

Hyväksytty Palkon kokouksessa 11.6.2020

Palveluvalikoimaneuvoston valmistelumuistio

**Elintapamuutosta tukevat tekijät
elintapaohjauksen ja
omahoidon tuen menetelmissä
tupakoinnin
aiheuttaman sairastumisriskin
pienentämiseksi**

Sisällys

1. Suosituksen tausta	1
2. Käsitteet ja tiedon hankkimiseen käytetyt menetelmät.....	2
2.1. Käsitteet.....	2
2.2. Tiedon hankkiminen.....	3
3. Terveysongelma ja sen yleisyys	3
3.1. Tupakointi terveysongelmana ja sen vakavuus	3
3.2. Tupakoimisen yleisyys	4
4. Elintapaohjauksen ja omahoidon tuen menetelmät ja niiden käytön yleisyys	5
4.1. Menetelmien käytön yleisyys tupakkavieroituksessa	6
5. Elintapaohjauksen ja omahoidon tuen menetelmiä koskevat hoitosuositukset ja selvitykset	7
5.1. Kotimaiset hoitosuositukset ja selvitykset	7
5.2. Ulkomaiset hoitosuositukset ja selvitykset	10
6. Vaikuttavuus ja turvallisuus sekä niihin liittyvät epävarmuustekijät	10
7. Interventioiden kustannukset ja budjettivaikutukset	12
8. Eettinen tarkastelu	13
8.1. Ihmisarvo.....	13
8.2. Itsemääräämisoikeus	13
8.3. Tarve-oikeudenmukaisuus	13
8.4. Hoidon toteuttaminen	14
9. Palveluiden järjestäminen	14
10. Suosituksen valmisteluun osallistuneet	15
11. Suosituksen valmisteluvaiheet	15
11.1. Kommentointiprosessi	15
Liitteet	16
Lähteet	17

1. SUOSITUKSEN TAUSTA

Suositusvalmistelu lähti liikkeelle, kun Lääkärit tupakkaa vastaan (DAT)-yhdistys oli tehnyt ehdotuksen Terveystieteiden tutkimuskeskukselle (Palkolle) tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden vieroituspalveluiden ottamisesta palveluvalikoimaan. Palko piti aihetta tärkeänä ja aloitti syksyllä 2017 valmistelun laajemmasta, elintapaohjausta ja omahoidon tukea koskevasta suosituksesta, jossa kohderyhmänä ovat kansansairauksiin sairastumisen kannalta korkean riskin potilaat. Kansantaudeiksi luokitellaan sydän- ja verisuonitaudit, diabetes, astma ja allergia, krooniset keuhkosairaudet, syöpäsairaudet, muistisairaudet, tuki- ja liikuntaelämistön sairaudet sekä mielen-terveyden ongelmat. Kansantaudit heikentävät yksilön elämänlaatua ja työkykyä, niillä on suuri vaikutus kansantalouteen ja niiden hoito kuormittaa huomattavasti terveydenhuollon palveluja. Sekä yksilölle että yhteiskunnalle aiheutuvien haittojen takia kansantautien kehittymistä on pyrittävä ehkäisemään. Tupakointi on tärkein ehkäistävissä oleva enneaikaisen kuolleisuuden aiheuttaja ¹.

Kun ihmisellä on terveystietensä liittyen riskikäyttäytymistä, kannattaa jokainen ”tilaisuus” muutoksen aikaansaamiseksi hyödyntää. Tässä suosituksessa tarkastellaan tupakointia riskikäyttäytymisen muotona, jolla tiedetään olevan yhteys kansansairauksiin ja, johon suosituksessa tarkasteltavilla menetelmillä halutaan vaikuttaa. Tiedetään, että terveyttä edistävästä elintapamuutoksista hyötyvät erityisesti ne henkilöt, joilla on kohonnut riski sairastua kansantauteihin, ja ne, jotka ovat jo sairastuneet.

Yleisimpiin kansansairauksiin liittyvään riskikäyttäytymiseen puuttumista on tutkittu paljon. Erilaisia menetelmiä, joilla käyttäytymisen muutokseen tähdätään, on myös paljon. Toiset menetelmät ovat vaikuttavampia kuin toiset riippuen siitä, millaisia laadullisia elementtejä muutoksen aikaansaamiseksi ne sisältävät. Valmistelutyön tärkeimpänä tavoitteena on ollut tunnistaa ne tekijät, jotka ovat käyttäytymisen muutoksen aikaansaavan intervention välttämättömät osa-alueet. Käyttämällä vaikuttavia elintapaohjauksen menetelmiä pyritään estämään elintavoista johtuva sairastuminen tilanteessa, jossa henkilön riski sairastua on jo merkittävästi kohonnut.

Julkisessa terveydenhuollossa, erityisesti perusterveydenhuollossa, tulee tarjota potilaille vaikuttavia elintapaohjauksen ja omahoidon tuen menetelmiä. Se on potilaan oikeus. Toisaalta terveydenhuoltojärjestelmän resursseja pitää kohdentaa lähtökohtaisesti vain vaikuttaviksi tiedettyihin menetelmiin, jotta yhteiset terveydenhuollon varat tulee käytettyä perustellusti ja mahdollisimman paljon terveyshyötyä tuottavasti. Suositus määrittää millaisia, ja mitä, ovat ne palveluvalikoimaan kuuluvat elintapaohjauksen ja omahoidon tuen menetelmät, joilla voidaan estää elintavoista johtuvaa sairastumista tilanteessa, jossa henkilön riski sairastua on jo merkittävästi kohonnut elintapojen takia.

¹ Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito: Käypä hoito –suositus.

2. KÄSITTEET JA TIEDON HANKKIMISEEN KÄYTETYT MENETELMÄT

2.1. KÄSITTEET

sekundaarinen ehkäisy, sekundaaripreventio

Sekundaariprevention tarkoitus on estää sairauden eteneminen tai paheneminen poistamalla riskitekijä tai pienentämällä sen vaikutusta. Sekundaaripreventio on jo osa sairauden hoitoa. Tätä voidaan toteuttaa elintapamuutoksien, terveydenhuollon antaman neuvonnan tai lääkehoidon taikka esimerkiksi järjestöjen tarjoamien erilaisien tukimuotojen avulla.²

sairauksien ensisijainen ehkäisy, primaaripreventio

Sairauksien ensisijainen ehkäisy pyrkii vähentämään alttiutta sairastua tautiin estämällä käyttäytymiseen tai ympäristöön liittyvien, terveydelle haitallisten tekijöiden vaikutukset. Ensisijaiset ehkäisytoimet estävät riskitekijän vaikutuksen ennen kuin se synnyttää sairauteen johtavia muutoksia. Toimintaa, joka kokonaan poistaa riskitekijän, kutsutaan myös varhaisehkäisyksi (primordial prevention). Esimerkiksi tupakoinnin aloittamisen ehkäisy on primaaripreventiota, jota monet tahot tekevät. Lainsäädäntö asettaa toimintarajat ja edellytykset, ja eri toimijat huolehtivat säädösten toimeenpanosta ja lisäävät viestinnällä tietoa ja tietoisuutta tupakan käytön vaaroista.³

tertiäärinen ehkäisy, tertiaaripreventio

Toimet joilla pyritään torjumaan taudin eteneminen, komplikaatioiden ilmeneminen tai taudista aiheutuvien haittojen paheneminen (esim. toimet, joilla pyritään estämään sydäninfarktipotilaan uusi infarkti).⁴

elintapaohjaus , -neuvonta

Elintapaohjauksella tarkoitetaan neuvontaa ja ohjausta esim. ravitsemuksesta, liikunnasta, tupakoinnista, alkoholin käytöstä, unesta jne. terveille tai jo sairastuneille henkilöille.⁵

terveysvalmennus

Terveysvalmennuksella tarkoitetaan asiakaskeskeistä, terveyttä edistävää ja luottamukselliseen hoitosuhteeseen perustuvaa menetelmää, jonka tavoitteena on auttaa asiakasta tunnistamaan omat tarpeensa, löytämään omat keinonsa ja psyykkiset voimavaransa saavuttaakseen terveyteen liittyviä tavoitteita ja tukea muutokseen sitoutumisessa.⁶

omahoidon tuki

Kun totunnainen potilasohjaus tarjoaa tietoa ja teknisiä taitoja, omahoitovalmennuksessa painotetaan ongelmanratkaisutaitoja. Käytännössä tämä tarkoittaa pitkäaikais-sairaana potilaan tai henkilön, jolla on korkea riski sairastua, tilanteen kartoitusta ja omahoidon suunnittelua osaksi terveys- ja hoitosuunnitelmaa (asiakassuunnitelmaa),

²⁻³ Painopiste preventioon. Konsensuslausuma tarttumattomien sairauksien ehkäisystä 2017.

⁴ Duodecim. Terveysportti.

⁵ Kuntoutuminen -kirja.

⁶ Kivelä K. Terveysvalmennuksen vaikuttavuus paljon terveyspalveluita käyttäville asiakkaille perusterveydenhuollossa.

sen mukaisia terveydenhuollon tukitoimia, yksilö- tai ryhmäohjausta, seurantaa ja monipuolisten sähköisten työvälineiden käyttöä näissä.⁷

2.2. TIEDON HANKKIMINEN

Palko on teettänyt Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksella systemaattisen kirjallisuuskatsauksen elintapainterventioiden osatekijöistä ja vaikuttavuudesta korkean riskin henkilöillä (THL 21.10.2019, liite 1).

Kirjallisuuskatsauksella selvitettiin millaisilla elintapaohjauksen menetelmillä voidaan vaikuttaa keskeisiin kansantautien riskitekijöihin, kuten epäterveelliseen ravitsemukseen, vähäiseen liikuntaan, huonoon suuhygieniaan, tupakointiin ja nukahtamista vaikeuttaviin ja nukkumaanmenoon liittyviin tottumuksiin (huono unihygienia).

Kirjallisuuskatsaukseen otettiin mukaan vain sellaiset tutkimukset, joissa menetelmän vaikuttavuutta on arvioitu Suomessa tai Skandinaviassa. Pohjoismaista löytyi kuitenkin vain vähän katsauksen kriteerit täyttäviä interventiotutkimuksia. Tästä syystä katsauksessa on huomioitu myös muutama muutoin relevantti tutkimus, joissa esimerkiksi seuranta-aika oli asetettuja kriteerejä lyhyempi sekä mukaan hyväksyttiin muutamia artikkeleita myös joistakin muista maista, joista saatu tieto olisi sovellettavissa Suomeen. Tiedonhaun hakukriteerit määritettiin PICON avulla ja systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa on kuvattu tarkemmin katsauksen rajaus, siinä käytetyt menetelmät sekä muut tavat tiedon hankkimiseen⁸.

Lisäksi jaosto on tavannut Lääkärit tupakkaa vastaan -verkoston edustajia. He kertoivat verkoston näkemyksiä siitä, millä menetelmillä voidaan parhaiten vaikuttaa riskikäyttäytymisen ts. tupakoinnin vähentämiseen / lopettamiseen ja millaista kansallista ohjausta kliinisessä työssä tarvittaisiin.

Tupakointi terveysongelmana ja siihen kohdennetut elintapainterventiot ovat hyvin tunnettuja myös potilaan näkökulmasta. Jaosto katsoi, että erillisellä potilaiden edustajien tapaamisella ei tämän aiheen yhteydessä saavutettaisi lisäarvoa, joten tilaisuutta potilaskokemuksen kokoamiseksi ei järjestetty erikseen. Ota kantaa-kommentointi antoi kaikille mahdollisuuden lisänäkökohtien tuomiseen.

3. TERVEYSONGELMA JA SEN YLEISYYS

3.1. TUPAKOINTI TERVEYSONGELMANA JA SEN VAKAVUUS

Tässä suositusvalmistelussa on terveysongelmana tupakointi. Muiden tupakka- ja nikotiinituotteiden käyttö rajattiin ulkopuolelle. Tupakointi on yksi keskeisimmistä kansantaudeista ja ennenaikaista kuolleisuutta aiheuttavista riskitekijöistä. Noin 4000 suomalaista kuolee vuosittain tupakoinnista aiheutuvaan sairauteen.

⁷ Routasalo ym. 2009

⁸ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, s. 10-15

Keuhkosyövän vaara on keskimäärin n. 6–21-kertainen ja keuhkohtaumataudin riski 10–12-kertainen verrattuna tupakoimattomiin. Suu-, nielu-, haima- ja ruokatorvisyövän riski on 6–8-kertainen. Tupakointi suurentaa myös muiden syöpien vaaraa 1.5–3-kertaiseksi (virtsarakko-, munuais-, maha-, maksa-, paksusuoli-, kohdunkaulan syöpä ja leukemia). Vaara sairastua sydänsairauksiin on moninkertainen verrattuna tupakoimattomiin. Tiedetään myös mm., että tupakointi aiheuttaa katkokävelyä, saattaa aiheuttaa impotenssia, lisää akuutteja hengitystietulehduksia ja kroonisia keuhkoputkentulehduksia. Tupakan yhteys parodontiittiin (hampaan kiinnityskudossairauteen) on kiistaton⁹. Äidin tupakointi suurentaa perinataalikuolleisuutta ja tupakointi lisää leikkauskomplikaatioita.¹⁰

Suomi on asettanut tupakkalain mukaiseksi tavoitteeksi tupakka- ja muiden nikotiinituotteiden käytön loppumisen vuoteen 2030 mennessä. Nykykehityksellä tätä tavoitetta ei tulla saavuttamaan, vaan tavoitteen saavuttaminen vaatisi tehostettuja keinoja (Ruokolainen & Ollila 2019). Tupakoinnin lopettamisen tuen tehostaminen on yksi merkittävimmistä keinoista niin kansanterveyden parantamiseksi kuin tupakkalain tavoitteen saavuttamiseksi.¹¹

3.2. TUPAKOIMISEN YLEISYYS

Tupakointi on vähentynyt merkittävästi suomalaismiehillä 1960-luvulta alkaen. Suomalaisista 20–64-vuotiaista tupakoi päivittäin 13 % vuonna 2017. Miehistä päivittäin tupakoi 15 % ja naisista 12 %. (THL 2018). Nuorten tupakointi on vähentynyt huomattavasti eritoten 2000-luvulla. Vuonna 2019 päivittäin tupakoi 14–18-vuotiaista pojista 10 % ja tytöistä 8 %. (Kinnunen ym. 2019).¹²

Raskauden aikana tupakoivien osuus on vähentynyt hieman viime vuosina (12,5 % synnyttäjistä tupakoi alkuraskauden aikana vuonna 2017). Kaikista raskauden aikana tupakoineista 49,7 % lopetti tupakoinnin raskauden ensimmäisen kolmanneksen aikana. Alkuraskauden aikana tupakoinnin lopettaneiden osuus on kaksinkertaistunut viimeisen 10 vuoden aikana. (THL 2018).¹³

Tupakoinnissa havaitaan merkittäviä väestöryhmittäisiä eroja. Matalammin koulutetut tupakoivat selvästi korkeammin koulutettuja yleisemmin. Koulutuksen mukaiset erot tupakoinnissa ovat myös kasvaneet (Ruokolainen ym. 2019). Jo nuorten tupakoinnissa nähdään selvästi oppilaitostyyppin mukaisia eroja. Ammattiin opiskelevien tupakointi on moninkertaista lukioissa opiskelevien tupakointiin verrattuna. Tupakointi onkin merkittävä selittäjä niin väestöryhmien välisissä terveys- kuin kuolleisuuseroissa.¹⁴

Peruskouluissa päivittäin nuuskaa käytti pojista kahdeksan prosenttia ja lukioissa seitsemän prosenttia. Ammatillisissa oppilaitoksissa nuuskaa päivittäin käyttäviä poikia oli 20 prosenttia. Nuuskan päivittäinen käyttäminen oli vuonna 2019 edelleen harvinaista perusopetuksen 8. ja 9. -luokkalaisilla tytöillä (2 %) ja lukion 1. ja 2. vuo-

⁹ Similä T. Tooth loss among middle-aged adults in the northern Finland birth cohort 1966

¹⁰ <https://www.terveysportti.fi/apps/ltk/ykt01104?search=tupakointi>

^{11,14} Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, s. 46 (sulkeissa olevat viittaukset ovat viittauksia systemaattisen katsauksen lähteisiin)

den työillä (1 %). Ammatillisten oppilaitosten 1. ja 2. vuoden tytöistä nuuskaa käytti päivittäin 6 prosenttia.¹⁵

4. ELINTAPOHJAUKSEN JA OMAHOIDON TUEN MENETELMÄT JA NIIDEN KÄYTÖN YLEISYYS

Palkon suositusten valmisteluprosessin mukaisesti kysymyksenasettelu määriteltiin käyttäen PICO-rakennetta, jossa määritellään terveysongelma, hoito- tai kuntoutusmenetelmä (interventio), vaihtoehtoinen hoito- tai kuntoutusmenetelmä (vertailuinterventio) ja tavoiteltava hoidon tai kuntoutuksen lopputulos (terveystulos).

Lähtökohtana oli tunnistaa teoriapohjaiset menetelmät, joiden avulla potilas sitoutuu ja motivoituu elintapojensa muuttamiseen tupakoinnin lopettamiseksi, rajaamatta etukäteen mitään teoriapohjaisia menetelmiä pois. Lääkkeelliset menetelmät, kuten nikotiinikorvaushoito, jätettiin tarkastelun ulkopuolelle, koska haluttiin selvittää elintapohjauksen ja omahoidon tuen menetelmien vaikuttavuutta.

Tupakoinnin lopettamiseen tähtäävillä menetelmillä pyritään katkaisemaan sekä psyykinen että fyysinen nikotiiniriippuvuus.

Tehdyn systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tulosten kautta löytyivät ne menetelmät, joita oli käytetty potilaan motivoimiseksi ja sitouttamiseksi elintapojensa muuttamiseen tupakoinnin lopettamiseksi. Sen jälkeen jaosto arvioi systemaattisen kirjallisuuskatsauksen pohjalta menetelmien vaikuttavuutta ja kokosi vaikuttavat menetelmät ja niiden kuvauksista ne elementit, joilla nähtiin olevan yhteyttä potilaan motivoitumiseen ja sitoutumiseen elintapojensa muuttamiseksi.

Eri tutkimuksissa¹⁶ arvioidut menetelmät oli usein mukaeltu yleisemmin tunnetuista menetelmistä tutkimusasetelmaa varten. Tutkimuksissa oli nimetty käytettyjä menetelmiä seuraavasti:

- Intensiivinen, digitaalinen multimedia-interventio
- Lyhytneuvonta sekä lyhytneuvonta pohjautuen 5-A-malliin
- Puheeksiotto (lisäksi erikseen 18-raskausviikon uä-tutkimuksen yhteydessä)
- Motivoiva haastattelu itsenäisesti käytettynä 17 sekä osana puhelinneuvontaa
- Gold Standard Programme, GSP
- ABC-metodi (Asking the person about smoking; provide Brief advice concerning smoking cessation; offer Cessation support)

Valmistelussa huomioitiin erikseen löytykö tietoa am. ryhmille kohdennettavista interventioista:

- nuoret henkilöt
- iäkkäät henkilöt
- raskaana olevat henkilöt
- vähän koulutusta saaneet henkilöt
- henkilöt, joilla on mielenterveyden häiriö

¹⁵ Kouluterveyskysely 2019, THL.

¹⁶ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus.

¹⁷ Lindson-Hawley N, Thompson TP, Begh R. Motivational interviewing for smoking cessation.

4.1. MENETELMIEN KÄYTÖN YLEISYYS TUPAKKAVIEROITUKSESSA

Asiantuntija-arvioiden mukaan tupakkavieroitusta ei ole kattavasti järjestetty. Tätä tukevat TEA-perusterveydenhuollon tiedonkeruun tulokset sekä vuonna 2012 tupakkavieroituksesta tehdyn tutkimuksen tulokset.¹⁸

Yleisemmin elintapoihin vaikuttamiseen ja omahoitoon erikoistuneita asiantuntijoita on saatavilla 38-95 %:ssa terveyskeskuksista. Tupakkavieroitukseen erikoistunut hoitaja on ollut vuonna 2018 käytettävissä 83 %:lla terveyskeskuksista¹⁹. Vain noin kahdella kolmasosalla terveyskeskusten alaisista terveysasemista oli nimetty henkilö, jonka työaikaan sisältyi tupakoinnin lopettamisen ohjausta²⁰.

Yksilöohjausta järjestettiin 63 % ja ryhmäohjausta 23 % terveyskeskuksista. Parhaiten sekä yksilö- että ryhmäohjausta oli tarjolla suurimmissa kunnissa. Tilanne oli huonoin 5 000–9 999 asukkaan terveyskeskuksissa, joista vajaa puolet (48 %) ei toteuttanut yksilöohjausta eikä yksikään ryhmäohjausta. Joka viides (20 %) terveyskeskus järjesti asiakkailleen sekä yksilö- että ryhmäohjausta.²¹

Terveyskeskuksista 82 % järjesti tupakkavieroitusta ja elintapaohjausta osana avovastaanottotyötä. Opiskelu- ja kouluterveydenhuollon yksiköistä 68 % järjesti vieroitusta ja 62 % äitiys- ja lastenneuvoloista. Vain neljässä prosentissa terveyskeskuksista tarjottiin lopettamisen tukipalveluita suun terveydenhuollossa. Terveyskeskusten käytettävissä olevia tupakkaklinikoita on perustettu kolmelle paikkakunnalle.²²

Tietoa siitä, kuinka paljon näitä asiantuntijoita käytetään, ei tällä hetkellä ole.²³ Aikuisten terveys-, hyvinvointi- ja palvelut -tutkimukseen osallistuneista noin neljä prosenttia on saanut lääkäriltä/hammaslääkäriltä ja noin kolme ja puoli prosenttia sairaanhoitajalta/terveydenhoitajalta kehotuksen tupakoinnin lopettamiseen.

Vuonna 2012 toteutetussa lääkäreille suunnatussa kyselyssä (Keto ym. 2015) havaittiin, että 65 % vastanneista lääkäreistä kysyi potilaalta tupakoinnista, 58 % kirjasi tupakointistatuksen potilastietoihin ja 55 % suositteli potilaalle tupakoinnin lopettamista. Reseptilääkettä tupakoinnin lopettamiseen määräsi 4 % vastanneista. Kyselyn vastausprosentti oli erittäin alhainen (15 %) mikä voi osaltaan kuvastaa tupakasta vieroituksen asemoitumista suhteessa muuhun terveydenhuollon toimintaan.²⁴

Suun terveydenhuollon ammattilaisille suunnatun kyselyn valossa aktiivisuus tupakasta vieroituksessa näyttää vielä heikommalta. Amemorin ym. (2013) tutkimuksen perusteella vain noin joka kuudes vastanneista ilmoitti kysyvänsä potilaan tupakoinnista.²⁵

¹⁸ Asiantuntijanäkemykset / THL / Timo Ståhl.

¹⁹ TEA perusterveydenhuollon tiedonkeruu 2018, perustaulukot: <https://www.teaviisari.fi/teaviisari/fi/tiedonkeruu/58>.

²⁰⁻²³ Asiantuntijanäkemykset / THL / Timo Ståhl.

²⁴⁻²⁶ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, s. 46 (sulkeissa olevat viitaukset ovat viittauksia systemaattisen katsauksen lähteisiin).

Tupakasta vieroituksen nykytilaa Suomessa on tutkittu vähän ja saatavilla olevien tietojen pohjalta vieroituksen saatavuudessa on vielä parannettavaa.²⁶

5. ELINTAPOHJAUKSEN JA OMAHOIDON TUEN MENETELMIÄ KOSKEVAT HOITOSUOSITUKSET JA SELVITYKSET

5.1. KOTIMAISET HOITOSUOSITUKSET JA SELVITYKSET

Palko tilasi Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin Käypä hoito -yksiköltä raportin, johon on laadittu **analyysi julkisen terveydenhuoltojärjestelmän antamaa omahoidon tukea ja elintapaohjausta koskevista näytönastekatsauksista ja keskeisistä kotimaisista sekä kansainvälisistä suosituksista**²⁷. Siinä tarkasteltiin elintapaohjauksen ja omahoidon ohjauksen tehoa tai vaikuttavuutta kymmenessä terveysongelmassa, jotka olivat astma, uniapnea, diabetes, lihavuus, kardiovaskulaarisairaudet ja niiden riskitekijät, TULES-sairaudet, syömishäiriöt, mielenterveys ja suun terveys.

Tekijät totesivat raportin pohdinnassa, että raportin perusteella näyttää selvältä, että terveydenhuoltojärjestelmän on useiden kansanterveydenkin kannalta keskeisten terveysongelmien ja -riskien kyseessä ollen kyettävä tarjoamaan eri muotoista omahoidon tukea ja itsehoidon ohjausta. Tuella ja ohjauksella on merkitystä sekä terveysongelmien primaariprevention (esim. suuren kardiovaskulaaririskin henkilöt) että sekundaariprevention ja hoidon (esim. astma, mielenterveysongelmat) kohdalla. Muodot ja tavat, joilla tukea ja ohjausta tulee tarjota, vaihtelevat potilasryhmistä ja palvelujärjestelmän ominaisuuksista (esim. saatavuus ja saavutettavuus) riippuen.²⁸

Käypä hoito -suositus Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy²⁹ ja hoito on julkaistu vuonna 2018. Sen mukaan potilasta hoitavien terveydenhuollon ammattilaisten velvollisuutena on käydä tupakoivan potilaan kanssa tupakoinnin lopettamista tukeva keskustelu vähintään kerran vuodessa. Vieroituksen aloittavalle tulee järjestää seurantakontaktit 1–2 viikon, 1 kuukauden ja 3 kuukauden päähän vieroituksen alusta. Seurantavälejä muokataan yksilöllisten tarpeiden mukaan.

Suosituksessa kehoitetaan tekemään mini-interventio soveltamalla motivoivaa keskustelua Viiden A:n toimintamallin mukaisesti seuraavasti:

- Ask: Kysy tupakan käytöstä vähintään kerran vuodessa.
- Advise: Kerro, miksi lopettaminen olisi tärkeää – mieluiten nyt hoitamasi sairauden kannalta. Käskemisen ja määräämisen sijasta näytä, että välität ja olet huolissasi potilaasta.
- Assess: Arvioi halukkuus ja sovi lopettamisyriykestä. Kysy, mitä potilas itse ajattelee tupakoinnistaan. Entä minkälaisia ajatuksia ja kokemuksia hänellä on lopettamisesta?

²⁷⁻²⁸ Komulainen J., Sipilä R. Omahoidon tuki ja elintapaohjaus. Käypä hoito -suositusten näytönastekatsaukset ja katsaus keskeisiin kansainvälisiin hoitosuosituksiin. Duodecim.. 29.3.2018. Liitteet 2 a-f.

²⁹ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, s. 47.

- Assist: Avusta lopettamisyrittä. Kerro, että olet apuna ja tukena – nyt ja tulevaisuudessa. Arvioi lääkeshoidon tarve ja keskustele siitä, ohjaa lopettamisryhmään tai sähköiseen tukeen (esim. www.stumppi.fi ja mobiilisovellukset).
- Arrange: Järjestä seuranta. Sovi seuraava kontakti mieluiten viikon päähän lopetuspäivästä. Kirjaa tupakointitapa ja tupakoinnin määrä ja kesto sekä sopimus lopettamissuunnitelmasta.³⁰

Varenikliini, bupropioni, nortriptyliini ja nikotiinikorvaushoito todetaan tehokkaiksi ja niitä tulee aktiivisesti käyttää vieroituksessa. Elintapamuutosta tukevien ohjaus-menettelmien hallitseminen auttaa vieroituksen toteuttamisessa. Tupakoivan potilaan hoitosuunnitelmaan tulee yhdessä hänen kanssaan kirjata vieroituksen tavoitteet ja toteutus.

Näytönastekatsauksessa tutkimusten näytön vahvuuden ilmaisemiseen on käytetty seuraavia symboleja: A:vahva näyttö, B:kohtalainen näyttö, C:heikko näyttö, D:hyvin heikko näyttö ja NA näytön vahvuutta ei arvioitu tai se on epäselvä. Elintapaohjauksen menetelmistä ryhmäohjaus todetaan yhtä tehokkaaksi kuin intensiivinen yksilöohjaus ja tehokkaammaksi kuin opasmateriaali tai lyhyt yksilöohjaus (A-tason näyttö). Vieroitukseen tähtäävästä opasmateriaalista on hyötyä omaehtoisen lopettajan apuna, mutta ainoastaan silloin, kun se on vastaanottajan yksilöllisten ominaisuuksien perusteella räätälöityä (A-tason näyttö). Internetissä annettava interaktiivinen ja räätälöity tuki voi auttaa vieroituksessa tai tehostaa henkilökohtaista vieroitusta kokonaan ilman interventiota jääviin verrattuna (C-tason näyttö).

Tukihenkilön nimeäminen ja osallistaminen tupakasta vieroitukseen ei näytä lisäävän lopettamisessa onnistumista (C-tason näyttö), vaikka sosiaalinen tuki on yleisesti ottaen tärkeää tupakoinnin lopettamisessa. Liikunnasta saattaa olla apua tupakasta vieroituksessa (C-tason näyttö).

Vieroitushoitujen korvaaminen potilaille ilmeisesti lisää tupakoinnin lopettamista ja vieroituslääkkeiden käyttöä lopettamisen apuna (B-tason näyttö). Taloudelliset kannustimet ilmeisesti lisäävät pitkäaikaista tupakoinnin lopettamista erityisesti raskaana olevilla, mutta muissa ryhmissä teho heikkenee kannustinohjelman loputtua (B-tason näyttö).

Akupunktuurista tai sen kaltaisista hoidoista ei ole apua tupakoinnin lopettamisessa (A-tason näyttö). Hypnoosista ei todennäköisesti ole apua tupakasta vieroituksessa (B-tason näyttö).

Eri asiakasryhmien, kuten nuorten, raskaana olevien, diabeetikoiden, psykiatristen potilaiden ja leikkaus- ja sairaalapotilaiden tupakasta vieroitukseen on tehokkaita menetelmiä Käypä hoito -suosituksessa ja niiden käyttöä tulee edistää.

Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet (2019) ovat suosituksia, jotka erityisesti tukevat oikeaa hoidon porrastusta. Lääkärit käyttävät suosituksia päätettäessään potilaan hoidosta huomioiden myös potilaan yksilöllisen elämän tilanteen ja hoidon tarpeen. Suosituksissa ei oteta kantaa hoidossa tai kuntoutuksessa käytettäviin menetelmiin, kuten terapiaihin.³¹

³⁰ Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito: Käypä hoito –suositus.

³¹ Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet.

STM:n asettaman tupakka- ja nikotiinipolitiikan kehittämistyöryhmän (2018) ehdotuksissa on useita suosituksia tupakoinnin lopettamisen tukemiseksi ³²:

- Koko hoitoketju perus- ja erityispalveluissa ylläpitää vieroitusosaamista, tarjoaa kaikille tupakoiville vieroituspalveluja ja osallistuu potilaan tupakasta vieroitukseen.
- Edistetään tupakan ja muiden nikotiinituotteiden käytön puheeksi ottamista mahdollisimman kattavasti terveyden- ja sosiaalihuollon asiakaskontakteissa. Tämä tarkoittaa ainakin sitä, että kysytään tupakka- ja nikotiinituotteiden käytöstä, kehoitetaan lopettamaan ja kirjataan tiedot ylös asiakastietoihin.
- Maakuntiin perustetaan tupakasta vieroituksen yksiköt, jotka toimivat alueellisesti kouluttajina, konsultoivat alueen sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköitä vieroitushoidon toteuttamisessa ja vieroittavat tupakasta eri menetelmiä käytämällä.
- Kaikki tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden hoidossa käytettävät reseptillä lääkärin määräämät tupakoinnin vieroituslääkkeet otetaan sairausvakuutuksen lääkekorvauksen piiriin.
- Työpaikoilla tupakoinnin lopettamisohjelma otetaan mukaan työterveyshuollon kirjalliseen toimintasuunnitelmaan.
- Tupakasta vieroituksen tuki otetaan opiskeluterveydenhuollon suunnitelmaan ja
- varmistetaan ammatillinen perusosaaminen tupakoivien henkilöiden kohtaamiseen.
- Perus- ja erityispalveluissa tehostetaan tupakka- ja muiden nikotiinituotteiden käyttöä koskevaa vieroitusta paljon tupakoivien erityisryhmien keskuudessa.
- Häkämittaukset otetaan osaksi raskaana olevan tupakoitsijan neuvolakäyntiä.

Painopiste preventioon -konsensuslausumassa ³³ esitetään suosituksia, jotka painottuvat sosiaali- ja terveydenhuollon eri tasojen toimintaan, ja todetaan myös, että suuremmat mahdollisuudet edistää terveyttä ja hyvinvointia ovat muilla yhteiskunnan ja yhteisöjen toimialoilla. Laaja-alaisella, poikkihallinnollisella yhteistyöllä on suurimmat mahdollisuudet onnistua suuren sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen yhteydessä ja sen jälkeen. Lausuman suosituksista osa sivuaa läheisesti tätä suositusta:

- Seurataan ja arvioidaan ehkäisevän työn laatua ja vaikuttavuutta. Määritellään yhtenäiset, valtakunnalliset laatukriteerit ja mittarit sekä seurantajärjestelmät. Kehitetään yhdenmukaisia kirjaamiskäytäntöjä ja hyödynnetään rakenteista kirjaamista.
- Edistetään sosiaali- ja terveydenhuollossa hyvinvointi- ja terveystieteiden kattavaa tunnistamista, varhaista ehkäisyä ja tukea sekä palveluihin ohjaamista. Kohdistetaan ja kohdennetaan palveluita erityisryhmille.
- Panostetaan sosiaali- ja terveydenhuollossa entistä painokkaammin tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden hoitoon.
- Kiinnitetään huomiota sekundaariprevention käyttämättömiin mahdollisuuksiin.

³² STM:n asettaman tupakka- ja nikotiinipolitiikan kehittämistyöryhmän (2018) ehdotukset.

³³ Painopiste preventioon. Konsensuslausuma tarttumattomien sairauksien ehkäisystä 2017.

5.2. ULKOMAISET HOITOSUOSITUKSET JA SELVITYKSET

Ruotsissa Socialstyrelsen on julkaissut vuonna 2015 hoitolinjauksen (**Riktlinjer**)³⁴ ennaltaehkäisyyn ja epäterveellisten elintapojen muuttamiseksi. Hoitolinjauksen mukaan useimmat suositellut toimenpiteet sisältävät menetelmänä motivoivan keskustelun (rådgivande samtal), jonka tarkoituksena on tukea epäterveellisen elämäntavan muutosta. Lääkkeillä ja toiminnan määrää mittaavilla laitteilla täydennetään motivoivaa keskustelua.

Hoitolinjaukseen sisältyy myös muuntyyppistä toimintaa, kuten verkkopohjaisia ohjelmia ja perhetuki-ohjelmia. Eri toimenpiteiden tarkoituksena on tukea elintapojen muutoksia ja siten parantaa terveyttä ja vähentää sairauksien riskiä.

Toimenpiteiden seuranta on tärkeää, jotta voidaan tarjota lisää motivointitukea, antaa palautetta ja arvioida tarvittaessa hoidon vaikutuksia. Seuranta nähdään luonnollisena osana kaikkia toimia ja se mukautetaan yksilön tarpeisiin.

Motivoivaa keskustelua voidaan käyttää yleisemmällä tai syvemmällä tasolla: neuvoo-antavana keskusteluna tai syvällisenä hoitokeskusteluna. Jako kahteen tasoon perustuu toimenpiteiden rakenteeseen, sisältöön ja laajuuteen, siten kuin menetelmiä tieteellisessä kirjallisuudessa kuvataan. Motivoiva keskustelu pohjautuu potilaan kanssa käytävään vuoropuheluun. Syvälliset hoitokeskustelut ovat usein sekä laajempia että pidempiä kuin neuvoo-antavat keskustelut, ja oletetaan, että henkilöstö on koulutettu menetelmän käyttöön ja, että sillä on siihen kunnollinen pätevyys.³⁵

Maailman terveysjärjestön WHO:n tupakkapuitesopimus FCTC (Framework Convention on Tobacco Control) on ensimmäinen kansanterveyteen keskittyvä kansainvälinen sopimus 181 osapuolen kesken. Sopimus hyväksyttiin vuonna 2003 ja Suomea sitovaksi se tuli vuonna 2005. Sopimuksen 14. artikla liittyy tupakoinnin lopettamisen tukeen. Sen mukaan maiden on ryhdyttävä toimenpiteisiin tupakoinnin lopettamisen ja tupakkariippuvuuden hoidon edistämiseksi muun muassa toimeenpanemalla hoito-ohjelmia ja sisällyttämällä tupakkariippuvuuden diagnosointi ja hoito sekä tupakoinnin lopettamisen neuvontapalvelut kansallisiin terveysohjelmiin.³⁶

6. VAIKUTTAVUUS JA TURVALLISUUS SEKÄ NIIHIN LIITTYVÄT EPÄVARMUUSTEKIJÄT

Pohjoismaista löytyi vain vähän, yhteensä 11, katsauksen kriteerit täyttävää interventiotutkimusta, joista 4 keskittyi pelkästään tupakoinnin lopettamisen kustannusvaikuttavuuden arvioimiseen. Tästä syystä katsauksessa huomioitiin myös muutama muutoin relevantti tutkimus, joissa esimerkiksi seuranta-aika oli asetettuja kriteerejä lyhyempi. Tupakkatuotteiden käytön osalta potilaiden elintapainterventioita käsittelevät tutkimukset koskevat käytännössä tupakasta vieroitusta.

^{34,35} Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende: stöd för styrning och ledning.

³⁶ WHO:n tupakoinnin torjuntaa koskeva puitesopimus (WHO FCTC).

Systemaattisessa katsauksessa löydetty laadukkaat pohjoismaiset tupakasta vieroituksen interventiotutkimukset keskittyivät Tanskaan. Tanskassa on ylläpidetty vuodesta 2001 lähtien kansallista tupakasta vieroituksen tietokantaa, johon eri toimijat ilmoittavat vieroitustoimensa ja niiden tuloksellisuuden, mikä on mahdollistanut menetelmien vaikuttavuuden arvioimisen. Tietokantaan raportoiduista interventioista on yli 90 % toteutettu tanskalaisten kehittämällä ja Tanskan terveydenhuoltojärjestelmään kehitetyllä GSP:lla (Gold Standard Programme). GSP sisältää myös 5 A-toimintamallin mukaiset kohdat. GSP-ohjelman mukaisella yksilötuella saatiin hyviä tuloksia lopettamisen onnistumisessa myös vähän koulutetuilla ja työttömillä. GSP-ohjelmaa on tutkittu myös raskaana olevilla, runsaasti tupakoivilla, mielenterveyspotilailla, yli 60-vuotiailla ja muihin Tanskassa käytössä oleviin vieroitusinterventioihin verraten. Tästä syystä GSP nousee katsauksesta tutkituimpana ja vahvimpana pohjoismaisena tupakastavieroitusinterventiona, yhdistettynä jatkuvaan seurantaan ja arviointiin kansallisen tietokannan avulla.³⁷

5 A-toimintamallin (kysy, kerro, arvioi, avusta ja järjestä) käyttämisestä osana lyhytneuvontaa tai soveltaen motivoivaan keskusteluun on saatu vaikuttavuusnäyttöä.³⁸

Muista pohjoismaista löydetty soveltuvat tutkimukset ovat kohderyhmiltään ja menetelmiltään keskenään varsin erilaisia. Norjassa on tutkittu digitaalista, kokonaan automatisoitua interventiota, jonka todettiin lisäävän tupakoinnin lopettamista (Brendryen ym. 2008) sekä raskaana oleville, runsaasti tupakoiville kohdennettua 18-raskausviikon ultraäänitutkimuksen yhteydessä toteutettua puheeksiotto-interventiota, jonka todettiin olleen vaikuttavaa tupakoinnin lopettamisessa ja vähentämisessä (Valbø & Nylander 1994).

Toinen Ruotsissa tehdyistä interventiotutkimuksista käsitteli motivoivan haastattelun yhdistämistä kansallisessa neuvontapuhelimessa annettavaan ohjaukseen. Sen todettiin olevan vaikuttava menetelmä tupakoinnin lopettamisessa (Lindqvist ym. 2013). Toinen ruotsalainen tutkimus käsitteli suun terveydenhuollossa toteutettua interventiota (puheeksiottaminen hammaslääkärin tekemän tarkastuksen yhteydessä 12-vuotiaille lapsille) tupakoinnin ja nuuskaamisen lopettamiseksi ja vähentämiseksi. Siitä ei saatu vaikuttavuusnäyttöä (Virtanen ym. 2015).³⁹

Suomessa oli tutkittu savuttomaksi työpaikaksi siirtymisen yhteydessä toteuttu työterveydenhuollon tupakastavieroitusinterventio, joka ei ollut pidemmällä aikavälillä vaikuttava (Sankila 2017). Toisessa tutkimuksessa arvioitiin nuorille kohdennettua suun terveydenhuollon interventiota, jossa terveyskeskushammaslääkäri toteutti vuosittaisten hammastarkastusten yhteydessä lyhytneuvonnan, jossa näytettiin valokuvia tupakoinnin aiheuttamista suun terveyshaitoista, annettiin nuoren tutkia peilin avulla omaa suutaan ja keskusteltiin tupakoinnista suhteessa nuoren vastauksiin heidän täyttämässään lomakkeessa, jossa kysyttiin tupakoinnista. Tällä menetelmällä ei ollut merkittävää vaikutusta tupakoinnin lopettamiseen (Kentala 1999, kts. liitetaulukko

³⁷⁻⁴⁰ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus (sulkeissa olevat viittaukset ovat viittauksia systemaattisen katsauksen lähteisiin).

7.5). Islannista ei löytynyt lainkaan katsaukseen soveltuvia tutkimuksia tupakasta vieroituksesta.⁴⁰

Pohjoismaisissa tutkimuksissakin korostuu räätälöinnin tärkeys eri kohderyhmien tavoittamisessa. Tutkimusten perusteella digitaalisten interventioiden kehittäminen voi olla tärkeää esimerkiksi nuorempien tupakoijien tavoittamiseksi, mutta matalasti koulutettujen ja heikossa taloudellisessa asemassa olevien tupakasta vieroituksessa intensiivinen kasvokkainen tuki on yhä tärkeää ja tuloksellista.⁴¹

Systemaattisessa katsauksessa tarkasteltiin interventioiden niitä osatekijöitä, joilla todettiin olevan yhteys potilaan motivaatioon tehdä elintapamuutoksia. Lähes kaikki vaikuttaviksi todetut menetelmät sisälsivät osatekijöinä potilaan informoimisen, tavoitteenasettelun, suunnitelman tekemisen, seurannan ja palautteen.

Ehdotetuista menetelmistä ei ole raportoitu turvallisuusriskejä.

Epävarmuustekijöinä on huomioitava, että elintapaohjauksessa ja terveyden edistämässä on terveydenhuollon toiminnan rinnalla tärkeä rooli myös muilla kunnallisilla toimijoilla. Eri toimijoiden välille, niin terveydenhuollon sisälle kuin sen ulkopuolelle, on luotava toimiva yhteys, jotta potilas saa tarvitsemansa, riittävän tuen ja mahdollisuudet elintapojensa muuttamiseen.

7. INTERVENTIOIDEN KUSTANNUKSET JA BUDJETTIVAIKUTUKSET

Kustannusvaikuttavuuden osalta Kiiskinen ym. (2008) ovat todenneet tupakasta vieroitustoimet, kuten lääkärin kehotuksen, neuvonnan, ryhmävieroituksen ja nikotiinikorvaushoidon, erittäin kustannusvaikuttaviksi. Uudemmissa kansainvälisissä katsauksissa (Bolin 2012, Ekpu & Brown 2015) tupakastavieroitusinterventioiden on todettu tuottavan merkittäviä hyötyjä laatuolosuhteissa elinvuosissa (QALY) suhteellisen pienillä kustannuksilla ja vähentävän todennäköisesti terveydenhuollon kustannuksia tulevaisuudessa. Lisäksi on esitetty, että tupakasta vieroituksen hyödyt voivat olla vielä suuremmat kuin mihin monen tutkimuksen tulokset viittaavat, sillä useimmat tutkimukset eivät ole mallintaneet tuottavuusvaikutuksia, joita syntyy esimerkiksi sairauspoissaoloista (Bolin 2012).⁴²

Pelkästään interventioiden kustannusvaikuttavuuteen keskittyviä pohjoismaisia tutkimuksia löytyi Tanskasta (Rasmussen ym. 2013), Ruotsista (Tomson ym. 2004), Norjasta (Hagen ym. 2010) ja Suomesta (Linden ym. 2010). Kaksi viimeksi mainittua keskittyivät tupakasta vieroituksen lääkehoitoihin ja suomalaistutkimus oli Pfizerin toteuttama. Erilliset kustannusvaikuttavuuteen keskittyneet artikkelit, sekä muiden tutkimusten yhteydessä tuodut kustannusvaikuttavuustiedot osoittivat tupakasta vieroituksen eri menetelmien – myös lääkkeellisen tuen – olevan kustannustehokasta.

⁴¹ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus s.48-49 (sulkeissa olevat viitaukset ovat viittauksia systemaattisen katsauksen lähteisiin).

⁴² Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, s.42. (sulkeissa olevat viitaukset ovat viittauksia systemaattisen katsauksen lähteisiin).

Tupakoinnin suorat ja epäsuorat taloudelliset kustannukset yhteiskunnalle ovat vuositasolla yhteensä noin 1,5 miljardia euroa. Pelkästään tupakkasairauksien hoitoon liittyvät suorat terveydenhuollon kustannukset ovat lähes 300 miljoonaa euroa vuodessa. (Vähänen 2015).⁴³

8. EETTINEN TARKASTELU

Eettiset kysymykset ja niihin liittyvät pohdinnat vaihtelevat näkökulman mukaan. Eettisen tarkastelun keskiössä on ihmisarvon, itsemääräämisoikeuden, tarve-oikeudenmukaisuuden, ja hoidon toteuttamisen arvioiminen.

8.1. IHMISARVO

Ihmisarvon ja ihmisen kunnioittaminen ovat sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan perusta. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden on mietittävä omalta osaltaan, miten yksilön vastuu omista elämänvalinnoistaan näkyy potilaan ohjauksessa siten, että potilaan ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan. Potilasta tulee kunnioittaa yksilönä, joka mahdollisesti ei voi kaikissa tilanteissa ottaa vastuuta tai tehdä päätöksiä omasta terveydestään ja hyvinvoinnistaan. Potilaan ihmisarvoa voi ylläpitää tarjoamalla riittävää hoitoa sekä olemalla herkkä sille, mitä potilas haluaa sanoa.^{44 45} Aito vuorovaikutus alkaa kuuntelemisesta ja eläytymisestä toisen asemaan. Kysymys on myötäelämisen taidosta. Luottamus saavutetaan osaamisen kautta osittamalla aitoa kiinnostusta potilaaseen ja toimimalla avoimesti.⁴⁶

8.2. ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUS

Potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (785/1992) mukaan potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan. Laki turvaa potilaan itsemääräämisoikeuden hoitopäätöksiä tehtäessä. Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Potilaalla on oikeus kieltäytyä tietyistä hoidosta, hoitotoimpiteestä tai tutkimuksesta, on häntä tällöin hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla.

8.3. TARVE-OIKEUDENMUKAISUUS

Eettiseltä kannalta tarve-oikeudenmukaisuuden osalta on merkityksellistä, jos voidaan vähentää riskiä sairastua vakaviin sairauksiin. Panostamalla vaikuttaviin elintapaohjauksen ja omahoidon tuen menetelmiin voi terveydenhuoltojärjestelmä välttää kustannuksia, joita syntyisi sairauksien hoidosta. Toisaalta myös inhimillisen kärsimyksen määrää voidaan vähentää, jos onnistutaan välttämään vakavasti sairastuminen. Eri väestöryhmien välisiä terveyseroja voidaan kaventaa tupakoinnin vähentämi-

⁴³ Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, s. 46, (sulkeissa olevat viitaukset ovat viittauksia systemaattisen katsauksen lähteisiin).

⁴⁴ Etene 2011.

⁴⁵ Sairaanhoitajaliitto 2014.

⁴⁶ Lääkärietiikka 2013.

sellä. Yhteiskunnan terveydenhuollon resurssien oikeudenmukainen jakaminen tässä yhteydessä on sitä, että resursseja kohdennetaan myös ennaltaehkäisevästi sairastumisriskin pienentämiseksi niille, joiden on todettu olevan riskiryhmässä.

8.4. HOIDON TOTEUTTAMINEN

Yksilöllä itsellään on myös vastuu omista elintavoistaan, mutta on kohtuutonta jättää ihminen yksin riskiä aiheuttavasta riippuvuudesta eroonpääsemiseksi, jos hän ei siinä halustaan huolimatta ole aiemmin onnistunut.

Tupakoinnin lopettamiseen liittyvään elintapaohjaukseen voi liittyä osalla ammattilaisia turhautumista ja muita kielteisiä tunteita. Taustalla voi olla mm. se, että tupakointi nähdään paheena tai itseaiheutettuna tapana tai rikoksena, millä voi olla vaikutusta potilaan kohteluun sekä siihen saako hän elintapaohjausta ja millä tavalla.

9. PALVELUIDEN JÄRJESTÄMINEN

Tällä hetkellä elintapaohjausta ja omahoidon tukea antavien palveluiden järjestäminen ja kustantaminen on hajautunut monelle taholle. Järjestämisvastuuta kantavat kunnat ja kuntayhtymät. Julkisessa terveydenhuollossa tuotetaan perusterveydenhuollossa elintapaohjausta ja omahoidon tukea antavia palveluita omana toimintana ja niitä annetaan myös työterveyshuollossa. Neuvolat ja koulu- ja opiskeluterveydenhuolto ovat tärkeässä asemassa lasten ja nuorten sekä ennaltaehkäisevien palvelujen että tuen tarjoamisessa. Tupakoinnilla on negatiivinen vaikutus moniin suun sairauksiin, joten tupakoinnin lopettamisen tukeminen tulee huomioida suun terveydenhuollossa. – Tupakoinnin lopettamisen tukeminen; puheeksiottaminen, kirjaaminen, neuvonta ja suunnitelman tekeminen, kuuluvat myös suun terveydenhuollon ammattilaisten velvoitteisiin. Esim. Nikotiinittomana leikkaukseen-toimintamallissa velvoitetaan potilasta leikkaukseen valmistavaa henkilökuntaa tukemaan leikkaukseen menevää potilasta tupakoinnin lopettamisessa⁴⁷.

Kuntien tulee järjestää elintapaohjausta ja omahoidon tukea antavat palvelut sisällöltään ja laadultaan kunnassa esiintyvän tarpeen mukaisiksi. Eri menetelmien vaikuttavan toteuttamisen mahdollistaa vain se, että henkilökunnalla on vahvaa menetelmälistä osaamista.

Terveydenhuoltolaki (6§) velvoittaa huomioimaan palveluita järjestettäessä potilaan oikeuden käyttää palveluita sekä suomen että ruotsin kielellä ja saamenkieltä saamen kielilain määrittämässä tilanteissa.

Sähköiset välineet ovat laajentamassa elintapaohjauksen ja omahoidon tuen tarjontamahdollisuuksia ja tasaamassa tunnistettuja alueellisia epätasaisuuksia saatavuudessa. Palvelujen digitalisoimista pidetään yhtenä mahdollisuutena lisätä saatavuutta ja alentaa kynnystä osallistua hoitoon, mutta ensin on saatava tutkimusnäyttöä digitaalisten menetelmien vaikuttavuudesta.

⁴⁷ Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito. Käypä Hoito-suositus.

10. SUOSITUKSEN VALMISTELUUN OSALLISTUNEET

Suositus on valmisteltu Palkon Elintapaohjauksen ja omahoidon tuen -jaostossa (ELO-jaosto) toimikaudella 24.8.2017–30.6.2020.

Jaoston kokoonpano:

Puheenjohtaja: Pekka Mäntyselkä, professori, Itä-Suomen yliopisto

Jäsenet:

- Heli Hätönen, neuvotteleva virkamies, STM (3/2019 alkaen)
- Mika Kastarinen, ylilääkäri, Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea 30.4.2018 asti, Kuopion yliopistollinen sairaala 1.5.2018 alkaen
- Päivi Koivuranta, hallintoylilääkäri, Suomen Kuntaliitto
- Risto Kuronen, asiantuntijalääkäri, Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä
- Olli-Pekka Lappalainen, yliopistonlehtori, LT, EHL, Helsingin yliopisto
- Meri Larivaara, johtava asiantuntija ja asiantuntijalääkäri, Mieli ry
- Sari Mäkinen, ylilääkäri, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri
- Meri Paavola, neuvotteleva virkamies, Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö
- Taina Remes-Lyly, asiantuntijahammaslääkäri, Suomen hammaslääkärisseura Apollonia
- Katri Vehviläinen-Julkunen, professori, Itä-Suomen yliopisto

sekä palveluvalikoimaneuvoston sihteeristöstä:

Sari Koskinen, erityisasiantuntija, vastuvalmistelija

Iiona Autti-Rämö, pääsihteeri (1.12.18 alkaen)

Anne Arvonen, erityisasiantuntija (osa-aikaisesti 1.5.-31.12.19)

11. SUOSITUKSEN VALMISTELUVAIHEET

7.6.2017: Palko hyväksyi nikotiinivierotus -aihe-ehdotuksen otettavaksi jatkovalmisteluun

16.11.2017: Palko nimitti Elintapaohjauksen ja omahoidon tuen -jaoston ja laajensi aiheen koskemaan kansantautien sekundaaripreventiota

14.12.2017: Jaosto kokoontui ensimmäisen kerran

29.3.2018: Elintapaohjauksen näytönastekatsausten katsaus valmistui

9.8.2018: PICO-työpaja Käypä Hoidon vetämänä

03-05/2019: kilpailutus systemaattinen kirjallisuuskatsauksen tekemiseksi

3.7.2019: sopimus THL:n kanssa systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekemiseksi

4.10.2019: Systemaattinen kirjallisuuskatsaus luovutettiin

31.1.2020: Palko päätti jakaa suosituskokonaisuuden neljään osaan

19.3.2020: Palkon käsittely otakantaa-palveluun laittamiseksi

7.4.-3.5.20 : Otakantaa -kommentoiminen

11.6.2020 Suositus hyväksyttiin palveluvalikoimaneuvoston kokouksessa

11.1. KOMMENTOINTIPROSESSI

Suositusluonnos oli kommentoitavana Otakantaa-palvelussa 7.4.-3.5.20. Määräaikaan mennessä saapui 20 kommenttia.

Kommenttoijien taustat vaihtelivat seuraavasti:

Potilaita tai asiakkaita edustava järjestö	2
Sosiaali- ja terveysalan hallinto	2
Sosiaali- ja terveysalan työntekijä	2
Terveydenhuoltoalan edunvalvontajärjestö	2
Terveydenhuoltoalan tieteellinen järjestö	2
Viranomainen	1
Muu	9
<i>Yhteensä</i>	20

Suurin osa vastaajista kommentoi suosituksen eri kohtia positiivisesti. Kommenteissa tuotiin esiin mm. että suosituksen tulisi koskea kaikkien tupakka- ja nikotiinituotteiden käyttöä eikä pelkästään tupakointia, että suosituksessa tulisi tuoda vahvemmin esiin suun terveyden yhteys tupakoimiseen ja, että suosituksessa tulisi korostaa toimivan vuorovaikutuksen, potilaan elämään kiinnittymisen ja kuulluksi tuleminen merkitystä elintapaohjauksessa. Jaosto käsitteli saadut kommentit ja teki niiden pohjalta tärkeiksi katsomansa muutokset suositukseen.

LIITTEET

1. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus elintapainterventioiden osatekijöistä ja vaikutavuudesta korkean riskin henkilöillä (THL 21.10.2019).

2a Analyysi julkisen terveydenhuoltojärjestelmän antamaa omahoidon tukea ja elintapaohjausta koskevista näytönastekatsauksista ja keskeisistä kotimaisista sekä kansainvälisistä suosituksista

2b ADHD

2c Ahdistuneisuushäiriöt

2d Depressio

2e Näytönastekatsaukset

2f Sydän- ja verisuonitaudit

LÄHTEET

Asiantuntijanäkemykset / THL / Timo Ståhl: THL:stä saatu teksti (Timo Ståhl) perustuu muutamaan asiantuntijahaastatteluun (Tiina Laatikainen ja Patrick Sandström).

Duodecim. Terveysportti.

<https://www.terveysportti.fi/sovellukset/sanakirjat/#/q//primaarinen%20ehk%C3%A4isy>

ETENE 2011. Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. ETENE -julkaisuja 32. STM 2011

Kivelä K. Terveysvalmennuksen vaikuttavuus paljon terveystalvuuksilla käyttäville asiakkaille perusterveydenhuollossa. Oulun yliopiston tutkijakoulu; Oulun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta; Medical Research Center Oulu. Acta Universitatis Ouluensis D 1549, 2019.

Kouluterveyskysely 2019, THL

Kuntoutuminen. Autti-Rämö I. Salminen A-L. Rajavaara M. Duodecim 2016.

Lindson-Hawley N, Thompson TP, Begh R. Motivational interviewing for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2015; CD006936.

Lääkärin etiikka 2013. 7. painos. Suomen Lääkäriliitto 2013.

Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende: stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.

Omahoidon tuki ja elintapaohjaus; Käypä hoito -suositusten näytönastekatsaukset ja katsaus keskeisiin kansainvälisiin hoitosuosituksiin. Duodecim. J. Komulainen, R. Sipilä. 29.3.2018. Liitteet 2a-f.

Painopiste preventioon. Konsensuslausuma tarttumattomien sairauksien ehkäisystä 2017. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akatemia.

Routasalo, P. Pitkälä, K. Omahoidon tukeminen. Suomalainen lääkäri-seura Duodecim 2009. Helsinki.

Sairaanhoitajaliitto 2014. Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. Luettavissa

<https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>

Similä T. Tooth loss among middle-aged adults in the northern Finland birth cohort 1966 : associations with tobacco smoking and diabetes. Oulun yliopiston tutkijakoulu. Oulun yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta.

<http://jultika.oulu.fi/record/isbn978-952-62-2603-3>

STM:n asettaman tupakka- ja nikotiinipolitiikan kehittämistyöryhmän (2018) ehdotukset/ Tupakoinnin lopettamisen tuki:

<http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/160888>

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus elintapainterventioiden osatekijöistä ja vaikuttavuudesta korkean riskin henkilöillä. THL:n asiantuntijat 21.10.2019. Palveluvalikoimaneuvoston toimeksiannosta tehty katsaus. Liite 1.

TEA perusterveydenhuollon tiedonkeruu 2018, perustaulukot:

<https://www.teaviisari.fi/teaviisari/fi/tiedonkeruu/58>

Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito. Käypä hoito –suositus.

www.käypähoito.fi. Julkaistu: 19.06.2018.

WHO:n tupakoinnin torjuntaa koskeva puitesopimus (WHO FCTC).

https://www.who.int/fctc/treaty_instruments/adopted/article_14/en/

Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet: Sosiaali- ja terveysministeriö. 02.04.2019.

Julkaisusarja: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2019:2

<http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/161496>