravimise kulu suurem. Võttes arvesse, et suitsetamine on Eestis üsna levinud ning haigestumine ja suremus suitsetamisega seotud haigustesse suurem võrreldes teiste arenenud riikidega, võib eeldada, et ka Eestis on suitsetamisest loobumist toetavad ravimid kulutõhusad (Alloja J, Pruks L-L, Ani Ü, Kiivet R-A. Suitsetamisest loobumise meetodite eelarvemõju analüüs Eestis. Tartu: Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut; 2019 ).

## **7. Peamised ravijuhendi kasutajad**

*Tervishoiu valdkonnad või tasandid, kus kavandavat juhendit peamiselt rakendatakse.*

Kõik tervishoiu töötajad, kes oma tööülesannetest lähtuvalt puutuvad kokku inimestega, kes soovivad suitsetamisest loobuda või kellele on näidustatud suitsetamisest loobumine tervislikel põhjustel

Ravijuhendi koostamise käigus on plaanis koostada suitsetamisest loobumise nõustamise algoritmid eraldi:

- Suitsetamisest loobumise nõustamiskabinettidele koos psühhiaatria keskustega, kaasates ka laste ja noorukite loobumisenõustamise
- Perearstikeskustele, kaasates ka laste ja noorukite loobumisenõustamise
- Haiglaraviosakondadele
- Naistenõuandlatele
- Apteekidele

## 8. Teemad, mida juhendis EI käsitleta

Suitsetamisest loobumisel teiste kaasuvate somaatiliste ega psühhiaatriliste haiguste raviskeeme

## 9. Kliinilised küsimused või probleemid, mida on vaja lahendada

### Kliinilised küsimused

1. Millised nõustamistehnikad sobivad inimesele, kes on juba motiveeritud suitsetamisest loobuma?
2. Millised nõustamistehnikad sobivad madala motivatsiooni tasemega patsiendile?
3. Suitsetamisest loobumise nõustamisel kasutatavad ravimid ja nende kasutamisega seotud kasud ja ohud.
  - 4.1 Kas nõustamisel valitud ravimid (nikotiinplaaster, bupropioon ja varenikliin) on kulutõhusad ka (F17.25 diagnoosi koodiga) ravimitele soodustuse võimaldamisel ?
  - 4.2 Kas loobumisnõustamise ja ravimite korduva kasutamise kompenseerimine on kulutõhus?; 4.3 Kas kordusnõustamiste arv ning ravimite kompenseerimise kordumine peaks olema piiratud iga aasta kohta?
5. Kas intensiivne nõustamisteenus peaks toimuma ainult nõustamiskabinettides või peaks olema kättesaadav ka peremeditsiini keskustes ja psühhiaatriakeskustes, arvestades paremat kättesaadavust suitsetajale, kuid samas töökoormust ja personali olemasolu?
6. Kas kontaktvisiitidele lisaks kaugvastuvõttud (video-lahendusega) suurendaksid nõustamisteenuse kättesaadavust ilma kvaliteeti kaotamata, arvestades arenevat telemeditsiini, patsientidele IT-lahenduste kättesaadavust ja ühiskonnas esinevat infektsiooniohtu.?
7. Millised küsimustikud peavad olema täidetud enne ravimite valikut, hindamaks nikotiinsõltuvust ja emotsionaalset seisundit ning ära hoidmaks individuaalseid kõrvaltoimeid, arvestades ka erigruppe (lapsed, noored, rasedad, psühhiaatrilise kaasuva haigusega).
8. Millist informatsiooni ja kuidas tuleb edastada patsiendile nikotiinsõltuvuse mehhanismist ning rituaalsest tegevusest
9. Kas plaanilisele statsionaarsele ravile (nt planeeritavale kirurgilisele ravile) suunatud patsiendid peaksid saama nõustamist ja olema suitsetamisvabad vähemalt 2 nädalat (peremeditsiinikeskuses vastava koolitusõe poolt ja/või eriarsti juures töötava koolitusõe poolt)
10. Kas erakorraliselt statsionaarsele ravile sattunud suitsetajale peab olema tagatud nikotiinplaastri olemasolu haiglas viibimise perioodil

### Tervishoiukorralduslikud küsimused:

1. Kuidas luua hästi kättesaadav nõustamisteenus inimesele, kes soovib suitsetamisest loobuda, ühtlasi jätkates võimalust, et suitsetaja ei vajaks saatekirja ja ei vajaks ka haigekassa kindlustatust. Kuidas tagada ootejärjekordade lühenemist nõustamisteenusele?
2. Kuidas leida ja dokumenteerida erinevate terviseprobleemidega pöördujate hulgast alati suitsetamine (ka e-sigarettide, kuumutatavate sigarettide) ja huule tubaka ning huule nikotiini tarvitamine, ning tagada loobumissoovitus (motivatsioonilise intervjuerimise meetodil)?
3. Kuidas tagada suitsetamisest loobujale sobivat juhendamist ja järjepidevat käsitlust?
4. Kuidas kajastada seisu järgnevatel tervisevisiitidel, arvestades suitsetamise kui kroonilise sõltuvushäirega.?
5. Millised materjalid peaksid olema jagatavad motivatsioonilisel intervjuerimisel ja kas patsient saaks soovi korral loobumiskaardid sama visiidiga seondult (peremeditsiinikeskuses vastava koolitusõe poolt)
6. Millise koolituse ja täiendkoolitused peavad läbima nõustamisteenust pakkuvad arstid, õed, ämmaemandid, apteekrid, kliinilised psühholoogid, kliinilised füsioterapeudid.

#### **10. Erialad, kellega konsulteeriti koos vastutava isiku kommentaariga**

1. Tervise Arengu Instituut
2. Eesti Perearstide Selts
3. Eesti Psühhiaatrite Selts

Teemaalgatuse koostamise käigus konsulteeriti Tervise Arengu Instituudi, Eesti Perearstide Seltsi ning Eesti Psühhiaatrite Seltsi esindajatega. Kõigi kolme seltsi esindajate arvamusel käesolevalt on suurimaks probleemiks suitsetavate patsientide madal motivatsiooni tase, mille tõstmisele tuleb patsiendi nõustamisel kindlasti tähelepanu pöörata. Suitsetamisest loobumise ravijuhendis peab käsitlema motiveeriva intervjuerimise erinevate tehnikate rakendamise võimalusi suitsetava patsiendi nõustamisel.

Tervise Arengu Instituudi poolt on juhitud tähelepanu vajadusele tõsta motiveeriva intervjuerimise koolituste kättesaadavust kõikidele suitsetamisest loobumise nõustajatele.

#### **11. Teemaalgataja kontaktandmed**

Teema algataja nimi ja e-posti ja/või postiaadress.

Eesti Kopsuarstide Selts ([rain.jogi@kliinikum.ee](mailto:rain.jogi@kliinikum.ee); [ylle.ani@kliinikum.ee](mailto:ylle.ani@kliinikum.ee))