

Patrick Sandström, Anu Leppänen, Olli Simonen (toim.)

TUPAKASTA VIEROITUKSEN ORGANISOINTI JA KÄYTÄNNÖT

Kirjoittajat:

Piivikki Absetz, Dos., PsT, erikoistutkija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL)
Marja Airaksinen, Prof., FaT, Helsingin yliopisto
Hanne Heikkinen, VTM, tutkija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL)
Vesa Jormanainen, LL, THM, EL, johtaja, Lääkehoitojen arviointi-prosessi, Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus (Fimea)
Jukka Kentala, FT, HLL, EHL, johtava ylihammaslääkäri, Vaasan kaupunki
Terhi Kurko, Proviisori, tohtorikoulutettava, Helsingin yliopisto
Anu Leppänen, TtM, terveystieteiden erikoistutkija, Hengitysliitto Heli
Helinä Mesiäislehto-Soukka, TtT, KM, YM, lehtori, Seinäjoen ammattikorkeakoulu
Hanna Ollila, VTM, asiantuntija-tutkija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL)
Kristiina Patja, Dos., EL, toiminnanjohtaja, Lääkärien ammatillisen kehittymisen tuki ry, Pro Medico
Sanna-Mari Salomäki, KTM, viestinnän tutkija ja asiantuntija, Kuule Oy
Patrick Sandström, Asiantuntija-tutkija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL)
Olli Simonen, EL, MsCM
Klas Winell, LL, EL, laatuverkostokoordinaattori, Conmedic

Patrick Sandström, Anu Leppänen, Olli Simonen (toim.)
Tupakasta vieroituksen organisointi ja käytännöt.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:15

ISBN 978-952-00-2907-4 (nid.)
ISBN 978-952-00-2908-1 (PDF)

ISSN 1236-2050 (painettu)
ISSN 1797-9854 (verkkójulkaisu)

URN:ISBN:978-952-00-2908-1
<http://um.fi/URN:ISBN:978-952-00-2908-1>

www.stm.fi/Julkaisut

Kannen kuva: Plugi
Kustantaja: Sosiaali- ja terveysministeriö
Taitto: AT-Julkaisutoimisto Oy
Paino: Yliopistopaino, Helsinki 2010

TIIVISTELMÄ

TUPAKASTA VIEROITUKSEN ORGANISOINTI JA KÄYTÄNNÖT

■ Tupakointi on yleisin estettävissä oleva kuolleisuuden aiheuttaja länsimaissa. Vuonna 2008 neljännes suomalaisista aikuisista miehistä ja lähes viidennes naisista tupakoi. Heistä seitsemän kymmenestä haluaisi lopettaa tupakoinnin. Tupakointi on yhä enenevässä määrin alemman koulutustason indikaattori ja tätä kautta yksi suurimmista esteistä terveysterojen kaventamisessa.

Käypä hoito -suosituksen mukaan tupakasta vieroituksen tulisi sisältyä terveydenhuollon toimintasuunnitelmaan sekä perus- että erikoissairaanhoidossa. Valtaosa tupakoijista käy terveydenhuollon ammattilaisen vastaanotolla kerran tai useammin vuoden aikana, ja on osoitettu, että ammattilaisten antama tuki lopettamisyrityksessä on tehokas. Tupakasta vieroitus tulisikin sitoa entistä tiiviimmin tupakoijan kokonaisarvioon niin, että se on kiinteä osa jokaisen potilaan hoitoa.

Keskeiset esteet toimivalle tupakasta vieroitukselle ovat aikapula, puutteellisesti toimivat hoitoketjut ja resurssipula. Tupakasta vieroitus onnistuu parhaiten moniammatillisena yhteistyönä. Täten tärkeää tupakasta vieroituksessa on luoda katkeamaton hoitoketju ja palautejärjestelmä terveydenhuollon eri ammattiryhmien ja toimijoiden välillä.

Erityisen tärkeää tehokkaan paikallisen vieroitustoiminnan rakentamisessa on työnantajan tuki. Väestölle tulee olla tarjolla osaamiskeskuksia, joissa on vieroituksen erityisosaamista ja käyttäytymistieteellistä asiantuntemusta. Terveyskeskukset eivät kuitenkaan näyttäisi resursoivan tupakasta vieroituksen erityistyöntekijöihin yhtä vahvasti kuin muihin terveydenhuollon erityiskoulutettuihin. Kunnissa pitäisi laatia tupakkapoliittiset ohjelmat.

Tupakasta vieroittamiseen liittyvät toimet, kuten lääkärin kehoitus, neuvonta, ryhmävieroitus ja nikotiinikorvaus, ovat taloudellisten arviointitutkimusten ja vaikuttavuuden järjestelmällisten katsausten mukaan erittäin kustannusvaikuttavia. Lopettamisella säästyneiden kustannusten osuus on sitä suurempi mitä nuorempana tupakointi lopetetaan, mutta vielä 60–64-vuotiailla lopettajilla odotetut säästöt ovat yli 70 prosenttia välittömistä hoitokustannuksista.

Esimerkiksi päivittäin tupakoivat miehet menettävät työkyvyttömyyden ja ennenaikaisten kuolemien seurauksena keskimäärin 2,6 työvuotta tupakoimattomiin ja 1,8 työvuotta tupakoinnin lopettaneisiin miehiin verrattuna. Tupakoinnin lopettamisella olisi mahdollista säästää yli 60 prosenttia odotetuista työvuosien menetyksistä (1,6 työvuotta).

Asiasanat:

Aluellinen yhteistyö, hyvät käytännöt, terveydenhuolto, tupakka, vieroitus

SAMMANDRAG

ORGANISERING AV TOBAKSAVVÄNJNING OCH PRAXIS

■ Tobaksrökning är i västvärlden den vanligaste dödsorsaken som kan förebyggas. År 2008 rökte en fjärdedel av de vuxna männen och nästan en femtedel av kvinnorna i Finland. Sju av tio bland dem skulle vilja sluta röka. Rökning är i allt högre grad en indikator för lägre utbildningsnivå och därigenom ett av de största hindren för att minska hälsoskillnaderna.

Enligt God praxis-rekommendationen bör tobaksavvänjning ingå i handlingsplanen för hälso- och sjukvården på både den primära och den specialiserade nivån. Största delen av rökarna söker vård inom hälso- och sjukvården en eller flera gånger under ett år, och det har påvisats att stödet från yrkesutbildade personer är effektivt vid försök att sluta röka. Tobaksavvänjningen bör därför bättre integreras i helhetsbedömningen av en rökares hälsotillstånd, så att den blir en fast del av vården av varje patient. De viktigaste hindren för effektiv tobaksavvänjning är tidsbrist, bristfälligt fungerande vårdkedjor och resursbrist. Avvänjningen lyckas bäst genom multiprofessionellt samarbete. Därför är det viktigt att skapa en sammanhängande vårdkedja och ett responssystem mellan de olika yrkesgrupperna och aktörerna inom hälso- och sjukvården.

Arbetsgivarens stöd är särskilt viktigt när det gäller att bygga lokal avvänjningsverksamhet. Det bör finnas kompetenscentrum med specialkompetens om avvänjning och beteendevetenskaplig expertis som erbjuder sina tjänster för befolkningen. Hälsovårdscentralerna förefaller dock inte satsa lika mycket resurser på specialarbetare inom tobaksavvänjningen som på andra specialutbildade grupper inom hälso- och sjukvården. Kommunerna borde utarbeta sina egna tobakspolitiska program.

Åtgärder med anknytning till tobaksavvänjning, såsom läkarens uppmaning, rådgivning, gruppavvänjning och nikotinersättning, är enligt ekonomiska utvärderingsstudier och systematiska rapporter om effektivitet mycket kostnadseffektiva. Andelen kostnader som sparas genom att människor slutar röka är desto högre ju yngre de som slutar röka är, men besparingar kan även förväntas i åldersgruppen 60–64 år: över 70 procent av de direkta vårdkostnaderna.

Till exempel män som röker dagligen förlorar i jämförelse med rökfria i medeltal 2,6 arbetsår på grund av arbetsoförmåga och förtida dödsfall och i jämförelse med män som slutat röka 1,8 arbetsår. Om människor slutade röka skulle det vara möjligt att spara mer än 60 procent av den förväntade förlusten av arbetsår (1,6 arbetsår).

Nyckelord:

Avvänjning, god praxis, hälso- och sjukvård, regionalt samarbete, tobak

SUMMARY

ORGANISATION AND PRACTICES OF TOBACCO CESSATION SERVICES

■ Smoking is the most common preventable cause of death in the Western world. In 2008, 24 per cent of adult men and 18 per cent of women were smokers in Finland. Seven out of ten of them would like to quit smoking. Smoking is increasingly an indicator of lower educational level and, accordingly, one of the biggest obstacles to reducing health inequalities.

According to the Current Care guideline tobacco cessation should be included in the health care action plan in both primary and specialised health care. The majority of smokers visit a health care professional once or several times during a year, and there is evidence that the professionals can provide efficient support for attempts to quit smoking. Tobacco cessation should indeed be involved in the overall assessment of a smoker's health, so that it will be an integral part of the treatment of every patient. The most important obstacles to efficient tobacco cessation are lack of time or resources and care pathways that do not function appropriately. Tobacco cessation is most successful when carried out in multiprofessional cooperation. Thus it is important to create a functioning care pathway for tobacco cessation, as well as a feedback system between the different groups of health care professionals and other relevant actors.

Employer support is especially important in organising local cessation services. There should be centres of excellence that provide the population with special expertise in cessation and expertise based on behavioural sciences. The local health centres however seem not to allocate as much resources to special workers engaged in tobacco cessation as to other health care specialists. The local authorities should draw up plans of action regarding tobacco policy.

Measures related to tobacco withdrawal, such as doctors' advice, counselling, group counselling and nicotine substitution are, in the light of economic evaluation studies and systematic reviews of effectiveness, most cost-effective. The proportion of costs saved through quitting smoking is greatest when people quit smoking at a young age, but even in the group of 60 to 64-year-olds the expected savings exceed 70 per cent of the direct treatment costs.

Compared with non-smokers, for instance men that are daily smokers lose on average 2.6 years of work as a result of incapacity for work and premature death, and compared with men that have stopped smoking 1.8 years of work. It would be possible to save more than 60 per cent of the expected loss of years of work (1.6 years of work) if smokers quit.

Key words:

Cessation, good practise, health care, local collaboration, tobacco

SISÄLLYS

Tiivistelmä	3
I Tupakasta vieroitus – jokaisen terveydenhuollon ammattilaisen velvollisuus	11
2 Vieroituksen organisointi terveydenhuollossa	13
2.1 Suositukset vieroituksen järjestämisestä.....	13
2.2 Mitä tiedetään vieroitushoidon organisoinnin vaikuttavuudesta	15
2.3 Vieroitushoidon nykytila terveydenhuollossa.....	16
2.3.1 Tupakkaklinikat	16
2.3.2 Tupakointiin puuttuminen vastaanotoilla.....	16
2.3.3 Savuton terveydenhuolto	17
2.4 Suositukset kirjallisuuden ja kokemusten perusteella.....	17
2.4.1 Vieroitus on osa savuttomuusstrategiaa	17
2.4.2 Vieroitus terveyskeskuksessa.....	17
2.4.3 Vieroitus työterveyshuollossa.....	18
2.4.4 Vieroitus yksityisessä terveydenhuollossa	18
2.4.5 Vieroitus erikoissairaanhoidossa	18
2.4.6 Vieroitus apteekissa	19
2.4.7 Vieroitus hammashuollossa.....	19
2.4.8 Internetin ja intranetin hyödyntäminen	19
2.4.9 Vieroitus – jokaisen ammattilaisen velvollisuus.....	19
3 Terveydenhuollon ammattilaiset tupakasta vieroituksen tukena – tutkimuskatsaus	21
3.1 Vieroitusosaaminen ja koulutus	21
3.1.1 Miten hyvin hoitosuositus tunnetaan?.....	21
3.1.2 Luottamus omaan osaamiseen	23
3.1.3 Mikä tukee hoitosuosituksen omaksumista.....	24
3.2 Vieroitustyö on terveydenhuollon ammattilaisten mielestä tärkeää..	25
3.3 Vieroitustyön esteet	26
3.3.1 Ajanpuute.....	26
3.3.2 Hoitopolun toimimattomuus.....	26
3.3.3 Yksityisyyden loukkaaminen.....	27
3.3.4 Resurssipula.....	27
3.4 Moniammatillinen yhteistyö	28
3.5 Johtopäätökset	28
4 Esimerkkejä vieroitustyön toteutumisesta – tupakasta vieroitus kuuluu kaikille	33
4.1 Apteekilla monipuolinen rooli tupakasta vieroituksessa.....	33
4.2 TYKS:ssä tupakasta vieroitus on osa sairauden hoitoa.....	35
4.3 Savuton Savo kokoaa osaamisen	37

5	Tupakka tupakoivan mielessä ja mielestä	40
5.1	Tupakoinnin monet merkitykset.....	41
5.2	Tupakoija ja kasvavat paineet	42
5.3	Lopettamisen taustalla	43
5.4	Lopettamisen vaikeus ja ihanuus	44
5.5	Lopettamisen esteitä	45
5.6	Lopuksi	47
6	Elämäntapamuutos – miten se tapahtuu, miten sitä voi edistää?	51
6.1	Kehässä pyöriminen on turvallista	52
6.2	Pienten askelten strategia muutoksenteossa.....	54
6.3	Vapaaehtoisesti vai pakolla?	55
6.4	Tasapainottelua terveyspyrkimysten ja nautinnonhalun välillä	58
6.5	Miten selvitä arkisista kiusauksista?	59
6.6	Hiljaa ja hallitusti, kohtuudella mutta nauttien.....	61
7	Vieroituksen apuvälineet – lopettajan näkökulmasta.....	63
7.1	Tupakkariippuvuus	63
7.2	Tupakoinnin lopettaminen: matka tupakoimattomaksi.....	65
7.3	Tupakoinnin lopettaminen – tietoa, tahtoa ja oppimista	65
7.4	Tietoa on tarjolla	65
7.5	Puhelinneuvonta tahtoa tukemassa	66
7.6	Terveydenhuollosta apua.....	68
7.7	Ryhmästä tukea oppimiseen	70
7.8	Puhelimessa vieroittaminen	72
7.9	Internetissä vieroittaminen.....	73
7.10	Lääkehoidot.....	74
7.11	Ympäristö lopettajan tukena: koulu, harrasteet ja työ.....	75
7.12	Vieroituksen tuki – mitä esteitä?	76
7.13	Johtopäätökset.....	77
8	Lääketaloudellinen selvitys lääkkeistä tupakoinnin lopettamisessa	80
8.1	Kohdeväestöt.....	81
8.2	Arvioitavat menetelmät ja vertailumenetelmät.....	82
8.3	Tavoitellut terveysvaikutukset	82
8.4	Välittömät kustannukset	83
8.5	Lopettajat, välittömät kustannukset ja kustannukset lopettajaa kohti.....	83
8.6	Pohdintaa.....	86
	Liite: Aineisto ja menetelmät.....	97

I TUPAKASTA VIEROITUS – JOKAISEN TERVEYDENHUOLLON AMMATTILAISEN VELVOLLISUUS

Peruspalveluministeri Paula Risikko

■ Terveydenhuollon ammattilaiset ovat tupakasta vieroituksen suhteen tärkeässä asemassa. On osoitettu, että ammattilaisten antamalla tuella on myönteinen vaikutus lopettamispäätöksen tekemiseen ja yrityksen onnistumiseen.

Erilaiset toimet tupakasta vieroittamiseksi, kuten lääkärin kehoitus, neuvonta, ryhmävieroitus ja nikotiinikorvaus ovat taloudellisten arviointitutkimusten ja vaikuttavuuden järjestelmällisten katsausten mukaan erittäin kustannusvaikuttavia.

Tupakoinnin vähenemiseen vaikuttaa kaksi tekijää: se, kuinka moni tupakoitsijoista yrittää lopettaa, ja se, kuinka suuri osa lopettamista yrittävistä onnistuu. Käypä hoito -suosituksessa: Tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot (2006) korostetaan tupakoinnin lopettamisen haasteellisuutta sen aiheuttaman voimakkaan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen riippuvuuden takia.

Vaikka valtaosa tupakoitsijoista käy terveydenhuollon ammattilaisen vastaanotolla kerran tai useammin vuoden aikana, eivät lääkärit, hoitajat, hammaslääkärit ja apteekkilaiset kuitenkaan aina puutu asiakkaidensa tupakointiin niin aktiivisesti kuin olisi mahdollista.

Terveydenhuollon ammattilaisten tulee lisätä aktiivisuuttaan tupakointiin puuttumiseen kaikessa potilastyössään. Puuttumisessa tarvitaan herkkyyttä vuorovaikutustilanteissa, kykyä motivoivaan keskusteluun sekä perustietämystä vieroituslääkkeiden käytöstä ja ominaisuuksista. Keskeistä onnistuneessa vieroituksessa on tunnistaa, miten tupakoitsija itse kokee tupakoinnin ja mitä merkitystä sillä on hänelle itselleen. On selvitettävä, mitkä ovat ne myönteiset puolet, joita tupakoitsija kokee tupakoidessaan, ja miten hän pystyy korvamaan niitä lopettaessaan tupakoinnin.

Vastoin yleistä uskomusta kaikki tupakoitsijat eivät ole tarpeeksi hyvin tietoisia tupakoinnin vaaroista. Tupakoinnin lopettaminen vaatii tietoa, taitoa, oppimista ja tukea. Tupakoitsija, niin aikuinen kuin nuori, tarvitsee yksilöllistä tukea lopettamisen edessä. Tupakoitsijat eivät kaipaa riskilähtöistä ohjausta vaan kannustavaa ja omia voimavaroja voimistavaa ja vahvistavaa neuvontaa.

Tupakasta vieroitus kannattaa sitoa entistä tiiviimmin tupakoitsijan kokonaisarvioon niin, että se on kiinteä osa jokaisen potilaan hoitoa. Terveyskeskuksissa tulee huolehtia, että alueelle on tehty toimintasuunnitelma, josta selviävät systemaattisen puuttumisen ja auttamisen mallit.

Myös sairaaloissa lääkärin ja hoitajien tulee aktiivisesti puuttua potilaiden tupakointiin ja kannustaa heitä lopettamaan. Väestölle tulee olla tarjolla

palveluja, joissa on saatavilla vieroituksen erityisosaamista ja käyttäytymistieteellistä asiantuntemusta. Kunnissa on hyvä laatia tupakkapoliittiset ohjelmat.

Vierointu onnistuu parhaiten moniammatillisena yhteistyönä, jossa jokainen terveydenhuollon ammattilainen tietää sekä omat että muiden tehtävät ja mahdollisuudet hoitopolussa. Hoitopolussa on myös tärkeää olla toimiva palautejärjestelmä. Työnantajan tuki on erityisen tärkeä tehokkaan paikallisen vieroitustoiminnan rakentamisessa. Tärkeintä on, että ihminen, joka haluaa irti tupakasta, saa palvelujärjestelmältä ja lähiyhteisöiltään monipuolista tukea ja apua tämän toteuttamiseen.

Tupakointi on yleisin estettävissä oleva kuolleisuuden aiheuttaja länsimaissa. Kuolemista 14 % aiheutuu tupakkaperäisistä sairauksista, ja joka toinen tupakoitsija kuolee ennenaikaisesti tupakan aiheuttamiin sairauksiin. Päivittäin tupakoivat miehet menettävät työkyvyttömyyden ja ennenaikaisen kuoleman seurauksena keskimäärin 2,6 työvuotta tupakoimattomiin ja 1,8 työvuotta tupakoinnin lopettaneisiin miehiin verrattuna.

Vuonna 2008 suomalaisista aikuisista miehistä tupakoi 24 % ja naisista 17 %. Tupakoinnin haluaisi lopettaa seitsemän kymmenestä. Tupakoivista miehistä joka viides ja naisista joka neljäs on yrittänyt lopettaa edeltäneen vuoden aikana. Tupakoinnin lopettamisella olisi mahdollista säästää yli 60 % odotetuista työvuosien menetyksistä (1,6 työvuotta).

Tupakoinnilla ja koulutustasolla on yhteys. Alimpaan koulutusryhmään kuuluvat tupakoivat eniten, naisista lähes 30 % ja miehistä lähes 40 % tupakoi päivittäin. Ylimpään koulutusryhmään kuuluvien päivittäistupakointi on jopa 20 prosenttiyksikköä vähäisempää (miehet alle 20 % ja naiset noin 10 %). Tupakointi on yksi suurimmista esteistä koulutusryhmien välisten terveyserojen kaventamisessa. Myös nuorilla tupakoinnin yleisyydessä on suuria eroja. Lukiolaisista 9 % tupakoi päivittäin, ammattiin opiskelevista 38 %.

Vuonna 2004 tupakoinnista johtuvien sairauksien (keuhkohtaumatauti, keuhkosityöpä, sydäninfarkti) välittömät terveydenhuollon hoitokustannukset (sairaaloiden vuodeosastohoito, avohoito, lääkkeet) olivat Suomessa väestötasolla arviolta 246 miljoonaa euroa. Kustannuksista säästyisi 85 % jos kaikki tupakoitsijat lopettaisivat tupakoinnin. Lopettamisella säästyneiden kustannusten osuus on sitä suurempi, mitä nuorempina tupakointi lopetetaan, mutta vielä 60–64-vuotiailla lopettajilla odotetut säästöt ovat yli 70 % välittömistä hoitokustannuksista.

2 VIEROITUKSEN ORGANISOINTI TERVEYDENHUOLLOSSA

Klas Winell

■ Tupakointi on edelleen suuri kansanterveysongelma maassamme. Lähes miljoona tupakoitsijaa, 30 % työikäisistä miehistä ja 20 % työikäisistä naisista, on niin suuri määrä, että tarvitaan jokaisen terveydenhuollon ammattilaisen aktiivista toimintaa vieroituksessa auttamiseen. Työikäisten lisäksi alaikäisten nuorten keskuudessa on paljon tupakoitsijoita: pahin tilanne on toisen asteen ammatillisessa koulutuksessa, jossa 40 % tupakoi päivittäin. Yli kaksi kolmesta tupakoitsijasta tapaa vuosittain terveydenhuollon ammattilaisen, ja alaikäiset tavoitetaan vielä säännöllisesti koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa sekä hammashuollossa. Näissä kohtaamisissa tupakoinnista kysyminen osoittaa, kuinka tärkeänä ammattilainen pitää tupakoimattomuutta terveyden kannalta.

Tupakoitsija haluaa ja tarvitsee ammattilaisen tukea motivoidessaan itseään tupakoimattomuuteen. Lähes 70 % tupakoitsijoista haluaisi lopettaa. Nikotiiniriippuvuus on kuitenkin monelle este. Lisäksi elämäntilanne ja ympäristön riittämätön tuki voivat olla tupakoinnin lopettamisen esteinä. Ammattilaisen tuki voi olla ratkaiseva raivattaessa esteitä matkalla tupakoimattomuuteen.

Terveydenhuollossa on tilanteita, joissa voi pitää hoitovirheenä, jos lääkäri ei puutu tupakointiin. Näin on esimerkiksi sydän- ja verisuonisairauksien yhteydessä. Tällöin tulee systemaattisesti puuttua tupakointiin; jokaisen infarktipotilaan tupakointistatus selvitetään ja häntä kehoitetaan lopettamaan riskin ja sairauden takia.

Terveydenhuollossa tulee järjestää hoitopolut siten, että on määritetty sairaudet, joissa tupakointiin on ehdottomasti kajottava. Samoin tulee nimetä ikäryhmätarkastukset ja joukkoseulonnat, joissa jokaisen kävijän tupakointistatus selvitetään ja tehdään tarvittaessa mini-interventio tupakasta vieroittamiseksi.

Jotta koko tupakoitsijajoukkoon saataisiin riittävä vaikutus, tulee terveydenhuollon ammattilaisten lisätä aktiivisuuttaan tupakointiin puuttumisessa kaikessa potilastyössään. Lopettamiseen kannustavan mini-intervention toteuttamiseen tarvitaan herkkyyttä vuorovaikutustilanteissa, kykyä motivoivaan kuunteluun sekä perustietämystä vieroituslääkkeiden käytöstä ja ominaisuuksista.

2.1 SUOSITUKSET VIEROITUKSEN JÄRJESTÄMISESTÄ

Tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot: Käypä hoito -suositus ehdottaa, että omalääkäri, työterveyslääkäri ja hammaslääkäri arvioivat ja kirjaavat kerran vuodessa potilaidensa tupakointitilanteen ja kannustavat tupakoitsijoita lopettamaan (Käypä hoito 2006). Samaa toivotaan neuvo-

Taulukko I. Hoidon organisointi terveydenhuollon eri toimintapisteissä (Käypä hoito 2006).

	Minimitavoitteet	Tiedon minimitaso
Avohoito julkisella ja yksityisellä sektorilla		
Omalääkäri Hammaslääkäri Työterveyslääkäri	Arvioi ja kirjaa kerran vuodessa potilaiden tupakointitilanteen Kehottaa tupakoivia potilaita Tarjoaa korvaushoitoja	Tuntee tupakoinnin lopettamisen "Kuusi K:ta" Tuntee oman alueensa vieroituspalvelut Tuntee nikotiinikorvaushoidon periaatteet
Neuvola, koulu- ja opiskelijaterveydenhoitaja Astma-, verenpaine- ja diabeteshoitaja		Tuntee tupakoinnin merkityksen sairauksien vaaratekijänä
Johtava lääkäri perusterveyden- ja työterveyshuollossa	Sisällyttää tupakasta vieroituksen terveydenhuollon toimintasuunnitelmaan Varaa toiminnan edellyttämät resurssit ja huolehtii henkilöstön kouluttamisesta Huolehtii, että vieroittamistyö toteutuu suunnitelmien mukaan Vastaa paikallisen vieroitushojelman tekemisestä Vastaa vieroitushoitoyksikön palvelujen saataavuudesta Informoi kunnallisia päätöksentekijöitä	Tuntee tupakoinnin yleisyyden alueensa väestössä Tuntee tupakoinnin kansanterveydellisen merkityksen Tuntee tupakoinnin lopettamisen merkityksen kansantaloudelle
Johtava hoitaja	Huolehtii riittävästä korvaushoidosta Tarjoaa myös muita vieroitushoitoja kuin lääkkeitä	Tuntee nikotiinikorvaushoidon periaatteet ja toteutustavat Tuntee tupakoinnin lopettamisen "Kuusi K:ta" Tuntee oman alueensa vieroituspalvelut
Apteekit		
Farmaseutti Proviisori	Huolehtii riittävästä korvaushoidosta Tarjoaa myös muita vieroitushoitoja kuin lääkkeitä	Tuntee nikotiinikorvaushoidon periaatteet ja toteutustavat Tuntee tupakoinnin lopettamisen "Kuusi K:ta" Tuntee oman alueensa vieroituspalvelut
Apteekkari	Osallistuu paikallisen hoito-ohjelman suunnitteluun ja toteutukseen Huolehtii voimavaroista ja henkilöstön kouluttamisesta	
Sairaalat (erikoissairaanhoito)		
Lääkäri Hammaslääkäri	Arvioi ja kirjaa potilaiden tupakointitilanteen Kehottaa tupakoivia potilaita lopettamaan	Tuntee tupakoinnin lopettamisen "Kuusi K:ta" Tuntee tupakoinnin merkityksen eri sairauksissa
Hoidon ohjauksesta vastaava hoitaja, kun on kysymyksessä tupakoinnista aiheutuva tai paheneva sairaus tai raskaus	Tarjoaa korvaushoitoja	Tuntee nikotiinikorvaushoidon periaatteet Tuntee oman alueensa vieroituspalvelut
Johtava lääkäri Klinikoiden ylilääkärit	Organisoi henkilökohtaisen ohjauksen ja vieroitusrühmätoiminnan sairaalan potilaille Varaa toiminnan edellyttämät resurssit ja huolehtii henkilöstön kouluttamisesta Osallistuu paikallisen hoito-ohjelman suunnitteluun ja toteutukseen	
Tupakasta vieroituksen osaamiskeskus		
	Yksilöohjaus Vieroitusrühmät	Tuntee syvällisesti tupakoinnin patofysiologian Hallitsee eri vieroitusten menetelmät
	Toteuttaa muut korvaushoidot Osallistuu hoitoketjun suunnitteluun Toimii alueellisena kouluttajana	Soveltaa ongelmakeskeistä menetelmää ja käyttäytymistieteellistä osaamista tupakasta vieroituksessa Osaa käyttää ryhmätyötekniikoita

lan, kouluterveydenhuollon ja opiskelijaterveydenhuollon terveydenhoitajilta sekä kroonisia sairauksia hoitavilta sairaanhoitajilta. Nyrkkisäännöksi on annettu kuuden K:n sääntö: kysy, keskustele, kirjaa, kehota, kannusta, kontrolloi. Tämä olisi minimitavoite näiden potilaiden hoitotilanteissa.

Käypä hoito -suosituksessa pidetään tärkeänä, että terveyskeskukset järjestävät vieroitusryhmien toiminnan alueellaan sekä huolehtivat siitä, että vaikeasta riippuvuudesta kärsiville on tarvittaessa saatavilla erityisosaamista vieroitukseen. Johtavien lääkärin tulee huolehtia, että alueelle on tehty toimintasuunnitelma, josta selviävät systemaattisen puuttumisen ja auttamisen mallit.

Suosituksen mukaan on sairaaloissa minimitavoitteena, että lääkärit, hammaslääkärit ja hoitajat puuttuvat tupakointiin, kun kyseessä on sairaus, jonka synnyssä tupakoinnilla on merkittävä rooli. Tupakointistatus tulee kirjata ja potilasta kehottaa lopettamaan. Suositus korostaa, että sairaaloissakin tulee olla tarjolla vieroitusryhmät niille, jotka hoitojakson aikana tarvitsevat lopettamiseen ryhmän tukea.

Suosituksessa korostetaan, että väestölle tulee olla tarjolla tupakasta vieroituksen osaamiskeskuksia, joissa on vieroituksen erityisosaamista ja käyttäytymistieteellistä asiantuntemusta.

Apteekkien tulee suosituksen mukaan ohjata potilaita riittävän pitkään korvaushoitoon ja huolehtia, että henkilökunta tuntee paikkakunnan erilaiset vieroituksen hoitomahdollisuudet.

2.2 MITÄ TIEDETÄÄN VIEROITUSHOIDON ORGANISOINNIN VAIKUTTAVUUDESTA

Lääkärin lyhyt keskustelu auttaa vieroituksessa. Vaikuttavuus lisääntyy, jos aikaa käytetään enemmän ja motivoivalla keskustelulla saadaan parempia tuloksia kuin pelkillä ohjeilla (Käypä hoito 2006).

Mini-interventio on tupakasta vieroituksessa hyödyllinen. Tällöin lääkäri tai hoitaja kertoo olevansa huolestunut tupakoinnin vaikutuksesta potilaaseen, kehottaa potilasta lopettamaan ja motivoi lopettamista potilaan terveydentilan tai senhetkisten oireiden perusteella. Teho on osoitettu sekä lääkärin, hammaslääkärin että terveydenhoitajan toteuttamasta interventioista.

Osa tupakoitsijoista on halukkaita osallistumaan vieroitusryhmiin. Verstaistuki on useille mieluista, ja ryhmien vaikuttavuus tupakoinnin lopettamisessa onkin hyvä, joten mahdollisuus osallistua vieroitusryhmään on tärkeä (Kilpeläinen ym. 2004).

Elämäntilanteeseen sovitettu interventio parantaa onnistumista. Raskauden alussa odottava äiti on yleensä valmis muuttamaan elintapojaan lapselle suotuisiksi (Lumley ym. 2008). Jos äiti pystyy jättämään tupakoinnin raskauden ajaksi, vaikuttaa se suotuisasti myös lapsen kasvuun kohdussa.

On osoitettu, että sairaalahoitojakson aikana aloitettu intensiivivieroitus auttaa tupakoinnin lopettamisessa (Rigotti ym. 2008). Hyvät tulokset vaativat kuitenkin erityispanostusta asiaan. Vakavan sairauden yhteydessä oikein

kohdistettu vieroitus tuottaa tuloksia. Tuloksia on osoitettu sydän- ja COPD-potilaiden kohdalla (van der Meer ym. 2008).

Myös psykiatristen potilaiden tupakointi on yleistä ja siihen ei usein puututa, koska luullaan, ettei hoidosta ole hyötyä tai ettei psyykkisesti sairaalla ole valmiuksia muuttaa elintapojaan (Alakoski ym. 2006).

Suun terveydenhuollossa voidaan vaikuttaa nuuskan käytöstä luopumiseen (Carr & Ebbert 2008). Nuoriin suuntautuva tupakasta vieroitus vaatii yksilöllistä tai ryhmässä annettavaa keskusteluhoitoa, joka tähtää käyttäytymisen muutokseen. Farmakologisten hoitojen vaikutuksesta tarvitaan vielä lisää näyttöjä, mutta nikotiiniriippuvuuden kehittäneillä nuorilla hoidot voivat olla tarpeen vieroitusoireiden vaimentamiseksi (Ollila ym. 2008).

2.3 VIEROITUSHOIDON NYKYTILA TERVEYDENHUOLLOSSA

2.3.1 Tupakkaklinikat

Monet sairaalat ovat käynnistäneet tupakkaklinikkatoiminnan. Palvelu on ensisijaisesti kohdistettu sairaalassa hoidossa oleville potilaille, mutta osa klinikoista ottaa vieroitukseen myös avohoitopotilaita. Klinikat ovat useimmiten keuhkosairauksien yksikössä. On tärkeää, että kaikkialta maasta löytyy yksiköitä, joissa on vieroituksen erityisosaamista. Yksiköiden henkilökunta voi silloin kouluttaa alueella terveydenhuollon henkilökuntaa vieroitushoitojen toteuttamiseen.

Suurimmissa terveyskeskuksissa on myös käynnistetty tupakkaklinikoita. Näissä terveydenhoitaja antaa yksilöohjausta sekä järjestää vieroitusryhmiä. Myös yksityissektorilla on virinnyt kiinnostus järjestää vieroitusta tupakkaklinikan muodossa.

Kokemukset tupakkaklinikoista ovat hyvin myönteisiä. Vaikka potilaat ovat yleensä pinttyneitä tupakoitsijoita, joilla riippuvuus suuri, ovat tulokset olleet rohkaisevia. Lähes 30 % raportoi vuoden päästä lopettaneensa tupakoinnin. Tulokset ovat yleensä parempia niiden kohdalla, jotka ovat omaehtoisesti hakeutuneet palveluiden piiriin. Kun tupakoijat ovat tulleet palveluun ohjattuina, ovat heidän osallistumisaktiivisuuteensa ja tuloksensa heikompia.

Sairaanhoitopiirit ovat perustaneet terveyden edistämisen yksiköitä, joihin vieroitusyksikkö on liitetty. Kehitys on kannatettavaa.

2.3.2 Tupakointiin puuttuminen vastaanotoilla

Terveyskeskusten Tupakoimattomuus -laatuverkostossa on seurattu usean vuoden ajan potilaiden tupakointia ja nikotiiniriippuvuutta sekä henkilökunnan toimintaa vieroituksessa. Selvitykset ovat osoittaneet, että 30 % terveyskeskusten miespotilaista ja 20 % naispotilaista polttaa satunnaisesti tai päivittäin. Lopettaneita on yhtä paljon kuin päivittäin tupakoivia. Vastaavia tupakointifrekvenssejä on todettu myös sairaaloiden sisätauti- ja keuhkosairauspotilaiden kohdalta.

Tupakointistatus on lisääntyvästi merkitty terveystietokantaan terveyskeskuksissa, jotka osallistuneet selvityksiin. Vuonna 2008 tupakointistatus löytyi 60 %:lta aikuispotilaista.

Päivittäin tupakoivista joka kuudes oli aktiivisesti lopettamassa tupakointia ja puolet jäi harkitsemaan lopettamista. Sekä lääkärit että hoitajat keskustelevat potilaiden kanssa aktiivisesti tupakoinnin lopettamisesta. Päivittäin tupakoivista oli 80 % käynyt keskustelua hoitohenkilökunnan kanssa lopettamisesta. Vieroitusryhmiin ohjataan potilaita kuitenkin hyvin vähän. Samoin on nikotiinikorvaushoitojen ja vieroituslääkkeiden käyttö erittäin vähäistä. Vain joka kymmenes vieroituskeskustelu johtaa lääkkeiden käyttöön. Kuitenkin lääkkeiden vaikutus on merkittävä onnistuneessa vieroituksessa. Vieläkin vieroituskeskustelu painottuu liiaksi tupakan terveyshaitoista kertomiseen sen sijaan, että käytäisiin motivoivaa keskustelua, joka tähtäisi lopettamiseen.

2.3.3 Savuton terveydenhuolto

Savuton sairaala ja savuton terveyskeskus -toimintamallit ovat voittaneet lisääntyvästi jalansijaa. Näissä henkilökunnan työaikaista tupakointia rajoitetaan ja sairaala-alueilla tupakoidaan vain tietyissä paikoissa. Asenteet savuttomuudelle ovat tulleet yhä myönteisemmiksi, ja henkilökunnan tupakoimattomuuteen kannustetaan monin keinoin, myös tarjoamalla korvaushoitoja lopettamisen helpottamiseksi.

2.4 SUOSITUKSET KIRJALLISUUDEN JA KOKEMUSTEN PERUSTEELLA

2.4.1 Vieroitus on osa savuttomuusstrategiaa

Vieroitukseen ja savuttomuuteen on helpointa edetä ilmapiirissä, joka on kokonaisvaltaisesti hyväksynyt tupakoimattomuuden. Tämän takia on pyrittävä vaikuttamaan kuntien johtoon, sekä luottamus- että virkahenkilöihin, jotta jokainen kunta tekisi tupakkapoliittisen ohjelman. Ohjelma voi olla osa laajempaa päihdeohjelmaa tai terveydenedistämishjelmaa, mutta siinä tulee riittävän tarkasti käsitellä tupakoimattomuuden edistämistä kunnassa.

Kuvattu kunnan tupakkapoliittinen ohjelma kokoaa yhteen ajatukset siitä, miten kunnan henkilöstön tupakoimattomuutta tuetaan, miten suhtaudutaan koululaisten tupakointiin ja miten tuetaan väestön vieroitusta tupakasta. Siinä kuvataan myös, miten kehitys kulkee kohti savutonta terveyskeskusta ja sairaalaa.

2.4.2 Vieroitus terveyskeskuksessa

Tupakoinnin haitoista keskustelu vaikuttaa saaneen vakiintuneen aseman sekä terveysneuvonnassa että vastaanottotyössä. Keskustelun vaikuttavuutta voidaan lisätä varaamalla 5–10 minuuttia tätä varten. Tupakointi tulee lukea kroonisiin sairauksiin, joiden hoitosuunnittelukäyntiin varataan vuo-

sittain riittävä aika. Tällöin voidaan tehdä motivoiva haastattelu, jossa kuullaan potilaan omia ratkaisuvaihtoehtoja. Samalla voidaan myös suunnitella ja opastaa korvaus- tai vieroituslääkkeiden käyttöä.

Monet terveyskeskukset ovat kirjanneet tavoitteeksi, että jokaisen hengitystieinfektiopotilaan tupakointistatus selvitetään ja samalla tarjotaan tupakoitsijalle tukea lopettamiseen. Kiireisessä päivystystilanteessa tupakoinnattomuuskeskustelun toteuttaminen vaatii, että henkilökunta suhtautuu asiaan myönteisesti ja että keskusteluun on varattu aikaa.

Suuret terveyskeskukset ovat kehittäneet vieroitusryhmät jatkuvaksi toiminnaksi. Pienemmissä terveyskeskuksissa vieroitusryhmiä on toteutettu yhdessä kansalaisopiston, potilasjärjestöjen ja apteekkien kanssa. Molemmissa malleissa on tärkeää, että tiedot ryhmistä ovat koko henkilökunnan tiedossa ja helposti myös potilaiden löydettävissä. Silti edelleen on paljon terveyskeskuksia, joissa vieroitusryhmiä ei ole potilaille tarjolla.

Neuvoloiden ja koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon tehtävänä on puutua tupakointiin ja tarjota apua vieroitukseen. Neuvoloissa tulee kiinnittää erityistä huomiota tupakointiin perheessä ja passiivisen tupakoinnin vaaroihin. Erityisesti nuorille suunnatut palvelut edellyttävät, että kouluterveydenhuollossa voidaan tarjota useita tapaamisia nuoren haitallisen terveyskäyttäytymisen muuttamiseksi.

2.4.3 Vieroitus työterveyshuollossa

Työterveydenhuolto antaa hyvät puitteet vieroitukseen. Aikaa terveystarkastuksiin on varattu riittävästi ajatellen motivoivaa keskustelua. Tupakointi lisää sairastelua ja poissaoloa työstä, joten työnantajat ovat kiinnostuneita tukemaan vieroitusta. Tupakasta vieroitus on siten luonteva osa työterveyshuoltosopimusta. Työterveyspalveluista sovittaessa onkin tärkeää tarjota mahdollisuutta vieroitusryhmiin.

2.4.4 Vieroitus yksityisessä terveydenhuollossa

Hyvät kliiniset käytännöt ovat yhtä lailla yksityisen terveydenhuollon tavoitteena. Siksi näyttöön perustuvia hoitoja tupakasta vieroituksessa on tärkeä toteuttaa myös yksityisellä sektorilla. Terveydenhuoltohenkilökunnan aktiivisuus tupakointiin puuttumisessa on tärkeitä myös yksityisten palveluiden piirissä.

Tupakkaklinikat ja vieroitusryhmät ovat luonteva osa yksityistä terveydenhuoltotarjontaa. Terveysasemaketjuissa nämä menestyisivät varsinkin, jos toiminnalle saadaan voimakas tuki työterveyshuollon kautta.

2.4.5 Vieroitus erikoissairaanhoidossa

Tupakkaklinikkatoiminta on luonteva osa keuhkoklinikoiden toimintaa, mutta se tulee saada kiinteämmäksi osaksi myös muuta erikoissairaanhoitoa. Palveluja tulee aktiivisesti tarjota kaikille sairaalapotilaille. Erikoissairaanhoidon palvelusta voisivat hyötyä myös pienet terveyskeskukset, joilla on hankala organisoida esimerkiksi vieroitusryhmiä.

Erikoissairaanhoidossa on tarpeen lisätä myös käyttäytymistieteellistä osaamista tupakkaklinikoilla. Lukuisten tupakkalakkojen jälkeen osa lopettamista yrittävistä tupakoitsijoista tarvitsee tukea, jota ei voida tarjota taval- lisen vastaanottotyön puitteissa.

Nikotiinikorvaushoitojen tulee olla luonteva osa tupakoitsijoiden sair- aanhoitoa. Leikkauspotilaiden aktiiviseen vieroitukseen tulee aina tähdä- tä. Tätä varten vieroitushoitajan palvelujen on hyvä olla helposti saatavilla. Myös puhelimesta tapahtuva hoitoseuranta on osoittautunut hyödylliseksi, ja toiminnan käynnistäminen on suotavaa.

Psykiatrisille potilaille tulee tarjota vieroitusmahdollisuus sairaalahoidon yhteydessä, ja avohoidossa heille voidaan suunnitella omat ryhmänsä.

2.4.6 Vieroitus apteekissa

Nikotiinikorvaushoitoa haluaville tulee tarjota mahdollisuus riippuvuustes- tiin, jonka avulla voidaan tarjota oikean vahvuista ja pituista korvaushoitoa. Korvaushoidon riittävydestä tulee aina varmistua potilaan ostaessa lää- keitä. Apteekissa tulee myös palata tuttujen potilaiden lääkekokemuksiin vieroitushoitojen ja nikotiinikorvaushoitojen jälkeen. Näin apteekki tukee lääkehoidon onnistumista.

2.4.7 Vieroitus hammashuollossa

Hammaslääkärien aktiivisuus tupakasta vieroituksessa on lisääntymässä. Vuosittaisen hammastarkastuksen yhteydessä tupakoinnista kysyminen ja kirjaaminen ovat suotavaa.

Toiminta tulee saada rutiiniksi kaikkialla. Mini-interventio on helppo toteuttaa tehtyjen havaintojen perusteella. Hammaslääkäreiden tulee lisäksi ottaa vieroituslääkkeet osaksi hoitoarsenaaliaan.

2.4.8 Internetin ja intranetin hyödyntäminen

Kuntien, terveyskeskuksien, sairaaloiden ja yksityisten palvelujen tuottajien on hyödyllistä pitää tietoa palveluista helposti väestön ja henkilökunnan saa- tavilla. Tietojen tupakkaklinikan toiminnasta ja vieroitusryhmistä pitää olla helposti löydettävissä silloin, kun potilaita ohjataan.

Intranet tarjoaa hyvän foorumin prosessien kuvaamiseen ja ohjeiden an- tamiseen henkilökunnalle. Samoin voidaan tehdä valmiiksi potilastiedotteet ja ohjeet, joita voidaan soveltuviin tilanteisiin tulostaa potilaille.

2.4.9 Vieroitus – jokaisen ammattilaisen velvollisuus

Moni terveydenhuollon ammattilainen kokee, että tupakasta vieroitus on vaikeaa ja ettei hän hallitse sitä. Vieroitushoidot ovat kuitenkin yhtä lailla opittavissa kuin muutkin hoitamisen taidot. Tupakasta vieroituksen tulee kuulua kaikkien terveydenhuollon ammattilaisten perus- ja täydennys- koulutukseen. Tärkeä asennemuutos onkin, että jokainen terveydenhuollos- sa työskentelevä pyrkisi tekemään tämän osan työstään tänään paremmin kuin eilen.

KIRJALLISUUS

- Alakoski A, Seppälä N, Mattila A, Leinonen E. Psykiatrit tupakka valistajina. *Suom Lääkäril* 2006; 61: 3343–3346.
- Carr A, Ebbert J. Interventions for tobacco cessation in the dental setting. *Cochrane Database for Systematic reviews* 2008, Issue 4.
- Kilpeläinen M, Järvi L, Grönroos P, Nordman E. Tupakasta vieroitus – osa sairauksien hoitoa – Kahden vuoden seurantatuloksia ryhmäohjauksesta Turun yliopistollisessa keskussairaalassa. *Suom Lääkäril* 2004; 59: 4013–4015.
- Lumley J, Oliver S, Chamberlain C, Oakley L. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database for Systematic reviews* 2008, Issue 4.
- Ollila H, Broms U, Laatikainen T, Patja K. Nuoret ja tupakoinnin lopettaminen. Tutkimuksesta käytännön tukeen. *Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B* 37/2008.
- Rigotti N, Munafo M, Stead L. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *Cochrane Database for Systematic reviews* 2008, Issue 4.
- Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot. Käypä hoito –suositus. Duodecim 2006. Saatavilla Internetissä: www.kaypahoito.fi
- van der Meer R, Wagena E, Ostelo R, Jacobs J, van Schayck C. Smoking cessation for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database for Systematic reviews* 2008, Issue 4.

3 TERVEYDENHUOLLON AMMATTILAISET TUPAKASTA VIEROITUKSEN TUKENA – TUTKIMUSKATSAUS

Terhi Kurko, Jukka Kentala, Helinä Mesäislehto-Soukka, Patrick Sandström

■ Tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot: Käypä hoito -suosituksen (Käypä hoito 2006) juurruttamiseksi on järjestetty koulutuksia eri terveydenhuollon ammattiryhmille kansallisesti ja paikallisesti. Lääkäreiltä, terveydenhoitajilta ja apteekkilaisilta¹⁾ on kirjekselyillä tiedusteltu sekä asenteista tupakasta vieroitusta kohtaan, että tiedoista, taidoista ja esteistä vieroitustyössä. Haastattelututkimuksia on tehty sekä terveydenhuollon johdolle, että käytännön vieroitustyötä tekeville terveydenhuollon ammattilaisille.

Taulukossa 5 esitetään suomalaiset, keskeisimmät ja kunkin ammattiryhmän osalta tuoreimmat tutkimukset. Näiden tutkimusten tulokset muodostavat tämän luvun osalta keskeisimmän asiasisällön.

3.1 VIEROITUSOSAAMINEN JA KOULUTUS

3.1.1 Miten hyvin hoitosuositus tunnetaan?

Lääkäreille, terveydenhoitajille ja apteekkilaisille vuosina 2006 ja 2007 tehdyissä kyselytutkimuksissa (taulukko 5) selvitettiin hoitosuosituksen tunnettavuutta eri ammattiryhmien parissa. Tunnettavuuden kriteerinä käytettiin vastaajien omaa arviota siitä, että he olivat tutustuneet hoitosuositukseen huolellisesti tai pääpiirteissään. Apteekissa työskentelevät tunsivat hoitosuosituksen paremmin (45 %) kuin terveydenhoitajat (36 %) tai perusterveydenhuollon lääkärit (25 %). Mitä paremmin apteekkilaiset, lääkärit ja terveydenhoitajat tunsivat Käypä hoito -suosituksen, sen paremmin he toimivat suosituksen mukaisesti. Hammaslääkäreiden keskuudessa Käypä hoito -suosituksen noudattamista tai tunnettavuutta ei ole selvitetty.

Kuuden koon mallin noudattaminen

Kansainvälisen tutkimustiedon mukaan tupakasta vieroitus on tehokkainta, kun se sisältää kaikki viiden A:n mallin kohdat (ask, advice, assess, assist, arrange) ja kun se toteutetaan moniammatillisena yhteistyönä (Fiore ym. 2008). Viiden A:n malli vastaa meidän kuuden K:n malliamme (kysy, keskustele, kirjaa, kannusta, kehota, kontrolloi). Terveyskeskusten johtavien lääkäreiden (taulukko 5, STM:n tutkimus 2005) mukaan hieman yli puolessa terveyskeskuksista tupakoivan potilaan hoidossa käytetään kuuden K:n mallia. Vajaassa viidesosassa terveyskeskuksista on hoitosuosituksen pohjalta sovittu yhteisesti hoitokäytännöistä ja työnjaosta.

1) Apteekkilaisella tarkoitetaan tässä kirjoituksessa farmaseutin tai proviisorin koulutuksen suorittanutta henkilöä, joka toimii avoapteekissa.

Suomalaisille terveydenhuollon ammattilaisille tehdyistä kyselytutkimuksista (taulukko 5) saadut tulokset eivät valitettavasti vastaa johtavien lääkäreiden kyselystä saatuja tuloksia. Aktiivisuus tupakoinnista kysymisessä ja lopettamiskehotusten antamisessa oli yhteydessä siihen, miten hyvin vastaajat tunsivat Käypä hoito -suositukseen. Hoitosuosituksen hyvin tuntevista lääkäreistä 73 %, terveydenhoitajista 84 % ja apteekkilaisista 9 % oli kysynyt asiakkailta heidän tupakoinnistaan viimeksi kuluneen viikon aikana. Samaisessa kyselyssä yli 90 % apteekkilaisista (93 % ei suosituksen tuntevista ja 95 % tuntevista) ilmoitti aina keskustelewansa asiakkaansa kanssa tupakoinnista, jos asiakas tekee aloitteen.

Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys -tutkimuksen (AVTK) mukaan 2 % suomalaisista on saanut apteekkilaiselta kehotuksen lopettaa tupakoinnin kuluneen vuoden aikana. Noin 8 % on saanut lopettamiskehotuksen hammaslääkäriltä, vajaa neljännes terveydenhoitajalta ja vajaa kolmannes lääkäriltä (Helakorpi ym. 2009).

Taulukko 2. Tupakoinnista kysyminen ja lopettamiseen kehottaminen sen mukaan, miten hyvin terveydenhuollon ammattilaiset tuntevat Tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot: Käypä hoito -suosituksen (2006).

	Tunnen hoitosuosituksen ¹			En tunne hoitosuositusta		
	Apteekkilainen	Perusterveydenhuollon lääkäri	Terveydenhoitaja	Apteekkilainen	Perusterveydenhuollon lääkäri	Terveydenhoitaja
	%	%	%	%	%	%
Olen kuluneen viikon aikana "aina" tai "usein" kysynyt potilailta/asiakkailta heidän tupakointiaan ²	9 (n = 45)	73 (n = 130)	84 (n = 357)	2 (n = 10)	51 (n = 277)	59 (n = 449)
Olen kuluneen kuukauden aikana "aina" tai "usein" kehottanut tupakoitsijoita lopettamaan tupakoinnin ²	12 (n = 59)	82 (n = 146)	82 (n = 349)	3 (n = 20)	57 (n = 312)	56 (n = 422)

¹ Hoitosuosituksen tunnettavuuden kriteerinä käytettiin vastaajien omaa arviota siitä, että olivat tutustuneet hoitosuositukseen huolellisesti tai pääpiirteissään.

² Vastausvaihtoehtoina olivat "aina", "usein", "joka toisen kanssa", "joskus" ja "en koskaan".

Monissa kansainvälisissä tutkimuksissa on havaittu, että apteekkilaiset kyllä mieltävät tupakasta vieroituksen tärkeäksi, mutta varsinainen aktiivinen tupakointiin puuttuminen ei ole apteekkiläisten rutiinityötä (Edwards ym. 2001, Brewster ym. 2005, Brock ym. 2007, Hudmon 2007).

Hoitosuositukseen hyvin tutustuneista suomalaisista terveydenhoitajista 15 % ja lääkäreistä 12 % oli sopinut yhdessä tupakoijan kanssa lopettamispäivästä edeltävän kuukauden aikana (taulukko 5). Suomalaisen haastattelututkimuksen mukaan lääkärit kyllä neuvovat lääkkeiden käytössä ja kirjoittavat reseptin mutta harvemmin ohjaavat potilaita muun avun pariin. Samassa tutkimuksessa havaittiin, että lääkärit ovat epävarmoja käyttämään motivoivan keskustelun tekniikkaa (taulukko 5, Salomäki & Leppänen 2009). Kansainvälisissä tutkimuksissa on saatu samansuuntaisia tuloksia sekä lääkäreiden että

hammaslääkäreiden osalta. ”Kysy”- ja ”kehota”-osuudet toteutuvat paremmin, mutta potilaan tupakointia kirjataan huonommin ja tukea tai varsinaista vieroitushoitoa on harvemmin tarjolla (Manfredi & LeHew 2008, Young & Ward 2001, Quinn ym. 2008, Clover ym. 1999). Suomessa tehdyssä laajas-
sa väestötutkimuksessa (taulukko 5, Telivuo ym. 1996) todettiin, että vain 8 % päivittäin tupakoivista oli saanut hammaslääkäriltä lopettamiskehotuksen vaikka 14 % potilaista ilmoitti keskustelleensa tupakoinnista hammaslääkärin kanssa vastaanotolla.

Yksilöllisen ja ryhmävieroituksen tarjoaminen

Yli puolessa (63 %) terveyskeskuksista annettiin vuonna 2005 yksilöohjausta tupakoiville potilaille (taulukko 5, STM:n tutkimus 2005). Vieroitusryhmiä oli tarjolla kolmasosassa (33 %) terveyskeskuksista. Vieroitusryhmien järjestäminen oli harvinaisempaa pienissä terveyskeskuksissa. Vuonna 2008 tupakasta vieroitukseen koulutettuja terveydenhoitajia oli 28 %:ssa kunnista (Rimpelä ym. 2009). Noin puolessa kaikista terveyskeskuksista tarjottiin terveysneuvontaa tupakasta vieroittamisen tueksi yhteisen kirjatun käytännön mukaan. Suurimmissa, yli 50 000 asukkaan väestöpohjan omaavissa terveyskeskuksissa yhteinen kirjattu käytäntö oli kuitenkin paljon tavallisempi (91 %). Apteekkien yksilöllistä vieroituspalvelua käyttäneitä asiakkaita on ollut toistaiseksi hyvin vähän (taulukko 5, Säämäki 2008). Keskeisinä syinä tähän ovat olleet markkinoinnin puutteellisuus niin käyttäjille kuin muulle terveydenhuollolle, maksullisuus ja palvelun uutuus. Kansainvälisissä tutkimuksissa on havaittu, että asiakkaat eivät vielä miellä tämänkaltaisten palveluiden kuuluvan apteekkeihin (Margolis ym. 2002, Aquilino ym. 2003).

3.1.2 Luottamus omaan osaamiseen

Suomalaisissa tutkimuksissa (taulukko 5) kaksi kolmasosaa tai jopa useampi terveydenhoitajista, apteekkilaisista ja lääkäreistä ei tunne onnistuneensa hyvin yrittäessään auttaa tupakoitsijoita lopettamaan. Hoitosuosituksen tunteminen lisää luottamusta osaamiseen. Hyvin hoitosuosituksen tuntevista, omiin vieroitustaitoihinsa oli tyytyväisiä 90 % apteekkilaisista, 92 % perusterveydenhuollon lääkäreistä ja 69 % terveydenhoitajista.

Suomalaisessa apteekkilaisten kyselytutkimuksessa 80 % vastaajista piti omia tietojaan ja taitojaan riittävänä antamaan ohjeita asiakkaalle, joka haluaa lopettaa tupakoinnin (taulukko 5, Kurko ym. 2009). Kuitenkin samaisessa kyselyssä vain 30 % vastaajista koki onnistuneensa hyvin yrityksissään vaikuttaa asiakkaan tupakointiin. Kanadalaisille apteekkilaisille tehdyssä kyselyssä vastaajat pitivät nimenomaan omia tietojaan ja taitojaan tärkeimpinä tekijöinä tehostamaan tupakasta vieroitusta (Brewster ym. 2005). Vastaavasti australialaisessa kyselyssä nimenomaan luottamusta omiin taitoihin puuttua tupakointiin pidettiin tärkeimpänä kehittämiskohteena tehostamaan tupakasta vieroitusta (Edwards ym. 2001, Freeman ym. 2006).

Hammaslääkärit kokevat ammattitaitonsa puutteelliseksi tupakoinnin vieroituskysymyksissä (Wyne ym. 2006). Puutteena pidetään sekä vähäistä

kokemusta keskusteluista potilaiden kanssa tästä aiheesta, että riittämättömiä tietoja esimerkiksi nikotiinikorvaushoidon periaatteista, hoidossa käytettävistä lääkkeistä ja muista menetelmistä vieroituksessa.

3.1.3 Mikä tukee hoitosuosituksen omaksumista

Täydennyskoulutus

Täydennyskoulutuksen merkitystä eri terveydenhuollon ammattilaisten tupakasta vieroitustyön tehostamisessa selvitettiin Cochrane-katsauksessa vuonna 2000 (Lancaster & Fowler 2000). Tutkimustietoa löytyi lääkäreiden, hammaslääkäreiden ja apteekkilaisten kouluttautumisesta. Koulutusta saaneet puuttui asiakkaan tupakointiin 1,5–2 kertaa useammin kuin ne, jotka eivät olleet saaneet koulutusta. Lisäkoulutetut ammattilaiset sopivat myös useammin lopettamispäivästä ja kontrolliajasta sekä tarjosivat itseopiskelumateriaalia ja lääkkeellistä hoitoa.

Suurin osa suomalaisista terveydenhuollon ammattilaista (taulukko 5) kokee vieroitustyön tärkeäksi ja haluaa lisäkoulutusta aiheesta. Kuitenkin vain 15 % suomalaisista apteekkilaisista, 11 % terveydenhoitajista ja 8 % perusterveydenhuollon lääkäreistä ilmoitti kirjekyselyssä saaneensa koulutusta hoitosuosituksen käytössä. Kyselyyn vastanneista apteekkilaisista 82 % oli saanut muuta täydennyskoulutusta tupakasta vieroitukseen (taulukko 5, Kurko ym. 2009). Sairaanhoitajista ja lähihoitajista vastaavaa tietoa ei ole olemassa.

STM:n tutkimuksen (taulukko 5) mukaan neljäsosassa terveystieteiden keskuksista oli vuonna 2005 järjestetty terveystieteiden keskuksen sisäistä koulutusta hoitosuosituksen käyttöönottamiseksi.

Apteekeissa tavallisimpia koulutusmuotoja ovat olleet apteekkien sisäiset toimipaikkakoulutukset sekä lääkeyritysten järjestämät koulutukset (taulukko 5, Kurko ym. 2009). Erityisesti muutosvaihemallin sisäistäminen (Sinclair ym. 1998) ja motivoivan haastattelun tunteminen (taulukko 5, Salimäki 2008) sekä roolipelien ja demonstraatioiden avulla tapahtuva, kokemuksiin perustuva oppiminen (Hudmon 2006) lisäävät apteekkilaisten itseluottamusta ja valmiuksia toimia aktiivisesti tupakasta vieroituksessa.

Työnantajan tuki

Työnantajan tuki on erityisen tärkeä hoitosuositusten tehokkaan käyttöönoton kannalta (Francke ym. 2008). Ilman organisatorista tukea terveydenhuollon ammattilaisten vieroitustyö jää kehotusasteelle eikä mahdollisuuksia intensiivisempään tukemiseen ole olemassa. Hoitosuositusten implementointi pitää sitoa riskitekijöiden ja riippuvuuden kokonaisarviointiin eikä keskittyä pelkästään tupakasta vieroitukseen. Koulutus ei kuitenkaan yksin riitä käytäntöjen muuttamiseksi, vaan tarvitaan ohjeet toiminnan takaamiseksi ja toimivan hoitoketjun aikaansaamiseksi. Lisäksi pitää taata tarvittavat resurssit. (Francke ym. 2008, Manfredi & LeHew 2008, Ockene & Zapka 2000, Windsor ym. 2000, Fiore ym. 2008).

Suomalaisille lääkäreille, terveydenhoitajille ja apteekkilaisille tehdyissä tutkimuksissa (taulukko 5) vain 11–22 % ilmoitti saaneensa kehotuksen käyttää suositusta työnantajaltaan. 28 % apteekkilaisista, 19 % terveydenhoitajista ja 18 % lääkäreistä ilmoitti käyttäneensä suositusta työssään, mutta vain 6 % tai vähemmän oli antanut hoitosuosituksen potilasversion potilailleen. Apteekkilaisista, jotka olivat käyttäneet suositusta, 63 % koki, että suositus toimii hyvin, ja yli puolen vastaajista mielestä suositusta noudatettiin heidän työpaikallaan

3.2 VIEROITUSTYÖ ON TERVEYDENHUOLLON AMMATTILAISTEN MIELESTÄ TÄRKEÄÄ

Apteekkilainen ja tupakka –kyselytutkimuksessa (taulukko 5) 95 % vastanesta apteekkilaisista pitivät tupakasta vieroituksen tukemista velvollisuutenaan. Lääkäri ja tupakka ja Terveydenhoitaja ja tupakka -tutkimuksissa (taulukko 5) 89 % niistä perusterveydenhuollon lääkäreistä ja 84 % niistä terveydenhoitajista, jotka olivat tutustuneet hoitosuositukseen hyvin, pitivät tupakasta vieroitusta velvollisuutenaan.

Taulukko 3. Luottamus omaan osaamiseen ja asenteet vieroitustyöhön sen mukaan, miten hyvin terveydenhuollon ammattilaiset tuntevat Tupakointi, nikotiiniiriippuvuus ja vieroitushoidot: Käypä hoito suosituksen (2006).

	Tunnen hoitosuosituksen ¹			En tunne hoitosuositusta		
	Apteekkilaiset	Perusterveydenhuollon lääkärit	Terveydenhoitajat	Apteekkilaiset	Perusterveydenhuollon lääkärit	Terveydenhoitajat
	%	%	%	%	%	%
Nykyinen tietämykseni ja taitoni ovat riittävät antaakseni ohjeita potilaalle, joka haluaa lopettaa tupakoinnin.	90 (n = 466)	92 (n = 164)	69 (n = 313)	73 (n = 468)	66 (n = 366)	32 (n = 257)
Tupakoinnin ehkäisyyn olisi kuuluttava osana terveystyöntekijöiden peruskoulutukseen	93 (n = 483)	94 (n = 168)	97 (n = 443)	91 (n = 580)	94 (n = 505)	94 (n = 770)
Ammattikuntani velvollisuutena on yrittää saada potilaat lopettamaan tupakointi.	97 (n = 505)	89 (n = 159)	84 (n = 382)	94 (n = 599)	77 (n = 428)	73 (n = 601)

¹ Hoitosuosituksen tunnettavuuden kriteerinä käytettiin vastaajien omaa ilmoitusta siitä, että olivat tutustuneet hoitosuositukseen huolellisesti tai pääpiirteissään.

Myös suun terveydenhuollon henkilöstön asenteet tupakasta vieroitukseen ovat pääosin myönteiset, mutta käytännön työssä aktiivisuus on vieroitustoimien osalta ollut vielä vaatimatonta (taulukko 5, Telivuo ym. 1991). Pohjanmaalla tehdyssä tutkimuksessa hammaslääkärit uskoivat muita suun terveydenhuollon ammattiryhmiä enemmän siihen, että tupakointiin puuttuminen on suun terveydenhuollon tehtävä. Hammashuoltajat ja hammas­hoitajat uskoivat sen sijaan hammaslääkäreitä enemmän yleisen terveystuonnan tehoon. (taulukko 5, Kentala ym. 2005).

Yleis-, työterveys- ja erikoislääkäreille tehdyssä haastattelututkimuksessa (taulukko 5, Salomäki & Leppänen 2009) pidettiin tupakoimattomuuden edistämistä erittäin tärkeänä. Lääkärit kokivat puuttuvansa tupakointiin ja toimivansa tupakoimattomuuden puolesta tehokkaasti. Se, ottaako lääkäri tupakoinnin ja sen lopettamisen vastaanotolla laajemmin puheeksi potilaan kanssa, riippuu monesta tekijästä, kuten potilaasta, tämän sairaudesta ja oireista sekä terveysaseman käytännöistä ja lääkäristä itsestään. Tupakoinnista puhutaan erityisesti silloin, kun potilas on itse aktiivinen, terveystarkastusten yhteydessä tai silloin kuin tupakoitsijalla jo on tupakoinnista johtuva sairaus.

3.3 VIEROITUSTYÖN ESTEET

Esteitä tupakasta vieroituksen tehokkaalle toteutukselle voi olla potilaissa, terveydenhuollon ammattilaisissa ja terveydenhuollon organisaatioissa. Suomalaisissa lääkäreille, terveydenhoitajille ja apteekkilaisille tehdyissä tutkimuksissa (taulukko 5) merkittävimmät ongelmat nähtiin työn organisoimisessa. Ajanpuute, hoitoketjun toimimattomuus ja resurssipula olivat selkeimmin esille tulleita haasteita tupakoijan yksityisyyden loukkaamisen pelon ja tehokkaiden työkalujen puuttumisen ohella. Kansainvälisissä tutkimuksissa haasteina on pidetty myös epävarmuutta vieroitusmenetelmien tehokkuudesta ja koulutuksen puutetta. Australialaisessa tutkimuksessa havaittiin perusterveydenhuollon lääkäreiden uskon, että tupakoivat potilaat eivät halua lopettaa (71 %) (Young & Ward 2001). Lääkärit (58 %) eivät nähneet tupakointia potilaillaan ajankohtaisena ongelmana eivätkä siksi pitäneet vieroitusta mielekkäänä. Puute organisaation johdon ja vertaisten antamassa tuessa, riittämätön henkilöstömäärä ja ajanpuute olivat suurimmat esteet tupakasta vieroituksen hoitosuosittelun implementoinnille myös amerikkalaisessa tutkimuksessa (Francke ym. 2008).

3.3.1 Ajanpuute

Suomalaisille terveydenhuollon ammattilaisille tehdyissä kyselytutkimuksissa (taulukko 5) noin puolet vastanneista apteekkilaisista, terveydenhoitajista, lääkäreistä ja hammaslääkäreistä piti ajanpuutetta suurimpana haasteena tupakasta vieroitustyölle. Ajan puute on havaittu merkittävimpana ongelmana vieroituksen toteuttamiselle myös kansainvälisissä perusterveydenhuollon lääkäreiden näkökulmasta vieroitustyötä tarkastelevissa tutkimuskatsauksissa (Vogt ym. 2005, Fiore ym. 2008).

3.3.2 Hoitopolun toimimattomuus

Suomalaiset lääkärit (16 %) ja terveydenhoitajat (20 %) kokivat hoitopolun toimimattomuuden toiseksi ja apteekkilaiset (20 %) kolmanneksi tärkeimpänä esteenä vieroituksen toteuttamiselle (taulukko 5). Noin neljäsosa suomalaisista terveyskeskuksista oli johtavan lääkärin mukaan tehnyt yhteistyötä tupakasta vieroituksessa apteekkien kanssa (taulukko 5, STM:n tutkimus 2005). Perusterveydenhuollon lääkäreille tehdyssä haastattelututkimukses-

sa lääkärit tiedostivat systemaattisen seurannan merkityksen ja ilmoittivat syiksi seurannan puuttumiselle ajanpuutteen lisäksi varausjärjestelmän kankeuden ja työntekijöiden vaihtuvuuden (taulukko 5, Salomäki & Leppänen 2009). Työterveyshuollossa oli tutkimuksen mukaan paremmat mahdollisuudet tupakasta vieroituksen seurantakäynteihin. Haastateltujen lääkärin mielestä työnjako lääkärin ja sairaanhoitajan välillä on usein epäselvä, mistä johtuen roolit voivat olla päällekkäisiä. Toimenpiteet jäävät lisäksi usein kirjaamatta potilasasiakirjoihin

3.3.3 Yksityisyyden loukkaaminen

Apteekkilaisilla toiseksi tärkein este (45 %) tupakasta vieroitukselle oli pelko siitä, että tupakoitsijan yksityisyyttä loukataan (taulukko 5). Elämäntapamuutosten tukeminen ja neuvonta ovat uusia asioita apteekkilaisille eivätkä he siten miellä 6K:n mallin mukaista toimintaa omaksi työkseen. Apteekkilaiset kokevat tehtäväkseen erityisesti nikotiinikorvaushoidon tukemisen, mikä mainitaan heidän erityistehtävänään Käypä hoito- suosituksessa. Samanlainen asenne on nähtävissä kanadalaisessa kyselytutkimuksessa (Brewster ym. 2005).

Suomalaisessa kyselyssä lääkärit (10 %) kokivat pelon tupakoitsijan yksityisyyden loukkaamisesta kolmanneksi tärkeimpänä esteenä tupakointiin puuttumiselle (taulukko 5). Kansainvälisissä tutkimuksissa yksityisyyden loukkaamisen pelko ei näytä olevan niin tärkeässä asemassa (Vogt ym. 2005). Terveystenhoitajilla yksityisyyden loukkaaminen ei kuulunut kolmen tärkeimmän esteen joukkoon.

Taulukko 4. Mitkä tekijät rajoittavat tupakoinnin esille ottamista potilaiden / asiakkaiden kanssa?

Apteekkilaiset	Perusterveydenhuollon lääkärit	Terveystenhoitajat	Hammaslääkärit
1. Ajanpuute	1. Ajanpuute	1. Ajanpuute	1. Ajanpuute
2. Yksityisasiä	2. Puutteellinen hoitoketju	2. Puutteellinen hoitoketju	2. Puutteellinen vieroitusosaaminen
3. Puutteellinen hoitoketju	3. Yksityisasiä	3. Työkalujen puuttuminen	3. Kannustimien puute

3.3.4 Resurssipula

Salomäen 2008–2009 tekemässä haastattelututkimuksessa (taulukko 5) resurssipula oli tärkeä este tupakasta vieroituksen toteuttamiselle. Terveysasemilla on usein lääkäripula, moniongelmaisia potilaita ja kiireellisimmät asiat vievät pääosan ajasta. Työterveydenhuollossa lääkäriellä on selkeästi paremmat resurssit puuttua asiakkaiden tupakointiin. Suun terveydenhuollossa kannustimien puute mainittiin kansainvälisessä tutkimuksessa kolmanneksi tärkeimmäksi tupakasta vieroituksen haasteeksi (Stacey ym. 2006). Lääkärin kohdalla kannustimien puuttumista ei ole tunnustettu ongelmaksi (Young & Ward 2001, Vogt ym. 2005). Apteekkeissa erityisesti yksilöllisen vieroitusmallin implementoitumista estää toiminnan taloudellinen kannattamattomuus (taulukko 5, Säämäki 2008). Osa suomalaisista apteekkilai-

sista koki nikotiinikorvaushoitovalmisteiden myyntikanavien laajentamisen heikentäneen omaa motivaatiotaan neuvoa valmisteita hakevia asiakkaita (taulukko 5, Kurko ym. 2009). Pääosa apteekkilaisista näki velvollisuudekseen tukea tupakasta vieroitusta, ja he kokivat asiakkaiden arvostavan valmisteisiin liittyvää neuvontaa.

3.4 MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ

Kaikkien terveydenhuollon ammattilaisten antama tuki lopettamisprosessissa on todettu tuloksekkaaksi (Gorin & Heck 2004). Suurin osa tupakoitsijoista on ollut vuoden aikana yhteydessä useampaan kuin yhteen terveydenhuollon ammattilaiseen (Fiore ym. 2008). Amerikkalaiseen haastattelututkimukseen osallistuneista tupakoitsijoista 65 % oli ollut asiakkaana kahden tai useamman terveydenhuollon ammattilaisen luona viimeksi kuluneen vuoden aikana (An ym. 2008). Kuitenkin tutkimukseen osallistuneista vain neljäsosa oli saanut savuttomuutta edistävää neuvontaa. Jos useampi kuin yksi terveydenhuollon ammattilainen kysyi tupakoinnista, sekä lopettamisyritysten määrä (OR = 2,9), että onnistumis mahdollisuudet (OR = 2,4) lisääntyivät.

3.5 JOHTOPÄÄTÖKSET

Työnantajan tuki on erityisen tärkeä hoitosuosituksen tehokkaan käyttöönoton kannalta. Terveydenhuollon ammattilaiset tuntevat tupakkariippuvuutta hyvin, lääkahoitoja ja muita lopettamisen apuvälineitä on olemassa. Ammattilaiset eivät kuitenkaan ole läheskään niin aktiivisia vieroittajia kuin voisivat olla. Keskeiset esteet tupakasta vieroituksen onnistumisessa ovat aikapula, huonosti toimiva hoitopolku, resurssipula ja terveydenhoitajilla työkalujen puute.

Terveydenhuollon ammattilaisten asenne vieroitustyöhön on myönteinen. Luottamus omaan osaamiseen on sitä parempi, mitä huolellisemmin he ovat tutustuneet Käypä hoito -suositukseen. Tupakasta vieroitus kannattaa sitoa entistä paremmin tupakoijan kokonaisarvioon, niin että tupakoinnista keskusteleminen ja lopettamiseen kannustaminen ja tukeminen ovat osana jokaisen tupakoivan hoitoa. Kirjaamiskäytännöistä, seurannasta ja palautteesta pitää sopia paikallisesti etukäteen.

Terveydenhuollon ammattilaiset tuntevat hoitosuositusta huonosti mutta ovat samaa mieltä siitä, että tupakasta vieroitus on tärkeä asia ja vieroituskoulutus tarpeen. Koulutustilaisuuksia, koulutusmateriaalia ja vieroituspalveluita tulisi tehdä helpommin saataviksi esimerkiksi hyödyntämällä Internetiä. Verkossa oleva koulutus ja tieto eivät ole kiinni ajasta tai paikasta. Koulutusten tulisi olla paikallisia sekä moniammatillisia helpottaakseen luontevan tupakasta vieroituksen hoitopolun syntymistä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) on yhdessä Kuopion yliopiston kanssa kehittänyt verkossa toimivan tupakasta vieroituksen opetusmallin, jota voidaan soveltaa perus-, jatko- ja täydennyskoulutukseen terveydenhuollon ammattilaisille. Vuonna 2008 hoitosuosituksesta julkaistiin verkkokurssi terveydenhuollon

ammattilaisten täydennyskoulutukseen (www.duodecim.fi/verkkokurssit). Paremmat kouluttautumismahdollisuudet eivät kuitenkaan yksin riitä käytäntöjen muuttamiseksi. Tarvitaan erilliset hallinnolliset ohjeet organisaation toimivuuden takaamiseksi ja toimivan hoitopolun sekä palautejärjestelmän rakentamiseksi. Tarvittavat henkilöstölliset ja koulutukselliset resurssit pitää taata.

Tulevaisuudessa terveydenhuollon ammattilaisten vieroitustyön tueksi tarvitaan lisätietoja vieroitusmenetelmien vaikuttavuudesta tupakoitsijan näkökulmasta sekä laadullista tutkimustietoa siitä, miten lopettajat kokevat moniammatillisen yhteistyön vaikutuksen lopettamisprosessiin.

KIRJALLISUUS

- An L C, Foldes S S, Alesci N L, Bluhm J H, Bland P C, Davern M E, Schillo B A, Ahluwalia J S, Manley M W. The impact of smoking-cessation intervention by multiple health professionals. *Am J Prev Med* 2008; 34(1): 54–60.
- Aquilino M L, Farris K B, Zillich A J, Lowe J B. Smoking-cessation services in Iowa community pharmacies. *Pharmacotherapy* 2003; 23(5): 666–73.
- Brewster J M, Ashley M J, Laurier C, Dioso R, Victor C, Ferrence R, Cohen J: On the front line of smoking cessation: pharmacists' practices and self-perception. *CPJ/RPC* 2005; 138 (3): 32–38.
- Brock T, Taylor D, Wuliji T: Curbing the tobacco pandemic: the global role for pharmacy. The School of Pharmacy, University of London ja International Pharmaceutical Federation (FIP). Haettu Internetistä 15.09.08 osoitteesta www.fip.org
- Carr A B, Ebbert J O. Interventions for tobacco cessation in the dental setting (Cochrane review). *The Cochrane Library* 2006: Issue 3.
- Clover K, Hazell T, Stanbridge V, Sanson-Fisher R. Dentists' attitudes and practice regarding smoking. *Aust Dent J* 1999; 44: 46–50.
- Edwards D, Etter J E, Perneger T V: Attitudes toward nicotine replacement therapy in smokers and ex-smokers in the general public. *Clinical Pharmacology and Therapeutics* 2001; 69 (3): 175–183.
- Fiore M C, Jaén C R ym: Treating tobacco use and dependence, 2008 update. US department of health and human services, Public Health Service, May 2008.
- Francke A L, Smit M C, de Veer A J E, Mistiaen P. Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: a systematic meta-review. *BMC Medical Informatics and Decision Making* 2008; 8: 38.
- Freeman T, Gilbert A: Pharmacist role in smoking cessation: an examination of current practise and barriers to service provision. *International journal of pharmacy practise* 2006; 14: 315–317.

- Gorin S S, Heck J E. Meta-analysis of the efficacy of tobacco counselling by health care providers. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2004; 13: 2012–2022.
- Hakuli T: Savuton verkosto – terveydenhuollon yhteistyömalli. Kuopion yliopiston sosiaalifarmasian osaston apteekkifarmasian erikoistumisopinnot proviisoreille, PD- projektityö. Kuopio: Kuopion yliopisto, 2001.
- Helakorpi S, Paavola M, Prättälä R, Uutela A. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2008. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 2/2009, 2009.
- Hu S, Pallonen U, McAlister A L, Howard B, Kaminski R, Stevenson G, Servos T. Knowing how to help tobacco users: dentists' familiarity and compliance with the clinical practice guideline. *J Am Dent Assoc (JADA)* 2006; 137(2): 170–179.
- Hudmon K S: The pharmacist's role in tobacco cessation: overview and introduction to the series. *American Journal of Health System Pharmacy* 2007; 64:1434–1436.
- Hudmon K S, Prokhorov A V, Corelli R L. Tobacco cessation counselling: pharmacists' opinions and practices. *Patient Education and Counselling* 2006; 61: 152–60.
- Kurko T, Linden K, Vasama M, Pietilä K, Airaksinen M: Nicotine replacement therapy practices in Finland one year after deregulation of the product sales - has anything changed from the community pharmacy perspective? *Health Policy* 2009; 91(3): 277-85.
- Kentala J, Utriainen P, Pahkala K, Mattila K. Nuorten tupakointia ehkäisevän mini-intervention toteutettavuus suun terveydenhuollossa. *Suomen Hammaslääkärilehti* 2005; 11: 1114-1123.
- Lancaster T, Fowler G. Training health professionals in smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000, Issue 3.
- Manfredi C, LeHew C W. Why implementation processes vary across the 5A's of the Smoking Cessation Guideline: administrators' perspectives'. *Nicotine & Tobacco Research*. 2008; 10(11): 1597–1607.
- Margolis J A, Meshack A F, McAlister A L, Boey-Doe H, Simpson L, Hu S: Smoking cessation activities by pharmacists in East Texas. *Journal of American Pharmacists Association* 2002; 42: 508–509.
- Ockene J K, Zapka J G. Provider education to promote implementation of clinical practise guidelines. *Chest* 2000; 118(2): 33S–39S.
- Rimpelä M, Saaristo V, Wiss K, Ståhl T (toim.). Terveyden edistäminen terveyskeskuksissa 2008. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 19/2009, 2009.
- Salimäki J: Savuttomuustyö apteekissa - apteekin astmayhdysenkilöille osoitettu kysely helmi-maaliskuussa 2008. Suomen Apteekkariliitto, 2008
- Salomäki S-M, Leppänen A. Tärkein terveysteko. Luotaus työterveys- ja yleislääkäreiden parissa. Helsinki: Hengitysliitto Heli ry, 2008.
- Sinclair HK, Bond CM, Lennox AS, Silcock J, Winfield AJ, Donnan PT. Training pharmacists and pharmacy assistants in the stage-of-change

- model of smoking cessation: a randomised controlled trial in Scotland. *Tob Control* 1998;7(3):253-61.
- Stacey F, Heasman P A, Heasman L, Hepburn S, McCracken G I, Preshaw P M. Smoking cessation as a dental intervention – views of the profession. *Br Dent J* 2006; 201: 109–113.
- Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitus-hoidot. Käypä hoito –suositus. Duodecim 2006. Saatavilla Internetissä: www.kaypahoito.fi
- Säämäki T: Yksilöllisen tupakoinninvieroitusmallin käyttöönotto apteekkeissa. Apteekkifarmasian erikoistumisopinnot proviisoreille, PD-projekti-työ, Helsinki: Helsingin yliopisto, koulutus- ja kehittämiskeskus Palmenia, 2008.
- Telivuo M, Vehkalahti M, Lahtinen A, Murtomaa H. Finnish dentists as tobacco counselors. *Community Dent Oral Epidemiol* 1991; 19: 221–224.
- Telivuo M, Kallio P, Berg M A, Korhonen H J, Murtomaa, H. Smoking and oral health: a population survey in Finland. *J Public Dent Assoc* 1996; 127: 259–265.
- Wyne A H, Chohan A N, Al-Moneef M M, Alym-Saad A S. Attitudes of general dentists about smoking cessation and prevention in child and adolescents patients in Riyadh, Saudi Arabia. *J Contemp Dent Pract* 2006; 7: 35–43.
- Quinn V P, Hollis J F, Smith K S, Rigotti N A, Solberg L I, Hu W, Stevens V J. Effectiveness of the 5-As tobacco cessation treatments in nine HMOs. *J Gen Intern Med* 2008; 24(2): 149–54.
- Vogt F, Hall S, Marteau T M. General practitioners' and family physicians' negative beliefs and attitudes towards discussing smoking cessation with patients: a systematic review. *Addiction*. 2005; 100(10): 1423–1431.
- Windsor R A, Woodby L L, Miller T M, Hardin J M, Crawford M A, DiClemente C C. Effectiveness of agency for health care policy and research clinical practice – guideline and patient education methods for pregnant smokers in medicaid maternity care. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2000; 182: 68–75.
- Young J M, Ward J E. Implementing guidelines for smoking cessation advice in Australian general practise: opinions, current practises, readiness to change and perceived barriers. *Family Practise* 2001; 18: 14–20.

Taulukko 5. Suomalaiset, keskeisimmät ja kunkin ammattiryhmän osalta tuoreimmat tutkimukset

Tutkimus /nimi/ käytetty metodi	Kenelle/ otos (%ammattikunnasta)	Toteutettu	Vastausprosentti	Mita tutkittiin?	Tutkimuksen tekijä
	LÄÄKÄRIT				
Kirjekysely	Terveyskeskusten johtavat lääkärit/ n= 257 terveyskeskusta	2005	93 % (n=245)	Tupakasta vieroituksen Käypä hoito - suosituksen toimeenpano perusterveydenhuollossa.	Simonen O, Sosiaali- ja terveysministeriö
Lääkäri ja tupakka -tutkimus, kirjekysely	Lääkärit n= 3000 (19%)	2006	60 % (n=1808)	Oma tupakointi, käytetyt tupakasta vieroitusaktiiviteetit ja apukeinot, asenteet, haasteet, kouluttautuneisuus, moniammatillinen yhteistyö, Käypä hoito - suosituksen tunnetavuus ja käyttäminen.	Sandström P, Myllykangas M, Jormanainen V, Barengo N, Patja K, Kansanterveyslaitos, Kuopion yliopisto, Lääkäriliitto
Kvalitatiivinen haastattelututkimus lääkäreiden parissa	Yleis-, työterveys- ja erikoislääkärit (gynekologit, kirurgit, sisätautielääkärit) (n=25)	2008		Lääkäreiden suhtautumista tupakoimattomuuden edistämiseen osana omaa työtään	Salomäki S-M, Leppänen A.,Kuule Oy, Hengitysliitto
	TERVEYDENHOITAJAT				
Terveystenhoitaja ja Tupakka -tutkimus, kirjekysely	Terveystenhoitajat n=2000 (15%)	2006-2007	68 % (n=1359)	Kuten lääkäri ja tupakka -tutkimuksessa edellä + raskaana olevien tupakasta vieroitus.	Sandström P, Myllykangas M, Jormanainen V, Urjanheimo E-L, Patja K. Kansanterveyslaitos, Kuopion yliopisto, Terveystenhoitajaliitto
	SUUN TERVEYDENHUOLLON AMMATILAISET				
Kyselytutkimus hammaslääkäreille	Hammaslääkärit (n=667)	1987	81 % (n=540)	Hammaslääkärien asenteet tupakasta vieroituksen ja tupakan vastaiseen terveyskasvatukseen	Telivuo M, Vehkalahti M, Lahtinen A, Murtomaa H
Kyselytutkimus Suun terveydenhuollon henkilöstölle	Etelä- ja Keski-Pohjanmaan terveyskeskusten suun terveydenhuollon henkilöstö (n=339)	2005	Hammaslääkärit 84 % (n=135), muut 70 % (n=124)	Suun terveydenhuollon henkilöstön mielipiteet tupakoinnin vastustamistyössä ja mini-interventiometelmästä.	Kentala J, Utriainen P, Pahkala K, Mattila K, Tampereen yliopisto
	APTEEKKILAISET				
Apteekkiläinen ja tupakka -kyselytutkimus, kirjekysely	Farmaseutit, proviisorit (47%) ja apteekkarit (50%) n=2291	2006-2007	54 % (n=1190)	Kuten lääkäri ja tupakka -tutkimuksessa edellä + nikotiinikorvaushoitosten käyttö ja myyntikanavien laajentaminen	Kurko T, Linden K, Pietilä K, Airaksinen M, Helsingin yliopisto, farmasian tiedekunta, sosiaalfarmasian osasto ja Pfizer Oy
Savuttomuustyö apteekissa	Apteekkariliiton jäsenapteekkien astmayhdyshenkilöt (n= 706)	2008	29 % (n=207)	Mm. vieroituslääkkeiden neuvonta, mikrospirometria, yksilöllinen tupakasta vieroitus, motivoivan haastattelun ja muutosvaihemallin tunteminen, työn merkitys asiakkaiden lopettamispyrkimysten tukena ja miten vastaajat kokivat itse savuttomuustyön	Salimäki J, Suomen Apteekkariliitto
Haastattelut yksilöllistä tupakasta vieroitusta tarjoaville apteekkiläisille	n=17	2007-2008		Kokemukset yksilöllisestä vieroituspalvelusta, sen kehittäminen, miksi palvelua ei tarjota.	Säämäki T, Apteekki-farmasian erikoistumisopinnot, PD-projektityö. Helsingin yliopisto, koulutus ja kehittämiskeskus Palmenia

4 ESIMERKKEJÄ VIEROITUSTYÖN TOTEUTUMISESTA – TUPAKASTA VIEROITUS KUULUU KAIKILLE

Sanna-Mari Salomäki

■ Suomessa tehdään ansiokasta työtä tupakasta vieroittamiseksi. Tässä luvussa esitellään kolme erilaista esimerkkiä eri puolilta Suomea: Lahden Ilves Apteekista, Turun yliopistollisen keskussairaalan tupakanvieroitusyksiköstä ja Savuton Savo -ohjelmasta Kuopiosta.

Vaikka esimerkit kertovat hyvin erilaisista vieroitustyön ympäristöistä, kaikissa korostuu moniammatillisen yhteistyön ja paikallisten yhteistyöverkostojen tärkeys.

4.1 APTEEKILLA MONIPUOLINEN ROOLI TUPAKASTA VIEROITUKSESSA

Perinteisesti apteekkien tehtäväksi nähdään vieroituslääkkeisiin ja nikotiinikorvaustuotteisiin liittyvä neuvonta. Lahden Ilves Apteekissa tupakasta vieroitus on kuitenkin paljon muutakin. Tupakointi on merkittävä kansanterveydellinen haaste, ja siksi tupakoinnin lopettamisen tukeminen otetaan tosissaan.

Vastuuhenkilöllä on syvällisempää osaamista

Ilves Apteekissa on nimetty tupakasta vieroituksen vastuuhenkilöksi farmaseutti Eira Haiko. Hän vakuuttui tupakoimattomuuden edistämisen tärkeydestä aikoinaan keuhkohtaumatautia käsittelevällä kurssilla ja on kouluttautunut laajasti tupakasta vieroitukseen: ”Kaikilla apteekissamme on valmius neuvoa asiakkaita tupakoinnin lopettamisessa. Tupakasta vieroituksesta vastaavana henkilönä olen perehtynyt aiheeseen syvemmin. Tehtäväni on kouluttaa muuta henkilökuntaa ja ylläpitää apteekkimme osaamista.”

Lopettamisryhmiä yhteistyössä Hengitysliiton kanssa

Farmaseutti Haiko on hankkinut asiantuntemusta muun muassa käymälä Hengitysliitto Helin tupakasta vieroituksen ryhmänohjaajakoulutuksen. Koulutuksesta hän sai eväät vieroitusryhmien vetämiseen ja tupakasta vieroituksen yksilöohjaukseen.

Lahden Ilves Apteekki on järjestänyt yhteistyössä Hengitysliitto Helin paikallisjärjestön kanssa tupakoinnin lopettamisryhmiä. Apteekki on osallistunut markkinointiin, ja Päijät-Hämeen Hengitysyhdistys on tarjonnut ryhmien pitämiseen tarvittavat tilat.

Haiko on kokenut ryhmänohjauksen hyvin antoisaksi: ”Ryhmässä käytävä syvälinen keskustelu on auttanut minua saamaan monipuolisemman kuvan tupakoinnista ja opettanut paremmin ymmärtämään tupakoinnin lopettamiseen liittyviä haasteita. Tästä on paljon hyötyä myös päivittä-

sessä työssä apteekissa. Esimerkiksi nikotiinikorvaushoitoja koskevan neuvonnan yhteydessä osaa kysyä oikeita kysymyksiä ja keskustella oikeista asioista.”

Apteekista saa myös yksilöllistä vieroituspalvelua

Uusimpana palveluna Ilves Apteekki tarjoaa asiakkailleen maksullista tupakoinnin lopettamisen yksilöohjausta. Yksilöllinen tupakasta vieroituspalvelu sisältää 5–6 tapaamiskertaa, ja asiakkaalle voidaan myös soittaa. Jokaiselle asiakkaalle räätälöidään henkilökohtainen lopettamisohjelma. Asiakkaan tilanne ja taustatiedot kartoitetaan ja hänen kanssaan käydään läpi tupakoinnin lopettamisen perusasiat. Nikotiinikorvaushoitoja ja muuta lopettamisen tukea annetaan kunkin henkilön tarpeiden mukaan. Lopettamisen ajankohdasta ja yhteisistä tapaamisista sovitaan. Tupakoinnin lopettamista seurataan vielä kolmen ja kuuden kuukauden kuluttua tapaamisten jälkeen.

”Asiantunteva palvelu on apteekkien kilpailuetu. Ihmiset pitäisi vain saada tajuamaan, että tupakoinnin lopettaminen ei ole pelkkää purkan syöntiä. Riippuvuudesta irrottautumisen varrella tarvitaan monipuolista ja jatkuvaa tukea”, toteaa Haiko.

Samat tupakasta vieroituksen periaatteet pätevät niin yksilö- kuin ryhmänohjauksessakin. ”Tärkeintä on oman motiivin löytäminen. Sen oivalttaminen, miksi haluaa lopettaa. Ja motiivi kannattaa pitää kirkkaana mielessään, kun tulee heikkoja hetkiä”, Haiko painottaa.

Tupakoinnin lopettaminen rohkeammin puheeksi

Farmaseutti Haikon mielestä apteekkeissa voitaisiin kysyä nykyistä aktiivisemmin asiakkailta tupakoinnista ja tupakoinnin lopettamisesta. Apteekin henkilökunnalla on tähän osaamista ja valmiuksia. Tupakoinnista ja tupakoinnin lopettamisesta voitaisiin keskustella erityisesti sellaisten asiakkaiden kanssa, joilla on sairauksia tai lääkkeitä, joihin tupakoinnilla on vaikutusta, varsinkin, jos asiakas ei tunne saavansa lääkkeestä täyttä hyötyä.

”Tähän puoleen pitää ilman muuta kiinnittää enemmän huomiota. Tupakointi heikentää esimerkiksi astma-, verenpaine- ja diabeteslääkkeiden tehoa. Asiakas ei ole välttämättä tullut tätä ajatelleeksi, tai lääkäri ei ole selittänyt asiaa. Myös yskänlääkkeiden ostajien kanssa kannattaa asia pitää mielessä”, Haiko muistuttaa.

Yhteistyötä tarvitaan

Apteekin rooli tupakasta vieroituksessa on tärkeä. Ihmisten on helppo käydä apteekissa, ja apteekissa käydään yleensä useammin kuin esimerkiksi lääkärissä. Yhteistyö eri toimijoiden kesken on tärkeää. Valitettavasti tupakasta vieroituksessa yhteydenpito toimijoiden kesken on satunnaista ja yhteistyö on yksittäisten ihmisten aktiivisuudesta kiinni. Paikallisesti yritetään levittää tietoa apteekin roolista ja sen tarjoamista palveluista.

”Jo päättyneen valtakunnallisen astmaohjelman puitteissa järjestettiin paikallisia tapaamisia astmahoitajien, astmavastuulääkäreiden, terveysjärjestöjen ja apteekin astmavastaavien kesken. Nyt pitäisi perustaa vastaavan-

lainen tupakasta vieroituksen ohjelma. Saataisiin apteekkeihin tupakasta vieroituksen vastuuhenkilöt sekä terveydenhuoltoon tupakasta vieroitushoitajat ja vastuulääkärit”, Haiko ehdottaa.

- Nimetään apteekkiin tupakasta vieroituksen vastuuhenkilö.
- Koulutetaan henkilökuntaa tupakoinnin lopettamisen tukemiseen.
- Annetaan ohjausta lääkeneuvonnan yhteydessä.
- Yksilöllistä tupakoinnin lopettamisen tukea tarjotaan palveluna asiakkaille.
- Voidaan järjestää myös tupakoinnin lopettamisryhmiä.
- Otetaan tupakoinnin lopettaminen entistä rohkeammin puheeksi asiakkaiden kanssa.
- Tehdään yhteistyötä paikallisten terveysjärjestöjen ja terveydenhuollon ammattilaisten kanssa.

4.2 TYKS:SSÄ TUPAKASTA VIEROITUS ON OSA SAIRAUDEN HOITOA

Turun yliopistollisessa keskussairaalassa aloitti 1.9.1998 toimintansa Suomen ensimmäinen sairaille potilaille tarkoitettu tupakasta vieroitusyksikkö, jossa työskentelee vieroitushoitaja Päivi Grönroos. Vastaavia kokopäivätoimisia, potilastyötä tekeviä vieroitushoitajia on Suomessa vain muutamia.

Yhdyshenkilö jokaisella poliklinikalla ja osastolla

Tupakasta vieroitusyksikkö palvelee kaikkia TYKS:ssä asioivia potilaita sekä sairaalan henkilökuntaa. Kuka tahansa hoitohenkilökunnasta, sekä lääkärit että hoitajat, voivat ohjata potilaita Grönroosin vastaanotolle. Palvelu on potilaille ilmaista.

Jokaisella poliklinikalla ja osastolla on yhdyshenkilö, joka on perehtynyt tupakasta vieroitukseen. Yhdyshenkilöiden tehtävänä on asiasta tiedottaminen ja muistuttaminen. Vieroitushoitaja kouluttaa yhdyshenkilöitä ja organisoii heille koulutuksia ajankohtaisista aiheista.

Lääkäri kertoo faktat

Vieroitushoitaja tekee tiivistä yhteistyötä potilasta hoitavan lääkärin kanssa. Hän keskustelee tarvittaessa lääkärin kanssa ennen potilaan vastaanottoaikaa. Näin lääkäri muistaa vastaanotolla myös omalta osaltaan ottaa tupakoinnin puheeksi potilaan kanssa.

On erittäin tärkeää, että lääkäri selvittää potilaalle tupakoinnin vaikutukset tämän sairauteen ja käy läpi, miksi tupakoinnin lopettaminen on tämän kohdalla tärkeää.

Hoitaja motivoi ja neuvoo

Vieroitushoitajan vastaanotolla potilaat saavat käytännön neuvoja ja tukea tupakoinnin lopettamiseen. Tarjolla on sekä yksilö- että ryhmänohjausta. Motivointi ja positiivinen kannustaminen ovat erittäin tärkeitä. ”Ensimmäinen tapaaminen potilaan kanssa on niin sanottu motivointitapaaminen. Lämmitellään aihetta ja tutustutaan”, Grönroos kertoo.

Lääkäri käy läpi sairauteen liittyviä asioita. Vieroitushoitaja sen sijaan keskittyy tupakoinnin lopettamisen hyvien puolien kertomiseen. ”Sairaus on jo muutenkin ikävä asia, joten pyrin tuomaan esille tupakoinnin lopettamisen konkreettisia, nopeasti havaittavia positiivisia vaikutuksia”, Grönroos sanoo. Positiivinen ajattelutapa motivoi potilasta lopettamaan tupakoinnin.

Seuraavalla tapaamiskerralla käydään läpi tupakoinnin lopettamisen perusasiat sekä nikotiinikorvaus- ja muut vieroituslääkkeet ja tehdään päätös lopettamispäivästä sekä sovitaan tapaamisajat. Lopettamisen jälkeen tavaetaan 2–3 kertaa tiiviimmin, sitten harvemmin. Potilasta seurataan vähintään kolme kuukautta tupakoinnin lopettamisen jälkeen.

Tupakasta vieroitus osaksi savuttomien sairaaloiden toimintaa

TYKS:n vieroitusyksiköstä tuli totta, kun aktiiviset ihmiset keuhkoklinikalta ja syöpätautien klinikalta lähtivät viemään asiaa eteenpäin. Perinteisesti terveyden edistäminen mielletään perusterveydenhuollon tehtäväksi. Nyt myös sairaaloissa on herätty ymmärtämään oma rooli tässä työssä.

”Sairaala on hyvin otollinen paikka ottaa puheeksi potilaan tupakoinnin lopettaminen. Tupakoinnilla on haittavaikutuksia niin moneen sairauteen liittyen. Potilaalla on täällä myös aikaa pysähtyä miettimään asiaa”, Grönroos selvittää.

Kaikki Suomen sairaanhoitopiirit ovat julistautuneet savuttomiksi, joten tästäkin näkökulmasta tupakasta vieroitus sopii hyvin osaksi sairaaloiden toimintaa.

Vastuulääkäri avainasemassa

Asian etenemisen kannalta tärkeintä on nimetä vastuulääkäri, joka on kiinnostunut ja innostunut asiasta ja joka vie asiaa eteenpäin muille lääkäreille.

”Keuhkosairauksien ja allergologian erikoislääkäri Maritta Kilpeläinen on TYKS:n tupakkavastuulääkäri. Hän on vienyt asiaa eteenpäin lääkäriläpäreissa. Pikkuhiljaa asia on lähtenyt leviämään sitä kautta”, Grönroos kertoo.

Tupakkavastuulääkäri kouluttaa paljon sekä TYKS:ssä että muualla sairaanhoitopiirin alueella.

”On tärkeää oivaltaa, että nikotiiniriippuvuudessa on kyse sairaudesta”, Grönroos huomauttaa.

Vieroitushoitaja ja tupakkavastuulääkäri toimivat työparina. Hoitaja saa lääkäriltä neuvoja, tukea ja kannustusta omaan työhönsä liittyen.

Tupakasta vieroitus kuuluu kaikille

TYKS:n tupakasta vieroitusyksikkö tekee paljon alueellista yhteistyötä. Esimerkiksi Turun kaupungin terveystoimen kanssa järjestetään koulutuksia

sairaaloiden ja terveyskeskusten tupakkayhdyshenkilöille. Ajatuksena on leviättää tupakasta vieroituksen toimintatapaa myös terveyskeskuksiin ja muihin sairaaloihin.

Apteekeilla ja terveysjärjestöillä on tärkeä rooli. Eiväthän kaikki ihmiset käy sairaaloissa ja terveyskeskuksissa. Apteekit neuvovat ja opastavat. Järjestöt tuottavat arvokasta materiaalia, kampanjoivat ja hankkivat asialle näkyvyyttä.

- Tupakasta vieroitus on myös erikoissairaanhoidon tehtävä.
- Vieroitushoitaja ja tupakkavastuulääkäri toimivat työparina.
- Vieroitushoitaja tekee yhteistyötä potilasta hoitavan lääkärin kanssa.
- Tupakkavastuulääkäri kouluttaa ja vie asiaa eteenpäin.
- Vieroitushoitajalla on yhdyshenkilö jokaisella poliklinikalla ja osastolla
- Tehdään alueellista yhteistyötä.

4.3 SAVUTON SAVO KOKOAA OSAAMISEN

Savuton Savo -ohjelma on Kuopion yliopistollisen sairaalan hallinnoima ja sosiaali- ja terveysministeriön rahoittama hanke. Hanketta toteutetaan yhteistyössä Pohjois-Savon Sydänpiiri ry:n, Kuopion yliopiston, terveyskeskusten, apteekkien, terveysjärjestöjen ja Terve-Kuopio-ohjelman kanssa.

Nikotiiniriippuvaisen hoitoketju ei katkea

Savuton Savo -hankkeen puitteissa on luotu maakuntaan toimiva nikotiiniriippuvaisten potilaiden hoitopolku. ”Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisen yhteistyön tehostamisen tavoitteena on tupakoivien ohjauksen ja hoidon parantaminen. Savossa erikoissairaanhoidossa aloitettu hoito ei katkea perusterveydenhuollossa ja päinvastoin”, selvittää ylilääkäri, dosentti Seppo Lehto Kuopion yliopistollisesta sairaalasta, Savuton Savo -hankkeen ohjausryhmän puheenjohtaja.

Nikotiiniriippuvuutta tulee hoitaa kuten muitakin sairauksia tai riskitekijöitä. Riippuvuuden hoitamisen tulee kuulua henkilökunnan rutiineihin sekä erikoissairaanhoidossa että perusterveydenhuollossa.

”Lääkärin tulee kehottaa potilasta lopettamaan tupakointi, sillä lääkärin puheella on painoarvoa. Nikotiiniriippuvuuden selvittäminen on tärkeää. Kullekin potilaalle valitaan vieroitusmetodi, jonka avulla potilas parhaiten onnistuu lopettamaan. Yksilöllisesti katsotaan käytetäänkö nikotiinikorvaushoitoja tai muita lääkkeitä tupakasta vieroitukseen. Potilaat ohjataan tupakoinnin lopettamisen tuen piiriin esimerkiksi vieroitusryhmiin tai tupakasta vieroitushoitajan vastaanotolle”, Lehto jatkaa. Myös seuranta on kirjattu osaksi tupakoivan asiakkaan hoitopolkua.

Kuopion yliopistolliseen sairaalaan on perusteilla tupakasta vieroituksen osaamiskeskus.

Voimien kokoaminen tuottaa tulosta

Savuton Savo -hankkeessa on noudatettu kokonaisvaltaista lähestymistapaa, jossa painotetaan yhteistä vastuuta savuttomuuden edistämiseksi. Hankkeen myötä Pohjois-Savon maakuntaan on syntynyt moniammatillinen Savuton-verkosto, johon on koottu mukaan kaikki alan toimijat: erikoissairaanhoido, perusterveydenhuolto, apteekit, terveysjärjestöt.

”Yksi hankkeen vahvuuksista on asiantuntemuksen kokoaminen yhteen. Tähän saakka kaikki ovat puuhastelleet omilla tahoillaan. Kentän yhdistäminen ja voimien kokoaminen on tuottanut tulosta”, Lehto sanoo. Työnjakoa on järjeistetty ja kukin hoitaa oman osuutensa. Osoituksena hankkeen menestyksestä on esimerkiksi valtava joukko työnantajia, jotka ovat julistautuneet savuttomiksi. Lähes kaikki alueen kunnat ja joitakin suurimpia työpaikkoja, kuten Osuuskauppa PeeÄssä ja Kuopion Lentoasema, on saatu mukaan savuttomuushankkeeseen.

Lehdon mukaan vuodessa on saatu enemmän aikaan tupakoimattomuuden edistämisen saralla kuin Pohjois-Savon alueella aikoihin. Vuoden 2009 painopistealueena on nuorten tupakoimattomuuden edistäminen.

Ohjeita ja neuvontaa yhtenäistetty

Savuton Savo -hankkeen tavoitteena on myös tehdä tupakoinnin lopettamisesta mahdollisimman helppoa.

”Kun ihminen haluaa lopettaa tupakoinnin, hänellä pitää olla tieto, mihin ottaa yhteyttä ja mistä saa apua. Kuten ihmiset tuntevat 112-numeron”, Lehto selvittää.

Hankkeen puitteissa on myös yhtenäistetty informaatiota ja materiaaleja. Tupakoija saa samanlaista tukea riippumatta siitä, mistä hän menee hakemaan apua lopettamiseen. Ohjeet ja neuvonta on todettu kunnollisiksi ja tupakoinnin lopettamista edesauttaviksi.

Tupakoitsijat pyritään myös saamaan mukaan positiivisessa hengessä: ”Emme ole lähteneet moittimis- tai syyllistämislinjalle. Tavoitteena on, että tupakoitsijat itse oivaltavat lopettamisen hyödyt”, Lehto huomauttaa.

Innostuneet ihmiset vievät asiaa eteenpäin

”Korkean riskin potilaat tupakoivat yhtä paljon kuin muu väestö, vaikka tupakointi on sellainen vaaratekijä, että kenenkään sepelvaltimotautia sairastavan ei tule polttaa. Riskit laskevat erittäin nopeasti tupakoinnin lopettamisen myötä”, Lehto korostaa.

Tupakointi on riskitekijä, johon on olemassa konstit vaikuttaa. Tupakoimattomuuden edistäminen on asia, jolla saadaan paljon hyvää aikaan. Siitä lähti kypsymään idea myös Savuton Savo -hankkeesta.

Hankkeessa on mukana paljon innostuneita ihmisiä. Lehto on peruskoulutukseltaan sisätautilääkäri ja kardiologi. Hän sai kipinän tupakoimattomuuden edistämiseen tehdessään tutkimusta sepelvaltimotautipotilaiden keskuudessa. Hankkeen projektipäällikkö Tarja Ikonen Pohjois-Savon Sydänpiiristä on ottanut aktiivisesti yhteyttä kuntapäätäjiin ja työnantajiin.

Työ- ja muiden yhteisöjen savuttomuudella on positiivinen noste. Yhteisöjen toimintakulttuurin muutos on keskeinen osa väestön savuttomuuden tukemista.

- Luodaan nikotiiniriippuvaisten potilaiden hoitopolku.
- Seuranta kirjataan osaksi hoitopolkua.
- Valmistellaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välille katkeamaton hoitoketju.
- Luodaan moniammatillinen verkosto, joka kokoaa voimat ja osaamisen.
- Yhtenäistetään annettavaa informaatiota, ohjeita ja neuvontaa.

5 TUPAKKA TUPAKOIVAN MIELESSÄ JA MIELESTÄ

Hanne Heikkinen, Hanna Ollila, Kristiina Patja

■ Tupakoinnin haitat alkoivat levitä laajemmin ihmisten tietoisuuteen 1950-luvun loppupuolella, kun Doll ja Hill julkaisivat laajalla lääkäriaineistolla tupakoinnin ja keuhkosyövän välisen yhteyden. Tupakoinnin vaikutukset sydän- ja verikiertoelinten sairauksiin on siten tunnettu jo useita vuosikymmeniä, eikä tupakoinnin terveyshaittoja yksilölle ja väestölle nykyisin kyseenalaisteta. Tällä hetkellä tupakoinnin vähentäminen on yksi kansanterveystyön ja terveyspolitiikan tärkeimmistä kohteista. Viimeisten vuosikymmenten aikana on tupakointia pyritty vähentämään muuttamalla ympäristöjä savuttomiksi ja vaikuttamalla asenteisiin (esimerkiksi lainsäädäntö, kampanjat). Monet valtiot ovat ryhtyneet tupakoinnin vähentämistoimiin, kuten veronkorotuksiin, mainonnan ja myynninedistämisen kieltämiseen tai tupakoinnin kieltämiseen julkisissa tiloissa ja työpaikoilla. Useimmat teollistuneissa maissa asuvat ihmiset suhtautuvatkin nykyisin tupakointiin negatiivisesti ja hyväksyvät yleisesti tupakointia rajoittavat toimenpiteet.

Suomessa on tehty laajoja toimenpiteitä tupakoinnin vähentämiseksi ja tupakointi on laskenut meillä jyrkästi 1970-luvulta lähtien: miesten tupakointi on vähentynyt kolmasosaan huippuvuosista, mutta naisten tupakointi on vastaavasti kolminkertaistunut. Nykyisin Suomen tupakointiluvut ovat Euroopan alhaisimpien joukossa. Silti tupakointi on Suomessa varsin yleistä, sillä 20 % suomalaisista tupakoi päivittäin (Helakorpi ym. 2009). Päivittäinen tupakointi näyttää olevan yleisintä varhaisaikuisuudessa 18–29-vuotiailla, jolloin luvut ovat miehillä 35 % ja naisilla 24 % (Patja 2005). Nuorten tupakointi on kääntynyt vuosituhannen vaihteen jälkeen laskuun mutta on edelleen huomattavan korkealla: 16–18-vuotiaista 25 % tupakoi (Rimpelä ym. 2007). On kuitenkin viitteitä siitä, että tupakoimattomuus alkaa vallata tilaa nuorten uutena trendinä. Lähes 80 % 12- ja 14-vuotiaista on sitä mieltä, että tupakointi on luusereiden puuhaa (Rimpelä ym. 2005).

Samalla kun tupakointiluvut ovat laskeneet, on tupakointi marginalisoitunut. Tupakoinnista näyttää tulleen alemman koulutustason indikaattori ja tätä kautta yksi suurimmista esteistä koulutusryhmien välisten terveyserojen kaventamisessa. Tupakoinnin rajoitustoimenpiteiden ja sosiaalisen eriytymisen tuloksena tupakoinnista on tullut mitä enenevissä määrin paheksuttavana pidettävää käyttäytymistä. Tupakoinnin yhteiskunnallisen aseman muutos kulttuurin laajasti hyväksymästä nautintoaineesta vakavaksi määritellyksi kansanterveydelliseksi ongelmaksi on huikea (Hakkarainen, 2000). Tupakka on menettänyt maineensa: se on leimautunut rahvaanomaiseksi ympäristöhaitaksi ja riippuvuutta aiheuttavaksi tappavaksi tavaksi (Piispa, 1995).

5.1 TUPAKOINNIN MONET MERKITYKSET

Tupakointi on nykykulttuurissa edelleenkin nautintoaine, jolla on monia sosiaalisia ja kulttuurisia merkityksiä. Merkitykset tosin vaihtelevat sen mukaan, keneltä asiaa kysytään: eri yhteiskunnalliset toimijat ymmärtävät ja käsittävät tupakoinnin eri tavoin. Terveysrintama on määrittänyt tupakoinnin ongelmaksi terveysterapeuttien. Viimeisten vuosikymmenten tupakka-keskustelussa keskeisimmät ongelmamääritykset ovat tupakoinnin terveyshaittojen raportointi, passiivisen tupakoinnin terveyshaitat ja ongelma sekä nikotiiniriippuvuuden esiin nostaminen ja sen huumeriippuvuuteen vertaaminen. (Hakkarainen 2000).

Tupakointi nuorena aloitetaan tavoitellen aikuisuutta ja siihen kuuluvaa itsenäisyyden ja riippumattomuuden ajatusta sekä yhteenkuuluvuuden saavuttamista muiden samanikäisten kanssa. Tupakointi on nuorille ensisijaisesti sosiaalisten suhteiden rakentamiseen ja ylläpitoon kuuluvaa mielekästä toimintaa, jota ei ajatella oman terveyden vaarantamisena (Walsh & Tzelepis 2007). Toisaalta tupakointi voi olla nuorelle tapa kapinoida, tai tapa erottautua muista nuorista – tapa rakentaa tietynlainen imago ja identiteetti erilaisten mielikuvien perusteella. Tupakan vaarallisuus ja kielletty asema voivatkin lisätä sen vetovoimaa joidenkin nuorten parissa.

Tupakoija ei määrittele tupakointiaan vain ongelmaksi. Tupakoijat tietävät tupakoinnin vaarat ja lopettamisen mahdolliset edut, mutta silti he tupakoivat. Tupakoijille tupakointi ei olekaan pelkästään terveyden vaarantamista, vaan tupakoijat näkevät siinä monia hyviäkin puolia (McKie ym. 2003). Aikuisena, kun tupakkaa on jo useita vuosia palanut, sitä käytetään useimmiten rentoutumisen, nautinnon, tavan ja riippuvuuden vuoksi. Nuoruuden näyttämishalu, glamour ja tupakoinnin seurallisuus ovat iän myötä vähentyneet. Vuosien myötä tupakoinnista tulee tavanomaista toimintaa, joka kiinnittyy hyvin vahvasti arjen rutiineihin. Kun tupakkaa palaa vuosien saatossa, tupakkariippuvuus muotoutuu moniulotteiseksi käyttäytymismuodoksi, jossa tupakan eri tekijät antavat tupakoijalle palkitsevia kokemuksia. Kun tupakkaa aletaan käyttää emotionaalisesti vaikeissa tai stressaavissa tilanteissa tai palkintoina tehdystä työstä, kehittyä tupakointiin fyysisen riippuvuuden rinnalle myös psyykkinen riippuvuus (Kassel ym. 2003).

Jos tupakoijalta kysytään, niin tupakka tuntuu lisäksi olevan apu moneen ongelmaan ja tilanteeseen. Tupakka voi auttaa käsittelemään ja hallitsemaan stressiä ja ahdistusta. Se voi olla stressin purkukeino, ahdistuksen helpottaja, hermolevon tarjoaja ja rauhoittaja, tunnemyrskyjen tyynnyttäjä, lohduttaja sekä tyhjen ajanjaksojen täyttävä. Tupakoijat sanovat myös, että tupakka helpottaa keskittymistä ja ongelmien ratkaisua. Se on oivallinen energian lähde, se rytmittää ja jaksottaa arkea, tarjoaa kaivatun aikalisän, ja sen avulla voi palkita tai piiskata itseään. Tupakoijan mukaan tupakan aikana ajatukset tuntuvat kirkastuvan ja ongelmiin ja pulmiin tuntuu helpommin löytyvän ratkaisu. Tupakka on monelle sosiaalisen vuorovaikutuksen ja itseilmaisun keino. Se vahvistaa yhteenkuuluvuuden tunnetta, ja se toimii ”tiedonvälittäjänä” työyhteisössä. Tupakka on tavallaan jaettujen rutiinien muodostaja/

tuottaja, se voi olla tietynlainen sosiaalisuuden osoitus, transition merkki, toimiva suojaverho tai tietynlaisen imagon välittäjä (McKie ym. 2003; Piispa 1995).

Moni tupakoija kokee tupakan polttamisen sinänsä nautintona. Se on hyvän makuinen, ja se kruunaa tilanteita ja elämyksiä. Luultavasti melkein kaikki päivittäin tupakoijat pitävät tupakan makua jollain tavalla tai ainakin joskus miellyttävänä. Tupakka on erinomainen kahvin kaveri ja lounaan kumppani tai ravintolailian vakioseuralainen ja tunnelman luoja. Se tuottaa vahvoja mielikuvia ja merkityksiä, ja toimii monelle aamun aloittajana ja illan päättäjänä. Useimmille tupakoijille tupakka onkin pitkäaikainen, lojaali ystävä, jolle jäähyväisten jättäminen tuntuu lähes mahdottomalta (McKie ym. 2003, Piispa 1995).

Tupakoijien tupakointiin liittämät merkitykset ja tupakointikäyttäytyminen ovat varmasti muuttuneet vuosien myötä tupakoijien oman iän lisääntyessä ja tupakointiympäristön samalla muuttuessa lainsäädännön muutosten, asenneilmapiirin kiristymisen ja tupakoinnin terveyshaittoja koskevan tiedon lisääntyessä. Tupakoijan suhtautuminen tupakkaan on usein varsin ristiriitaista: yksilö saa mielihyvää jostain paheesta, joka tarvelee hänen terveytensä ja johon nykyisin suhtaudutaan yhteiskunnassa negatiivisesti (McKie ym. 2003, Piispa 1995).

5.2 TUPAKOIJJA JA KASVAVAT PAINEET

Terveysrintaman tehokkaasti levittämä lääketieteellinen tieto tupakoinnin haittavaikutuksista on saanut suuren vastakaipun terveysarvoja korostavassa yleisessä mielipiteessä ja kulttuurissa (Hakkarainen 2000), ja tupakointiin suhtaudutaan nykyisin negatiivisesti. Ihmisten odotetaan ottavan vastuuta omasta terveydestään ja muiden hyvinvoinnista sekä noudattavan terveellisiä elämäntapoja. Mallikelpoinen kansalainen ottaakin vakavasti uusimmat terveys-suositukset ja välttelee tiedossa olevia riskejä, mutta miten tupakoija sopii tähän malliin?

Nyky-yhteiskunnan sosiaalisten odotusten ja tupakoinnin välillä on selvästi kuilu, jonka tupakoiva vähemmistö varmasti tuntee nahoissaan. Kun ihmiset törmäävät tällaiseen nykyisen elämäntapansa ja yhteiskunnan moraalisten vaatimusten väliseen ristiriitaan, heidän tulee noudattaakseen yhteiskunnan normeja muuttaa elämäntapaansa. Ne, jotka eivät pysty – tai halua – käyttäytymistään muuttaa, joutuvat muuttamaan käsityksiään ja uskomuksiaan sellaisiksi, että he onnistuvat kieltämään elämäntapansa aiheuttamat riskit ja perustelemaan käyttäytymistään niin muille kuin itselleenkin. Tupakoinnista on sen kulttuurisen aseman muuttumisen myötä tullut vaivautuneisuutta aiheuttava ja selittelyä vaativa asia (Hakkarainen 2000).

Tupakoijat perustelevat tupakointiaan monin eri tavoin, mutta erityisesti he joutuvat puolustautumaan oletettujen vahvojen terveysriskiargumenttien edessä. Useimmat tupakoijat tuntuvat olevan tietoisia ja jossain määrin samaa mieltä tupakoinnin haittavaikutuksista yleisellä tasolla, mutta oma tupakointi nähdään usein harmittomampana. Oman tupakoinnin har-

mittomuutta perustellaan usein sekä vallitseviin terveysdiskursseihin että maallikkotietoon pohjautuvin argumentein. Maallikkotiedon lähteenä on useimmiten tarjolla oleva tupakointia ja terveyttä koskeva asiantuntijätieto, jota on muokattu omaan tupakointiin sopivaksi ja näin ollen tupakoinnin terveysriskit neutraloivaksi. Yleinen tietoisuus terveyshaitoista ei myöskään välttämättä tarkoita, että ihmisillä olisi riittävästi ja todenmukaista tietoa tupakoinnin mahdollisista vaikutuksista (Chapman & Liberman 2005, Hakkarainen 2000). On todettu, että tupakoijilla on itse asiassa varsin heikko tietämys tupakoinnin riskeistä (Chapman & Liberman 2005), tai jos he ovat tietoisia, he eivät ole niitä välttämättä sisäistäneet omalla kohdallaan.

Vaikka tupakoijista seitsemän kymmenestä onkin huolissaan tupakoinnin aiheuttamista terveyshaitoista, useimmat tupakoijat aliarvioivat heidän riskinsä sairastua tupakasta aiheutuvaan tautiin (Weinstein ym. 2005). Terveyden menettäminen saatetaan kokea usein kaukaisena tai tuskin omalle kohdalle osuvana, epärealistisena asiana. Lisäksi moni tupakoija uskoo, että hänellä on mahdollisuus kumota tupakoinnin haittavaikutukset tekemällä (ennalta-)ehkäiseviä toimenpiteitä, kuten polttamalla tarpeeksi vähän, harrastamalla liikuntaa tai elämällä muuten terveellisesti (Peretti-Watel ym. 2007). Erityisen kaukaisilta terveysriskit vaikuttavat nuoruudessa, mitä nuoret käyttävät tehokkaasti oman tupakointinsa perustelussa. Nuoret mieltävät terveyshaitat ja riippuvuuden aikuisten ongelmiksi, joita eivät tule itse kohtaamaan – näkevähän he lopettavansa tupakoinnin ennen ongelmia sopivassa elämäntilanteessa, kuten perheellistymisen tai työelämään siirtymisen myötä (Amos ym. 2006). Käsitukset riippuvuudesta, vieroitusoireista ja lopettamisesta muokkaantuvat lähipiirin tupakoijia havainnoimalla (Walsh & Tzelepis 2007).

Tupakoijat kehittävät itselleen suodattimen, jonka kautta he siilaavat tupakointia estävät tiedot ja ottavat vastaan tupakointia tukevat tiedot. Tällaiset psykologiset strategiat ja puolustusmekanismit, joiden avulla riippuvuutta ylläpidetään, voivat olla hyvinkin kompleksisia. Terveyden edistämisen kannalta onkin tärkeää huomata, että samaan aikaan kun nämä perustelut ja syyllisyydestä vapauttavat järkeilyt suojelevat yksilöä sekä omilta että yhteiskunnan syytöksiltä, voivat ne toimia esteinä tupakoinnin lopettamisessa (Peretti-Watel ym. 2007), sillä ne mahdollistavat tupakoinnin jatkamisen ilman syyllisyyden taakkaa.

5.3 LOPETTAMISEN TAUSTALLA

Kaikki tupakoijat eivät tietenkään halua lopettaa, mutta suurin osa ainakin jollakin tasolla haluaa. Esimerkiksi suomalaisista tupakoivista lähes 60 % ilmoittaa haluavansa lopettaa tupakoinnin (Helakorpi ym. 2009). Useimmat teini-iässä tupakointiuraansa aloitelleet eivät uskoneet koskaan sen piintyvän tavaksi, ja moni säpsähtääkin huomattuaan polttaneensa jo vuosikymmeniä. Lopettajista suurin osa onkin juuri sellaisia aikuisia, jotka ovat tupakoineet jo vuosikymmenen tai yli. Tämä voi johtua iän mukanaan tuomista oireista, oman terveyden pohtimisesta ja sairauksien pelosta. Useimmat tupakoijat

sanovat, että he haluavat lopettaa tupakoinnin terveyshaittojen vuoksi ja aikovat lopettaa joskus tulevaisuudessa. Useimmat tupakoijista harmittelevat sitä, että koskaan alkoivat tupakoida, ja lähes kaikki tupakoijat ovat yrittäneet lopettaa joskus aikaisemmin joko nikotiinikorvaushoitotuotteiden avulla tai ilman. Monet yrittävät jatkuvasti vähentää tupakointiaan. Nykyään moni yhä nuorempi haluaa lopettaa (Helakorpi ym. 2009). Nuoria tupakasta luopumiseen motivoivat terveyshuolien lisäksi akuutit murheet: esimerkiksi rahanmeno, ulkonäkökysymykset, poika- tai tyttöystävän negatiivinen suhtautuminen, kunnon heikkeneminen ja vanhempien kielteinen suhtautuminen (Peters ym. 2006). Terveystieteistä saatut lopetuskehotukset otetaan vakavasti (Amos ym. 2006).

Lopettamisen tai lopettamisen harkitsemisen taustalla voi olla monia syitä: oma tai perheenjäsenen sairaus, lääkärin tai jonkun muun kehoitus, rahanmeno tai huoli omasta tai jonkun perheenjäsenen terveydestä. On myös todettu, että tupakoinnin lopettamisen taustalla on useita muita tekijöitä, kuten tupakoijan sosioekonominen status, päivittäin poltettujen savukkeiden ja poltettujen vuosien määrä, sukupuoli, farmakokineettiset tai muut biologiset alttiudet, terveyskäyttäytyminen, psykologiset tekijät, kuten huoli terveydestä, ja ulkopuoliset tekijät, jotka ovat yhteydessä yhteiskunnan yleiseen suhtautumiseen tupakointiin (John ym. 2004). Tärkein lopettamista motivoiva tekijä näyttäisi sekä aikuisilla että nuorilla olevan huoli omasta terveydestä (McCaul ym. 2006; Riedel ym. 2002). Motivaatiotekijöistä huolella omasta terveydestä sekä hyvän esimerkin antamisella lapsille on todettu olevan suora yhteys lopettamisessa onnistumiseen. Vastaavasti huolella rahanmenosta, tupakoinnin vaikutuksesta muihin tai ystävien ja perheen taholta tulleella painostuksella näyttäisi olevan päinvastainen vaikutus lopettamiseen (Halpern & Warner 1993). Tupakoinnin positiiviset puolet painavat lopettamispäätöstä tehdessä, ja saattavat lannistaa tai jopa estää lopettamista. Niiden myöntäminen ja havaitseminen on monelle vaikeaa, ja siksi lopettamisen motiiveista jää suunnittelematta toinen puoli eli se, miten oppia elämään ilman tupakan myönteisiä puolia.

5.4 LOPETTAMISEN VAIKEUS JA IHANUUS

Tupakointiin ei ole olemassa mitään yksinkertaista parannuskeinoa, sillä jokainen tupakoija on yksilö. Onneksi moni tupakoinnin lopettanut voi todistaa sen, että lopettaminen ei ole täysin mahdotonta, kunhan malttaa suunnitella lopettamisprosessin juuri itselleen sopivaksi. Usein tätä lopettamisprosessia kuvaamaan on käytetty niin sanottua transteoreettista mallia (Prochaska & Di Clemente 1983). Muutosvaihemalli voi toimia työvälineenä muutoshalukkuuden arvioinnissa, mutta se ei ennusta millään tavalla lopettamista. Tupakasta luopuminen aiheuttaa useimmille lopettajille sekä fyysisiä että psyykkisiä vieroitusoireita, joiden voimakkuus ja kesto vaihtelevat yksilökohtaisesti. Tietenkin on niitä, jotka onnistuvat lopettamaan tupakoinnin ilman näkyviä ennakkovalmisteluja tai vieroitusoireita, mutta suurin osa lopettavista ei kuitenkaan kuulu tähän joukkoon. Vieroitusoireet

johtuvat siitä, että tupakointi on niin voimakas riippuvuuden aiheuttaja. Vieroitusoireisiin kuitenkin kannattaa koettaa suhtautua myönteisesti, sillä ne ovat merkki siitä, että tupakka on poistumassa elimistöstä. Yleisimpiä vieroitusoireita ovat ärtyisyys, kärsimättömyys, tupakanhimo, levottomuus, keskittymisvaikeudet, univaikeudet, päänsärky sekä makeanhimo ja lisääntynyt ruokahalu. Suurin osa näistä vieroitusoireista johtuu nikotiinipitoisuuden vähenemisestä elimistössä. Moni tupakoitsija luulee, että tupakointi kohentaa muistia, auttaa keskittymisessä ja poistaa ärtyneisyyttä. Oireet johtuvat kuitenkin nikotiinin vähentymisestä aivoissa ja liittyvät vieroitusoireisiin. Kun vieroitusvaihe on ohi, myös keskittymiskyky paranee. Fyysiset vieroitusoireet alkavat 2–12 tunnin kuluessa tupakoinnin lopettamisen jälkeen, ovat huipussaan 1–3 vuorokauden kuluttua ja kestävät keskimäärin 3–4 viikkoa. Oireiden kestossa on suuria yksilöllisiä eroja, jotka eivät selity poltettujen savukkeiden määrällä tai nikotiiniriippuvuuden asteella (Käypä hoito 2006). Lopettaminen ei aiheita ainoastaan vieroitusoireita, vaan myös monia myönteisiä vaikutuksia, jotka ovat paljon pitkäkestoisempia. Tupakoinnin lopettamisesta on paljon hyötyä, ja osa sen tuomista hyödyistä näkyy melkein välittömästi.

5.5 LOPETTAMISEN ESTEITÄ

On monia syitä, miksi tupakoijan on niin vaikea päästä eroon tupakoinnista. Yksi keskeisimmistä tekijöistä on tupakan sisältämään nikotiiniin kehittyvä fyysinen riippuvuus (Benowitz 1998), mikä saa tupakoijan jatkamaan tupakointia ja altistumaan muille tupakan terveyttä vaarantaville aineille. Fyysisen riippuvuuden lisäksi tähän monimuotoiseen tupakkariippuvuusoireyhtymään kuuluu myös voimakas psyykinen, ja sosiaalinen riippuvuus (Fiore ym. 2008). Opittu käyttäytyminen, sosiaaliset ja psykososiaaliset tekijät vaikuttavat tupakkariippuvuuden kehittymiseen ja säilymiseen (Benowitz 1998). Toisin sanoen tupakoinnin lopettamista vaikeuttaa sekä nikotiinin aiheuttama riippuvuus että henkinen sitoutuneisuus tupakoinnin rituaaleihin. Vuosien myötä tupakointi on kiinnittynyt vahvasti arjen eri rutiineihin ja sulautunut osaksi muita toimintoja, mistä syystä tapaa ei ehkä saa opeteltua pois hetkessä. Nuorille suurimman esteen muodostaa tupakoinnin sosiaalisuus. On vaikea lopettaa, jos kavერიipiiri muodostuu tupakoivista tai tupakointi kuuluu vahvasti oppilaitoksen tai työpaikan kulttuuriin. Lopettamiseen liittyy monelle pelko sosiaalisen verkoston ulkopuolelle joutumisesta ja kavereiden menettämisestä (Walsh & Tzelepis 2007).

Voimakkaan nikotiiniriippuvuuden lisäksi tupakoinnin lopettamista vaikeuttavat vähäinen motivaatio, painonhallinnan ongelmat, alkoholinkäyttö ja kahvinjuonti. Siksi näihinkin seikkoihin kannattaa voimien mukaan kiinnittää huomiota (Käypä hoito 2006). Täydelliseen tupakoimattomuuteen kertaheitolla siirtyminen voi olla joillekin tupakoijille liian vaativaa. Tässä tapauksessa voikin aluksi vähentää tupakointiaan ja edetä kohti savuttomuutta asteittain. Vaikka täydellinen tupakoimattomuus onkin lopullinen tavoite, on tupakoinnin vähentämisellä todettu olevan sekä terveyttä edistä-

viä vaikutuksia sekä sen on todettu lisäävän lopettamismotivaatiota (Britton & Edwards 2008).

Vaikka useimmat tupakoijat ovat halukkaita lopettamaan, on harva tupakoija valmis lopettamaan juuri nyt. Toisaalta tupakoija saattaa lopettaa aivan yhtäkkiä ilman, että hänellä olisi ollut mitään suunnitelmaa tehdä niin. Myös moni sanoo lopettavansa tiettynä ajankohtana, mutta ei kuitenkaan sitä tee. Vaikka kukaan muu kuin tupakoija itse ei pysty tupakointiaan lopettamaan, ei pienestä avusta ole haittaa – päinvastoin. Tupakoinnin lopettamiseen tarvitaan oman motivaation lisäksi usein muutakin tukea, kuten fyysisten ja psyykkisten riippuvuusoireiden hoitoa. On hyvä tiedostaa, että moni tupakoija ottaa mielellään vastaan tupakoinnin lopettamiseen tarjotun avun, vaikka he eivät välttämättä olisikaan sitä tehneet, mikäli heiltä olisi ensin kysytty lopettamishalukkuudesta.

Lopettamisen tueksi onkin tänä päivänä monenlaisia erilaisia keinoja ja menetelmiä, joista jokainen varmasti löytää itselleen sopivan. Huolimatta tästä laajasta lopettamisapuvälineiden ja -menetelmien kirjosta yrittää suurin osa tupakoijista lopettaa kuitenkin ilman apuvälineitä, täysin omillaan (Sieminska ym. 2008). Lopettajat usein erehtyvät sen suhteen, mikä on tupakoimatta olemisessa vaikeaa, ja esimerkiksi arvioivat nikotiinikorvaushoitojen tarpeen väärin. Lisäksi moni tupakoija saattaakin olla epätietoinen tehokkaiden lopettamisapuvälineiden olemassaolosta ja aliarvioida niiden tehokkuuden (Hammond ym. 2004). Useampi tupakoinnin lopettamisyrittäjä saattaa verottaa tupakoijan voimia ja luottamusta omaan onnistumiseen siinä määrin, että yksin ponnistelu saattaa tuntua vaikealta. Toisaalta on myös tutkittu, että aikaisemmat lopettamisyrittäykset lisäävät samalla tupakoijan lopettamisvalmiutta (Tessaro ym. 1997). Erityisesti nuoret saattavat suhtautua epäillen ulkopuolisten tukeen – sen kuvitellaan olevan holhoavaa ja nuorten maailmaa ymmärtämätöntä (Dalum ym. 2008). Nikotiinikorvaushoitojen vaikutusta ei aina ymmärretä, ja tietämys perustuu huhupuheisiin (Amos ym. 2006). Nuoret toivovat lopettamisessa emotionaalista tukea kavereilta ja perheeltä. Kaverit kuitenkin harvoin rohkaisevat toisiaan lopettamaan. Tämän soisi olevan yleisempää, sillä jos näin tehdään, porukalla usein onnistutaan. (Walsh & Tzelepis 2007).

Vuoden savuttomuutta pidetään usein rajapyykkinä, jonka jälkeen jo voidaan puhua aiemmin tupakoineesta henkilöstä. Useimmat lopettamisen riskivaiheet nimittäin koetaan juuri tuon ensimmäisen vuoden aikana: vaikka 60 % nykyisistä tupakoijista haluaa lopettaa ja heistä neljä kymmenestä yrittää, niin vain yksi kymmenestä todennäköisesti onnistuu lopettamisyrittäksessään vuoden aikana (Helakorpi ym. 2007). Tupakoinnin lopettamisen jälkeen ensimmäisen kuukauden aikana tupakoi yhdeksän kymmenestä ainakin satunnaisesti, ja kolme neljästä aloittaa uudelleen kolmen kuukauden kuluessa lopettamisesta (Gilpin ym. 1997). Repsahdukset vähenevät sen jälkeen, ja niitä esiintyy kuuden kuukauden aikana enää noin puolella (Gilpin ym. 1997). Epäonnistumisen pelko voi myös olla esteenä lopettamiselle. Pieleen menneet yritykset tai retkahtamiset eivät kuitenkaan osoita lopul-

lista epäonnistumista. Useimmat tupakoijat tarvitsevat 3–4 yritystä ennen pysyvää onnistumista. Tämä kertoo lopettamisen vaikeudesta mutta myös siitä, että lopettamisessa voi onnistua, vaikkei ensi yrittämällä olisikaan onnistunut. On todettu, että kaksi kolmesta repsahtaneesta haluaa yrittää lopettamista uudelleen kolmenkymmenen päivän sisään (Fu ym. 2006). Näistä repsahtaneista 91 % halusi psykososiaalista tai farmakologista lopettamisen tukea ja 64 % halusi molempia (Fu ym. 2006).

5.6 LOPUKSI

Terveyden edistämisen viesteissä ja neuvoissa korostetaan tupakoinnin negatiivisia puolia ja verrataan niitä lopettamisen etuihin. Lopettamisen edut on liitetty riskien vähenemiseen, ja lopettamisprosessista on luotu positiivinen ja terveyttä edistävä mielikuva. Hyvin harvoin kuulee puhuttavan niistä positiivisista puolista, joita tupakoija kokee saavansa jatkaessaan tupakointia. Tutkimuskirjallisuudestakin löytyy varsin vähän tietoa siitä, miten tupakoivat ihmiset itse kokevat tupakointinsa ja mitä merkitystä sillä on heille. Koska nämä tupakoinnin positiiviset puolet saattavat painaa tupakoijan vaakakupissa arjen hetkissä enemmän kuin pelko sairauksista tai lopettamisen edut, niihin tulisi myös kiinnittää huomiota terveyden edistämistyössä, ja esimerkiksi lopettamiskehotuksissa terveyteen liittyvät motivaatiotekijät tulisi sitoa jollain tavalla muihin tupakoijan huolenaiheisiin ja arvoihin (McCaul ym. 2006).

On tärkeää muistaa, että vastoin yleistä uskomusta kaikki tupakoijat eivät ole tietoisia tupakoinnin vaaroista (Chapman & Liberman 2005). Toisin kuin liikenneonnettomuuksissa, joiden syiden ja seurauksien mekanismit ovat useimmilla hyvin konkreettisesti tiedossa, ymmärrys tupakoinnin vakavista seurauksista on useimmilla tupakoijilla vain hyvin abstraktilla tasolla. Siksi terveydenhuoltohenkilökunnan tulisi kehottaessaan potilaitaan lopettamaan nostaa aina esiin tupakoinnin ja lopettamisen henkilökohtaiset terveyshaitat ja -hyödyt (McCaul ym. 2006). Sen lisäksi, että tupakoijilla ei välttämättä ole oikeaa ja ajantasaista tietoa tupakoinnin haittavaikutuksista, he pitävät riskiään sairastua tupakasta johtuvaan sairauteen huomattavasti keskivertoa alhaisempana (Weinstein ym. 2005) tai he ovat muodostaneet käsityksensä tupakoinnin riskeistä maallikkotietoutensa pohjalta, ja perustelevat sen avulla tupakointiaan. Nämä usein vakuuttavilta kuulostavat perustelut saattavat olla esteenä lopettamiselle ja auttaa tupakoijaa jatkamaan tupakointiaan ilman syyllisyyden taakkaa.

Koska tupakoinnin lopettamiseen havahdutaan usein vuosikymmenien tupakoinnin jälkeen, nuoria kannattaa aktiivisesti kehottaa lopettamaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Valtaosa nuorista ei ajattele tupakoivansa enää aikuisena, mihin tulisi pyrkiä tarttumaan. Nuoret tarvitsevat yhtä lailla kannustusta ja tukea kuin aikuiset, sillä monelle on jo kehittynyt lopettamista haittaava riippuvuus. Riippuvuutta harvoin kuitenkaan tiedostetaan tai myönnetään, joten sen konkreettista kehitystä ja ilmenemistä on hyvä käsitellä nuoren kanssa. Lääke- tai korvaushoitoja tarvitsevia tulisi oh-

jeistaa valmisteiden käytöstä, seurata käyttöä huolellisesti sekä tarjota oikeaa tietoa valmisteiden vaikutuksista. Muutoin tuotteiden käyttö voi loppua kavereilta tai esimerkiksi Internetistä saadun ”tiedon” takia ja lopettaminen jää yritykseksi. Useimmalle nuorelle paras tuki on yksinkertaisesti avoimin mielin kuunteleva ja nuoren ajatuksista kiinnostunut ihminen. Nuoret näkevät lopettamiseen liittyvän eniten ongelmia sosiaalisissa tilanteissa, ja toisaalta haluavat tukea mieluiten kavereiltaan. Nuoria voikin kannustaa haastamaan kavereitaan tupakoinnin lopettamiseen. Jos tämä ei herätä innostusta muutoin lopettamiseen motivoituneessa nuoressa, voi olla syytä nostaa keskusteluun kavereiden luonne – jos nuori ei kelpaa porukkaan ilman tupakkaa, vika on kavereissa eikä nuoressa.

KIRJALLISUUS

- Amos A, Wiltshire S, Haw S, McNeill A. Ambivalence and uncertainty: experiences of and attitudes towards addiction and smoking cessation in the mid-to-late teens. *Health Educ Res* 2006; 2, 21 (2): 181–191.
- Benowitz N L. Nicotine safety and toxicity. New York: Oxford University Press, 1998.
- Britton J, Edwards R. Tobacco smoking, harm reduction, and nicotine product regulation. *Lancet* 2008; 371 (9610): 441–445.
- Chapman S, Liberman J. Ensuring smokers are adequately informed: reflections on consumer rights, manufacturer responsibilities, and policy implications. *Tob Control* 2005; 14 Suppl 2: 8–13.
- Dalum P, Schaalma H, Nielsen G A, Kok G. “I did it my way” – an explorative study of the smoking cessation process among Danish youth. 2008 Nov;73(2):318-24
- Fiore M C, Jaén C R ym: Treating tobacco use and dependence, 2008 update. US department of health and human services, Public Health Service, May 2008.
- Fu S S, Partin M R, Snyder A, An L C, Nelson D B, Clothier B, ym. Promoting repeat tobacco dependence treatment: are relapsed smokers interested? *Am J Manag Care* 2006; 12 (4): 235–243.
- Gilpin E A, Pierce J P, Farkas A J. Duration of smoking abstinence and success in quitting. *J Natl Cancer Inst* 1997; 89 (8): 572–576.
- Hakkarainen P. Tupakka – nautinnosta ongelmaksi. [Cigarette - From pleasure to trouble.]. Tampere: Vastapaino, 2000.
- Halpern M T, Warner K E. Motivations for smoking cessation: a comparison of successful quitters and failures. *J Subst Abuse* 1993; 5 (3): 247–256.
- Hammond D, McDonald P W, Fong G T, Borland R. Do smokers know how to quit? Knowledge and perceived effectiveness of cessation assistance as predictors of cessation behaviour. *Addiction* 2004; 99 (8): 1042–1048.

- Helakorpi S, Paavola M, Prättälä R., Uutela A. Suomalaisen aikuisväestön terveystapautuminen ja terveys, kevät 2008. Helsinki; Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitos, raportti 2/2009.
- John U, Meyer C, Hapke U, Rumpf H J, Schumann A. Nicotine dependence, quit attempts, and quitting among smokers in a regional population sample from a country with a high prevalence of tobacco smoking. *Prev Med* 2004; 38 (3): 350–358.
- Kassel J D, Stroud L R, Paronis C A. Smoking, stress, and negative affect: correlation, causation, and context across stages of smoking. *Psychological Bulletin* 2003; 129 (2): 270–304.
- McCaul K D, Hockemeyer J R, Johnson R J, Zetocha K, Quinlan K, Glasgow R E. Motivation to quit using cigarettes: a review. *Addict Behav* 2006; 31 (1): 42–56.
- McKie L, Laurier E, Taylor R J, Lennox A S. Eliciting the smoker's agenda: implications for policy and practice. *Social Science Medicine* 2003; 56 (1): 83–94.
- Patja K. Tupakointi. Kirjassa: Koskinen S, Kestilä L, Martelin T Aromaa A (toim.). Nuorten aikuisten terveys. Terveystapautumisen tutkimuksen perustulokset 18–29-vuotiaiden terveydestä ja siihen liittyvistä tekijöistä. Helsinki: Kansanterveyslaitos, Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B7/2005.
- Peretti-Watel P, Constance J, Guilbert P, Gautier A, Beck F, Moatti J P. Smoking too few cigarettes to be at risk? Smokers' perceptions of risk and risk denial, a French survey. *Tob Control* 2007; 16 (5): 351–356.
- Peters R Jr, Kelder S H, Prokhorov A V, Agurcia C A, Yacoubian G S. Jr, Esien E. J. Beliefs regarding cigarette use, motivations to quit, and perceptions on cessation programs among minority adolescent cigarette smokers. *J Adolesc Health* 2006; 39 (5): 754–757.
- Piispa M. Tupakan kulttuuriset merkitykset. Tampere: Tampereen yliopisto, Tiedotusopin laitos, 1995.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983; 51(3): 390-395.
- Riedel, B. W., Robinson, L. A., Klesges, R. C., & McLain-Allen, B. What motivates adolescent smokers to make a quit attempt? *Drug Alcohol Depend* 2002; 68(2): 167-174.
- Rimpelä, A., Rainio, S., Huhtala, H., Lavikainen, H., Pere, L., & Rimpelä, M. *Nuorten terveystapautumisen tutkimus 2005. Nuorten tupakkatuotteiden ja päihitteiden käyttö 1977-2005*. Helsinki 2005: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Rimpelä, A., Rainio, S., Huhtala, H., Lavikainen, H., Pere, L., & Rimpelä, M. *Nuorten terveystapautumisen tutkimus 2007. Nuorten tupakkatuotteiden ja päihitteiden käyttö 1977-2007*. Helsinki 2007: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sieminska, A., Buczkowski, K., Jassem, E., Lewandowska, K., Ucinska, R., & Chelminska, M. Patterns of motivations and ways of quitting smoking among Polish smokers: a questionnaire study. *BMC Public Health* 2008; 8: 274.

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitus-hoidot. Käypä hoito –suositus. Duodecim 2006. Saatavilla Internetissä: www.kaypahoito.fi

Tessaro, I., Lyna, P. R., Rimer, B. K., Heisler, J., Woods-Powell, C. T., Yarnall, K. S., et al. Readiness to change smoking behavior in a community health center population. *J Community Health* 1997; 22(1): 15-31.

Walsh, R. A., & Tzelepis, F. Adolescents and tobacco use: systematic review of qualitative research methodologies and partial synthesis of findings. *Subst Use Misuse* 2007; 42(8): 1269-1321.

Weinstein, N. D., Marcus, S. E., & Moser, R. P. Smokers' unrealistic optimism about their risk. *Tob Control* 2005; 14(1): 55-59.

6 ELÄMÄNTAPAMUUTOS – MITEN SE TAPAHTUU, MITEN SITÄ VOI EDISTÄÄ?

Pilvikki Absetz

■ Terveys on nyky-yhteiskunnassa niin vallitseva arvo, että harvalle täytyy perustella siihen pyrkimisen mielekkyyttä. Tiede tuottaa jatkuvasti uutta näyttöä siitä, miten terveet elämäntavat – erityisesti terveelliset ruokailutottumukset, säännöllinen liikunta, tupakoimattomuus ja päihteettömyys, hyvä hygienia ja riittävä uni – auttavat ehkäisemään sairauksia ja ylläpitämään terveyttä ja toimintakykyä. Mutta miksi monet ihmiset eivät elä terveellisesti, vaikka siitä kiistatta olisi hyötyä heille tärkeän arvon toteuttamisessa? Syitä voi etsiä ainakin kolmelta suunnalta: Onko mahdollista, että terveellinen elämä ei ole ihmisen itsensä valittavissa? Ehkä en voi lihavuudelleni mitään, koska se on geeniperimässäni? Tai ehkä ympäristö estää terveellisen elämän? Onko nyky-yhteiskunta autoineen ja koneineen sekä ruokaan ja päihteisiin liittyvine monine houkutusineen rakentunut sellaiseksi, että terveellinen elämä on yksinkertaisesti mahdotonta? Vai onko niin, että ihminen on kykenevä tekemään itse valintansa mutta ei tee niitä terveyden vaan joidenkin muiden arvojen perusteella? ”Haluaisin elää terveellisesti, mutta elämässä on niin paljon muutakin tärkeää.” ”Työ vaatii aikaa ja edellyttää kompromisseja terveysarvon kanssa.” Muiden ihmisten hyväksynnän hakeminen tai oman välittömän nautinnon maksimoiminen ajavat terveysarvon ohi ainakin hetkellisesti. Kolmas mahdollisuus on, että vaikka toiminta olisikin ihmisestä itsestään riippuvaista, sitä ohjaavat muut tekijät kuin arvot.

1900-luvulla tietoyhteiskunnat kehittyivät nopeasti. Myös terveystietoisuudessa uskottiin tiedon jakamisen voimaan. Ajateltiin, että kunhan ihmisillä vain olisi oikea tieto, he kyllä toimisivat terveellisesti. Terveystietoisuuden tunnit, tupakka-askien varoitukset, lääkäreiden neuvotukset ja terveydenhoitajien jakamat tietolehtiset ovat olleet tärkeitä terveystietoisuuden lisäämisessä ja muutostarpeen synnyttämisessä. Mutta tietotulva yksin ei ole ratkaissut terveellisen elämän ongelmaa. 1980-luvulta alkaen terveyden edistämiseksi alettiin vanhoja osaamisen nimiä: kunhan ihmisille vain saadaan riittävät taidot ja erityisesti luottamus niihin, niin he pystyvät omaksumaan terveet elämäntavat. Esimerkiksi tupakkavalistuksessa harjoitettiin nuoria sanomaan jämäkästi ”EI” tupakkaa tarjoavalle kaverille (Paavola 2006). Nyt 2000-luvulla joudumme toteamaan, että tiedot ja taidot ovat välttämättömiä mutta eivät riittäviä edellytyksiä elämäntapojen muutokselle. Jotta tapojen ja tottumusten syntymistä ja muuttamista voisi tukea, tarvitaan ymmärrystä siitä, mitä tavat oikeastaan ovat, miten ne syntyvät ja miten ne muuttuvat. Prosessissa ei ole kysymys pelkästään arvoista, vaan muutkin yksilölliset tekijät ohjaavat toimintaa. Arvoista muutkin kuin terveysarvo ovat toiminnan taustalla. Ja toki sekä geeniperimä että ympäristö vaikuttavat meihin.

Useimmiten tottumukset syntyvät pikkuhiljaa ja huomaamatta. Kun äiti alkaa syöttää vauvalleen rintamaidon lisäksi uusia ruokia, jotkin maut tuntuvat ensin yllättäviltä ja epämiellyttäviltä, mutta vähitellen vauva tottuu niihin. Joistakin hän pitää, toisista ei. Biologia vaikuttaa mieltymyksiin – ihminen on evoluution kuluessa ohjelmoitu pitämään makeasta ja rasvaisesta, paljon energiaa sisältävästä ruuasta. Perheellä on omanlaisensa tavat, jotka lapsi oppii ja joita hän alkaa pitää luonnollisina. Kuuluuko päivään aamiainen ja lämpimät ateriat, napostellaanko välipaloja ja herkkuja aterioiden sijasta, syödäänkö perheessä yhdessä, kuuluuko iltapala television katseluun? Elämäntapojen lisäksi lapsuudessa omaksutaan aikuisten mallit esimerkiksi stressaavien tilanteiden ja ristiriitojen käsittelyyn. Yksi oppii aktiivisesti etsimään ratkaisuja ristiriitoja aiheuttaviin ongelmiin, toinen pyrkii pakenemaan, kolmas hakee lohtua ja yrittää hoitaa ahdistusta ongelmien sijasta. Omat tavat ovat tuttuja ja turvallisia, ne tekevät elämisen ennustettavaksi ja helpoksi, automaattisiksi. Biologiselta kannalta tavat ja tottumukset ovat riittävän usein toteutettujen tapahtumaketjujen jättämiä muistijälkiä aivoissa. Ne aktivoituvat tilannetekijöiden laukaisemina aina uudelleen. Mitä vahvemmat jäljet, sitä automaattisemmat reaktiot.

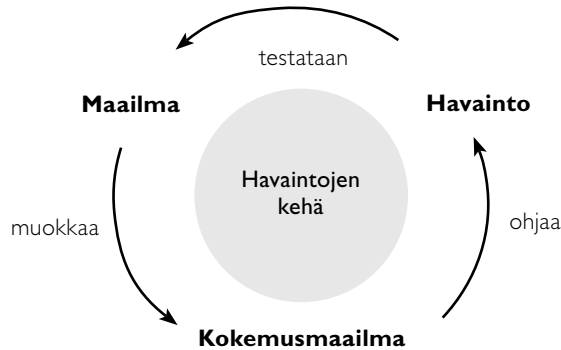
6.1 KEHÄSSÄ PYÖRIMINEN ON TURVALLISTA

Keskeinen osa olemistamme on havaintojen tekemistä ympäristöstä ja itses-
tämme. Havainnoista muodostuu pikkuhiljaa muistijälkien varasto, koke-
musmaailma, joka ohjaa ja suuntaa myöhempiä havaintoja (Neisser 1976).
Vähintään yhtä tärkeää on, että kokemusten varasto vaikuttaa myös siihen,
miten tulkitsemme havaintojamme (kuva 1). Ystävällisessä ja turvallisessa
ympäristössä kasvanut ihminen odottaa maailman olevan hyvä, näkee
enemmän myönteisiä asioista ja tulkitsee esimerkiksi ympärillään olevien
eleitä ja sanoja positiivisesti. Turvattomassa ympäristössä kasvanut taas nä-
kee ympärillään enemmän uhkia ja tulkitsee muiden ihmisten tarkoitukset-
päät vihamielisiksi. Ensimmäisellä havainto on aktivoitunut positiivisen muis-
tijäljen, toisella negatiivisen. Havaintojen valinta- ja tulkintaprosessi ei ole
tietoinen, mutta johtaa siihen, että niin sanottuja objektiivisia havaintoja ei
juuri ole. Sananlasku ”kauneus on katsojan silmässä” kertoo tästä ilmiöstä.
Havainnot, jotka vastaavat aiempia kokemuksia ja odotuksia, ovat paremmin
hyväksyttävissä – niille on valmis muistijälki, ja siksi ne on helppo istuttaa
valmiiseen maaperään. Sen sijaan havainnot, jotka poikkeavat odotetusta,
kohtaavat yleensä vastustusta ja torjuntaa. Vihamielisyyden kohtaaminen
voi yllättää ja järkyttää ystävällisyyttä odottanutta yhtä lailla kuin vihamie-
lisyyttä odottaneen voi olla mahdotonta ottaa ystävällisyyttä vastaan.

Miksi havaintokehässä pyörimisen mekanismien tunteminen on keskeistä
tapojen, tottumusten ja niissä tapahtuvan muutoksen ymmärtämisen kan-
nalta? Yksikertaisesti siksi, että ne selittävät osaltaan muutosvastarinnan
mekanismeja. Havaintokehää voidaan pitää muuttumattomuuden kehänä.
Kehän etuna on, että maailma ja ihminen sen osana säilyvät tuttuina, ennus-
tettavina ja turvallisina. Havaintojen tekemiseen ja niiden tulkitsemiseen ei

tarvitse käyttää turhaa aikaa, nopeus on valttia, ja äärimmilleen vietyä tuloksena on se, että reaktiot seuraavat ärsyksiä automaattisesti. Useimmat päivittäiset päätökset tehdään ”selkäytimellä”. Tämä taas on kehän keskeinen haittapuoli: pinttyneestä tavasta on syntynyt niin vahva muistijälki, että sen häivyttäminen ja tavasta poisoppiminen vaativat paljon työtä.

Kuva 1. Havaintokehämalli (Neisser 1976)



Havaintokehämalli voidaan nähdä myös vähittäin tapahtuvan muutoksen mallina. Useimmiten muutos tapahtuu lähes huomaamatta. Pienet ja kuin ohimennen tapahtuvat asiat suuntaavat havaintoja vähitellen uusille urille, samaan tapaan kuin joen vesi kaivertaa vähitellen uomaansa. Uudet urat johtavat näkemään maailmaa hieman eri vinkkelistä ja toimimaan aiemmasta poikkeavalla tavalla. Yksi asia johtaa toiseen, ja muutos tapahtuu niin huomaamatta, että muutosprosessi jää kokonaan tunnistamatta ja lopputulostakin voi olla vaikea nostaa näkyville.

Joskus muutos tapahtuu kuitenkin yhtäkkiä. Yleensä laukaisevana tekijänä on jokin mullistava elämäkokemus, joka järkyttää koko elämisen perustaa. Tällaisia ovat tyypillisesti avioero, puolison tai lapsen kuolema tai oma tai läheisen ihmisen vakava sairastuminen. Maailma on yhtäkkiä muuttunut toiseksi, se ei enää ole tuttu ja turvallinen. Se ei ole ennustettava. Omatkin reaktiot saattavat yllättää, itsestä löytyy tunteita ja ajatuksia, joita ei ehkä oikein tunnista omikseen. Tällaista tilannetta sen kokeneet kuvaavat usein ”kaiken hajoamisena pirstaleiksi” tai ”kaiken ympärillä olevan romahtamisena”. Yhtäkkiä maailmaa ei voikaan enää katsoa entisin silmin. Olennaista on se, että ”kaikki” muuttuu, ja tämä kaikki sisältää paitsi katsottavan maailman myös katsojan itsensä – koko havaintokehä on suistunut radaltaan.

Maailma voi joutua äkkimylläkkään myös positiivisella tavalla – tällaisia myllertäviä kokemuksia ovat esimerkiksi rakastuminen tai uskoontulo. Oli pa kyse sitten romahduksesta tai myllerryksestä, niin maailma on koottava uudelleen. Rakennuspalikat ovat osittain uusia; osittain vanhat palikat järjestyvät uudella tavalla. Urakan päätyttyä kokemusmaailma on uudenlainen, ja siihen perustuu uusi, jälleen verkkaisesti muokkautuva havaintokehä.

Myös ulkopuoliset tunnistavat helposti tapahtuneen suuren muutoksen ja etsivät sille selitystä usein juuri erilaisista mullistuksista.

Mitä havaintokehämällistä voi oppia elämäntapamuutosten tekemisen kannalta? Ensinnäkin, suurten muutosten tekeminen ei ole normaalitilanteessa olevalle ihmiselle ominaista. Vastarinta suurelle muutokselle on luontaista ja usein ihmisen omasta näkövinkkelistä edullista ja järkevää. Toisaalta elämän mullistukset voivat luoda otollisen maaperän muutoksille myös elämäntavoissa. Elämäntapamuutos voi parhaimmillaan auttaa palikoiden rakentamisessa, niin että elämä ei ainoastaan palaudu entisiin uomiinsa vaan muuttuu aiempaa paremmaksi. Tällöin on kuitenkin erityisen tärkeää, että elämäntapamuutoksen tekeminen ei vie ihmisen voimavaroja selvitä elämänsä järkkymisestä vaan päinvastoin tuo uusia voimavaroja. Tärkein oppi on kuitenkin se, että pienten, lähes huomaamattomien muutosten tekeminen on ihmiselle luontainen muuttumisen tapa. Tällaisia muutoksen tapoja ovat vaihtaminen, vähentäminen, vähittäinen lisääminen – kaiken kaikkiaan viilaus ja pikkuhiljaa tapahtuva kurssin käänös. Muutoksen alkamiselle ja päättymiselle ei voi osoittaa tarkkaa ajankohtaa tai avaintapahtumaa, vaan se on luonnollinen osa arkista, tavallista elämänvirtaa.

6.2 PIENTEN ASKELTEN STRATEGIA MUUTOKSENTEOSSA

Pienet askelet ovat luonnollinen, automaattinenkin muutoksen tapa. Niiden tekemisessä ei ole mitään ”raflaavaa”, ne jäävät usein huomiotta, ja niiden vaikutusta lopputulokseen ei aina pysty yksilöimään tai huomaamaan. Siksi ne ovat arkinen ja usein myös vähän tylsältä tuntuva tapa muuttumiseen. Ei ole yllättävää, että ihmedieetit ja naistenlehtien muuttumisleikit houkuttelevat kokeilemaan. Ne vetävät ihmisen irti arjesta tekemään jotain kokonaan uutta ja erilaista. Mutta juuri tässä *kokonaan* uudessa ja erilaisessa piilee myös niiden sudenkuoppa – ihminen ei voi yhtäkkiä muuttaa koko syömisen tai liikkumisen tapaansa tai muuttua muuksi kuin mitä on.

Miten sitten tehdä pienistä askelista merkittäviä ja tärkeitä, kulkemisen arvoisia? Ainakin neljä seikkaa auttaa pienten askelten strategian toteuttamisessa eli tavoitteellisessa toiminnassa: Ensimmäinen edellytys on, että askelista on oltava tietoinen. Millaisen askeleen otan, miltä se tuntuu, miten voin sen mitata? Toinen edellytys on, että askelista syntyvä polku pitää voida nähdä jo sitä kulkiessa – mistä lähdän, mihin pyrin, mitä kautta kuljen? Tietoisuus lähtöpaikasta antaa realismia muutoksen tekoon: jos lähdän pohjalta ja maasto on vaikea, niin askelia tarvitaan paljon ja niiden on oltava lyhyitä, muuten väsyn. Pitkän tähtäimen tavoite antaa elämälleni mielekkyyttä – tänne haluan päästä. Lyhyen tähtäimen tavoitteet vahvistavat uskoani siihen, että suunta on oikea ja minulla on mahdollisuus päästä perille. Etukäteen piirretty kartta – muutossuunnitelman tekeminen – auttaa muutospolun kulkemisessa vielä konkreettisemmin. Kolmas edellytys on, että askeleiden toteutumista seuraa käytännössä. Muutoksen polku on usein liukas ja kivinen, eli kompastuksia tapahtuu. Niistä voi ottaa opikseen

ja olla paremmin varustautunut sekä vaativiin ympäristöihin että omiin heikotuksen hetkiin. Omien saavutusten huomioiminen vahvistaa tunnetta siitä, että kykenen muutokseen. Pysähtymällä arvostamaan sitä mitä olen tehnyt lisää hyvinvointiani. Neljäs, liian useasti unohtuva edellytys on, että matkan varrelle pitää mahtua iloa, nautintoa ja hyvää mieltä. Läheisten tuki, hyvä huumorintaju ja kekseliäisyys auttavat. Mikä on se ”hyveellinen” nautinto, jonka voin tuoda ”paheelisen” tilalle?

Pienten askelten strategia ja muutossuunnitelma käytännössä:

- Kartoitan lähtötilanteeni: Minkälaiset tavat ja tottumukset minulla on? Mistä saan motivaationi muutokseen? Mitä voimavaroja minulla on? Mitä haasteita minun tulee ottaa huomioon?
- Minne asti haluan päästä?
- Mitkä ovat välietappini? Mistä tiedän, kun olen saavuttanut ne? Miten palkitsen itseäni niiden saavuttamisesta?
- Määritän konkreettiset, omaan arkeen ja omiin voimavaroihin sopivat askeleet, jotka pystyn mittaamaan ja joita voin pikkuhiljaa kasvattaa.
- Opin kompastuksista, kykenen varautumaan poikkeustilanteisiin ja osaan toteuttaa hallittuja notkahduksia.
- Huomioin saavutukseni ja arvostan itseäni.
- Muutossuunnitelmaani kuuluu myös asioita, joista nautin ja iloitsen.

6.3 VAPAAEHTOISESTI VAI PAKOLLA?

Jos himolennkeilijältä tai talviuimarilta kysyy, mikä pitää heidät harrastuksensa parissa, niin vastauksena on yleensä jotain sellaista kuin ”kun siitä tulee niin mahtava tunne” tai ”kun se vaan on niin ihanaa”. Motivaation toisessa ääripäässä on henkilö, jolla ei ole mitään aikomusta ryhtyä kyseiseen toimintaan: ”Minua ei saa kirveelläkään tekemään noin...”. Kun ihminen toimii siksi, että toiminta itsessään tuottaa hänelle tyydytystä, hänen sanotaan olevan sisältä ohjautunut tai että hänellä on sisäinen motivaatio (Deci 1985). Kirjailijat, taiteilijat, tutkijat ja muut luovissa ammateissa toimivat ovat tyypillisesti tällä tavalla motivoituneita. Toki aina työhön ei heilläkään liity välitöntä tyydytystä; joskus tekeminen tökkii ja on vain tavallista arkista pakerrusta. Mutta parhaillaan työssä on mahdollista saavuttaa ”flow”-kokemus (Csikszentmihalyi 1990), jolloin toiminta vie mukanaan, ajantaju katoaa ja syöminen ja nukkuminenkin saattavat unohtua. Useimmilla sisäinen motivaatio liittyy kuitenkin harrastuksiin eli toimintaan, jonka ihminen on yleensä alun perin vapaasti valinnut oman kiinnostuksensa mukaan.

Toimintaa jonkun muun määräyksestä tai tahdosta johtuen tai ulkoisten palkintojen saavuttamiseksi taas sanotaan ulkoa ohjautuvaksi. Lait ja määrä-

ykset ovat ulkoa ohjauksen äärimmäinen muoto. Monet käyvät töissä palkan takia, mutta työllä sinänsä ei ole heille merkitystä. Opiskelu hyvien numeroiden saamiseksi, ei oppimisen ilosta, on myös esimerkki ulkoa ohjautuvasta toiminnasta.

Näiden ääripäiden väliin mahtuu erilaisia toiminnan ohjauksen mekanisme: joku ulkoinen taho on saanut minut vakuuttuneeksi, että näin kannattaa toimia; toimimalla saavutan jotain, jota arvostan; tai toiminta istuu päämääriini ja arvoihini. (Kuva 2).

Kuva 2. Motivaation ja toiminnan määräytyminen, perustuu itsemääräytymisen teoriaan (Deci & Ryan 1991)



Ihmiset poikkeavat toisistaan sen suhteen, kuinka taipuvaisia he ovat ulkoa tai sisältä ohjautumiseen. Lasten kasvatus ”uhkaus, kiristys ja lahjonta”-linjalla kuvaa ulkoa ohjautumiseen kasvattamista. Mutta yksilöllisiin taipumuksiin liittyviä eroja merkittävämpiä ovat eri toimintojen väliset erot ohjautuvuudessa: Teen joitakin asioita vain, jos joku ulkoinen taho niin sanelee. Kenen työpäivään ei kuuluisi asioita, joita tehdään ”esimiehen määräyksestä”? Joitakin asioita teen, koska ulkopuolinen auktoriteetti on vakuuttanut minut siitä, että niin kannattaa tehdä – vaikkapa osallistua syöpäseulontaan tai puhdistaa hampaiden välit hammaslangalla. Molemmat vaivalloisia, ikäviä ja pahimmillaan kivuliaita toimenpiteitä, joita kuitenkin kuuliaisesti toteutan. Toiset asiat taas auttavat minua saavuttamaan jotakin itselleni arvokasta. Aloittaessani kuntoilun 25-vuotiaana minulle oli tärkeää näyttää hyväkuntoiselta – urheilulla oli siis välineellistä arvoa. Ja sitten on asioita, joita teen koska nautin niiden tekemisestä. Monet työtehtävät ovat parhaimmillaan tällaisia, liikunta nykypäivänä usein. Mutta näitäkin asioita teen myös siksi, että saan niistä erilaisia palkkioita, uskon niiden tärkeyteen ja saavutan niiden avulla itselleni merkittäviä asioita. Mitä väsyneempi ja haluttomampi olen lähtemään ulos sateeseen lenkille, sitä tärkeämmiksi nousevat nämä syyt.

Sisäinen motivaatio ja toiminnan ohjaus ovat keskeisiä toiminnan ylläpitämisen kannalta. On luonnollista tehdä asioita, joita haluaa vapaaehtoisesti tehdä ja joiden tekemisestä myös nauttii. Keskeisintä motivaatiossa ja

toiminnan ohjauksessa on se, että lähes minkä tahansa toiminnan kohdalla ohjausmekanismi voi kasvun, kehityksen ja oppimisen johdosta vähitellen muuttua ulkoisesta sisäiseksi. Hampaidenpesun muodostuminen pysyväksi tottumukseksi toimii hyvänä esimerkkinä tästä muutoksesta: Kun lapselle tulee ensimmäiset hampaat, vanhemmat alkavat pestä niitä. Lapsi ei aina pidä siitä ja saattaa joskus rimpuilla vastaan, mutta hampaat pestään vastustuksesta huolimatta. Vähitellen hän oppii itse pesemään hampaansa, mutta tekee sen vain valvonnan alla. Pikkuhiljaa valvonta muuttuu isän tai äidin muistutukseksi, joka saattaa kaverilla yökylässä ollessa kuulua pään sisäisenä omantunnon äänenä. Kouluikäinen ymmärtää jo hammaslääkärin puhetta harjauksen hyödystä, ja poran uhka saa hänet edelleen vakuuttumaan asiasta. Silti harjauksesta saa vielä muistutella, kun peilin edessä irvistely, puuttuvien hampaiden laskeminen tai muut tärkeämmät asiat vievät lapsen ajatukset mennessään. Teini-iässä hampaiden harjaus muuttuu tärkeäksi ulkonäkösyistä. Moitteeton valkoinen hammasrivi kuuluu kauneusihanteisiin, joiden merkitys tässä iässä on erityisen suuri. Kavereiden hyväksyntä, vastakkaisen sukupuolen osoittama kiinnostus ja pussailukaverin löytäminen nousevat vähitellen tärkeiksi päämääriksi, joiden takia hampaiden harjaus saa uusia merkityksiä. Enää ei tarvita vanhempia muistuttelemaan. Pikkuhiljaa nuori havahtuu huomaamaan, että hampaiden pesemättä jättäminen tuntuu epämiellyttävältä. Hampaidenpesu ja siihen liittyvä tunne puhtaasta suusta ovat muuttuneet nautinnoksi.

Koko tähän oppimisprosessiin saattaa mennä parikymmentä vuotta ja yli 10 000 harjauskertaa. Ohjausmekanismin vähittäiseen muutokseen tarvitaan paitsi aikaa, harjoitusta ja kehon oppimista myös ympäristöstä saatavia vahvistavia kokemuksia. Vanhempien opetuksessa hampaidenpesu on upotettu normaalirutiineihin, ja heidän puheensa toiminnan merkityksestä luo perustan, jolle hammaslääkärin asiantuntemus tuo oman vakuuttavan lisänsä. Omat tai toisilta kuullut ikävät kokemukset poraamisesta vahvistavat entisestään käsitystä harjauksen hyödyistä. Ulkonäön ja sen kautta saatavaan sosiaalisen hyväksynnän merkityksen kasvu ovat monimutkaisen vuorovaikutusketjun tulosta, jossa mukana ovat niin nuori itse kuin hänen kaveripiirinsä, koko ympäröivä nuorisokulttuuri ja media. Kaiken kaikkiaan kyseessä on siis monopolivinen ja kaikissa yksityiskohdissaan vaikeasti jäljitettävä tapahtumaketju.

Aikuisiässä elämäntapamuutoksen tekemiseen ei ryhdytä samalla tavalla kuin hampaidenpesun opetteluun lapsena. Muutostarve lähtee yleensä itseltä. Ulkoinen ohjaus nostattaa kahdenlaisia reaktioita: toisaalta sitä toivotaan, toisaalta se ärsyttää. Valvovaa isää tai äitiä ei ole ja jos olisikin – esimerkiksi huolehtivan puolison muodossa - hänet koetaan helposti ylihuolehtivaksi nalkuttajaksi. Lääkäriin tai terveydenhoitajaankaan ei voi turvautua loputtomasti, eikä ammattilaisten silmä seuraa kotiin asti. Itseohjautuvuus ja sisäinen motivaatio ovat ihanteet, joihin pyritään nopeasti, tiedostamatta muutoksen kannalta keskeisiä välietappeja. Tuhansien kertojen harjoitteluun ei ole aikaa tai kärsivällisyyttä. Päinvastoin, jos muutokset eivät heti

suju, toisin sanoen jos toiminta tuntuu ikävältä tai tylsältä, turhaudutaan ja lakataan yrittämästä.

Pienten askelten strategiaa noudattaen on kuitenkin mahdollista kehittää motivaatiota ja tukea itseohjautuvuuteen siirtymistä. Muutospolun alussa ihminen saattaa tarvita ulkoista kontrollia tuekseen, ja silloin hänen tulisi järjestää mahdollisuus siihen. Elämäntapamuutosryhmässä käyminen voi toimia tällaisena kontrollina, samoin perheenjäsenet tai ystävät. Edellytyksenä kuitenkin on, että kontrollin tarpeesta on keskusteltu avoimesti lähipiirin kanssa ja sovittu sille sopivat rajat. Ulkoisen kontrollin avulla tulisi luoda elämäntapamuutoksen toteutukseen rutiinia. Jotta ihminen ei jäisi ulkoisen kontrollin varaan, on tärkeä vahvistaa motivaatiota: etsiä vakuutuksia toiminnan hyödyistä; muistuttaa itselle tärkeistä asioista, joita voi saavuttaa muutoksen avulla; tarkastella omia arvojaan ja pyrkiä liittämään toiminta niihin. Suurin haaste sisäisen motivaation ja toiminnan ohjauksen kehittymisen kannalta on kuitenkin mielihyvän ja nautinnon löytäminen elämäntapamuutoksesta. Jos tässä ei onnistu, elämänmuutoksen yrittäminen jää ikuisiksi kamppailuksi. (Jallinoja ym. 2008).

6.4 TASAPAINOTTELUA TERVEYSPYRKIMYSTEN JA NAUTINNONHALUN VÄLILLÄ

Terveellisyys näyttäytyy elämäntapamuutokseen pyrkivän ihmisen arjessa tasapainotteluna epäterveellisen ja terveellisen välillä ja konkreettisimmillaan se on päivittäisten valintojen vahtimista. Valintoja tehtäessä terveysarvoa punnitaan usein nautintoa vasten. Mitä paremmin molemmat arvot ovat toteutettavissa valinnoissa, sitä vähemmän ihminen joutuu pinnistelemaan hallitakseen itseään ja sitä vapaammin hän voi toimia. Tällaisten valintojen tekeminen on helppoa ja luontevaa, elämänmuutos tapahtuu kuin itsestään. Mitä vähemmän nautinto ja terveyspyrkimys kohtaavat, sitä hankalampaa muutosta on toteuttaa, sitä enemmän pinnistelyä ja kontrollia muutoksessa pysyminen vaatii. Yleensä tällaisessa tilanteessa oleva ihminen huomaa olevansa toivottoman yrityksen edessä. Ulkoinen kontrolli saattaa pitää hänet jonkin aikaa kiinni muutoksessa, mutta mikäli sitä ei ole tai se lakkaa, motivaatiota muutokseen ei yleensä enää ole. Useimmilla elämänmuutosta yrittävillä ihmisillä terveyspyrkimys yhdistyy nautintoon joissakin asioissa kuten yksittäisten ruokien kohdalla, mutta useimmat heille tärkeistä mielihyvän ja nautinnon lähteistä ovat epäterveellisiä ja siksi ”kiellettyjä”. Tästä syntyy jatkuva kamppailu terveellisten ja epäterveellisten valintojen välillä (Jallinoja ym. 2008).

Nautintoa tai mielihyvää haetaan akselilla, joka kulkee kohtuuttomuudesta kohtuullisuuden kautta askeesiin. Kysymys ”Miksi kaikki nautinnollinen on kiellettyä?” kertoo kysyjän pääasiallisen nautinnon lähteen olevan kohtuuttomuudessa. Askeesissa elävä nauttii juuri kieltäytymisestä ja äärimmäisestä kontrollista. Kohtuudessa (juuri) mikään ei ole kiellettyä, eli nautinnon kohdetta ei rajoiteta, vaan kysymys on pikemminkin nautinnon hakemisen ajan, paikan ja määrän hallinnasta. Miten ihmiset itse kertovat tasapainottelusta terveyden ja nautinnon välillä? Kamppailussa ruokahou-

kutuksia vastaan käytetään useita strategioita (Jallinoja ym. 2008), joista jotkut ovat hyödyllisiä, toiset taas eivät – ainakaan pitkällä tähtäimellä. Yksi niistä on epäterveellisten nautintojen rajoittaminen ja kieltäytyminen. Tämän strategian ongelmana on taustalla hämmäyttävä ajatus elämäntapamuutoksen kuuriluontoisuudesta. Tässä hetkessä ihminen pakottaa itseään tekemään jotakin epämiellyttävää, toiveena että joskus tulevaisuudessa hän saa taas nauttia elämästään. Terveellinen syöminen näyttäytyy kieltoina ja rajoituksina, joiden noudattamisessa ihminen pinnistelee. Pakottaminen saattaa onnistua rajallisen ajan tai ulkoisen kontrollin alla, mutta ihmisen väsähdettyä tai kontrollin loputtua myös yritys yleensä lakkaa.

Jos kieltäytyminen ja rajoittaminen epäonnistuvat ympäristön houkutus-ten tai oman, ylipääsemättömän tarpeen edessä, toinen strategia on antautua nauttimaan oikein kunnolla – syyllisyyden tunne vain lisää jo tapahtunutta vahinkoa entisestään. Tosin jos tunnistaa itsessään taipumuksen antautumiseen, voi haittoja minimoida sillä, että kotona ei ole liian usein, liian paljon tai liian epäterveellisiä herkkuja helposti saatavilla. Tämä oman heikkouden edessä lempeä ja salliva strategia auttaa estämään notkahdusten muuttumista pysyviksi retkahduksiksi ja on muutoksen suunnan säilyttämisen kannalta hyödyllinen keino – ainakin kohtuudella annosteltuna. Pienten ”paheiden” sallimisen strategia on vain kohtuullisuudessa pysymistä ja osoittaa, että terveyspyrkimys ei ole vielä alkanut kiristää pipoa. Samoin tietoiset, suunnitellut notkahdukset palvelevat kohtuullisuusperiaatetta. Ihminen kykenee itse hallitsemaan notkahdusten kestoa, laatua ja määrää ja voi näin ehkäistä hallitsematonta, muutoksen polulta suistavaa retkahdusta, johon usein liittyy ns. psyykinen työntövoima: kun on antanut pirulle pikkusormen, se vie koko käden.

Paras strategia muutosten ylläpitämisen kannalta on tietenkin oppia nauttimaan terveellisyydestä. Esimerkiksi makuaisti tottuu uusiin makuihin muutamassa viikossa.

Liikunnan kanssa nautinnon oppiminen on hankalampaa. Aktiiviliikkujaa motivoi liikunnan aiheuttama fyysisen hyvänolon tunne. Mutta monille sellaisille ihmisille, jotka liikkuvat liian vähän, liikunta itsessään ei tuota mielihyvää. Hikoilu, hengästyminen ja pulssin nousu ovat epämiellyttäviä kokemuksia sohvaperunalle, aktiiviliikkujalle luonnollinen osa liikunnan iloa. Miten samat kehon reaktiot voi tulkita täysi päinvastaisilla tavoilla? Huonokuntoinenkin suomalainen tulkitsee nämä samat reaktiot miellyttävinä, kun ne liittyvät toimintaan, johon hän on pienestä pitäen tottunut ja johon liittyy mukavia mielikuvia ja muistoja – saunomiseen. Saunassa hikoilu on miellyttävää, pulssin kuuluu kiihtyä, ja saunan jälkeen päällimmäisinä tunteina ovat rentoutuneisuus ja mielihyvä. Samojen mielikuvien yhdistäminen liikuntaan vaatii opettelua ja tottumista, kuitenkin se on mahdollista. Mutta ilman totuttelua ja oppimista on mahdotonta jakaa aktiiviliikkujan väitteitä liikunnan tuottamasta ilosta ja riemusta. Toki tavalliset tallaajatkin voivat saada liikunnasta monenlaista mielihyvää – kävelylenkillä voi nauttia raikkaasta ulkoilmasta ja maisemista, liikkussa voi viihtyä toisten seurassa.

6.5 MITEN SELVITÄ ARKISISTA KIUSSAUKSISTA?

Isovanhempien aikaa hallitsi niukkuus, kuri ja herranpelko. Ihmisen toimintaa ohjasi ulkoinen kontrolli – rovestin, patruunan ja isännän vaikutus ylettyi kotiin saakka, ja perheen ja muun lähiyhteisön normit asettivat selkeät rajat yksilöiden toiminnalle. Palkkiot saavutettiin vain työtä tekemällä, ja yleensä niistä ei juuri ollut tuhlattavaksi. Hankintoja suunniteltiin ja niitä varten säästettiin. Tarpeen tai halun syntymisen ja sen toteuttamisen välinen aika oli pitkä, useimpia asioita ei ollut mahdollista saada välittömästi jos koskaan. Toisaalta ei ollut myöskään paljon houkutusia. Ja ne vähäisetkin houkutukset tuli pyrkiä voittamaan. Tämä näkyi korostetusti siinä, että itsekontrollin epäonnistumista – ahneutta, laiskuutta, tuhlausta, kohtuuttomuutta – pidettiin syntinä. Toisaalta voimakas itsekontrolli oli keskeistä hyville: uskolisuudelle, maltille, siveydelle, harkitsevuudelle, rohkeudelle, nöyryydelle ja lujuudelle.

Kaiken kaikkiaan siis ihmisen toiminta oli paljon nykyistä rajoitetumpaa, kun rahaa ja vapaa-aikaa oli niukasti, ympäristö tarjosi vain vähän houkutusia ja ulkoinen kontrolli ohjasi kohtuuteen ja malttiin sekä suoraan että sisäistettyinä normeina. Tänä päivänä suomalaisessa hyvinvointiyhteiskunnassa tämä kaikki on kääntynyt pääläelleen: Houkutusia pursuavassa ympäristössä elää ihminen, jolla on kukkarossa rahaa tai ainakin luottokortteja sekä aikaa niiden käyttämiseen. Kulutuksen normisto ei enää kumpua itsekontrollia korostavasta katekismuksesta vaan mainonnan ja markkinoinnin viesteistä, jotka perustelevat ovelasti kieltämyksestä ja itsekontrollista luopumista: ”Jos haluat niin ansaitset.” Samalla kuitenkin terveysviestintä korostaa ihmisen omaa vastuuta terveydestään – käsitys, jonka tavallinen kadunmieskin jakaa. Keinot vastuun toteuttamiseen käytännössä tuntuvat vain puuttuvan.

Ulkoisen houkutuksen tai sisäisen tilan äkillisesti herättämää tarvetta tai halua toteuttaa jokin tietty toiminta kutsutaan impulssiksi. Impulssit heräävät automaattisesti, joten niiden syntymistä ei voi hallita muuta kuin rajoittamalla ympäristöään – se taas on usein käytännössä hankalaa ja äärimmillään vaatisi erakoitumista. Sen sijaan reaktioita impulssihin voi oppia hallitsemaan. Erityisen haitallisia tapoja reagoida impulssihin on kaksi: Välitön toimiminen impulssin mukaan – esimerkiksi makeisten hankkiminen ja syöminen heti, kun makeanhimo yllättää – ja toisaalta pyrkimys väkipakolla kieltää impulssi. Molemmat johtavat impulssien määrän lisääntymiseen ja yksittäisten impulssien vahvistumiseen: esimerkiksi makeanhimo yllättää useammin ja voimakkaampana. Sen sijaan impulssin tunnistaminen ja tietoinen huomion kääntäminen muualle (”kylläpä tekee mieli suklaata, mutta käyn ensin kävelyllä”) johtavat yleensä impulssin heikentymiseen ja sammumiseen. (Baumeister ym. 1994)

Impulssien kontrolloimista ja yleensäkin itsehallintaa voi harjoitella. Entisaikaan erityisesti uskonto toimi välineenä itsehallinnan kehittämisessä: kirkossa istuttiin hiljaa, ja jumalanpelko piti seurakunnan kurissa ja nuhteessa myös kirkon ulkopuolella. Seitsemän veljestä harjoitteli lukkarin johdolla

paitsi lukemista myös itsehallintaa – tosin huonolla menestyksellä. Edelleenkin koulu on keskeinen paikka itsehallinnan opetteluun ja opiskelu vaatii itseohjautuvuutta myös laajemmassa mittakaavassa. Myös urheiluharrastukset ja erityisesti kurinalainen kilpaurheilu kasvattavat itsehallintakykyä.

Itsehallintakykyä on verrattu lihakseen, joka harjoittamisen myötä kasvaa ja vahvistuu, mutta toisaalta myös väsyä käytössä (Baumeister ym. 1994). Erityisen vaativissa tilanteissa itsehallintaan käytetyt voimavarat saattavat kulua täysin loppuun, jolloin seurauksena voi olla täydellinen ja yllättävä hallinnan menetys. Useimmilla on kokemusta siitä, miten helposti ja nopeasti väsyneen ja stressaantuneen ihmisen ”pinna palaa”. Myös jokaiselle elämäntapamuutosta yrittävälle ihmiselle käy joskus niin, että ympäristön houkutukset tai omat sisäiset paineet kasvavat vastustamattoman suuriksi ja kontrolli pettää. Jotta kontrollin pettäminen jäisi vain väliaikaiseksi notkahdukseksi, siihen johtaneiden syy-seurauksetjujen tunnistaminen ja tulkinta on tärkeää. Oliko ympäristö tavallista vaikeampi, eikö se tukenut kontrollin säilyttämistä? Olinko itse ylikuormittunut? Keskityinkö väriin asioihin? Puuttuuko minulta tahdonvoimaa? Olenko liian heikko luonne? Se, mihin syihin ihminen lujimmin tarttuu ja minkälaisen tunnereaktion notkahduksen tulkinta hänessä herättää, vaikuttaa siihen, muuttuuko notkahdus retkahdukseksi. ”Tahdonvoimaa voin ehkä vahvistaa, mutta heikolle luonteelle en mahda mitään – ei siis kannata edes yrittää muutosta.”

Nollatoleranssi eli notkahdusmahdollisuuden kieltäminen itseltään johtaa myös helposti pysyviin tai ainakin pitkäkestoisiin retkahduksiin reaktiona kontrollin pettämiselle. Kolmas retkahdusten syntyä edistävä tekijä on oman toiminnan seuraamisen lopettaminen notkahduksissa. (Baumeister ym. 1994). Kuten pienten askelten muutosstrategian kohdalla todettiin, oman toiminnan seuraaminen (esimerkiksi missä tilanteessa tupakoin, kuinka usein sytytän tupakan jne.) on keskeinen työväline muutoksen toteutuksessa. Seuraamalla toimintaansa myös notkahduksissa ihminen voi ottaa niistä opikseen ja pitää notkahduksen kohtuudessa. Notkahduksia voi myös oppia suunnitelmallisesti hyödyntämään retkahdusten ehkäisyssä.

6.6 HILJAA JA HALLITUSTI, KOHTUUDELLA MUTTA NAUETTIEN

Elämäntapamuutos ei ole kuuri, pikaisesti hoidettu projekti, vaan pikkuhiljaa tapahtuva hallittu elämän suunnan muutos, jossa sekä keho että mieli pysyvät mukana. Ihmisen ei tarvitse muuttua toiseksi, maailman ei tarvitse muuttua toiseksi. Pienten askelten strategiaa noudattamalla kumpikin tulevat vain hiukan hallittavammiksi. Lisääntyneestä elämänhallinnasta ja kohtuudesta löytyy uusia mielihyvän lähteitä eikä terveyteen pyrkimisen tarvitse sulkea nautintoa elämän ulkopuolelle. Eikä mikään estä soveltamasta samaa muutoksen mallia muihinkin elämäalueisiin. Olipa muutos mikä hyvänsä, siihen on turvallista lähteä hiljaa ja hallitusti, kohtuudella mutta nauttien.

KIRJALLISUUS

- Absetz, P. Elämäntapaohjausta voi tehostaa tavoitteellisella toimintamallilla. *Tessö – Sosiaali- ja terveystieteellinen aikakauslehti*, 2009; 2: 16-17
- Baumeister R F, Heatherton T F, Tice D M. *Losing control: how and why people fail at self-regulation*. San Diego: CA Academic Press, 1994.
- Csikszentmihalyi M. *Flow: the psychology of optimal experience*. New York: Harper & Row, 1990.
- Deci E L, Ryan R M. *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum, 1985.
- Deci E L, Ryan R M. A motivational approach to self: Integration in personality. Kirjassa: Dienstbier R (toim.), *Nebraska symposium on motivation: Vol 38. Perspectives on motivation*. Lincoln, Nebraska: University of Nebraska Press, 1991, s. 237–288..
- Jallinoja P, Pajari P, Absetz P. Repertoires of lifestyle change and self-responsibility among participants in an intervention to prevent type 2 diabetes. *Scand J Caring Sci*. 2008; 22: 455–462.
- Jallinoja P, Pajari P, Absetz P. Negotiated pleasures in health-seeking lifestyles of participants of a health promoting intervention. *Health* 2009; 14 (2): 1–16.
- Neisser U. *Cognition and reality: principles and implications of cognitive psychology*. San Francisco: Freeman, 1976.
- Paavola M. Smoking from adolescence to adulthood. A 15-year follow-up of the North-Karelia Youth Project. Helsinki: Publications of the National Public Health Institute A 16/2006.

7 VIEROITUKSEN APUVÄLINEET – LOPETTAJAN NÄKÖKULMASTA

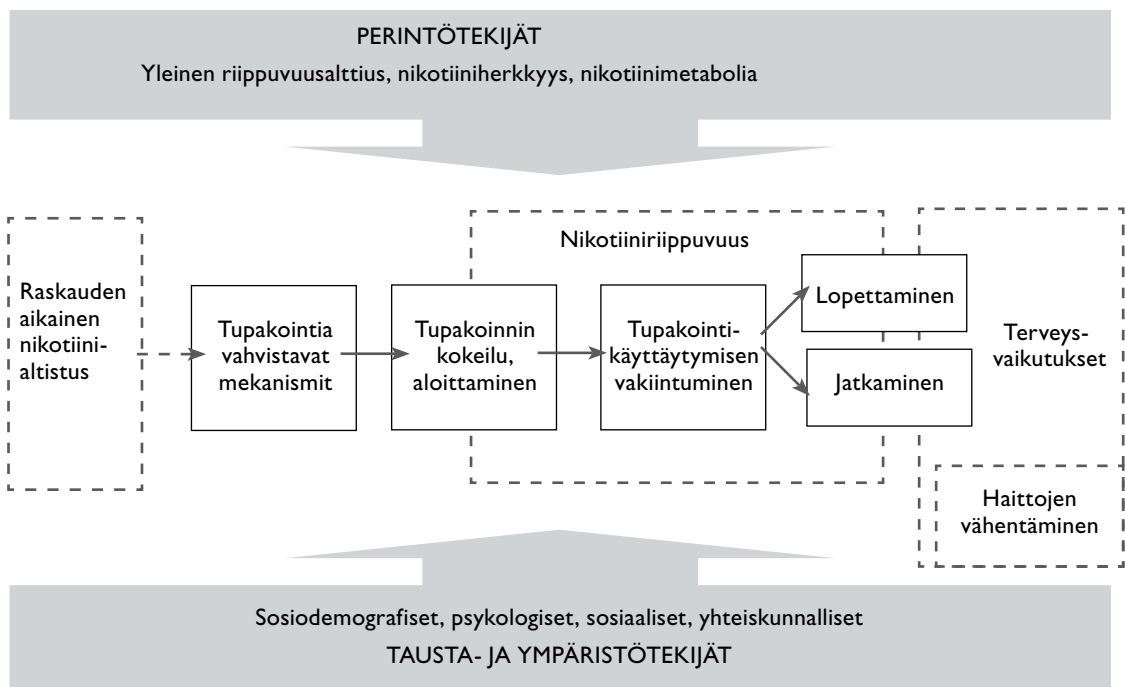
Kristiina Patja, Marja Airaksinen, Anu Leppänen

■ Suomalaisten terveyskäyttäytyminen on muuttunut monella tapaa viime vuosikymmeninä. Yksi alue, jossa muutos on ollut suuri, on tupakkatuotteiden käyttö. Tupakointi on vähentynyt, kun aikuisväestö on lopettanut tupakointiaan ja nuoret ikäluokat eivät aloita tupakointia yhtä usein (Helakorpi ym. 2004). Elinympäristö on muuttunut hankalammaksi tupakoivalle. Tutkimusten mukaan tämä tukee sekä tupakasta luopumista että tupakoimattomien nuoruutta ja aikuisuutta. Tässä artikkelissa kuvaamme tupakoinnin lopettamista tukevia käytännön toimia Suomessa 2000-luvulla. Lähtökohtana on tupakoivan henkilön näkökulma: mistä hän saa tukea ja millaisia asioita hän käy läpi tupakoinnin lopettamisprosessin aikana.

7.1 TUPAKKARIIPPUUUS

Yksilön näkökulmasta tupakointi on usein kokemus, jossa voi olla vaikea erottaa erilaisia tupakointia ylläpitäviä tekijöitä. Kaikki käyttäytymisemme koostuu kuitenkin ympäristön vaikutuksesta, sisäisistä tekijöistä ja biologisista ominaisuuksistamme (kuva 3).

Kuva 3. Tupakointi ja nikotiiniriippuvuus elämänkaarella. Alkuperäinen kuvio Lerman ym. 2002, suomentaneet ja laajentaneet Korhonen, Kaprio ja Broms 2008.

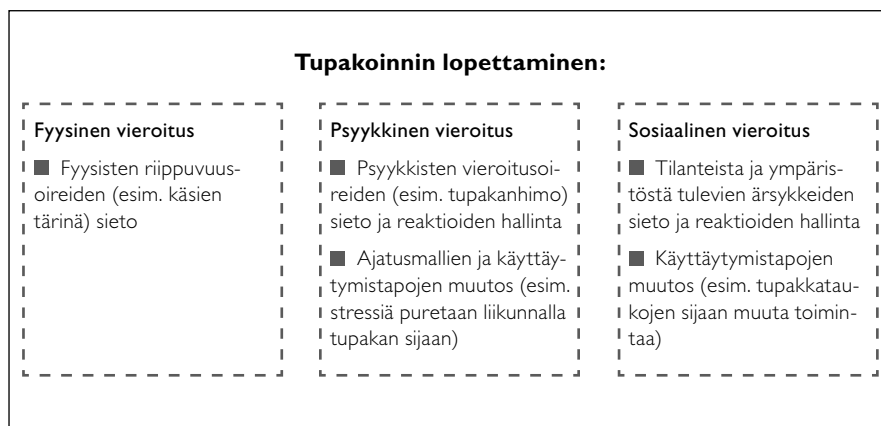


Tupakointia ylläpitää tupakkariippuvuus. Se koostuu fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta riippuvuudesta. Nikotiini on tärkein fyysistä riippuvuutta ylläpitävä kemiallinen aine tupakassa. Tupakan nikotiini stimuloi aivojen niin sanottuja nautintoalueita, joissa nikotiinireseptorit herkistyvät nikotiinille, niiden rakenne alkaa muuttua ja määrä kasvaa eli sietokyky nikotiinille kasvaa. Kun nikotiiniriippuvuus on syntynyt, se vahvistaa tupakkariippuvuuden muita tekijöitä.

Psyykkinen riippuvuus tupakasta on joukko henkilökohtaisia opittuja käyttäytymismalleja ja kokemuksia, joita tupakoija yhdistää tupakointiin. Tupakan kemikaalit vahvistavat tätä sidettä. Nikotiinipitoisuuden laskiessa tupakoija kokee vierotusoireita, ärtymystä ja keskittymiskyvyn heikentymistä, joihin hän reagoi tupakoimalla. Tupakoija kokee samalla tupakoinnin stressiä lievittävänä tekijänä, vaikka se on elimistön näkökulmasta pitkäaikaisen stressin aiheuttaja. Tupakansavu stimuloi nielussa olevia reseptoreita ja antaa tupakointaessa miellyttävän tunteen. Näpräily askin ja tikkujen kanssa tuo turvaa tylsyyttä vastaan.

Sosiaalisella riippuvuudella tarkoitetaan tupakointihalun liittymistä tilanteisiin, ympäristöön tai ihmisiin. Sosiaalinen tupakkariippuvuus on yhteydessä psyykkiseen riippuvuuteen. Tupakkatilat, paikat ja tupakkakaverit merkitsevät myönteisiä asioita arjessa: jakamista, taukoa tai omaa aikaa. Tupakkariippuvuuden eri osa-alueiden merkitys vaihtelee eri ikäkausina, mutta ovat löydettävissä kaikkien tupakoivien kertomuksista. Tutkijat ovat kuvanneet riippuvuutta jatkumona, jossa eri tekijät vaihtelevat elämänkaarella ja toisaalta arjessa (kuva 4). Nämä on tärkeä ottaa huomioon yksilöllistä tupakasta vieroitusta suunniteltaessa. Tupakkariippuvuutta ja vieroituksen menetelmiä tunnetaan entistä paremmin ja tupakoinnin lopettaminen onnistuu yhä useammin. Suomessa on yli 660 000 aikuisikäistä, jotka ovat onnistuneet lopettamaan tupakoinnin.

Kuva 4. Tupakoinnin lopettaminen prosessina esimerkkeineen (Ollila ym. 2008).



7.2 TUPAKOINNIN LOPETTAMINEN: MATKA TUPAKOIMATTOMAKSI

Tupakoinnin lopettaminen on moniulotteinen prosessi. Lopettamiseen liittyy usein vieroitusoireita ja niiden sietämistä. Fyysisten vieroitusoireiden kesto vaihtelee paljon yksilöittäin, mutta on keskimäärin kolme viikkoa. Samaan aikaan tupakoiva muuttaa vakiintuneita käyttäytymistapojaan. Lopettajan omasta mielestä nousee ärsykeitä eri tilanteissa ja ympäristöissä, jotka houkuttelevat palaamaan tupakointiin vielä vuosienkin päästä. Lopettamisesta puhutaan usein vieroituksena. Tämä juontaa juurensa perinteiseen riippuvuuskäsitykseen, jossa riippuvuus määritellään fysiologisena, lääkehoitoa vaativana ilmiönä. Tupakointiin ja riippuvuuden kehittymiseen vaikuttavat kuitenkin fysiologisten ja geneettisten tekijöiden lisäksi monet psykologiset ja sosiaaliset tekijät. Laajimmillaan riippuvuus voidaan määritellä oireyhtymäksi, jossa itsensä palkitsemiseen tähtäävä käyttäytyminen ei ole enää hallinnassa (West 2006). Laajasta ja prosessimaisesta näkökulmasta tarkasteltuna riippuvuudesta vieroittautuminen sisältää fyysisen vieroittautumisen ohella aina psyykkisen ja sosiaalisen vieroittautumisen. Tupakoivan näkökulmasta tämä tarkoittaa, että tupakoinnin lopettaminen vaikuttaa lähes kaikkeen arkiseen toimintaan. Siksi on ymmärrettävää, että lopettaminen on useimmille oppimisprosessi, jossa opitaan pois vuosien aikana opituista käyttäytymistavoista ja ratkaisumalleista. Tupakan tuottama nautinto on korvattava muilla elämän nautinnoilla, joista eittämättä itsensä voittaminen ja omasta itsestään oppiminen eivät liene vähimpiä.

7.3 TUPAKOINNIN LOPETTAMINEN – TIETOA, TAHTOA JA OPPIMISTA

Tupakointi alkaa varsin usein salakavalasti harkitsematta, mutta lopettamista kannattaa harkita ja suunnitella. Jokaisen lopettajan on löydettävä oma syynsä ja motivaationsa lopettaa. Lopettamiselle täytyy synnyttää tahtotila, etsiä keinot ja saada tukea. Motivaatio lopettaa on tärkeä, mutta ei välttämätön. Usein meillä on asioita itsessämme, joista emme ole tietoisia, ne tekijät voivat olla yhtä merkityksellisiä elintapojen muutoksessa kuin tiedostetut sisäiset tekijät. Motivaation syntymiseen tarvitaan tietoa, roppakaupalla tietoista tahtoa ja hippunen hyvää mieltä.

Seuraavat kappaleet käsittelevät keinoja ja välineitä, joita on tarjolla tupakasta vieroituksen tueksi. Näkökulmamme on tupakoinnista vieroittujan, sillä terveydenhuollon osallistumista on käsitelty raportissa aiemmin (luvut 2, 3 ja 4).

7.4 TIETOA ON TARJOLLA

Tupakoivat kertovat tuntevansa tupakan terveyshaitat. Se on totta ja tarua yhtä aikaa. Kouluissa terveystiedon tupakka-aiheisilla oppitunneilla pohditaan tupakointia laaja-alaisesti: saadaan perustietoa tupakasta, sen terveys-

vaikutuksista, tupakoinnin aloittamisen syistä, tupakoinnin yksilöllisistä ja yhteiskunnallisista syistä, riippuvuudesta, median merkityksestä ja tupakoinnin lopettamisesta. Suomessa otettiin käyttöön tupakka-askien varoitustekstit vuonna 1977, ja kuvallisten varoitustekstien käyttöön ottamista harkitaan. Jokainen tupakka-aski sisältää tietoa terveyshaitoista, ja yksi vaihtuvista teksteistä on maksuttoman tupakoinnin lopettamista tukevan puhelinneuvonnan numero (0400 14848).

Tieto on tärkeää, mutta se ei yksin riitä käyttäytymismuutoksiin. Käyttäytymisen muutosta voidaan edistää vahvistamalla yksilön uuden käyttäytymisen positiivisia vaikutuksia sekä hänen omia kykyjään toimia muutoksen toteuttajana. Neuvonnassa on perinteisesti korostunut riskitekijöihin perustuva tietoja ja neuvoja antava ohjaus (Kettunen ym. 2004). Ratkaisut, joilla tuetaan potilaan tietojen omakohtaista merkityksellistämistä hänen terveysmaailmassaan, ovat suositeltavia. Tietojen antaminen ja vuorovaikutussuhteen rakentaminen liittyvät yhteen. Terveyslähtöinen terveysneuvonta ei riitä, jos terveyttä ei kytketä ihmisen merkitysmaailmaan, kokemuksiin ja arkielämään. Henkilökunta voi terveysneuvonnassa kokea tietävät asiakkaat oman oppimisensa ja ammattitaitonsa kehittäjinä. Toisen kuunteleminen ja kunnioittaminen luovat pohjan yhteiselle kasvulle (Poskiparta 1997).

Useat kansanterveysjärjestöt ovat tuottaneet tietoa tupakoinnin riskeistä yhden sairauden tai sairausryhmän näkökulmasta, jota voidaan hyödyntää käytännön asiakastyössä terveydenhuollossa. Taulukkoon 4 on koottu keskeisiä luotettavia lähteitä tupakan terveyshaitoista. Tietolähteet ovat tärkeitä, mutta niiden vaikuttavuus ei ole selkeä (Stead ym. 2007). Tietolähteet voi nähdä alkuna polulle lopettamisessa ja toisaalta vahvistavina tekijöinä, kun tupakoiva onnistuu (Bala ym. 2008). Tietoa tarvitaan voimaantumisen (empowerment), sillä ilman tietoa on vaikea hahmottaa, miten tupakointi vaikuttaa elimistössä, miten riippuvuus syntyy ja miten tupakoinnista pääsee eroon.

Faktatiedon lisäksi tupakoiva voi tarvita kokemuksellista tietoa. Helpointa on kysyä entisiltä tupakoivilta neuvoa. Suomessa tupakoinnin lopettamiseen suhtaudutaan usein samalla tavalla kuin tupakkaan – kielteisesti eikä lopettamiseen liity samanlaista myönteistä latausta kuin vaikkapa laihduttamiseen. Syytä tietenkin olisi nostaa tupakoinnin lopettaminen sen ansaitsemaan asemaan: kysehän on monimutkaisen riippuvuuden voittamisesta, joka vahingoittaa koko elimistöä. Kokemuksia lopettamisesta voi vaihtaa Internetissä, jossa toimii useampia keskustelupalstoja, joissa lopettamista harkitsevat, lopettavat ja jo irti päässeet voivat vaihtaa kokemuksia, neuvoja ja antaa toisilleen tukea.

7.5 PUHELINNEUVONTA TAHTOA TUKEMASSA

Stumppi-puhelinneuvonta on tarkoitettu tupakoinnin lopettamista harkitseville tai jo lopettaneille. Toimintaa rahoittaa Raha-automaattiyhdistys ja sosiaali- ja terveysministeriö. Puhelinneuvonnan työmenetelmänä on voimavara- ja ratkaisusuuntautunut ajattelutapa, jonka periaatteita voidaan yhdistää terveyskäyttäytymisen muutosta kuvaavaan muutosvaihemalliin.

Ratkaisukeskeisyyden tärkeä väline on puhe: vuorovaikutteinen keskustelu ja todellinen dialogi. Kysymykset ovat oleellinen osa keskustelun oven avaajina. Kysymysten tarkoituksena on saada toinen osapuoli ajattelemaan ja löytämään jotain uutta, tuoreita oivalluksia ja näkökulmia.

Stumppi-neuvonta perustuu arvostavalle haastattelulle, joka muodostuu kuuntelusta, vuoropuhelusta, itsearviointista, toiminnan uudelleensuuntaamisesta ja asiantuntijan ei-tietämisen asenteesta. Jokainen kontaktinotto on tarjous. Tärkeää on selventää ja kiteyttää asiakkaan lopettamismotivaation tasoa ja tukea muutostavoitetta: mikä sai sinut miettimään, harkitsemaan tai haluamaan tupakoinnin lopettamista. Tärkeää on muistaa, että edistys tapahtuu pienin askelin ja savuton minäkuva vahvistuu onnistumisen myötä. Tavoitteiseen voi päästä monia erilaisia polkuja pitkin, jolloin takapakkeja tarkastellaan oppimiskokemuksina. Kiitos, kannustus ja positiivinen, rehellinen palaute kohottaa lopettajan itsetuntoa ja pystyvyyden tunnetta vielä vuosienkin jälkeen. Neuvonnan vuorovaikutussuhde on aina vastavuoroinen yhteistyösuhde, jossa vuorovaikutus etenee asiakkaan ehdoilla. Onnistunut vuorovaikutus edistää voimaantumista, luottamusta omiin kykyihin ja ongelmanratkaisutaitoa. Voimavara- ja ratkaisukeskeisessä ajattelutavassa korostuu ongelmien kääntäminen tavoitteiden muotoon ja ratkaisujen etsiminen yhdessä asiakkaan kanssa. Tarkastelussa pääpaino on nykyisyydessä ja tulevaisuudessa. Ratkaisukeskeinen lähestymistapa korostaa seuraavia asioita: tulevaisuuteen suuntautunutta ja tavoitteellista ajattelutapaa, voimavarojen- ja toiveikkuuden nostamista keskipisteeksi, edistys tapahtuu pienin askelin, tasavertaisuutta ja yhteistyötä, toisen ajattelutavan ja maailmankuvan arvostamista, myönteisyyttä, luovuutta, leikkisyyttä ja huumoria keskustelussa sekä ajatusta, että ongelmiin on monia vaihtoehtoisia ratkaisuja (Berg & Miller 1994, Berg & Szabo 2005).

17-vuotias nuorimies soitti Stumppi-neuvontapuhelimeen hakien tukea tupakoinnin lopettamisprosessiinsa. Ohessa on otteita keskustelusta.

V: Stumppi-vieroitusr ryhmän ohjaaja N: Onks tää sellainen numero, josta vois in saada apua tupakoinnin lopettamiseen? V: Kyllä. Mikä sinua askarruttaa, mistä haluaisit jutella? N: Mua ottaa niin päähän kun lopettaminen ei onnistu?

V: Hienoa, ymmärsin, että olet yrittänyt? Miten niin ei onnistu? Mikä saa sinun näin ajattelemaan? N: No mä pystyn olee aika hyvin polttamatta vapaa-ajalla. Mä harrastan motorcrossia ,ihan niinku kilpailen, mut koulussa sit kaikki menee päin p..., V: mikä siellä koulussa on esteenä, ettei siellä onnistu? N: No kun välitunneilla mennään aina porukassa röökille, niin ja meillä opetkin pitää tupakkataukoja. Ei siellä ole mitään muuta tekemistä välitunnilla..

V: Ymmärsinkö oikein, että olet pystynyt vähentämään tupakointia vapaa-ajalla, mutta sitten koulussa ei onnistu. Mitä sä ajattelisit itse, mitä teet vapaa-ajalla enemmän, että pystyt olemaan tupakoimatta? N: Aamutu-

pakka on ihan pakko saada, mut sit mä duunaan sitä crossipyörää, sit on harjotukset, kilpailut ja käyn kuntosalilla. Sillei ei tuu mieleen, mut kyllä kahvin kans on saatava ja jos käyn kaljalla. Koulussa pitäis vaan tehdä jotain muuta eikä mennä muiden mukana röökille.

V: Sä olet tehnyt hyviä havaintoja. Mitä sä luulet, miten paljon voisit lisätä vielä liikuntaa kun olet havainnut sen auttavan ja sitten sulla on käsillä tekemistä kun duunaat pyörää? N: Joo voin mä V: Miltä tuntuis, jos jättäis koulussa menemättä tupakalle? N: No en ole edes yrittäny ku muutaman kerran, mut v. hermot menee, sitä röökiä on pakko saada aamulla. Voishan sitä jäädä kuitenkin vaikka tietsikalle. V: Sun kannattaa kerran jäädä ja yrittää vaan. Sä sanot, että on pakko saada tupakkaa. Miten paljon poltat? N: aski päivässä, kaljotellessa enemmän tosin nyt harjoituksissa ja kilpapäivinä selvästi vähemmän. V: Minkä ikäisenä olet aloittanu? N: Hävettä sanoa, mut jo ala-asteella, kutosella. Pöllin faijalta. V: eli olet polttanut jo lähes 5 vuotta ja melko paljon. Miten kuvaisit asteikolla 1-5 tunnetta, että on pakko saada tupakkaa aamulla? N: tarkoitaksä et 1 niiku vähän ja 5 paljon? V: joo N: joku 4- 5 V: Minusta kuulostaa siltä, että sua vois auttaa muun tekemisen lisäksi nikotiinikorvaushoidot, koska olet tupakoinnut noin kauan ja melko paljon, miten paljon tiedät niistä? N: Joo, oon mä joskus ottanu kaverilta jotain purkkaa? V: siis saitko mitään ohjausta niiden käyttöön? N. No, en. V: minusta sä voisit hyötyä korvaushoidoista esimerkiksi purkasta tai kielenalustableteista. Nihin tarvitaan ehdottomasti ohjausta. Niitä pitää käyttää suunnitellusti. Miten paljon olet keskustellut kouluterkan kanssa? N: joo, se on ihan hyvä tyyppi. Se on kyllä kertonu noista vierotusoireista ja oon lukenutkin: päänsärystä, tärinästä, väsymyksestä ja tosta hermostuneisuudesta ja tupakanhimosta. Mulla on noi kaikki. Joo ja sit se sano, et mun pitää vaan päättää päivä milloin lopetan. V: Totta sinun pitää itse tehdä päätös milloin tumpaat viimeisen kerran. Sun aikaisemmat yritykset ovat hyviä kokemuksia. Tiedät missä on vaikea paikka. Musta sun kannattaisi miettiä lopettamisen tueksi korvaushoitoja, koska sulla on selviä vierotusoireita kuten päänsärkyä, tärinää, hermot menee ja on pakko saada tupakkaa. Näin aamutupakan tuska helpottuisi. Tosin sun pitää edelleen miettiä, mitä tupakan tilalle? Miten korvaat tupakan eri tilanteissa eli liikunta, käsille tekemistä ja nimenomaan mitä teet koulussa toisin? Muista, et sulla on hyviä motivaatiotekijöitä: vapaus tupakanhimosta, kunto, raha ja tyttöystävä ja vielä, että tupakanhimo kestää vain noin 3-4 min. Katso vaikkapa kellosta. N: joo, mä meen käymää terkalla ja kylmä mä uskon et onnistun. V: hienoa, niin minäkin uskon. Soita sitten tänne uudestaan jos on tarvetta. Hei.

7.6 TERVEYDENHUOLLOSTA APUA

Suomalainen terveydenhuolto on keskeinen toimija väestön terveyskäyttäytymisen muutosten tukemisessa. Useiden sairauksien ennaltaehkäisy ja hoito perustuvat elintapojen muuttamiseen. Terveydenhuollon toiminnan vaikuttavuus perustuu henkilökunnan ammattitaitoon ja tapaamisten tois-

tovaikutukseen. Suomalainen käy terveydenhuollon palveluissa keskimäärin kolme kertaa vuodessa, tupakoiva jopa useammin. Apteekeissa asioidaan huomattavasti useammin kuin muissa terveydenhuollon toimipisteissä. Kun lääkäri, terveydenhoitaja, hammaslääkäri tai apteekkilainen kysyy tupakoinnista ja kehottaa lopettamaan, viesti on varmasti voimakas. Lääkärin tai hammaslääkärin keskustelu tupakasta on tutkimuksissa todettu tehokkaaksi. Myös apteekkihenkilökunnan neuvonnalla on merkitystä lopettamiseen (Käypä hoito 2006).

Keskustelumahdollisuutta tulee tarjota kaikille tupakoijille, ja siihen tulee olla valmius kaikissa terveydenhuollon toimipisteissä ja apteekeissa, mutta erityisesti jokaisella lääkärin ja hammaslääkärin vastaanotolla. Kestolla on merkitystä, ja kolmen minuutin keskustelun tupakoinnista lääkärin kanssa on todettu olevan pelkkää kehotusta tehokkaampi kannustin tupakoinnin lopettamiseen. Tavoite olisi, että omalääkäri ja hammaslääkäri kävisivät tupakoinnin lopettamista tukevan keskustelun vähintään kerran vuodessa. Lääkärin tuki vierotuksessa on tärkeää, sillä hän osaa kertoa tupakoinnin haitoista potilaansa sairauksien ja terveyden näkökulmasta ja ohjata lääkityksessä. Perinteisesti neuvonnassa on korostunut vain riskitekijöihin perustuva, tietoja ja neuvoja antava ohjaus (Kettunen ym. 2004), mutta tavoitteena tulee olla potilaan kannalta tarkoituksenmukainen palaute ja ohjaus, ei standardiluento. Tavoite on pyrkiä herättämään tupakoivassa oivalluksia, kriittistä ajattelua ja ongelmanratkaisua. Suomessa on suositeltu käytettäväksi Kuuden K:n mallia, jota on kuvattu aiemmin tässä raportissa (luvat 2 ja 3).

Lääkäreiden kehotukset ovat yleistyneet 2000-luvulla: vuonna 2008 väestökyselyssä joka kolmas tupakoiva muisti lääkäriinsä kehottaneen lopettamaan tupakointi (Helakorpi ym. 2009), kun 1990-luvun lopulla joka neljäs muisti lääkärin ottaneen tupakoinnin puheeksi (Helakorpi 1999). Tupakointiin puuttuminen koetaan haastavaksi. Toisaalta lääkäreiden työn keskiössä on ollut perinteisesti lääkehoito. Kiinnostus elintapoihin on olemassa, mutta se on heikompi (Jallinoja ym. 2006). Elintavat koetaan enemmän yksilön ominaisuutena ja esteet muutokselle enemmän henkilökohtaisina kuin ympäristöstä johtuvina tekijöinä. Ylipaino selitetään tahdonvoiman tai itsesäätelyn puutteena (Rich & Evans 2005). Siksi elintapoihin puuttuminen koetaan vaikeana. Kyse on myös viestinnällisestä osaamisesta, jota ei välttämättä ole riittävästi otettu huomioon terveydenhuollon perus- ja täydennyskoulutuksessa.

Terveydenhoitajan tai sairaanhoitajan antama neuvonta on tehokasta (Käypä hoito 2006). Onnistumista voidaan vahvistaa toistuvilla tapaamisilla. Intervention tehon on havaittu lisääntyvän suoraan siihen käytetyn kokonaisajan mukaan ja jaettuna useamman käynnin osalle. Kun intensiteetti kasvaa, tulokset paranevat ja niin vieroituksessakin. Vieroituksen onnistuminen lisääntyy, jos useampi terveydenhuollon ammattilainen osallistuu hoitoon. Onnistunutta vieroitustulosta ennustavat parhaiten kontaktien lukumäärä sekä intervention kesto, tyyppi (moniammatillinen) ja muoto (yksilötapaaminen).

Monet kokevat saavansa apua täydentävistä hoitomuodoista. Tutkimuksissa ei ole osoitettu hyötyä akupunktuurista tai sen kaltaisista hoidoista eikä hypnoosista (Käypä hoito 2006). Jos tupakoinnin lopettava kokee täydentävien hoitomuotojen antavan tukea ja voimaa lopettamiseen, ei näiden hyödyntämiseen ole mitään estettä, jos ne eivät aiheuta terveydellistä riskiä.

Apteekit ovat osa terveydenhuollon palveluketjua. Apteekeissa tapahtuva neuvonta on myös osoitettu tehokkaaksi (Käypä hoito 2006). Apteekin farmaseutti onkin monille tupakoijille se terveydenhuollon ammattilainen, joka tavataan useimmin. Itsehoitoasiakkaille hän on usein myös ainoa kontaktihenkilö terveydenhuollossa. Tämän huomioonottaen suomalaiset apteekit ovat kehittäneet erilaisia palveluita tupakasta vieroituksen tueksi. Henkilöstökoulutus ja työkalujen tuottaminen on koordinoitu valtakunnallisesti Suomen Apteekkariliiton kautta. Kaikissa apteekeissa avustetaan vieroituslääkkeiden valinnassa ja neuvotaan niiden käyttöä. Osassa tarjotaan yksilöllistä vieroituspalvelua tai ryhmässä tapahtuvaa vieroitustukea. Apteekit ovat myös olleet aloitteellisia alueellisten moniammatillisten savuttomien verkostojen rakentamisessa (Järvinen 2004, Rajasilta 2005). Apteekien tehtävät savuttomuustyössä on määritelty Käypä Hoito -suosituksessa. Vuoden 2007 alussa tehty valtakunnallinen seurantatutkimus osoittaa, että apteekit kokivat savuttomuustyön edelleen velvollisuudekseen, vaikka nikotiinikorvausvalmisteet siirrettiin vapaaseen myyntiin vuoden 2006 alkupuolella (Kurko ym. 2009). Syksyllä 2008 tehdyn haamuasiakastutkimuksen mukaan tupakoivat asiakkaat saavat apteekista hyvää neuvontaa (Suomen Apteekkariliitto, julkaisematon). Erityisesti vieroituslääkkeiden oikea käyttö ja annostus on mahdollista saada apteekeista, joiden henkilöstöä on koulutettu tupakasta vieroitukseen.

7.7 RYHMÄSTÄ TUKEA OPPIMISEEN

Ryhmien käyttö tupakasta vieroituksessa perustuu siihen, että voimme oppia asioita toinen toisiltamme keskustellen. Vieroitusryhmät antavat puitteet keskustelulle ja kokemusten vaihdolle sekä mahdollistavat tuen saannin monilta samanaikaisesti. Samalla ryhmä mahdollistaa tiedon antamisen monelle tupakoivalle yhtä aikaa. Ryhmiä toimii eri puolilla terveydenhuoltoa ja joissakin apteekeissa. Myös monet kansanterveysjärjestöt järjestävät niitä.

Hyvin suunniteltu ryhmäohjelma on monipuolinen, joustava, vaihteittain etenevä ja ryhmän tarpeet huomioiva. Ryhmäohjaus, jossa käytetään käytäytymistieteellisiä menetelmiä, on osoittautunut tehokkaammaksi kuin itsenäinen lopetusyritys ja lyhyt keskustelu (Käypä hoito 2006). Ryhmän toiminnan tulee olla tavoitteellista ja tasa-arvoista ja antaa jokaisella ryhmäläiselle mahdollisuuden uudistua (Isokorpi & Viitanen 2001, Jauhiainen & Eskola 1994). Ryhmäytyminen ja kontaktin luominen tapahtuvat vaihteittain ja vaiheet on hyvä tuntea: ryhmän hahmottuminen, psykologisen kontaktin vaihe, sosiaalisen yhteistoiminnan vaihe ja tavoitteellisen toiminnan

vaihe. Ryhmän tavoitteen saavuttamiseksi on mahdollisemman suuri määrä ryhmän toimintaenergiasta pyrittävä alussa suuntaamaan yhteistoiminnallisuuteen. Ryhmän lähtökohta voi olla vaikka työpaikan savuttomuus, josta esimerkkinä Yritys N:n työntekijöiden vierotusryhmä.

Yritys N asetti tavoitteeksi työpaikan savuttomuuden. Työntekijöiden tietoisuutta heräteltiin ”Katsasta keuhkosi”-mittauksilla. Tupakkahuoneet poistettiin. Työterveyshuolto osallistui vieroituksen kustannuksiin ja perusti vierotusryhmän. Lisäksi työterveyshuolto antoi tietoa vierotusmahdollisuuksista. Seuraavassa on kuvaus yhden ryhmän toiminnasta ryhmän vetäjän kuvaamana.

”Ryhmä kokoontui kuusi kertaa, 1 ½ tuntia kerralla, osaksi työajalla ja osaksi omalla ajalla. Ryhmä koostui viidestä naisesta ja kolmesta miehestä. Vierotusryhmään osallistuneet olivat keski-ikäisiä. Suurimmalla osalla ryhmäläisistä oli aika pitkä tupakkahistoria, keskimäärin 25 askivuotta (vaihteluväli 5–60 askivuotta). Tupakointiaika oli keskimäärin 24 vuotta (vaihteluväli 17–42 vuotta). Tupakkamäärät olivat keskimäärin 16 savuketta päivässä (vaihteluväli 6–40 savuketta). Osallistujat tulivat ryhmään vapaaehtoisesti ja omasta halustaan ja olivat siten alusta alkaen motivoituneita lopettamaan tupakoinnin.

Ensimmäisellä tapaamiskerralla tutustuttiin toisiin, käytiin läpi koko kuuden kerran ohjelma ja tavoitteet, tupakkahistoria ja motivointitekijät sekä otettiin häkämittaus. Ryhmälle sovittiin pelisäännöt: jokainen ryhmän jäsenen on merkityksellinen. Pikaspirometrimittaukset jätettiin väliin kurssin alussa, koska ryhmäläisille oli ne jo tehty keuhkokatsastuksen yhteydessä. Toisessa tapaamisessa käytiin tarkemmin läpi vieroitusoireita ja niiden hoitomahdollisuuksia. Lisäksi käytiin läpi painonnousua, motivointitekijöitä ja repsahduksen vaaratilanteisiin varautumista. Varsinaisesti tupakasta jättäytyttiin kurssin kolmannella kerralla. On siis erittäin tärkeää, että osallistujat ovat sitoutuneita lopettamiseen ja osallistuvat jokaiseen tapaamiseen. Ryhmäläiset saivat kotitehtäviä ja osittain niitä tehtiin myös yhdessä, esimerkiksi mitä hyötyä saat tupakasta – mikä tupakoinnissa on parasta – mitä haittaa tupakoinnista on – mitä inhoat tupakoinnissa – onko lopettamiselle todellista estettä – oletko yrittänyt aiemmin ym. Kerta kerran jälkeen nämä keskustelukierrokset tulivat vapautuneimmiksi, kun ryhmäläiset olivat tutustuneet paremmin toisiinsa. Kannustettiin ja keuhuttiin, jos joku oli onnistunut olemaan savuttomana, ja jos taas oli tullut repsahduksia, niin tuettiin siinä ja ei syyllistetty, vaan kehoitettiin aloittamaan puhtaalta pöydältä. Ryhmäläiset pääsivät hyvin savuttomuuden alkuun. Viisi otti reseptilääkkeen avuksi ja kolme turvautui nikotiinikorvaushoitoihin, laastareihin ja imeskelytabletteihin. Näin ryhmä eteni, ja kuudennen kerran jälkeen seitsemän oli jo savuttomana ja ainoastaan yhdellä oli vielä tullut repsahduksia. Kuudennella kerralla sovittiin vielä yksi tapaamiskerta puolen vuoden päähän. Ryhmäläiset halusivat näin vielä taustatukea uuden savuttoman identiteettinsä tueksi.

Loppuarviointina ryhmäläiset olivat sitä mieltä, että yksin tupakasta eroon pääseminen ei olisi onnistunut. Ryhmän tuki oli todella mahtavaa. Yhteishenki ja toisten kannustaminen ja tukeminen auttavat saavuttamaan uutta identiteettiä eli savuttomuutta. Hyvin tässä ryhmässä onnistuttiin. Kokoontumiskerrat antoivat uutta intoa ja potkua tähän vieroitustyöhön ammattilaisillekin. Jokaiselta ryhmältä oppii aina uutta. Kiitos siitä ryhmäläisille! ”

Nuoret hyötyvät ryhmistä, koska nuorille yhteenkuuluvuus ja erilaiset sosiaaliset verkostot ovat tärkeitä. Lopettamisryhmät ovat yksi keskeinen tupakoinnin lopettamismuoto, jossa ryhmähenki auttaa nuoria sitoutumaan yhteiseen tavoitteeseen. Ryhmissä kannattaa huomioida nuorten erilaiset kulttuurit ja niiden erityispiirteet lopettamisen tueksi, jotta nuori kokee lopettamisen merkitykselliseksi omassa elämässään ja terveystieteellisessä maailmassaan. Ryhmiä voi järjestää nuorille luontevasti muun muassa oppilaitoksissa osana muuta opiskelua, jolloin viestitään asian tärkeydestä sekä tarjotaan nuorille kannustin opintoviikkojen tai -pisteiden muodossa. Suomessa useissa sellaisissa oppilaitoksissa, joissa tupakoivia nuoria on paljon, vapaavalintaisiin opintoihin on sijoitettu kurssimuotoinen vieroitusryhmä tai motivaatiokurssi sekä tupakoiville että tupakoimattomille. Jos lopettamisryhmä järjestetään osana opintoja, kurssin todistukseen jäävän nimen tulee olla tarpeeksi neutraali. Tupakoinnin vanhemmiltaan salaavat nuoret tuskin haluavat, että todistus paljastaa osallistumisen esimerkiksi ”Irti tupakasta”-kurssille.

7.8 PUHELIMESSA VIEROITTAMINEN

Puhelimessa tapahtuva ohjaus osana terveystieteellisiä palveluita on kehittymässä. Puhelinpalvelut jaetaan eri tyypeihin palvelun intensiteetin ja vastineen suunnan mukaan (Stead ym. 2005). Yksinkertaisimmillaan on kyse erilaisista teknisistä vaihtoehdoista, joihin soittamalla voi valita haluamansa palvelun tai tiedotteen tai tilata materiaaleja. Reaktiivinen palvelu tarkoittaa palvelua, jossa soittaja keskustelelee vieroitusohjaajan kanssa. Jos vieroitusohjaaja soittaa asiakkaalle sovitusti tietyllä säännöllisellä aikataululla, puhutaan proaktiivisesta palvelusta. Usein se on systemaattista ohjausta, jonka tavoitteena on estää tupakoinnin aloittaminen uudelleen ja tukea savutonta elämää.

Proaktiivisella palvelulla on saatu parempia tuloksia kuin reaktiivisella palvelulla, mutta se on kustannuksiltaan kalliimpaa. Puhelinpalvelut ovat helposti tavoitettavia ja halvempia vaikkakin teholtaan heikompia kuin intensiivinen yksilötapaamisiin perustuva vieroitus. Koska palvelun tuottaminen on kohtuullisen edullista, puhelinvieroitus on myös kustannustehokasta, koska se tavoittaa suuria määriä lopettajia. Useiden tutkimuksien meta-analyysi osoitti, että puhelinpalvelu lisää lopettamisen todennäköisyyttä verrattuna kirjalliseen materiaaliin tai ilman apua lopettamiseen (vedonlyöntisuhde 1,56, 95 %:n luottamusväli 1,38–1,77) (Lancaster & Stead

2005). Laajassa amerikkalaisessa meta-analyysissä arvioitiin eri vieroitusmenetelmiä (Fiore ym. 2008). Sen mukaan proaktiivisella puhelinpalvelulla onnistutaan vieroittamaan 13 % soittajista. Ruotsissa vieroituspuhelin toimii Tukholman maakunnan yhteydessä. Siksi siellä on voitu seurata lopettamista linkittämällä soittajien tiedot terveydenhuoltopalvelujen käyttöön ja sairastavuuteen (Tomson ym. 2004). Siellä arvioitiin sekä kustannuksia soittajaa kohden että säästettyjen elinvuosien hintaa. Vuoden seurannassa 31 % soittajista lopetti tupakoinnin. Lopettajaa kohden kustannukset olivat 1 052–1 360 dollaria, ja säästetyn elinvuoden hinnaksi tuli 311–401 Yhdysvaltain dollaria.

7.9 INTERNETISSÄ VIEROITTAMINEN

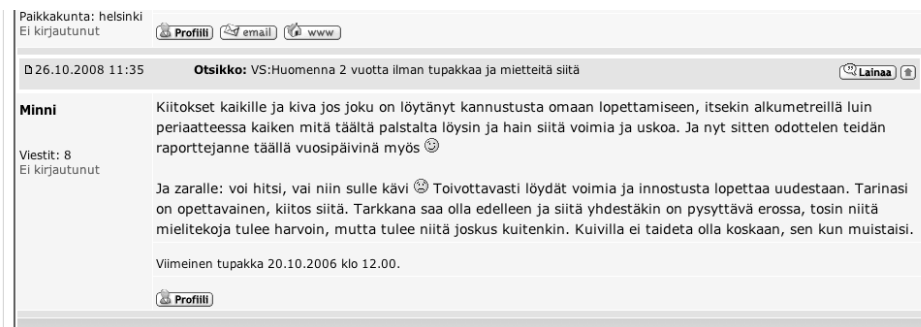
Sähköisessä verkossa on mahdollista räätälöidä palvelua erilaisille tupakoijille, esimerkiksi voimakkaasti fyysisesti riippuvaisille, raskaana oleville tai sairastuneille. Tutkimusten perusteella verkossa tapahtuvan vierotuksen vaikuttavuutta on vaikea tutkia, mutta selvästi se lisää lopettamista (Stead ym. 2006, Wantland ym. 2004). Kaiken kaikkiaan verkossa tapahtuvan terveysterveystuonnan vaikuttavuutta on tutkittu yllättävän vähän. Sen keskeinen voima on kattavuus, saavutettavuus ja joustavuus. Suomessa on toiminut huhtikuusta 2002 Stumppi-vieroituspuhelin. Sen tueksi avattiin 2004 Stumppi -vierotussivusto aikuisille ja fressis.fi-verkkosivusto nuorille (aluksi happi.ws). Vuonna 2008 Stumppi-verkkosivuston näyttökertoja oli 4 402 631 ja kävijöitä oli yli 430 237. Tällä hetkellä sivustolla on lähes 2 000 rekisteröitynyttä kirjoittaa ja forumin käyttäjät ovat kirjoittaneet yli 80 000 viestiä. Yhtäaikaista keskustelupalstan käyttäjiä on ollut enimmillään 504. Sivustolla viihdytään keskimäärin yli 6 minuuttia. Kuvassa 2 on yhden onnistuneen lopettajan kommentti. Verkossa vieroittuminen perustuu vertaistukeen, tiedon räätälöintiin tupakoijan ja lopettajan tarpeen mukaan sekä lopettajaa aktivoiviin työvälineisiin. Verkon etuja ovat saavutettavuus, tietopohjan laajuus ja kohdentaminen, anonymiteetin mahdollisuus sekä ”kysy ja vastaa”-tyyppinen palvelumahdollisuus. Vastaavasti heikkoutena on kontaktipinnan ohuus. Käyttäjät ovat pääosin tyytyväisiä palveluun (kuva 5). Verkossa toimimalla on mahdollisuus tavoittaa suuria määriä, mutta se ei korvaa henkilökohtaista vieroitusta sitä tarvitseville.

Stumppi.fi-sivuston käyttäjä kertoo, että ”se auttoi mu lopettamisprosessissa. Siellä mä olen vieraillut lukemassa muiden kokemuksia lopettamisesta, löytänyt apua ja tukea vaikka keskellä yötä, kun ajatuksissa on pyörinyt tupakka. Sivuston antama vertaistuki on ollut tärkeää. Netistä on löytynyt ihmisiä, jotka ovat samassa tilanteessa ja pyörivät saman ongelman kanssa. Sivulta löytynyt tieto tupakoinnin vaaroista ei ennen lopettamista kiinnostanut kuin vasta muutaman savuttoman päivän jälkeen, jolloin aloin kasata tietoa itselleni päätökseni tueksi, mitä hyötyä lopettamisesta on ja mitä haittaa tupakoinnista on. Käyn vieläkin lukemassa niitä, vaikka olen ollut jo kahdeksan kuukautta savuton.”

Taulukko 6. Tietoa tupakan haitoista verkossa.

www.stumppi.fi
www.terveyskirjasto.fi
www.suomenash.fi
www.cancer.fi
www.thl.fi/tupakka
www.paihdelinkki.fi
www.fressis.fi
www.tyokalupakki.net
www.mcurho.fi

Kuva 5. Onnistuneen lopettajan kommentti Stumppi–vieroitusportaalissa.



7.10 LÄÄKEHOIDOT

Nikotiinikorvaushoito on ensisijainen tupakasta vieroituksen lääkehoito (Käypä hoito 2006). Nikotiinikorvaushoitoon tarkoitettut tuotteet sopivat tupakan, nuuskan, sikarien ja piipun lopettajille, siis kaikille niille, joilla on nikotiiniriippuvuus. Nikotiinikorvaushoitotuotteita ovat purukumi, laastari, inhalaattori ja kielenalus- tai imeskelytabletit. Ne eivät sisällä tupakan muita kemikaaleja, joten ne ovat turvallisia vaihtoehtoja. Usein tupakoijat pelkäävät korvaushoitotuotteiden nikotiinia, vaikka niistä imeytyy elimistöön vähemmän nikotiinia kuin savukkeista tai nuuskasta. Nikotiinikorvaushoito ei lisää esimerkiksi sydänkohtauksen riskiä ja on aina parempi vaihtoehto kuin tupakoinnin jatkaminen. Nikotiinikorvaushoito on tarkoitettu henkilöille, jotka ovat fyysisesti riippuvaisia nikotiinista. Jos päivittäin tupakoiva polttaa yli kymmenen savuketta päivässä ja aamun ensimmäiseen tupakkaan kuluu alle puoli tuntia heräämisestä, kannattaa harkita nikotiinikorvaushoitoa.

Eri nikotiinivalmisteita käytetään eri tavoilla. Ennen nikotiinikorvaushoidon käyttämistä tulisi tutustua perusteellisesti nikotiinikorvaushoidon merkitykseen vieroituksessa, lukea tuotteen käyttöohjeet ja noudattaa niitä. Suositeltavaa on suunnitella nikotiinikorvaushoito apteekin farmaseutin kanssa. Apteekkihenkilöstö on koulutettu määrittämään

nikotiiniriippuvuuden voimakkuus ja suunnittelemaan sen perusteella sopiva vieroitushoito yhdessä asiakkaan kanssa. Hoitosuunnitelmassa voi tietoisesti hyödyntää erilaisia nikotiinikorvaushoitovalmisteita vieroituksen eri vaiheissa. Tavoitteena on päästä eroon sekä tupakasta että korvaushoitovalmisteista. Apteekkeille tehdyn kyselyn perusteella vähittäiskaupoista nikotiinikorvaushoitoja ostavat käyttävät usein liian mietoja valmisteita tai käyttöjaksot ovat liian lyhyitä, jotta vieroittuminen onnistuisi (Kurko ym. 2009). Tällainen käyttö johtaa helposti harm reduction -tyyppiseen käyttöön, jolloin tupakoija yhdistelee tupakanpolton ja nikotiinikorvaushoitovalmisteiden käytön mutta ei pysty kokonaan lopettamaan kumpakaan.

Tupakanhimoa hillitseviä reseptilääkkeitä on käytössä Suomessa kaksi: bupropioni ja varenikliini. Reseptilääkkeet aloitetaan 1–2 viikkoa ennen varsinaista lopettamista, joten ne tarjoavat hyvän ajanjakson tarkastella omaa tupakointia. Bupropionin kanssa voi käyttää nikotiinikorvaushoito tuotteita. Bupropioni on alun perin masennuslääke, jonka tupakanhimoa hillitsevä vaikutus havaittiin sattumalta. Tupakoinnin lopettamisen yhteydessä käytetään puolet pienempää annosta kuin masennuksen hoidossa. Lääkkeen ei ole todettu aiheuttavan riippuvuutta. Toinen lääkeaine, varenikliini, on kehitetty suoraan nikotiiniriippuvuuden hoitoon. Se estää nikotiinin vaikutuksia aivoissa sekä lievittää vieroitusoireita. Sen kanssa ei voi käyttää nikotiinikorvaushoitoa. Lisää tietoa lääkityksestä löytyy Käypä hoito -suosituksesta.

7.1 | YMPÄRISTÖ LOPETTAJAN TUKENA: KOULU, HARRASTEET JA TYÖ

Tupakkariippuvuuden kehittymisessä ja jatkumisessa ympäristön merkitys on suuri. Nuoret aloittavat tupakointikokeilut usein kavereiden kanssa. Koulun ja vanhempien suhtautuminen tupakointiin vaikuttaa nuoren asenteisiin ja ratkaisuihin (Pennanen ym. 2006). Koulujen ja oppilaitosten johdonmukainen suhtautuminen nuorten tupakointiin siten, ettei sitä hyväksytä, ja tuen tarjoaminen lopettamiseen on äärimmäisen tärkeää. Tupakkamyönteisyys oppilaitoksessa haittaa jo nuoren itsensä mielestä lopettamista.

Myös työnantajalla on mahdollisuus tukea lopettamista. Työaika muodostaa kolmasosan arkipäivästä, ja tupakointikielto työpaikalla on vaikuttanut myönteisesti tupakoinnin vähentymiseen. Perhe, ystävät ja muut tupakoijan ympärillä olevat ihmiset voivat olla tukena tupakoinnin lopettamisessa. Tupakoinnin lopettaja on suuri onnistuja, ja ympäröivien ihmisten kannattaa kehua häntä onnistumisestaan. Tämä joskus unohtuu, kun tupakoivan otsaan lyödään tupakansavuisen musta leima.

Koulu- ja harrasteympäristöt ovat tärkeitä varsinkin nuorten tupakoimattomuuden tukemisessa, mutta samalla ne voivat olla mahdollisuus vieroituksen tukemiseen tupakoivilla nuorilla. Nuorten tupakoinnilla on monet

kasvot. Se voi olla säännöllistä tupakointia tai kokeilevaa, satunnaista tai sosiaalista, ja nuoret suhtautuvat siihen itse ristiriitaisesti. Ympäristön reaktioilla on merkitystä siihen, miten tupakointi etenee. Lopettamiseen motivoivat syyt vaihtelevat: osalle nuorista tärkeimpiä ovat tulevaisuuden terveyshaitat, osalle huomattavasti ajankohtaisemmat syyt, esimerkiksi tupakoinnin kalleus ja senhetkiset terveysongelmat (Ollila ym. 2008). Nuoret saattavat kuvitella lopetustuen olevan holhoavaa ja nuoria ymmärtämätöntä, eikä sitä siksi koeta kiinnostavana tai tarpeellisena. Nuoreen tupakoijaan avoimesti ja tuomitsemattomasti suhtautuvat ja siksi luonnolliset toimintaympäristöt vierotukselle voivat olla toimivimpia. Vaikuttavimmat tukimuodot näyttävät perustuvan käyttäytymistieteellisiin teorioihin, joissa voidaan soveltaa samoja periaatteita kuin aikuisten vierotuksessa: tasa-arvoisuutta, kuuntelemista ja lopettajan tarpeesta lähtemistä (Ollila ym. 2008).

Tupakointi työpaikoilla on usein sensitiivinen asia. Tupakka ei ole vain savuke, vaan sen ympärille rakentuu verkosto toimintoja ja toimijoita, joilla on eri näkökulmat tupakointiin. Työnantajilla on mahdollisuus tukea työntekijöidensä terveyttä kestäväällä ja henkilökohtaisella tavalla, jonka vaikutukset ovat väestötasolla merkittävät.

Tupakka vaikuttaa työpaikoilla moneen asiaan. Tarkkaan ottaen tupakoiva loukkaa tupakoidessaan sisätiloissa perusoikeuksia altistaessaan toisen henkilön vakavalle terveysriskille, tupakansavulle. Tupakointi on lain mukaan kielletty kaikissa työpaikkojen sisätiloissa. Työnantajat ovat havainneet, että tupakoivat sairastavat enemmän ja tupakoinnin lopettamisen tukeminen lisää tuottavuutta. Siksi he tukevat lopettamista taloudellisesti, sillä työntekijöiden terveys, työkyky ja hyvinvointi ovat tärkein resurssi. Kansainvälisissä tutkimuksissa tupakoivan työntekijän kustannus työnantajalle vaihtelee 1 000 eurosta 2 300 euroon vuodessa laskentatavan ja maan keskiansiotason mukaan. Tupakoinnin lopettamisen tukeminen esimerkiksi työterveyshuollon toimilla on investointi työhyvinvointiin.

7.12 VIEROITUKSEN TUKI – MITÄ ESTEITÄ?

Tupakoiva väestö on halukas lopettamaan (Helakorpi ym. 2009) ja terveydenhuolto- ja apteekkihenkilöstö motivoitunut tukemaan (Jallinoja ym. 2006, Kurko ym. 2009). Miksi ketju lopettamishalusta lopettamisyritysten tukemiseen ja vierotuksen tukeen ja motivointiin ei kuitenkaan toteudu? Suomessa on hyviä paikallisia malleja eri toimijoiden yhteistyöstä, kuten esimerkiksi Porvoossa toteutettu sairaalan, terveyskeskuksen ja muiden toimijoiden yhteistyö ja Lohjalla apteekin koordinoima moniammatillinen savuton verkosto (Järvinen 2004, Rajasilta 2005). Mutta silti tupakoiva jää pääosin ilman henkilökohtaista tukea, halutessaankin. Kaikki sairaalat ovat Suomessa periaatteessa savuttomia ja tukevat vieroittautumisessa henkilöstöä ja potilaita. Apteekkien, puhelin- ja verkkopalvelujen sekä kolmannen sektorin ja yksityisen puolen kytkeminen joustavasti palvelujärjestelmään ei tuottaisi suuria kustannuksia mutta vaatii toki suunnittelua ja sopimista. Hoitoprosessin kuvaus sisältää siinä toimivat tahot, työvälineet, tavoitteet

ja työnjaon. Käypä hoito -suositus tarjoaa tähän hyvän pohjan. Myös oppia käytäntöön saattamiseksi on tarjolla (Ketola ym. 2003). Terveysriskejä on paljon ja resurssit rajalliset. Tupakoinnista vieroituksen kustannusvaikuttavuus ja elämänlaatua lisäävä vaikutus on sen verran merkittävä, että työ on sekä vaikuttavaa että edistää väestön hyvinvointia monella tasolla ja yli sukupolvien.

7.13 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tupakoinnin lopettaminen vaatii tietoa, taitoa, oppimista ja tukea. Tupakoitsija, niin aikuinen kuin nuori, tarvitsee tukea lopettamisen edetessä, kukin yksilöllisesti. Tupakoitsijat eivät kaipaa riskilähtöistä ohjausta vaan kannustavaa ja omia voimavaroja voimistavaa ja vahvistavaa neuvontaa: miten selvitä moniulotteisesta tupakkariippuvuudesta kohti savuttomuutta, mikä on ensimmäinen askel kohti tavoitetta. Tukea on tarjolla verkossa, puhelimesta ja palvelujärjestelmässä. Suuri haaste on hyödyntää näitä yhdessä. Voisiko terveydenhuolto ohjata puhelimeen systemaattisesti? Olisiko verkkovieroituspöytäkirjoissa syytä olla tietoja vieroituskursseista maan eri osissa? Näkökulma tulee kääntää organisaatorajoitusten pohtimisesta hyödyntämään olemassa olevia välineitä yksilön mahdollisuuksien lisäämiseen.

Jokainen meistä on yksilö. On tärkeää, että jokaisen tupakoitsijan lopettamishalukkuutta tunnustellaan ja herätellään eri terveydenhuollon ammattilaisten kohtaamisissa. Lopettaminen on monella tapaa prosessi, jossa toistuvat samat asiat. Hoitopolkujen rakentaminen on mahdollista ja kannatettavaa. On tärkeää kysyä tupakoinnista ja kertoa lopettamisen eri tukimuodoista sekä tarvittaessa ohjata asiakas eteenpäin hoitajan vastaanotolle, apteekkiin, hakemaan vertaistukea ryhmästä tai verkosta, puhelinneuvonnasta tai terveysjärjestöistä.

KIRJALLISUUS

Bala M, Strzeszynski L, Cahill K. Mass media interventions for smoking cessation in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; Jan 23 (1): CD004704.

Berg K, Miller S. *Ihmeitä tapahtuu*. Helsinki: Lyhytterapiainstituutti, 1994.

Berg K, Szabo P. *Brief coaching for lasting solutions*. New York: Norton. 2005.

Fiore M C, Jaén C R ym: *Treating tobacco use and dependence, 2008 update*. US department of health and human services, Public Health Service, May 2008.

Helakorpi S, Martelin T, Torppa J, Patja K, Vartiainen E, Uutela A. Did Finland's tobacco control act of 1976 have an impact on ever smoking? An examination based on male and female cohort trends. *J Epidemiol Community Health* 2004; 58(8): 649–654.

- Helakorpi S, Paavola M, Prättälä R., Uutela A. Suomalaisen aikuisväestön terveystähtäytyminen ja terveys, kevät 2008. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 2/2009.
- Isokorpi T Viitanen P. Tunnevoimaa. Helsinki: Tammi, 2001.
- Jallinoja P, Kuronen R, Patja K, Absetz P: Lääkehoidon ja ryhmäneuvonnan asema elintapasairauksien hoidossa – tutkimus lääkäreiden ja hoitajien näkemyksistä Päijät-Hämeessä. *Suom Lääkäril* 2006; 61(37): 3747–3751.
- Jallinoja P, Absetz P, Kuronen R, Nissinen A, Talja M, Uutela A, Patja K. The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: perceptions among primary care physicians and nurses. *Scand J Prim Health Care* 2007; 25(4): 244–249.
- Jauhiainen, R, Eskola, M. Ryhmäilmiö. Helsinki: WSOY, 1994.
- Järvinen P: Apteekkien ja muun terveydenhoidon yhteistyö terveyden edistämässä – mallina savuttomuustyö. Helsingin yliopiston sosiaalifarmasian osaston lisensiaattityö. Helsinki: Helsingin yliopisto, 2004.
- Ketola E, Mäntyranta T, Mäkinen R, Voipio-Pulkki L M, Kaila M, Tulonen-Tapio J, Nuutinen M, Aalto P, Kortakangas P, Brander P, Komulainen J. Hoitosuosituksista hoitoketjuksi. Opas hoitoketjujen laadintaan ja toimeenpanoon. Käypä hoito -suositus 2003.
- Kettunen T, Poskiparta M, Kiuru P, Kasila K. Muutospuhe tyyppin 2 diabetesneuvonnassa. Tapaustutkimus diabeteshoitajan ja potilaan välisestä neuvontakeskustelusta. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakausikirja* 2004; 41: 352–365.
- Kurko T, Linden K, Vasama M, Pietilä K, Airaksinen M: Nicotine replacement therapy practices in Finland one year after deregulation of the product sales - has anything changed from the community pharmacy perspective? *Health Policy* 2009; 91(3): 277-85.
- Lancaster T, Stead L F. Self-help interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 3. Art. No.: CD001118. DOI: 0.1002/14651858.CD001118.pub2.
- Ollila H, Broms U, Laatikainen T, Patja K. Nuoret ja tupakoinnin lopettaminen -tutkimuksesta käytännön tukeen. *Kansanterveyslaitoksen julkaisuja, sarja B37/2008*. Helsinki: Kansanterveyslaitos, 2008.
- Pennanen M, Patja K, Joronen K. Tupakkakertomus 2006. *Kansanterveyslaitoksen julkaisuja, sarja B3/2006*. Helsinki: Kansanterveyslaitos, 2006.
- Poskiparta M. Terveysneuvonta, oppimaan oppimista. Videotallenteet hoitajien terveysneuvonnan ilmentäjinä ja vuorovaikutustaitojen kehittämismenetelmänä. *Studies in Sport, Physical Education and Health* 46. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, 1997.
- Rajasilta T: Savuttomat verkostot – terveydenhuollon moniammatilliset tiimit? Pro gradu -työ. Helsinki: Helsingin yliopisto, farmasian tiedekunta, sosiaalifarmasian osasto, 2005.
- Rich E, Evans J. 'Fat ethics' – the obesity discourse and body politics. *Social Theory Health* 2005; 3: 341–358.

- Sassatelli R. Tamed hedonism: choice, desires and deviant pleasure. Kirjassa: Gronow J, Warde A (toim.) Ordinary consumption. London: Routledge, 2001, s. 93-106.).
- Stead L F, Perera R, Lancaster T. A systematic review of interventions for smokers who contact quitlines. *Tob Control* 2007; 16 Suppl 1: 3–8.
- Stead L F, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 3: CD002850. Review.
- Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot. Käypä hoito –suositus. Duodecim 2006. Saatavilla Internetissä: www.kaypahoito.fi
- Tomson T, Helgason A R, Gilljam H. Quitline in smoking cessation: a cost-effectiveness analysis. *Int J Technol Assess Health Care* 2004; 20(4): 469–474.
- Wantland D J, Portillo C J, Holzemer W L, Slaughter R, McGhee E M. The effectiveness of Web-based vs. non-Web-based interventions: a meta-analysis of behavioral change outcomes. *J Med Internet Res* 2004; 6(4): e40.
- West R. Theory of addiction. London: Blackwell, 2006.

8 LÄÄKETALOUDELLINEN SELVITYS LÄÄKKEISTÄ TUPAKOINNIN LOPETTAMISESSA

Vesa Jormanainen

■ Suomessa on 1,3 miljoonaa säännöllisesti tupakoivaa henkilöä (Asiantuntijaraportti 2008). Vuoden 2008 aikuisväestön 15–64-vuotiaista miehistä 24 % ja naisista 18 % tupakoi päivittäin, kun satunnaisesti tupakoivien osuudet olivat 7 % ja 6 % (Helakorpi ym. 2009). Noin 70 % oli joskus yrittänyt lopettaa tupakoinnin, ja lääkärin kehotuksen lopettamisesta oli saanut viidennes tupakoivista.

Vuoden 2007 tupakkatilaston mukaan Suomessa kulutettujen 5 309 miljoonan savukkeen ja 104 miljoonan sikarin yhteenlaskettu vähittäismyyntiarvo oli 1 020 miljoonaa euroa (M€), josta kannettiin tupakkaveroa 624 M€. Nikotiiniriippuvuuden hoitoon käytettäviin lääkeaineisiin sijoitettiin 28 M€ tukkuhinnoin (noin 42 M€ vähittäishinnoin) vuoden 2007 Suomen lääketilaston mukaan.

Tupakoinnin terveyshaitoista on yllin kyllin vakuuttavaa näyttöä (Puska & Koskela 1979, Vertio 2003, Eurooppalainen suositus 2008). Kansanterveyden kannalta tupakoinnin lopettamisesta on kiistattomasti hyötyä. Tupakoinnin haitat liittyvät siihen, kuinka paljon henkilö tupakoi päivittäin, ja siihen, kuinka kauan hän on tupakoinut. Esimerkiksi keuhkohtaumatautia löytyy huomattavan paljon jo itseään terveenä ja oireettomana pitäviltä suomalaisilta tupakanpolttajilta (Toljamo ym. 2008).

Tupakoinnin lopettamisen hyödyt perustuvat tieteelliseen näyttöön. Jotkin eduista potilas saa lähes heti, toisiin kuluu enemmän aikaa. Tupakointi on edelleen merkittävin yksittäinen sairauksien aiheuttaja Suomessa (Patja ym. 2007). Tupakoinnin lopettaminen sydäninfarktin jälkeen saattaa olla kaikkein tehokkain käytettävissä oleva ennalta ehkäisevä toimenpide (Eurooppalainen suositus 2008). Kuitenkin lähes joka neljäs sepelvaltimotaudin vuoksi sairaalahoitossa olleista jatkaa tupakointia. Sydäninfarktiin sairastumisen riski puolittuu vuodessa, aivoinfarktin riski vähenee tupakoimattomien tasolle 5–15 vuodessa, ja keuhkosityövän riski puolittuu 10 vuodessa lopettamisen jälkeen (Käypä hoito 2006, Winell ym. 2007).

Tupakointi on monen sairauden riskitekijä, ja se lyhentää elinajanodotetta useilla vuosilla (Kiiskinen ym. 2002, Vertio 2003, Vartiainen 2005, Patja 2006, Strandberg ym. 2008).

Tupakoinnin aloittamisen ehkäiseminen on tavoiteltavin strategia tupakoinnin haittojen ehkäisyssä. Jo tupakoivia henkilöitä on aina kehotettava lopettamaan tupakointi (Eurooppalainen suositus 2008). Omalääkärin ja hammaslääkärin velvollisuus on käydä tupakoinnin lopettamista tukeva keskustelu vähintään kerran vuodessa (Käypä hoito 2006, Winell ym. 2007).

Tupakoinnin lopettaminen kannattaa aina eikä lopettamissuosituksessa ole yläikärajaa (Eurooppalainen suositus 2008). Lääkärin selkeä ja ehdoton

ohje potilaan tupakoinnin lopettamisen välttämättömyydestä on kaikkein tärkein tupakoinnin lopettamiseen johtava seikka. Lääkärin tai hammaslääkärin antama pelkkä tupakoinnin lopettamiskehoitus on vaikuttava (Käypä hoito 2006, Winell ym. 2007). Kolmen minuutin keskustelu tupakoinnista lääkärin kanssa on pelkkää kehoitusta tehokkaampi kannustin tupakoinnin lopettamiseen. Intervention teho lisääntyy suoraan siihen käytetyn kokonaisuajan mukaan ja jaettuna useampaan käyntiin.

Tupakoinnin vähentämisen keinoista on julkaistu myös Suomessa järjestelmällisiin katsauksiin, taloudellisiin arviointeihin ja tutkimuksiin perustuvaa tietoa (Käypä hoito 2006, Winell ym. 2007, Kiiskinen ym. 2008). Näyttö tupakointia ja tupakansavulle altistumista vähentävästä vaikuttavuudesta on selvä yhteisötason (lainsäädännöllisillä) toimenpiteistä tupakointikielloilla ja -rajoituksilla, tupakan valmisteveron korotuksella ja alueellisilla interventioilla. Tupakan hinnan korottaminen lisää lopettamisyrittäjiä, ja se on arvioitu erittäin kustannusvaikuttavaksi (Kiiskinen ym. 2008). Myös tupakoinnin lopettamisesta aiheutuvien kustannusten korvaamisen tupakoijalle on yksittäisissä tutkimuksissa todettu lisäävän lopettamisyrittäjiä ja itse raportoitua lopettamista.

Yksilötasolla yleiset toimet tupakasta vieroittamiseksi, kuten lääkärin kehoitus, neuvonta, ryhmävieroitus ja nikotiinikorvaus, ovat taloudellisten arviointitutkimusten ja vaikuttavuuden järjestelmällisten katsausten mukaan erittäin kustannusvaikuttavia (Kiiskinen ym. 2008). Tupakasta vieroituksessa ja tupakoinnin lopettamisessa käytetyistä lääkkeistä katsauksessa oli mukana vain nikotiinikorvaus, jonka vaikuttavuus lienee kiistaton (Kiiskinen ym. 2008).

Suomessa tupakasta vieroituksen tai tupakoinnin lopettamisen tueksi on saatavilla monia myyntiluvallisia lääkkeitä (Patja & Rouhos 2004, Käypä hoito 2006, Winell ym. 2007). Nikotiinikorvausta (nykyisin purukumi, depotlaastari, inhalaatiohöyrykapseli, resoribletti, imeskelytabletti) on ollut saatavissa Suomessa myös reseptittä (itsehoitolääke) apteekeista tupakasta vieroitukseen vuodesta 1988 alkaen. Vuoden 2006 alkupuolelta alkaen nikotiinikorvausta on ollut saatavilla myös vähittäiskaupoista. Nenäsuihkeena nikotiinikorvausta oli vuosina 1997–2003 saatavana lääkärin lääkemääräyksellä (reseptilääkkeenä). Nykyisin vain reseptilääkkeinä saatavilla ovat tablettimuotoiset bupropioni (vuodesta 2003 alkaen) ja varenikliini (2006).

Selvitin yksinkertaisella mallilla perusterveydenhuollon yleislääkärin käyttöön soveltuvien tupakoinnin lopettamiseen tai tupakasta vieroitukseen tarkoitettujen lääkkeiden vaikuttavuutta ja kustannuksia 6–12 kuukauden kuluttua lopettamisesta motivoituneilla työikäisillä aikuisilla (18–64-vuotiaat) Suomessa ensimmäisellä vieroituskerralla.

8.1 KOHDEVÄESTÖT

Kiiskisen ym. (2008) katsauksessa kohdeväestö jaettiin käytännöllisellä tavalla hierarkkisesti altistuneiden riskiväestön sekä saavutettujen, soveltu-

vien ja menetelmän käyttöön osallistuvien väestöihin. Tähän tarkasteluun jaottelua sovellettiin seuraavasti:

- Kohdeväestö: Työkäiset aikuiset, 18–64-vuotiaat miehet ja naiset
- Riskiväestö: Päivittäin tupakoivat kohdeväestön aikuiset
- Saavutetut: Vuosittain lääkärissä käyvät riskiväestön aikuiset
- Soveltuvat: Saavutetut aikuiset, joita lääkäri ei ole aiemmin kehottanut lopettamaan tupakointia
- Osallistujat: Vieroitukseen osallistuvat ja motivoituneet soveltuvat aikuiset

Kohdeväestön koko oli tässä arvioinnissa 100 000 työkäistä aikuista, joista päivittäin tupakoi 25 % (riskiväestössä 25 000 aikuista). Päivittäin tupakoivien aikuisten riskiväestöstä 70 % (17 500 henkilöä) käy vuosittain lääkärissä (saavutettujen väestö), ja heistä 75 % (6 563 henkilöä) ei ole aiemmin saanut lääkäriltä kehotusta lopettaa tupakointi (soveltuvien väestö). Lisäksi oletetaan, että vakavan yrityksen tupakoinnin lopettamiseksi olisi motivoituneita tekemään puolet (50 %) niistä tupakasta vieroitukseen tai tupakoinnin lopettamiseen lääkkeillä soveltuvista ja päivittäin tupakoivista, lääkärissä käyvistä aikuisista, jotka eivät aiemmin ole saaneet tupakoinnin lopettamiskehotusta lääkäriltä (osallistujaväestö).

8.2 ARVIOITAVAT MENETELMÄT JA VERTAILUMENETELMÄT

Arvioinnin ensisijaisina kohteina ovat myyntiluvalliset lääkkeet, joille viranomaiset ovat hyväksyneet Suomessa käyttöaiheeksi tupakoinnista vieroituksen tai tupakoinnin lopettamisen: nikotiini, bupropioni ja varenikliini. Arvioitavien lääkkeiden kohdeväestö ovat ne vuosittain lääkärissä käyvät ja päivittäin tupakoivat työkäiset aikuiset, joita lääkäri ei ole aiemmin kehottanut lopettamaan tupakointia ja jotka soveltuvat ja ovat motivoituneita osallistumaan tupakasta vieroitukseen.

Omin keinoin lopettaminen ja lääkärin lopettamiskehotukset on otettu mukaan arviointiin toissijaisina kohteina. Niiden kohdeväestöt ovat erilaiset kuin lääkkeillä.

Lisäksi arviointiin otettiin vain ”yksinomaan” (monoterapiana) käytetyt menetelmät tai lääkkeet.

8.3 TAVOITELLUT TERVEYSVAIKUTUKSET

Arvioinnissa tavoiteltu terveysvaikutus oli tupakoinnin lopettaminen ja tupakoimatta pysyminen 6–12 kuukauden kuluttua lopettamisesta ensimmäisellä vieroituskerralla. Lääkkeiden ja muiden arviointiin sisältyvien menetelmien tehotiedot saatiin järjestelmällisistä Cochrane-katsauksista ja niiden tilastollisista meta-analyyseista.

Tupakoinnin lopettamista ja tupakoimatta pysymistä vähintään 6 kuukauden ajan mitattiin alkuperäisissä meta-analyseissa suhteellisilla vertai-

luluilla OR ja RR. Alkuperäisistä meta-analyyseistä poimittiin menetelmällä hoidettujen ja vertailuryhmän potilaiden lukumäärät sekä tupakoinnin lopettaneiden ja vähintään 6 kuukautta tupakoimatta olleiden lukumäärät. Niistä laskettiin hoito- ja vertailuryhmissä tupakoinnin lopettaneiden painottamattomat osuudet (%), osuuksien erotukset, NNT-luku (number needed to treat) ja sen luottamusväli 95 %:n luottamustasolla.

8.4 VÄLITTÖMÄT KUSTANNUKSET

Tupakasta vieroituksen ja tupakoinnin lopettamiseen liittyvistä kustannuksista otettiin huomioon vain välittömät kustannukset: aika, matkat, lääkkeet, terveydenhuollon resurssien käyttö sekä apteekissa tai vähittäiskaupassa käynti. Kustannukset laskettiin yhteiskunnallisesta näkökulmasta (riippumatta siitä, kenelle ne aiheutuvat).

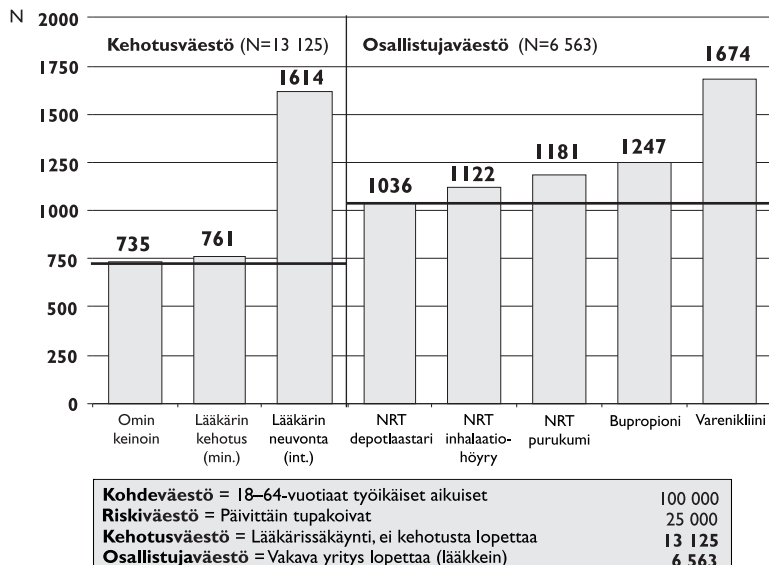
Nikotiinipurukumin välittömät kustannukset olivat 149,15 €, kun ne olivat 232,50 € depotlaastarilla ja 329,10 € inhalaatiohöyryllä. Bupropionin välittömät kustannukset olivat 240,28 € ja varenikliinilla 352,41 €.

8.5 LOPETTAJAT, VÄLITTÖMÄT KUSTANNUKSET JA KUSTANNUKSET LOPETTAJAA KOHTI

Lääkehoitojen kohdeväestö oli päivittäin tupakoivat aikuiset, jotka olivat motivoituneita tekemään vakavan yrityksen tupakoinnin lopettamiseksi. Näiden henkilöiden lukumäärä 6 563 henkilöä perustui oletukseen, että puolet (50 %) edellä mainitusta 13 125 tupakoivista osallistuisi vieroitukseen lääkkeiden avulla.

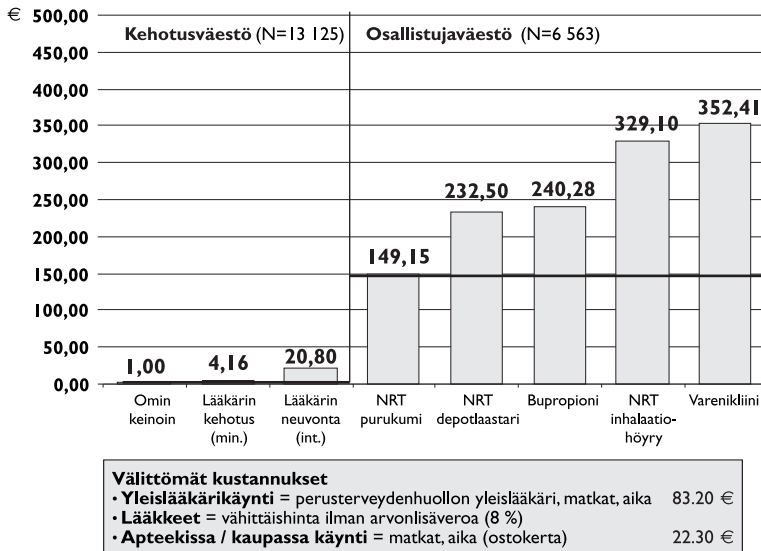
Lääkkeillä tupakoinnin lopettaneiden odotettu lukumäärä oli pienin depotlaastarilla (1 036) ja suurin varenikliinilla (1 674) (taulukko 11, kuva 6).

Kuva 6. Omin keinoin, lääkärin kehotuksen tai neuvonnan tai lääkkeiden menetelmillä tupakoinnin lopettaneiden odotetut lukumäärät väestöittäin.



Lääkkeillä samaan väestöön lasketut vieroituksen odotetut kokonaiskustannukset olivat edullisimmat (979 000 €) nikotiinipurukumilla ja suurimmat varenikliinilla (2,3 M€) (taulukko 11, kuvat 7–8).

Kuva 7. Omin keinoin, lääkärin kehotuksen tai neuvonnan ja lääkkeiden yksikkökustannukset väestöittäin.



Kuva 8. Omin keinoin, lääkärin kehotuksen tai neuvonnan ja lääkkeiden odotetut välittömät kokonaiskustannukset väestöittäin.



Odotetut keskimääräiset välittömät kustannukset lopettajaa kohti olivat edullisimmat nikotiinipurukumilla (829 €/lopettaja) ja suurimmat varenikliinilla (1 674 €/lopettaja) (taulukko 11). Lääkkeistä nikotiinipurukumi kiinnitettiin vertailukohdaksi (edullisimmat kustannukset lopettajaa kohti). Nikotiinipurukumiin verrattuna bupropionilla odotettiin 66:ta lopettajaa lisää 598 000 €:n lisäkustannuksilla (9 061 €/lisälopettaja). Varenikliinilla odotettiin 427:ää lisälopettajan verrattuna bupropioniin 736 000 €:n lisäkustannuksella (1 723 €/lisälopettaja), kun luvut nikotiinipurukumiin verrattuna olisivat 493 lisälopettajan ja 1,3 M€ lisäkustannuksia (2 706 €/lisälopettaja).

Nikotiinikorvaus depotlaastarilla tai inhalaatiohöyryllä tuotti odotettujen tupakoinnin lopettajien lukumäärien perusteella vähemmän lopettajia kuin nikotiinipurukumi, bupropioni ja varenikliini (taulukko 11). Lisäksi niiden odotetut välittömät kustannukset lopettajaa kohti olivat samanaikaisesti suuremmat kuin vertailun viimeksi mainituilla kolmella tehokkuusrintaman lääkkeillä.

Omin keinoin lopettamiseen liitettiin muodollinen 1 €:n välitön kustannus (taulukko 11). Pelkän kehotuksen lopettaa tupakointi tai noin 3 minuuttia kestävä lopettamiskeskustelu oletettiin sisältyvän jo muusta syystä sovittuun yleislääkärikäyntiin. Pelkän kehotuksen välitön kustannus oli arviolta 5 % (4,16 €) ja noin 3 minuutin lopettamiskeskustelun 25 % (20,80 €) yleislääkärikäynnin yksikkökustannuksesta (83,20 €).

Päivittäin tupakoivien 13 125 henkilön aikuisväestössä omin keinoin tupakoinnin lopettaneiden lukumäärän odotusarvo on 735 lopettajaa, josta koituisi 13 125 €:n välittömät kustannukset, jolloin kustannukset yhtä lopettanutta kohti olisivat 18 €. Samassa väestössä toteutetun lääkärin potilaalle antaman pelkän kehotuksen odotettu välitön kustannus olisi 72 €/lopettaja (761 lopettajaa, 54 600 €), kun se olisi 169 €/lopettaja (1614 lopettajaa, 273 000 €) noin 3 minuutin lopettamiskeskustelulla.

Tässä arvioinnissa selvitettyjä tavoiteltuja terveyshyötyjä tai välittömiä kustannuksia ei diskontattu (lyhyt 6–12 kuukauden aikaperspektiivi). Arvioinnissa, joka luonteeltaan oli puhtaasti kuvaileva, ei tarkasteltu odotetun tehon tai välittömien kustannusten estimaattien epävarmuutta herkkyyssanalyysissä.

8.6 POHDINTAA

Intervention kustannusvaikuttavuuden tarkastelussa tulee ottaa huomioon kohdeväestön koko. Laajalle väestölle kohdistetussa toiminnassa yksikkökustannukset osallistujaa kohti ovat pienet ja melko vähäininkin vaikuttavuus tekee toiminnasta kustannusvaikuttavaa (Kiiskinen ym. 2008). Pienemmälle kohderyhmälle räätälöidyssä toiminnassa yhteen osallistujaan voidaan kohdistaa enemmän panoksia kustannusvaikuttavuuden pysyessä kohtuullisena paremman vaikuttavuuden ansiosta.

Terveyden edistäminen, kuten tupakoinnin lopettaminen, perustuu yksilöiden vapaaehtoisesta käyttäytymisen muutoksen tukemiseen, mistä joh-

tuu, että kaikki tarjottavat palvelut, kannustimet tai keinot eivät ole yhtä houkuttelevia. Tämä näkyy yhtäältä siinä, kuinka suuri osuus potentiaalisesta kohdeväestöstä ylipäättään osallistuu toimintaan, ja toisaalta siinä, kuinka suuri osuus osallistujista pysyy mukana tai noudattaa annettuja ohjeita riittävän pitkän ajan saadakseen terveyshyötyjä. Vieroitustoiminnan tehoon vaikuttaa kaksi tekijää: kuinka moni yrittää lopettaa ja kuinka suuri osa lopettamista yrittävistä onnistuu (Patja ym. 2007).

Nuorten tupakointi ei ole samanlaista kuin aikuisten tupakointi. Nuorille sopivista ja vaikuttavista tupakoinnin lopettamisen tukimenetelmistä on vähän tutkimuksiin perustuvaa näyttöä (Vertio 2003, Winell ym. 2007, Ollila ym. 2008). Erityisesti lääketoimien tai nikotiinikorvauksen pitkän ajan lisähyödyistä nuorilla ei ole näyttöä (Ollila ym. 2008). Alle 18-vuotiaiden päivittäin tupakoivien vieroituksen tukena voidaan käyttää nikotiinivalmisteita terveydenhuollon ammattilaisen ohjauksessa (Winell ym. 2007).

Vuonna 1995 tupakoinnista aiheutuneet yhteiskunnalliset kokonaiskustannukset Suomessa olivat noin 753 M€, josta lähes kolmasosa (227 M€) oli terveydenhuollon menoja (Pekurinen 1999).

Terveyden näkökulmasta tupakoinnin lopettaminen kannattaa aina, mutta taloudellisesta näkökulmasta asia ei ole aivan yksiselitteinen (Vitikainen ym. 2006a-b). Tupakoinnin lopettaminen eri menetelmillä maksaa, minkä vuoksi tupakoinnin lopettamisen taloudellista kannattavuutta arvioitaessa on syytä peilata näitä tupakoinnin lopettamisen kustannuksia tupakoinnin lopettamisella säästyviin hoitokustannuksiin. Tupakoinnin lopettamisella voidaan säästää hoitokustannuksia lyhyellä aikavälillä. Pitkällä aikavälillä säästöjä ei välttämättä synny: tupakoinnin lopettaminen pidentää elinikää ja aiheuttaa siten korkeammat hoitokustannukset myöhemmissä elämänvaiheissa.

Vuonna 2004 tupakoinnista johtuvat (keuhkohtaumatauti, keuhkosityöpä, sydäninfarkti) välittömät terveydenhuollon hoitokustannukset (sairaaloiden vuodeosastohoito, avohoito, lääkkeet) olivat Suomessa väestötasolla arviolta 246 M€, joista yli 80 % (205 M€) kohdistui miehiin (Vitikainen ym. 2006a-b). Kustannuksista säästyisi 85 % (209 M€), jos kaikki tupakoivat lopettaisivat tupakoinnin. Lopettamisella säästyneiden kustannusten osuus on sitä suurempi mitä nuorempina tupakointi lopetetaan, mutta vielä 60–64-vuotiailla lopettajilla odotetut säästöt ovat yli 70 % välittömistä hoitokustannuksista. Tupakoivaa kohti laskettu elinikäinen hoitokustannus on suurin (1 341 €) paljon tupakoivilla nuorilla miehillä. Yhden keuhkosityöpäpotilaan odotettujen eliniänaikaisten hoitokustannusten arvo vuonna 2004 oli keskimäärin 19 131 €, kun luku oli 10 983 € sydäninfarktipotilailla ja 20 497 € keuhkohtaumatautipotilailla.

Päivittäin tupakoivat (miehet) menettävät työkyvyttömyyden ja ennenaikaisten kuolemien seurauksena keskimäärin 2,6 työvuotta tupakoimattomiin ja 1,8 työvuotta tupakoinnin lopettaneisiin verrattuna (Kiiskinen ym. 2002). Tupakoinnin lopettamisella voitaisiin säästää yli 60 % odotetuista työvuosien menetyksistä (1,6 työvuotta). Tupakointiin liittyvien kansantalouden tuotannon menetysten arvo oli 36 000 €/tupakoiva 19 seurantavuotta-

den aikana. Tupakoinnin lopettaneille tuotannon menetyksiä kertyi keskimäärin 20 000 € vähemmän kuin tupakoiville henkilöille.

Hahlin ja Jormanaisen (2005) mukaan tupakoinnin lopettaminen lääkärin ohjauksella, nikotiinikorvaushoidolla tai bupropionilla maksoi 1 167–3 710 € tupakoinnin lopettanutta kohti. Tupakoinnista johtuvia odotettuja eliniän-aikaisia hoitokustannuksia syntyi 72–1 341 € tupakoivaa miestä (40–638 € tupakoivaa naista) kohti, josta tupakoinnin lopettamisella pystytään säästämään 6–1 213 € (3–557 €) tupakoivaa kohti. Vitikaisen ym. (2006) tutkimuksessa tupakoinnista aiheutui ikäryhmästä riippuen miehillä 72–1 341 € (naisilla 40–638 €) odotetut eliniän-ikäiset kustannukset tupakoivaa kohti lisääntyneen keuhkosyöpään, sydäninfarktiin tai keuhkohtaumatautiin sairastavuuden vuoksi. Mainituista kustannuksista voidaan säästää tupakoinnin lopettamisella 6–1 213 € tupakoivaa miestä (3–557 € naista) kohti.

Kustannussäästöjen lisäksi tupakoinnin lopettaminen lisää elinvuolia ja erityisesti parantaa niiden laatua. Yhteiskunnan näkökulmasta tupakoimattomuuden edistämisen kannattavuus riippuu siitä, kuinka paljon tupakoimattomuuden avulla säästetyistä elinvuosista ollaan valmiita maksamaan. Esimerkiksi Hahlin ja Jormanaisen (2005) mukaan nikotiinikorvaus- ja lääkehoidoilla saavutettavissa olevat diskonttaamattomat lisäelinvuodet maksavat 365–1 159 €, kun luvut olivat 733–856 € Eskolan ja Patjan (2003) mukaan. Kun varenikliinia verrattiin avutta lopettamiseen 20 vuoden mallissa Suomessa, lisäelinvuoden hinta oli 8 847 € (varenikliini vs. bupropioni 9 983 €), kun laatupainotetun lisäelinvuoden hinta oli 7 899 € (8 899 €) (Linden ym. 2009). Näissä tutkimuksissa tupakoinnin vieroitushoidot olivat kustannusvaikuttavia tahdonvoimaan (omat keinot, avutta lopettaminen) tai ei hoitoa -vaihtoehtoon verrattuna.

Terveydenhuollon ammattilaisilla on tärkeä rooli tupakasta vieroituksessa ja tupakoinnin lopettamisessa, erityisesti jo sairastuneilla (Patja ym. 2007). Kirjallisuuden mukaan terveydenhuollon ammattilaisen (lääkäri, terveydenhoitaja) antaman tupakoinnin lopettamisohjauksen kustannukset ovat noin 500–4 000 € lisäelinvuotta kohti (Kiiskinen 2008). Nikotiinikorvaushoidon kustannusvaikuttavuus osana terveydenhuollossa annettavaa neuvontaa vaihtelee välillä 2 000–12 000 € lisäelinvuotta kohti (Patja ym. 2007).

Suomessa tupakointi on vähentynyt merkittävästi ja edelleen tupakoivat henkilöt edustavat jossain määrin erilaista osaa väestöstä kuin tupakoijat aiemmin (Patja ym. 2007). Tupakasta vieroitukseen ja tupakoinnin lopettamiseen kohdistuneen ehkäisyn vaikuttavuuden näyttöä ei siten voida aivan sellaisenaan siirtää Suomeen muualta tehdyistä tutkimuksista, joissa tupakoinnin yleisyys tai tupakoivan väestön rakenne on merkittävästi erilainen kuin nyky-Suomessa.

Tupakoinnin ehkäisy on edelleen yksi vaikuttavimpia ja kustannusvaikuttavimpia tapoja edistää kansalaisten terveyttä (Patja ym. 2007). Tupakoinnin lopettamisen tukeminen terveydenhuollossa ja tupakan hinnan korotukset ovat yhteiskunnan kannalta edullisia tapoja edistää väestön terveyttä ja työkykyä (Kiiskinen ym. 2008). Sydän- ja verisuonisairauksien ja

diabeteksen asiantuntijaryhmä (2008) suosittelee nikotiiniriippuvuuden lääkehoidon tuomista Kansaneläkelaitoksen korvausten piiriin asteittain aloittaen valtimotauteja tai diabetesta sairastavista potilaista.

Sidonnaisuudet:

Kirjoittaja on toiminut asiantuntijana ja esimiehenä GlaxoSmithKline Oy:ssä 1999-2005, esimiehenä Pfizer Oy:ssä 2005-2008 ja ylilääkärinä Lääkehoidon kehittämiskeskuksessa 2008-2009.

KIRJALLISUUS

- Asiantuntijaryhmä. Sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijaryhmän raportti 2008. KTL:n julkaisu B2/2008. Helsinki: Kansanterveyslaitos, 2008.
- Bader P, McDonald P, Selby P. An algorithm for tailoring pharmacotherapy for smoking cessation: results from a Delphi panel of international experts. *Tob Control*. 2009 Feb;18(1):34-42.
- Cahill K, Stead L F, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 3. Art. No.: CD006103. DOI: 10.1002/14651858.CD006103.pub3.
- Cahill K, Ussher M. Cannabinoid type I receptor antagonists (rimonabant) for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 4. Art. No.: CD005353. DOI: 10.1002/14651858.CD005353.pub3.
- David S, Lancaster T, Stead L F, Ewins A E. Opioid antagonists for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 4. Art. No.: CD003086. DOI: 10.1002/14651858.CD003086.pub2.
- Eisenberg M J, Filion K B, Yavin D, ym. Pharmacotherapies for smoking cessation: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Can Med Assoc J* 2008; 179: 135–144.
- Eskola E, Patja K. Nikotiinikorvaushoidon kustannustehokkuus 35–65-vuotiailla tupakoijilla Suomessa. *Suom Lääkäril* 2003; 58: 2419–2422.
- Etter J-F, Burri M, Stapleton J. The impact of pharmaceutical company funding on results of randomized trials of nicotine replacement therapy for smoking cessation: a meta-analysis. *Addiction* 2007; 102: 815–822.
- Eurooppalainen suositus. Sydän- ja verisuonitautien ehkäisy käytännön lääkärin työssä: yhteenveto. *Suom Lääkäril* 2008; 63 (Liite 49/5.12.2008).
- Fagerström K, Furgerberg H. A comparison of the Fagerström test for nicotine dependence and smoking prevalence across countries. *Addiction* 2008; 103: 841–845.
- Fiore M C, Jaén C R ym: Treating tobacco use and dependence, 2008 update. US department of health and human services, Public Health Service, May 2008.

- Fishman P A, Thompson E E, Merikle E, Curry S J. Changes in health care costs before and after smoking cessation. *Nicotine Tobacco Res* 2006; 8: 393–401.
- Gallus S, Schiaffino A, La Vecchia C, Townsend J, Fernandez E. Price and cigarette consumption in Europe. *Tobacco Control* 2006; 15: 114–119.
- Hahl J, Jormanainen V. Bupropionin kustannusvaikuttavuus tupakastavieroituksessa Suomessa. Teoksessa: Klavus J, toim. *Terveystaloustiede* 2005. Aiheita 3/2005. Helsinki: Stakes 2005: 32–36.
- Hays J Taylor, Ebbert J O. Varenicline for tobacco dependence. *N Engl J Med* 2008; 359: 2018–2024.
- Helakorpi S, Paavola M, Prättälä R, Uutela A. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2008. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti 2/2009*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2009.
- Hubbard R, Lewis S, Smith C, ym. Use of nicotine replacement therapy and the risk of acute myocardial infarction, stroke and death. *Tobacco Control* 2005; 14: 416–421.
- Hughes J R, Shiffman S, Callas P, Zhang J. A meta-analysis of the efficacy of over-the-counter nicotine replacement. *Tobacco Control* 2003; 12: 21–27.
- Hughes J R, Stead L F, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 1. Art. No.: CD000031. DOI: 10.1002/14651858.CD000031.pub3.
- Hujanen T, Kapiainen S, Tuominen U, Pekurinen M. Terveydenhuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2006. *Työpapereita 3/2008*. Helsinki: Stakes, 2008.
- Idänpään-Heikkilä J E, Klaukka T. Talonpoikaisjärkeä tupakastavieroituksen korvattavuudesta käytävään keskusteluun. *Suom Lääkäril* 2004; 59: 4612–4613.
- Kiiskinen U, Vartiainen E, Puska P, Pekurinen M. Smoking-related costs among 25 to 59 year-old males in a 19-year individual follow-up. *Eur J Public Health* 2002; 12: 145–151.
- Kiiskinen U, Vehko T, Matikainen K, Natunen S, Aromaa A. Terveyden edistämisen mahdollisuudet: vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. STM julkaisuja 2008:1. Helsinki: sosiaali- ja terveysministeriö, 2008.
- Lancaster T, Stead L F. Self-help interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 3. Art. No.: CD001118. DOI: 10.1002/14651858.CD001118.pub2.
- Linden K, Linna M, Sintonen H, Kotomäki T. Varenikliinin kustannusvaikuttavuus bupropioniin ja avutta lopettamiseen verrattuna tupakoinnin lopettamisessa. Teoksessa: Klavus J, toim. *Terveystaloustiede* 2009. THL Avauksia 4/2009. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2009:46–50.
- Meyer C, Ulbricht S, Baumeister S E, ym. Proactive interventions for smoking cessation in general medical practice: a quasi-randomized controlled trial to examine the efficacy of computer-tailored letters and physician-delivered brief advice. *Addiction* 2007; 103: 294–304.

- Newcombe R G, Altman D G. Proportions and their differences. Teoksessa: Altman D G, Machin D, Bryant T N, Gardner M J. *Statistics with confidence*. London: BMJ Books 2000, s.45–56.
- Ollila H, Broms U, Laatikainen T, Patja K. Nuoret ja tupakoinnin lopettaminen: tutkimuksesta käytännön tukeen. *KTL julkaisuja B37/2008*. Helsinki: Kansanterveyslaitos, 2008.
- Patja K. Tupakoimattomuuden edistäminen. Teoksessa: Pennanen M, Patja K, Joronen K. *Tupakkakertomus 2006: oikeus savuttomaan elämään*. KTL:n julkaisuja B3/2006. Helsinki: Kansanterveyslaitos, 2006, s. 16–21.
- Patja K, Rouhos A. Tupakasta vieroitus. *Duodecim* 2004; 120: 2347–2352.
- Patja K, Vartiainen E, Kiiskinen U, Reijula K. Tupakointi. Teoksessa: Pekurinen M, Puska P, ym. *Terveydenhuollon menojen hillintä: rahoitusjärjestelmän ja ennaltaehkäisyyn merkitys*. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 4/2007. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia, 2007, s. 112–6.
- Pekurinen M. Economic consequences of smoking in Finland. Teoksessa: Jeanrenaud C, Soguel N, toim. *Valuing the cost of smoking, assessment methods, risk perception and policy options*. Boston: Kluwer, 1999, s. 111–126.
- Puska P, Koskela K. *Irti tupakasta*. Helsinki: WSOY, 1979.
- Stead L F, Bergson G, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 2. Art. No.: CD000165. DOI: 10.1002/14651858.CD000165.pub3.
- Stead L F, Perera R, Bullen C, Mant D, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1. Art. No.: CD000146. DOI: 10.1002/14651858.CD000146.pub3.
- Strandberg A Y, Strandberg T E, Pitkälä K, Salomaa V V, Tilvis R S, Miettinen T A. The effect of smoking in midlife on health-related quality of life in old age. *Arch Intern Med* 2008; 168: 1968–1974.
- Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. *Tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot. Käypä hoito –suositus*. *Duodecim* 2006. Saatavilla Internetissä: www.kaypahoito.fi
- Suomen lääketilasto 2007. Helsinki: Lääkelaitos ja Kansaneläkelaitos, 2008.
- Toljamo T, Kaukonen M, Nieminen P, Kinnunen V. Keuhkohtaumataudin seulonta ja tupakasta vieroitus oireettomilla tupakanpolttajilla. *Duodecim* 2008; 124: 1737–1743.
- Tupakkatilasto 2007. SVT Terveys 2008. Helsinki: Tilastokeskus, 2008.
- Vartiainen E. Tupakointi. Teoksessa: Aromaa A, Huttunen J, Koskinen S, Teperi J, toim. *Suomalaisten terveys*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, KTL ja Stakes 2005, s. 99–104.
- Vertio H. Tupakoinnin ehkäisy. Teoksessa: Koskenvuo K, toim. *Sairauksien ehkäisy*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 2003, s. 579–588.
- Vitikainen K, Pekurinen M, Kiiskinen U. Onko tupakoinnin lopettaminen taloudellisesti kannattavaa? *Suom Lääkäril* 2006b; 61: 2985–2989.

- Vitikainen K, Pekurinen M, Kiiskinen U, Mikkola H. Kannattaako tupakoinnin lopettaminen? Tupakoinnista aiheutuvien eliniänaikeisten hoitokustannusten ja tupakoinnin lopettamisesta syntyvien säästöjen arviointia. Raportteja 1/2006. Helsinki: Stakes, 2006a.
- West R, Baker C L, Cappelleri J C, Bushmakin A G. Effect of varenicline and bupropion SR on craving, nicotine withdrawal symptoms, and rewarding effects of smoking during a quit attempt. *Psychopharmacol* 2008; 197: 371–377.
- Winell K, Iivonen K, Kauppi P, Kentala J, Koski K, Patja K, Pietilä K, Rautalahti M, Rouhos A. Tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot. *Duodecim* 2007; 123: 849–850.
- Wu P, Wilson K, Dimoulas P, Mills E J. Effectiveness of smoking cessation therapies: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 2006; 6: 300.

Taulukko 7. Arvioitavien tupakoinnin lopettamismenetelmien käyttöaiheet, vasta-aiheet, annostus ja antotapa sekä hoidon kesto (valmisteyhteenvedot).

	Nikotiinipurukumi	Nikotiinidepotlaastari	Nikotiini-inhalaatiohöyry	Bupropioni	Varenikliini
Käyttöaiheet	Tupakkariippuvuuden hoitoon lievittämällä nikotiinihimoa ja vieroitusoireita ja siten tupakoinnin lopettamisen helpottaminen tupakoijilla, jotka ovat motivoituneita lopettamaan tupakoinnin	Avuksi tupakoinnin lopettamisen yhteydessä esiintyviin vieroitusoireisiin nikotiiniriippuvuudessa, apuna tupakoinnin lopettamisessa	Tupakkariippuvuuden hoitoon lievittämällä nikotiinihimoa ja vieroitusoireita ja siten tupakoinnin lopettamisen helpottaminen tupakoijilla, jotka ovat motivoituneita lopettamaan tupakoinnin	Avuksi tupakoinnin lopettamisessa yhdessä motivoivien tukitoimien kanssa nikotiiniriippuvaisilla potilailla	Tupakoinnin lopettamiseen aikuisille
Vasta-aiheet	Yliherkkyys purukumin aineosalle	Yliherkkyys depotlaastarin aineosalle Äskettäinen (3 kk:n sisällä) sydäninfarkti, epävakaa tai paheneva rasisusrintakipu, Prinzmetallin angina, vaikeat sydämen rytmihäiriöt, aivohalvauksen akuuttivaihe, jokin yleistynyt krooninen ihosairaus	Yliherkkyys nikotiinille tai inhalaattorin ainesosalle Muutoin kuten depotlaastarilla	Yliherkkyys bupropionille tai valmisteeseen ainesosalle Sairaus, johon liittyy kouristuksia, keskushermoston kasvain, alkoholin tai eräiden lääkkeiden (erityisesti bentsodiatsepiinit tai niiden kaltaiset aineet) käytön äkillinen lopettaminen, bulimia- tai anorexia nervosa -potilaat, vaikea maksakirroosi, samanaikainen käyttö MAO-inhibiittorien kanssa, kaksisuuntainen mielialahäiriö	Yliherkkyys varenikliinille tai apuaineille
Annostus ja antotapa, hoidon kesto	Tavallisesti yksilöllisen nikotiiniriippuvuuden perusteella määritetty aloitusannos on 8–12 sopivan vahvuista purukumia vuorokaudessa. Hoidon kesto vähintään 3 kk, minkä jälkeen nikotiiniansosta pienennetään asteittain; yli 12 kk pidempää käyttöä ei suositella.	Yksilöllinen hoito aloitetaan kiinnittämällä ihoon yksi sopivan vahvuinen laastari päivittäin. Hoidon kesto vähintään 2 kk, minkä jälkeen nikotiiniansosta vähitellen pienennetään; yli 6 kk pidempää käyttöä ei suositella.	Inhalaatiokapseleita tulisi käyttää yksilöllisen nikotiinitarpeen perusteella 4–12/vrk. Kliinisten tutkimusten perusteella paras teho saavutetaan käyttämällä keskimäärin 6 inhalaatiokapselia/vrk. Hoidon kesto 3 kk, minkä jälkeen nikotiiniansosta pienennetään asteittain; yli 6 kk pidempää käyttöä ei suositella.	Aikuisilla hoito suositellaan aloitettavaksi, kun potilas vielä tupakoi. Tupakoinnin lopettamisen tavoitepäivä asetetaan mieluiten toiselle hoitoviikolle. Aloitusannos on 150 mg/vrk päivinä 1.–6. Päivästä 7 eteenpäin annos on 150 mg X 2/vrk. Hoidon kesto 7–9 vk; hoito tulee lopettaa, jos vaikutusta ei ole saavutettu 7 vk jälkeen.	Potilaan tulee päättää tupakoinnin lopettamisen päivä. Varenikliinin käyttö aloitetaan 1–2 vk ennen tätä päivämäärää. Aloitusannos on 0,5 mg/vrk päivinä 1.–3., päivinä 4.–7. annos on 0,5 mg X 2/vrk ja 8. päivästä hoidon loppuun asti annos on 1 mg X 2/vrk. Hoidon kesto 12 vk; jatkohoidon (12 vk:n annoksella 1 mg X 2/vrk) kliinisestä tehosta ei ole tutkimusnäyttöä

Taulukko 8. Arvioitavien tupakoinnin lopettamismenetelmien varoituksia ja käyttöön liittyviä varotoimia, käyttö raskauden tai imetyksen aikana ja vanhuksilla (valmisteyhteenvedot).

	Nikotiinipurukumi, -depotlaastari ja -inhalaatiohöyry	Bupropioni	Varenikliini
Varoitukset ja käyttöön liittyviä varotoimia	<p>Hammasproteesia käyttävän tupakoijan voi olla hankalaa pureskella nikotiinipurukumia. Nikotiinipurukumia tulee käyttää vasta lääkärin kanssa käydyin keskustelun jälkeen seuraavilla potilasryhmillä: aiempi vakava sydän- ja verisuonitapahdus, kontrolloimaton kohonnut verenpaine tai sairaalahoito sydän- ja verisuonivaivan (esimerkiksi aivohalvaus, sydämfarkki, epästabili angina pectoris, sydämen rytmihäiriöt, sepelvaltimon ohitusleikkaus ja angioplastia) vuoksi 4 vk:n aikana. Varovaisuutta on noudatettava potilailla, joilla on vaikea/keskivaikea maksan vajaatoiminta, vaikea munuaisten vajaatoiminta, aktiivisessa vaiheessa oleva peptinen haava, kontrolloimaton kilpirauhasen liikatoiminta tai feokromosytooma. Inhalaatiohöyryyn käyttöä harkittaessa on noudatettava lisäksi varovaisuutta potilailla, joilla on pitkäaikainen nielusairaus tai astma. Tupakoinnin lopettaminen voi vähentää sokeritautia sairastavan potilaan insuliinin tarvetta. Tupakoinnin lopettaminen voi suurentaa CYP1A2-substraattien tasoja plasmassa.</p>	<p>Suosittelua bupropioniannosta ei saa ylittää, koska bupropioniin liittyy annosriippuvainen kouristusvaara. Kun käytetään suurinta suositeltua vuorokausiannosta (300 mg/vrk), kouristusten esiintyvyys on noin 0,1 % (1/1 000). Kaikkien potilaiden osalta on tehtävä arvio mahdollisista kouristuskyvynystä alentavista riskitekijöistä: 1) kouristuskyvynystä alentavat lääkkeet (kuten antipsykootit, antidepressantit, malarialääkkeet, tramadoli, teofylliini, systeemiset steroidit, kinolonit ja väsyttävät antihistamiinit), 2) alkoholin väärinkäyttö, 3) aikaisempi päähän kohdistunut vamma, 4) diabetes, jonka hoitoon käytetään hypoglykemialääkkeitä tai insuliinia, sekä 5) piristävien lääkeaineiden tai laihdutuslääkkeiden käyttö. Bupropionin käyttö on lopetettava potilailla, jotka saavat hoidon aikana kouristuksia, eikä hoitoa saa aloittaa uudestaan. Bupropioni estää sytokromi P450 2D6:n välittämää metaboliaa. Tupakoinnin lopettaminen voi suurentaa CYP1A2-substraattien tasoja plasmassa.</p>	<p>Varenikliinin markkinoilletulon jälkeen potilailla, jotka ovat yrittäneet lopettaa tupakoinnin sen avulla, on ilmoitettu masennusta, itsetuhoisia ajatuksia, itsetuhoista käyttäytymistä ja itsemurhayrityksiä. Varenikliinin käyttö on lopetettava heti, jos potilaalla havaitaan agitaatiota, masentunutta mielialaa tai käyttäytymismuutoksia, jotka ovat lääkärin, potilaan itsensä, hänen perheensä tai läheistensä mielestä huoletuttavia tai jos potilaalla ilmenee itsetuhoisia ajatuksia tai itsetuhoista käyttäytymistä. Varenikliinin turvallisuutta ja tehoa ei ole varmistettu potilailla, joilla on vakava psyykinen sairaus, kuten skitsofrenia, kaksisuuntainen mielialahäiriö tai vakava masennus. Varovaisuutta on noudatettava, jos potilaalla on ollut psyykinen sairaus, ja potilasta on neuvottava sen mukaisesti. Varenikliinin käytöstä epilepsiapotilailla ei ole kliinistä kokemusta. Tupakoinnin lopettaminen voi suurentaa CYP1A2-substraattien tasoja plasmassa.</p>
Käyttö raskauden tai imetyksen aikana	<p>Raskaana olevan tai imettävän tupakoijan olisi keskusteltava lääkärin kanssa, ennen kuin hän käyttää nikotiinivalmisteita.</p>	<p>Bupropionia ei tule käyttää raskauden aikana. Koska bupropioni ja sen metaboliitit erittyvät äidinmaitoon, imettävien äitien ei pidä imettää lapsiaan kun he käyttävät bupropionia.</p>	<p>Varenikliinia ei saa käyttää raskauden aikana. Ei tiedetä, kulkeutuuko varenikliini äidinmaitoon. Eläintutkimukset viittaavat siihen, että varenikliini kulkeutuu äidinmaitoon.</p>
Käyttö vanhuksilla	<p>Ei erityismainintoja</p>	<p>Bupropionia tulee määrätä vanhuksille varoen (annossuositus on 150 mg/vrk).</p>	<p>Annosta ei tarvitse muuttaa iäkkäille potilailla.</p>

Taulukko 9. Arvioitavien tupakoinnin lopettamismenetelmien teho kliinisissä tutkimuksissa (Cochrane-katsaukset).

Tupakoinnin lopettamisen menetelmä	Tutk ¹ (N)	OR / RR ² (95% lv)	Vertailu	Hoito ³ (N)	LopH ⁴ (n)	Vert ⁵ (N)	LopV ⁶ (n)	LopH ⁷ (%)	LopV ⁸ (%)	NNT ⁹ (95% lv)
Omat keinot ¹⁰	11	OR 1,2 (1,1–1,5)	Ei materiaaleja	7 383	417	6 390	309	5,6	4,8	123 (69–535)
Lääkärin kehoitus ¹¹	28	RR 1,8 (1,6–2,0)	Tavanomainen hoito	12 584	1 029	9 656	470	8,2	4,9	30 (26 – 36)
- minimaalinen ¹²	17	RR 1,7 (1,4–1,9)	Tavanomainen hoito	7 913	455	5 811	216	5,8	3,7	49 (38 – 69)
- intensiivinen ¹³	11	RR 1,8 (1,6–2,1)	Tavanomainen hoito	4 671	574	3 845	254	12,3	6,6	18 (15 – 21)
Nikotiinikorvaus ¹⁴	111	RR 1,6 (1,5–1,7)	Lume	22 732	3 840	20 308	2 122	16,9	10,4	16 (14 – 17)
- purukumi ¹⁵	53	RR 1,4 (1,3–1,5)	Lume	8 847	1 596	10 243	1 154	18,0	11,3	15 (13 – 17)
- depotlaastari ¹⁶	41	RR 1,7 (1,5–1,8)	Lume	10 963	1 734	7 274	718	15,8	9,9	17 (15 – 19)
- inhalaatiohöyry ¹⁷	4	RR 1,9 (1,4–2,7)	Lume	490	84	486	44	17,1	9,1	12 (9 – 12)
Bupropioni ¹⁸	31	OR 1,9 (1,7–2,2)	Lume	5 557	1 056	4 383	451	19,0	10,3	11 (10 – 13)
Varenkliini ¹⁹	6	RR 2,3 (2,0–2,8)	Lume	1 363	347	1 219	137	25,5	11,2	7 (6 – 8)

¹ Järjestelmälliseen Cochrane-katsaukseen mukaan kelpuutettujen tutkimusten lukumäärä

² Suhteellinen vertailuluku OR (odds ratio) tai RR (relative risk) sekä sen luottamusväli 95 %:n luottamustasolla (Cochrane-katsaus)

³ Menetelmällä hoidettujen lukumäärä (Cochrane-katsaus)

⁴ Menetelmällä hoidettujen, tupakoinnin lopettaneiden ja tupakoimatta vähintään 6 kk pysyneiden lukumäärä (Cochrane-katsaus)

⁵ Vertailumenetelmällä hoidettujen lukumäärä (Cochrane-katsaus)

⁶ Vertailumenetelmällä hoidettujen, tupakoinnin lopettaneiden ja tupakoimatta vähintään 6 kk pysyneiden lukumäärä (Cochrane-katsaus)

⁷ Menetelmällä hoidettujen, tupakoimatta vähintään 6 kk pysyneiden painottamaton osuus (Cochrane-katsaus)

⁸ Vertailumenetelmällä hoidettujen, tupakoimatta vähintään 6 kk pysyneiden painottamaton osuus (Cochrane-katsaus)

⁹ Absoluuttinen vertailuluku NNT (number needed to treat) sekä sen luottamusväli 95 %:n luottamustasolla (Newcombe & Altman 2000)

¹⁰ Omat keinot (Lancaster & Stead 2005)

¹¹ Lääkärin kehoitus (Stead ym. 2008)

¹² Lääkärin kehoitus, pelkkä kehoitus (Stead ym. 2008)

¹³ Lääkärin kehoitus, intensiivinen (noin 3 minuutin keskustelu) (Stead ym. 2008)

¹⁴ Nikotiinikorvaus (Stead ym. 2008)

¹⁵ Nikotiinikorvaus, purukumi (Stead ym. 2008)

¹⁶ Nikotiinikorvaus, depotlaastari (Stead ym. 2008)

¹⁷ Nikotiinikorvaus, inhalaatiohöyry (Stead ym. 2008)

¹⁸ Bupropioni (Hughes ym. 2007)

¹⁹ Varenkliini (Cahill & Ussher 2008)

Taulukko 10. Arvioitavien tupakoinnin lopettamismenetelmien hyvin yleiset (>1/10) ja yleiset (>1/100, <1/10) haittavaikutukset (valmisteyhteenvedot).

	Nikotiinipurukumi	Nikotiinidepot-laastari	Nikotiini-inhalaatiohöyry	Bupropioni	Varenikliini
Hyvin yleiset (>1/10) haittavaikutukset	Päänsärky, mahasuolikanavan vaivat, hikka, pahoinvointi, suun tai nielun arkuus, leukalihasten kipu	Annostuspaikan häiriöt, kuten punoitus ja kutina	Päänsärky, mahasuolikanavan vaivat, nikotus, pahoinvointi, oksentelu, yskä, suun ja nielun ärsytys, nenän tukkoisuus	Unettomuus	Pahoinvointi, päänsärky, poikkeavat unet, unettomuus
Yleiset (>1/100, <1/10) haittavaikutukset	Heitehuimaus, oksentelu	Päänsärky, mahasuolikanavan vaivat, pahoinvointi, oksentelu		Yliherkkyysoireet kuten urtikaria, depressioni, levottomuus, ahdistuneisuus, vapina, keskittymishäiriöt, päänsärky, huimaus, makuhäiriöt, suun kuivuminen, mahasuolikanavan häiriöt, kuten pahoinvointi ja oksentelu, mahakivut, ummetus, ihottuma, kutina, hikoilu, kuume	Ruokahalun lisääntyminen, uneliaisuus, heitehuimaus, makuhäiriö, oksentelu, ummetus, ripuli, vatsan pingotus, mahavaivat, ruoansulatushäiriöt, ilmavaivat, suun kuivuminen, väsymys

Taulukko II. Arvioitavien tupakoinnin lopettamismenetelmien väestöt, yksikkökustannukset ja välittömät kustannukset (30.11.2008).

Tupakoinnin lopettamisen menetelmä	Väestö ¹ (N)	Yksikkö- kustannus ² (€)	Vieroitus- kustannukset ³ (€)	Lopettaneiden osuus ⁴ (%)	Lopettaneiden lukumäärä ⁵ (n)	Kustannukset per lopettanut ⁶ (€/n)
Omat keinot ⁷	13 125	1,00	13 125	5,6	735	17,86
Lääkärin kehoitus, min. ⁸	13 125	4,16	54 600	5,8	761	71,75
Lääkärin kehoitus, int. ⁹	13 125	20,80	273 000	12,3	1 614	169,14
Nikotiinikorvaus, pk ¹⁰	6 563	149,15	978 871	18,0	1 181	828,85
Bupropioni ¹¹	6 563	240,28	1 576 958	19,0	1 247	1 264,60
Varenkliini ¹²	6 563	352,41	2 312 867	25,5	1 674	1 381,64
Nikotiinikorvaus, dl ¹³	6 563	232,50	1 525 898	15,8	1 036	1 472,87
Nikotiinikorvaus, ih ¹⁴	6 563	329,10	2 159 883	17,1	1 122	1 925,03

¹ Työikäisten aikuisten (100 000 henkilön 18–64-vuotiaiden ikäryhmästä) kohdeväestön koko (henkilöiden lukumäärä)

² Yhden tupakasta vieroitettavan yksikkökustannus euroina: lääkkeiden hankintakustannuksena käytettiin arvonlisäverottomia (8 %) vähittäishintoja (30.11.2008)

³ Väestön vieroituksen välittömät kokonaiskustannukset: menetelmällä hoidettujen väestö (N) X yksikkökustannus (€)

⁴ Menetelmällä hoidettujen, tupakoinnin lopettaneiden ja tupakoimatta vähintään 6 kk pysyneiden painottamaton osuus (Cochrane-katsaus)

⁵ Menetelmällä lopettaneiden henkilöiden lukumäärä: menetelmällä hoidettujen väestö (N) X lopettaneiden osuus (%)

⁶ Välittömät kustannukset lopettajaa kohti: menetelmällä hoidettujen välittömät kokonaiskustannukset (€) / lopettajien lukumäärä (n)

⁷ Omat keinot: muodollinen 1,00 euron välitön kustannus, tehotieto (Lancaster & Stead 2005)

⁸ Lääkärin kehoitus, min. (pelkkä kehoitus): välitön kustannus 5 % yleislääkärikäynnin yksikkökustannuksista, tehotieto (Stead ym. 2008)

⁹ Lääkärin kehoitus, int. (intensiivinen, noin 3 minuutin keskustelu): välitön kustannus 25 % yleislääkärikäynnin yksikkökustannuksista, tehotieto (Stead ym. 2008)

¹⁰ Nikotiinikorvaus, pk (purukumi): lääkkeet, 3 käyntiä apteekissa tai vähittäiskaupassa, tehotieto (Stead ym.2008)

¹¹ Bupropioni: yleislääkärikäynti, lääkkeet, 1 käynti apteekissa, tehotieto (Hughes ym. 2007)

¹² Varenkliini: yleislääkärikäynti, lääkkeet, 3 käyntiä apteekissa, tehotieto (Cahill & Ussher 2008)

¹³ Nikotiinikorvaus, dl (depotlaastari): lääkkeet, 3 käyntiä apteekissa tai vähittäiskaupassa, tehotieto (Stead ym. 2008)

¹⁴ Nikotiinikorvaus, ih (inhalaatiohöyry): lääkkeet, 3 käyntiä apteekissa tai vähittäiskaupassa, tehotieto (Stead ym. 2008)

LIITE

Aineisto ja menetelmät

Väestöt

Kiiskisen ym. (2008) katsauksessa kohdeväestö jaettiin käytännöllisellä tavalla hierarkkisesti altistuneiden riskiväestön, saavutettujen, soveltuvien ja menetelmän käyttöön osallistuvien väestöihin. Tähän tarkasteluun jaottelua sovellettiin seuraavasti:

Kohdeväestö:	työikäiset aikuiset 18–64-vuotiaat miehet ja naiset
Riskiväestö:	päivittäin tupakoivat kohdeväestön aikuiset
Saavutetut:	vuosittain lääkärissä käyvät riskiväestön aikuiset
Soveltuvat:	saavutetut aikuiset, joita lääkäri ei ole aiemmin kehottanut lopettamaan tupakointia
Osallistujat:	vieroitukseen osallistuvat motivoituneet soveltuvat aikuiset

Kohdeväestön koko oli tässä arvioinnissa 100 000 työikäistä aikuista, joista päivittäin tupakoi 25 % (riskiväestössä 25 000 aikuista). Päivittäin tupakoivien aikuisten riskiväestöstä 70 % (17 500 henkilöä) käy vuosittain lääkärissä (saavutettujen väestö), ja heistä 75 % (6 563 henkilöä) ei ole aiemmin saanut lääkäriltä kehotusta lopettaa tupakointi (soveltuvien väestö). Lisäksi oletetaan, että vakavan yrityksen tupakoinnin lopettamiseksi olisi motivoituneita tekemään puolet (50 %) niistä tupakasta vieroitukseen tai tupakoinnin lopettamiseen lääkkeillä soveltuvista päivittäin tupakoivista, lääkärissä käyvistä aikuisista, jotka eivät aiemmin ole saaneet tupakoinnin lopettamiskehotusta lääkäriltä (osallistujaväestö).

Arvioitavat menetelmät ja vertailumenetelmät

Arvioinnin ensisijaisina kohteina ovat myyntiluvalliset lääkkeet, jolle viranomaiset ovat hyväksyneet Suomessa käyttöaiheeksi tupakoinnista vieroituksen tai tupakoinnin lopettamisen: nikotiini, bupropioni ja varenikliini. Arvioitavien lääkkeiden kohdeväestö on vuosittain lääkärissä käyvät päivittäin tupakoivat työikäiset aikuiset, joita lääkäri ei ole aiemmin kehottanut lopettamaan tupakointia ja jotka soveltuvat ja ovat motivoituneita osallistumaan tupakasta vieroitukseen.

Nikotiiniriippuvuuden hoitoon käytettävien lääkeaineiden tukkumyynnin arvo oli 27,9 M€ (noin 42 M€ vähittäishinnoin) vuonna 2007 Suomen lääketilaston mukaan. Tästä tukkumyynnin arvosta 89 % (24,9 M€) kohdistui nikotiiniin, kun osuus oli 3 % (1,0 M€) bupropionilla ja 8 % (2,1 M€) varenikliinilla.

Apteekkien vuoden 2007 nikotiinin tukkumyynnin arvo oli 10,8 M€ (43 % nikotiinin kokonaismyynnistä) (SLD Pharma, Suomen Lääkedata Oy). Apteekkimyynnistä 67 % (7,2 M€) kertyi purukumeista, 13 % (1,4 M€)

depotlaastareista, 10 % (1,1 M€) imeskelytableteista, 6 % (0,7 M€) resorbiteista ja 4 % (0,4 M€) inhalaatiohöyryistä. Nikotiinikorvauksen lääke-
muodoista arviointiin otettiin purukumi, depotlaastari ja inhalaatiohöyry.

Omin keinoin lopettaminen ja lääkärin lopettamiskehotukset on otettu mukaan arviointiin toissijaisina kohteina. Niiden kohdeväestöt ovat erilaiset kuin lääkkeillä. Omin keinoin lopettavia on tyypillisimmin saavutettujen ja soveltuvien väestöissä. Lääkärin lopettamiskehotukset kohdistuvat saavutettuihin, vuosittain lääkärissä käyviin, päivittäin tupakoiviin työikäisiin aikuisiin, joita lääkäri ei ole aiemmin kehottanut lopettamaan tupakointia.

Arviointiin otettiin vain ”yksinomaan” (monoterapiana) käytetyt menetelmät tai lääkkeet: erilaiset samanaikaisesti käytettävät menetelmien yhdistelmät (kuten nikotiinipurukumi ja -laastari) tai toisiaan seuraavat yhdistelmät (kuten nikotiinikorvaus ensin ja sitten bupropioni tai varenikliini) eivät kuulu arvioinnin piiriin.

Arvioitavien lääkkeiden käyttöaiheet, vasta-aiheet, annostus ja antotapa sekä hoidon kesto on koottu taulukkoon 7. Suomessa hyväksytyjen valmisteyhteenvetojen mukaan lopettamista tukevat lääkehoidot onnistuvat paremmin potilailla, jotka ovat motivoituneita lopettamaan tupakoinnin ja jotka saavat siihen tukitoimia.

Arvioitavien lääkkeiden varoituksia ja käyttöön liittyviä varotoimia on koottu taulukkoon 8. Tupakoinnin lopettaminen voi vähentää sokeritautipotilaan insuliinin tarvetta. Nikotiini kulkeutuu sikiöön ja vaikuttaa sen hengitysliikkeisiin ja verenkiertoon. Vaikutus verenkiertoon riippuu annoksesta. Nikotiini kulkeutuu esteettä rintamaitoon määrinä, jotka voivat vaikuttaa imeväiseen jo normaaleilla hoitoannoksilla.

Tavoitellut terveysvaikutukset

Arvioinnissa tavoiteltu terveysvaikutus oli tupakoinnin lopettaminen ja tupakoimatta pysyminen 6–12 kuukauden kuluttua lopettamisesta ensimmäisellä vieroituskerralla.

Teho. Lääkkeiden ja muiden arviointiin sisältyvien menetelmien tehotiedot saatiin hiljattain julkaistuista järjestelmällisistä katsauksista ja niiden tilastollisista meta-analyyseistä (Käypä hoito 2006, Wu ym. 2006, Eisenberg ym. 2008, Fiore ym. 2008) ja erityisesti seuraavista:

- omat keinot (*Lancaster & Stead 2005*)
- lääkärin kehoitus (*Stead ym. 2008*)
- nikotiinikorvaus
(*Hughes ym. 2003, Etter ym. 2007, Stead ym. 2008*)
- bupropioni (*Hughes ym. 2007, West ym. 2008*)
- varenikliini (*Cahill & Ussher 2008, West ym. 2008*).

Arvioinnin tupakoinnin lopettamismenetelmien tehotiedot saatiin järjestelmällisistä Cochrane-katsauksista ja niiden tilastollisista meta-analyyseistä (esitetty edellä kursiivilla). Muiden järjestelmällisten katsausten luvut

ovat oleellisesti samanlaiset, vaikka niiden aineistojen valinta oli erilainen ja tilastolliset meta-analyysit oli tehty eri menetelmillä (Eisenberg ym. 2008, Fiore ym. 2008).

Tupakoinnin lopettamista ja tupakoimatta pysymistä vähintään 6 kuukauden ajan mitattiin alkuperäisissä meta-analyyseissä suhteellisilla vertailuluvuilla OR (odds ratio) ja RR (relative risk). Suhteelliset vertailuluvut ja niiden luottamusvälit 95 %:n luottamustasolla on esitetty tupakoinnin lopettamis- ja vertailumenetelmittään taulukossa 9.

Alkuperäisistä meta-analyyseistä poimittiin menetelmällä hoidettujen ja vertailuryhmän potilaiden lukumäärät sekä tupakoinnin lopettaneiden ja vähintään 6 kuukautta tupakoimatta olleiden lukumäärät. Niistä laskettiin hoito- ja vertailuryhmissä tupakoinnin lopettaneiden painottamattomat osuudet (%), osuuksien erotukset, NNT-luku (number needed to treat) ja sen luottamusväli 95 %:n luottamustasolla Confidence Interval Analysis -ohjelmalla (Newcombe ja Altman 2000).

Hyvin yleiset ja yleiset haittavaikutukset. Tupakoinnin lopettamiseen liittyy usein nikotiinin vieroitusoireita (kuten ärtymistä, unettomuutta, vapinaa, hikoilua), joista osa mainitaan myös haittavaikutuksina. Viranomais-ten Suomeen hyväksymien valmisteyhtevetojen mukaan arviointiin sisältyvien lääkkeiden hoitokäytössä esille tulleita hyvin yleisiä (>1/10) ja yleisiä (>1/10, <1/100) haittavaikutuksia on kuvattu taulukossa 10.

Kustannukset

Tupakasta vieroitukseen ja tupakoinnin lopettamiseen liittyvistä kustannuksista otettiin huomioon vain välittömät kustannukset: aika, matkat, lääkkeet, terveydenhuollon resurssien käyttö sekä apteekissa tai vähittäiskaupassa käynti. Kustannukset laskettiin yhteiskunnallisesta näkökulmasta (riippumatta siitä, kenelle ne aiheutuvat).

Yksikkökustannukset. Yksikkökustannuksia olivat lääkkeen hankintakustannus, yleislääkärikäynti, apteekissa tai vähittäiskaupassa käynti.

- *Lääkkeen hankintakustannus:* lääkkeiden vähittäishinnat saatiin 30.11.2008 Helsingin yliopiston apteekin verkkosivuilta. Lääkkeiden vähittäishinnasta vähennettiin arvonlisävero (8 %).
- *Yleislääkärikäynti:* yleislääkärikäynnin yksikkökustannus (83,20 €) muodostui julkisen perusterveydenhuollon yleislääkäriin vastaanottokäynnistä (60,90 €; ei sisällä laboratorio- tai kuvantamistutkimuksia), johon lisättiin vieroitettavan matkakustannukset (6,40 €) ja aikakustannukset (15,90 €) (Hujanen ym. 2008).
- *Apteekissa tai vähittäiskaupassa käynti:* apteekissa tai vähittäiskaupassa käynnin (ostokerran) yksikkökustannuksen (22,30 €) muodostivat vieroitettavan matkakustannukset (6,40 €) ja aikakustannukset (15,90 €) (Hujanen ym. 2008).

Lääkkeiden välittömiä kustannuksia laskettaessa oletettiin, että lääkkeen käyttö kohdistuu tarkasti vain aikuisiin, joille lääkettä on määrätty, ja että

sitä käytetään Suomessa hyväksytyin valmisteyhteenvedon mukaisesti. Lisäksi oletetaan, että kaikki käyttävät lääkettä koko hoidon keston ajan ja että lääkkeen käyttäjillä ei esiinny käytön aikana lisäkustannuksia aiheuttavia haittavaikutuksia. Vieroittautujan oletettiin hankkivan kerralla noin 50 euron arvosta lääkkeitä (mikäli mahdollista), mikä vastaa karkeasti käytäntöä apteekeissa.

- *Nikotiini*: Itsehoidossa nikotiinikorvauksen (purukumi, depotlaastari, inhalaatiohöyry) välittömät kustannukset koostuvat lääkkeen hankintakustannuksesta ja kolmesta käynnistä apteekissa tai vähittäiskaupassa. Nikotiiniannos sovitettiin henkilölle, joka tupakoi keskimäärin askin savukkeita päivittäin. Nikotiinikorvaus aloitetaan suurimmilla annoksilla ja annosta pienennetään asteittain. Laskelmissa käytettiin soveltuvien nikotiiniannosten hankintahinnaltaan edullisimpia pakkauksia. Nikotiinituotteiden hinnat oletettiin samoiksi apteekeissa ja vähittäiskaupoissa. Vieroittautujalla oli kolme ostokertaa apteekissa tai vähittäiskaupassa (66,90 €). Nikotiinipurukumin välittömät kustannukset olivat 149,15 €, kun ne olivat 232,50 € depotlaastarilla ja 329,10 € inhalaatiohöyryllä
- *Bupropioni*: Bupropionin välittömät kustannukset (240,28 €) koostuivat yhdestä yleislääkärikäynnistä (83,20 €), jolloin lääkäri määräsi 7–9 vk lääkkeitä (134,78 €), jotka hankittiin yhdellä ostokerralla apteekista (22,30 €)
- *Varenikliini*: Varenikliinin välittömät kustannukset (352,41 €) koostuivat yhdestä yleislääkärikäynnistä (83,20 €), jolloin lääkäri määräsi 12 viikon lääkkeitä (202,31 €), jotka hankittiin kolmella ostokerralla apteekista (66,90 €).

- 2009: 1 Tarja Nieminen. Jämställdhetsbarometer 2008.
ISBN 978-952-00-2750-6 (inh.)
ISBN 978-952-00-2751-3 (PDF)
- 2 Tarja Nieminen. Gender Equality Barometer 2008
ISBN 978-952-00-2752-0 (pb)
ISBN 978-952-00-2753-7 (PDF)
- 3 Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen
potilasturvallisuusstrategia 2009-2013.
ISBN 978-952-00-2759-9 (nid.)
ISBN 978-952-00-2760-5 (PDF)
- 4 Vi främjar patientsäkerheten tillsammans. Den finländska
patientsäkerhetsstrategin 2009-2013.
ISBN 978-952-00-2787-2 (inh.)
ISBN 978-952-00-2788-9 (PDF)
- 5 Promoting patient safety together. Finnish Patient Safety Strategy
2009-2013.
ISBN 978-952-00-2789-6 (pb)
ISBN 978-952-00-2790-2 (PDF)
- 6 Sosiaalialan työolojen hyvä kehittäminen. Laura Yliruka, Juha Koivisto,
Synnöve Karvinen-Niinikoski (toim.).
ISBN 978-952-00-2798-8 (nid.)
ISBN 978-952-00-2799-5 (PDF)
- 7 Nationella handlingsprogrammet för minskning av hälsoskillnader
2008-2011.
ISBN 978-952-00-2800-8 (inh.)
ISBN 978-952-00-2801-5 (PDF)
- 8 Quality recommendation for health promotion.
ISBN 978-952-00-2802-2 (pb)
ISBN 978-952-00-2803-9 (PDF)
- 9 Health inequalities in Finland. Trends in socioeconomic health
differences 1980-2005. Hannele Palosuo, Seppo Koskinen, Eero
Lahelma, Ritva Prättälä, Tuija Martelin, Aini Ostamo, Ilmo Keskimäki,
Marita Sihto, Elisa Kostainen, Eila Linnanmäki (eds.).
ISBN 978-952-00-2804-6 (pb)
ISBN 978-952-00-2805-3 (PDF)
- 10 Safe pharmacotherapy. National guide for pharmacotherapy in social
and health care. An abbreviated version.
ISBN 978-952-00-2827-5 (pb)
ISBN 978-952-00-2828-2 (PDF)
- 11 HTP-arvot 2009. Haitallisiksi tunnetut pitoisuudet.
ISBN 978-952-00-2829-9 (nid.)
ISBN 978-952-00-2830-5 (PDF)

- 2009: 12 HTP-värden. Koncentrationer som befunnits skadliga.
ISBN 978-952-00-2831-2 (inh.)
ISBN 978-952-00-2832-9 (PDF)
- 13 Sukupuolisilmäläsit käytössä.
Käsikirja ministeriöiden tasa-arvotyön tueksi.
Könsglasögonen i bruk. Handbok för ministeriernas
jämsälldhetsarbete.
ISBN 978-952-00-2872-5 (nid.)
ISBN 978-952-00-2873-2 (PDF) (fin)
ISBN 978-952-00-2874-9 (PDF) (swe)
- 14 Terveyttä, turvaa ja tasa-arvoa. Katsaus 2008-2011.
(Vain verkossa)
ISBN 978-952-00-2944-9 (PDF)
- 15 Tupakasta vieroituksen organisointi ja käytännöt.
ISBN 978-952-00-2907-4 (nid.)
ISBN 978-952-00-2908-1 (PDF)