

TYÖNANTAJA TUPAKOIMATTOMUUTTA TUKEMASSA

Sonja Pietilä

Opinnäytetyö, kevät 2017

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Pietilä, Sonja. Työnantaja tupakoimattomuutta tukemassa. Kevät 2017, 70 s., 2 liitettä. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Helsinki. Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK).

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa työnantajien käytänteitä tukea työntekijöidensä tupakoinnin lopettamista sekä tarkastella nikotiinikorvaushoitotuotteiden ja reseptivalmisteiden tarjoamiseen liittyviä kustannuskysymyksiä. Tutkimus tehtiin yhteistyössä keuhkoterveysjärjestö Filha ry:n kanssa.

Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisena tutkimuksena. Tutkimusosion aineisto kerättiin 148 työnantajalle suunnatulla sähköisellä kyselylomakkeella, joka sisälsi yhteensä 26 kysymystä. Tutkimuksen kohderyhmään valikoitui mukaan erikokoisia ja eri toimialan organisaatioita ympäri Suomen. Organisaatioista suurin osa edusti yksityistä puolta, mutta mukana oli myös muutama julkisen puolen sekä järjestötoiminnan edustaja. Kyselyyn saatiin yhteensä 41 vastausta. Pienen vastausprosentin (28 %) vuoksi tutkimustulosta ei voida yleistää, mutta tulosta voidaan pitää suuntaa antavana. Aineiston analysoinnissa käytettiin Excel-taulukointiohjelmaa sekä hyödynnettiin eri muuttujien välisten frekvenssien laskentaa.

Saatujen vastausten perusteella voidaan todeta, että työnantajat ovat ottaneet pääsääntöisesti hyvin käyttöönsä eri tupakoimattomuutta tukevia toimia, sillä vastanneista organisaatioista vain kolmella ei ollut käytössään mitään tupakoinnin lopettamista edistäviä keinoja. Tutkimukseen osallistuneiden organisaatioiden keskuudessa yleisimmiksi tupakoinnin lopettamista edistäviksi tukimuodoiksi nousivat ohjauksen tarjoaminen työterveyshuollon kautta, vieroitusvalmisteiden kustannuksiin osallistuminen sekä erilaisten kampanjoiden ja teemapäivien järjestäminen. Tuloksista kävi myös ilmi, että työnantajalle vieroitusvalmisteiden tarjoamisesta aiheutuvat kustannukset pysyvät maltillisella tasolla. Tätä puoltaa muun muassa tutkimustulos, jonka mukaan tutkimuksessa mukana olleille organisaatioille nikotiinikorvaushoitotuotteista sekä reseptivalmisteista vuoden 2015 aikana kertyneet kustannukset pysyttelivät keskimäärin alle 2500 euron.

Tutkimuksen tuloksia voivat jatkossa hyödyntää organisaatiot, jotka haluavat kehittää toimintaansa savuttomampaan suuntaan. Tulokset lisäävät tietoisuutta tupakoimattomuuden tukimuotojen tarjoamiseen liittyvissä asioissa sekä kannustavat että rohkaisevat organisaatioita niin nikotiinikorvaushoitotuotteiden ja reseptivalmisteiden kuin muidenkin tukemista edistävien keinojen käyttöön.

Asiasanat: tupakoimattomuus, tukimuodot, terveyden edistäminen, nikotiinikorvaushoito, työnantajat, työterveys

ABSTRACT

Pietilä, Sonja. Employer's support for smoking cessation. Spring 2017, 70 p., 2 appendices. Language: Finnish. Diaconia University of Applied Sciences, Helsinki. Degree programme in Nursing, Option in Nursing: Nurse.

The purpose of this thesis was to study options that employer has to support its employees with smoking cessation as well as to examine the costs related issues of smoking cessation support. This thesis was made in close co-operation with Filha Ry. Filha is a non-governmental public Lung Health organization.

The data of this quantitative study was collected via online survey that was sent to 148 employers. The questionnaire contained a total of 26 questions. The target group of this study was handpicked so that the respondents included organizations of different sizes as well as organization from different industries, governmental bodies and non-profits from around Finland. The most of the respondents represented private sector organizations but there were also a few public sector respondents. The final data consisted of 41 responses. The response rate of this study was 28 % hence there are limits to extrapolation of the results. Still the results of this study can be considered directional. Excel spreadsheet computation software was used to analyze the data. The main method of analysis was frequency calculation in order to study the frequency of and relationships between the variables.

Based on the results we can conclude that in general employers have adopted the methods of supporting employees' non-smoking well, as only approximately one third of employers had adopted no forms of support. Among those participating in the research, the most common forms of support offered were direction through occupational health services, subsidizing the costs of nicotine replacement and organizing campaigns and theme days. We can further conclude that the costs of subsidizing nicotine replacement are on average reasonable, averaging less than 2500 Euros among the respondents in 2015.

The results of this thesis add awareness on the benefits of smoking cessation support offering issues as well as it encourages and supports organizations implementing smoking cessation support.

Keywords: non-smoking, forms of support, health promotion, nicotine replacement therapy, employers, occupational health

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 TUPAKOINTI	8
2.1 Tupakointi Suomessa	8
2.2 Tupakoinnin haittavaikutukset yksilö- ja yhteiskuntatasolla	9
2.3 Riippuvuus ja tupakoinnin lopettaminen.....	13
3 TYÖNANTAJAN ROOLI TUPAKOINNIN LOPETTAMISESSA.....	15
3.1 Savuton työpaikka	15
3.2 Työnantajaa ohjaava lainsäädäntö	16
3.3 Tupakoinnin lopettamista edistävät keinot työnantajan näkökulmasta	18
3.3.1 Nikotiinikorvaushoito ja reseptivalmisteet	19
3.3.2 Yksilö- ja ryhmäohjaus	22
3.3.3 Kilpailut ja rahalliset palkkiot.....	23
3.3.4 Muut keinot	24
3.4 Tupakoivan työntekijän sekä tupakoinnin tukemisen kustannukset	25
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	28
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	29
5.1 Tutkimuksen toimeksiantaja.....	29
5.2 Tutkimusmenetelmä ja tutkimusprosessi	29
5.3 Kohderyhmä ja otanta	31
5.4 Aineiston keruu ja analysointi	32
6 TULOKSET	36
6.1 Taustatiedot	36
6.2 Työnantajien keinot edistää tupakoimattomuutta.....	38
6.2.1 Nikotiinikorvaushoitotuotteiden ja reseptivalmisteiden korvaaminen.....	38
6.2.2 Muut keinot	41
6.3 Nikotiinikorvaushoitotuotteiden ja reseptivalmisteiden korvaamisesta aiheutuvat kustannukset	44

7 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	48
7.1 Tulosten tarkastelua.....	48
7.2 Tutkimuksen eettisyys	52
7.3 Tutkimuksen luotettavuus	53
7.4 Jatkotutkimusaiheet	55
7.5 Ammatillinen kasvu	55
LÄHTEET	57
LIITE 1: TUTKIMUKSEN SAATEKIRJE	64
LIITE 2: KYSELY	65

1 JOHDANTO

Tupakoimattomuus on nykypäivänä kasvava trendi. Tupakointia koskevan lainsäädännön sekä tupakoinnin vastaisen ilmapiirin kiristyminen aiheuttavat painetta myös työnantajille osallistua osaltaan talkoisiin tupakoimattomuuden lisäämiseksi. (Vakkuri, Saaristo & Holstila 2012, 78.) Tupakoimattomuuteen satsaaminen on työnantajan näkökulmasta katsoen lisäksi hyvin kannattavaa toimintaa, sillä pienelläkin panostuksella voidaan saada merkittävää hyötyä aikaan (Työterveyslaitos 2014). Tulevaisuudessa tupakoinnin ehkäisyyn ja sen käytön lopettamisen edistämiseen tullaan kiinnittämään entistä enemmän huomiota, sillä Suomi on ensimmäisenä maana kirjannut lakiinsa tavoitteen tupakkatuotteiden käytön lopettamisesta (Tupakkalaki 2016; Jääskeläinen & Virtanen 2016, 10).

Tupakkalakiin vuonna 1995 tehty lakimuutos työpaikkatupakoinnin kieltämiseksi on muiden lakien rinnalla vähentänyt työpaikoilla tapahtuvaa tupakointia merkittävästi viime vuosikymmenten aikana (Jaakkola & Jaakkola 2013, 395). Osassa työyhteisöistä on otettu käyttöön lisäksi työnantajalle vapaaehtoisia tupakoinnin lopettamiseen tähtääviä toimia, joilla työntekijöiden tupakoimattomuutta pyritään tukemaan lakisääteisten toimien lisäksi (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 9). Näistä huolimatta suomalaisista työikäisistä edelleen noin joka kuudes tupakoi päivittäin (Jääskeläinen & Virtanen 2016, 1).

Tupakoimattomuus työpaikoilla luo terveydellistä sekä taloudellista hyötyä ja on näin ollen koko työyhteisön etu (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 9). Työnantajalle savuttomuuden hyödyt tulevat ilmi erityisesti taloudellisesti, sairauspoissaolojen sekä menetettyjen työtuntien vähenemisenä (Varis & Virtanen 2015, 11). Savuton työympäristö ja tupakoimattomuuteen tähtäävät toimet voidaan lisäksi nähdä merkittävänä terveyden edistämisen muotona, jotka näyttäytyvät työntekijöille terveyden sekä työkyvyn ja -hyvinvoinnin turvaamisen lähtökohtina (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 9).

Tupakointi on ollut tutkijoiden mielenkiinnon kohteena laajasti. Aikaisemmissa tutkimuksissa on tutkittu paljon muun muassa eri tupakoinnin vieroitukseen käytettyjen tuki-

muotojen vaikutuksia sekä tupakoinnin terveyshaittoja (Cahill, Stevens, Parera & Lancaster 2013; U.S. Department of Health and Human Services 2010). Työnantajan näkökulmasta katsoen hyödyllisiä laskelmia on tehty esimerkiksi tupakoivan työntekijän vuosittaisesta kustannuksesta sekä toisaalta taas kustannuksista, jotka tupakoinnin vieroitusmenetelmien tarjoaminen aiheuttaa työnantajalle (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016b; Vitikainen, Pekurinen, Kiiskinen & Mikkola 2006, 11; Tuovinen 2013, 47).

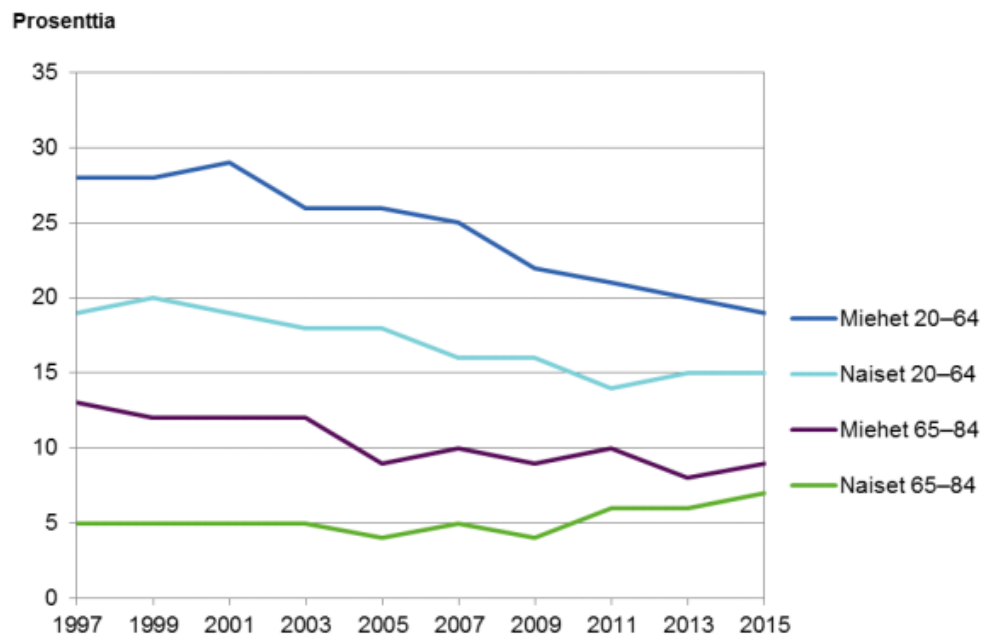
Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa työnantajien käytänteitä tukea työntekijöidensä tupakoinnin lopettamista sekä tarkastella nikotiinikorvaushoitotuotteiden ja reseptivalmisteiden tarjoamiseen liittyviä kustannuskysymyksiä. Tutkimuksen aihe on noussut organisaatioiden tarpeesta ja siitä saatavan tiedon tavoitteena on palvella työnantajia, henkilöstöasioista vastaavia, työterveyshuoltoa sekä koko työyhteisöä. Tutkimuksesta saatavan tiedon kautta tavoitteena on kannustaa organisaatioita kehittämään toimintaansa savuttomampaan suuntaan ja rohkaista heitä niin nikotiinikorvaushoitotuotteiden, reseptivalmisteiden kuin muidenkin tukimuotojen käyttöön otossa. Tutkimuksen yhteistyökumppanina ja toimeksiantajana toimi keuhkoterveysjärjestö Filha ry.

Tässä tutkimuksessa tupakoinniksi katsotaan kuuluvan kaikkien tupakkatuotteiden käyttö, sillä Suomen tupakkalaki (2016) määrittelee tupakkatuotteiksi tupakkakasvista kokonaan tai osittain valmistetut tuotteet, jotka voidaan jaotella poltettavaksi tarkoitettuihin sekä savuttomiin tupakkatuotteisiin. Tupakkatuotteiksi luokitellaan muun muassa savukkeet, sikarit, puru- ja piipputupakat sekä nuuska (Tilastokeskus i.a.a). Tutkimuksen luonteesta johtuen pääpaino päätettiin kuitenkin teoriaosuudessa asettaa poltettavaksi tarkoitettujen tupakkatuotteiden tarkasteluun, sillä näiden tupakkatuotteiden haitallisuus korostuu työyhteisöissä savuttomiin tupakkatuotteisiin verrattuna muun muassa haitallisten palamistuotteiden ympäristöön leviämisen sekä polttamiseen tarvittavan ajankäytön seurauksena. Rajausta ohjasi lisäksi tavoite keskittyä eniten käytettyyn tupakkatuotteiden muotoon, joka Suomessa, muun maailman tavoin, on savukkeiden polttaminen (Jääskeläinen & Virtanen 2016, 6; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos i.a.). Tutkimuksessa käytetystä käsitteistöstä esille puolestaan halutaan nostaa käsite ”vieroitusvalmisteet”, joka rajataan tässä yhteydessä koskemaan tupakoinnin vieroituksessa käytettyihin nikotiinikorvaushoitotuotteisiin sekä reseptivalmisteisiin.

2 TUPAKOINTI

2.1 Tupakointi Suomessa

Vuonna 2015 suomalaisista työikäisistä miehistä 19 % ja naisista 15 % tupakoi päivittäin. Tupakointi on yleisesti väestön tasolla kääntynyt laskusuuntaan viimeisten vuosikymmenten aikana ja erityisesti miesten tupakoinnin yleisyys on vähentynyt merkittävästi. Naistupakoitsijoiden määrä pysyi pitkään tasaisena, mutta 2000-luvulla tupakointi on myös heidän osaltaan vähentynyt eläkeikäisiä naisia lukuun ottamatta. (Kuvio 1.)



KUVIO 1. Päivittäin tupakoivien miesten ja naisten osuudet (%) ikäryhmittäin 1997–2015 (Jääskeläinen & Virtanen 2016, 1)

Työntekijöiden tupakansavulle altistuminen työpaikoilla on vähentynyt rajusti viimeisen kolmenkymmenen vuoden aikana, sillä työpaikoillaan passiiviselle tupakoinnille altistuneiden henkilöiden määrä oli vuonna 2014 pudonnut yhdeksäsosaan vuoden 1985 lukemasta. Näin ollen vuonna 2014 tupakoimattomista miehistä kuusi prosenttia ja naisista kaksi prosenttia altistui työaikanaan tupakansavulle. Suurin muutos vähenemisessä tapahtui vuonna 1995, jolloin työpaikkatupakointia alettiin rajoittaa lainmuutoksella. (Jääskeläinen & Virtanen 2016, 5.)

Vaikka tupakointi ja passiiviselle tupakoinnille altistuminen ovat vähentyneet merkittävästi, ovat sosioekonomiset erot pysyneet tupakoinnissa suurina (Varis & Virtanen 2014, 12). Alimmissa koulutusryhmissä tupakointi onkin vähentymisestä huolimatta edelleen lähes kaksi kertaa yleisempää kuin korkeimmissa koulutusryhmissä (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2016a).

2.2 Tupakoinnin haittavaikutukset yksilö- ja yhteiskuntatasolla

Tupakoinnin aiheuttamat haitat näyttäytyvät sekä yksilön että yhteiskunnan tasolla. Yksilötasolla haitat muodostuvat pääsääntöisesti tupakoinnin aiheuttamasta inhimillisestä kärsimyksestä, toimintakyvyn heikkenemisestä, sairauksista sekä kuolemantapauksista. Yhteiskuntatasolla haitat ilmenevät erityisesti tupakoinnin seurauksena syntyneiden kustannusten aiheuttamina merkittävänä taloudellisina tappioina. (Vähänen 2015, 4, 11.)

Tupakoinnin seurauksena joka vuosi noin viisi miljoonaa ihmistä maailmassa kuolee enenaikaisesti ja Suomessakin vastaava luku kohoaa yli neljään tuhanteen (Winell & Lehto 2012; Jääskeläinen & Virtanen 2016, 11). Tupakoinnilla on suuret kansanterveydelliset vaikutukset, sillä aktiivisen tupakoinnin vaikutukset monien kansansairauksien syntyyn on kiistaton (Jaakkola & Jaakkola 2013, 386). Tupakoinnin syy-yhteys on osoitettu toteen muun muassa useiden syöpäsairauksien, sydän- ja verisuonisairauksien sekä hengityselinsairauksien synnyssä (Vähänen 2015, 17, 56; Jaakkola & Jaakkola 2013, 386). Yksilön näkökulmasta katsottuna tupakoinnin merkittävimmät haitat kohdistuvat sen aiheuttamaan terveysriskiin, sillä tupakoinnin aiheuttamat haittavaikutukset näkyvät koko kehossa (Patja 2014).

Tupakansavu muodostuu yli 7000 yhdisteestä, joista yli kuudenkymmenen aineen tiedetään aiheuttavan syöpää. Tupakansavussa on myös satoja muita aineita, jotka luokitellaan myrkyllisiksi tai ärsyttäviksi. Yksi tunnetuimmista tupakan sisältämä aineista on nikotiini. (Jaakkola & Jaakkola 2013, 386–387.) Käypä hoito -suosituksessa: Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus (2012) nikotiini määritellään voimakasta fyysistä riippuvuutta aiheuttavaksi aineeksi, joka muovaa samalla keskushermoston rakennetta ja toimintaa.

Muita keskeisimpiä tupakoinnin seurauksena elimistöön päätyviä aineita ovat keuhkoputkia ärsyttävät terva-aineet sekä palamisen seurauksena syntyvä hiilimonoksidi eli häkä, joka aikaansaa elimistön hapenpuutetta (Työkalupakki i.a.; Kunttu 2014). Tupakansavu vähentää immunologisen puolustusjärjestelmän toimivuutta, mikä lisää herkkyyttä infektioiden saamiseen sekä heikentää elimistön kykyä parantua muista sairauksista (Jaakkola & Jaakkola 2013, 388). Tupakointi asettaa rajoitteet myös monien sairauksien hoitomahdollisuuksille vaikeuttaen näin ollen paranemista (Käypä hoito -suositus 2012).

Tupakoinnin tiedetään olevan merkittävin ennaltaehkäistävissä oleva tekijä keuhkosairauksien syntyyn. Tupakansavulla on laaja-alaiset vaikutukset keuhkojen rakenteeseen ja toimintaan, sen vähentäen muun muassa hengitysfunktiota. Tupakointi aiheuttaa keuhkoputkissa sekä -rakkuloissa solutasoista tuhoa sekä aikaansaa kroonista tulehdusta, joka ennen pitkään johtaa keuhkoputkien ahtautumiseen ja keuhkojen laajentumiseen. Tupakoinnin merkitystä keuhkohtaumataudin syntyyn on tutkittu paljon ja tutkimusten myötä tiedetään tupakoinnin aiheuttavan jopa 90 % keuhkohtaumatautitapauksista. Tupakointi nostaa lisäksi riskiä aikuisiän astman puhkeamiseen ja se heikentää joidenkin astmalääkkeiden tehoa lisäten samalla astman pahenemisvaiheita. Tupakointi altistaa myös enemmän määrin keuhkokuumeelle ja muille infektioille ja nostaa näistä aiheutuvien kuolemantapausten määrän lähes kaksinkertaiseksi. (Jaakkola & Jaakkola 2013, 388–390.)

Tupakointi vaikuttaa solujen toimintaan karsinogeenien vahingoittaessa DNA:ta (Jaakkola & Jaakkola 2013, 388). Syöpien tunnetuista aiheuttajista tupakointi on merkittävin yksittäinen osatekijä ja se lisääkin riskiä sairastua moniin syöpiin (Jyrkkiö, Boström & Minn 2012). Merkittävin tupakoinnin aiheuttama syöpä on keuhkosyöpä, jonka syynä tupakka on 90 %:ssa tapauksista. Tupakoinnin yhteys haimasyöpään, virtsarakon syöpään, mahasyöpään, ruokatorven syöpään sekä leukemiaan on myös osoitettu sitovasti. (Itä-Suomen yliopisto 2014a.) Syöpäriskin suurentamisen lisäksi tupakointi heikentää syöpäpotilaan ennustetta ja lisää samalla syöpähoidosta aiheutuvien haittojen esiintyvyyttä. Arvioiden mukaan tupakointi on ollut taustavaikuttajana kolmasosassa syövän aiheuttamissa kuolemantapauksissa. (Jyrkkiö ym. 2012.)

Tupakansavu vahingoittaa verenkiertoelimistöä monin eri tavoin ja on näin ollen merkittävä riskitekijä sydän- ja verisuonisairauksien syntyyn (Miettinen 2014). Tupakansavu vaikuttaa valtimoiden seinämien toimintaan heikentävästi sekä edesauttaa ateroskleroosin

syntymistä suonten seinämissä. Tupakan sisältämän nikotiinin vaikutuksesta verisuonet supistuvat hetkellisesti. Sepelvaltimoiden supistuminen nostaa osaltaan riskiä sepelvaltimotautiin ja ääreisverisuonien supistuminen puolestaan johtaa lyhytaikaiseen verenpaineen kohoamiseen. Hiilimonoksidi vaikeuttaa punasolujen kykyä kuljettaa soluille happea. Tupakointi vaikuttaa lisäksi veren hyytymisominaisuuksiin ja lisää tämän takia tukostaipumusta sekä rytmihäiriöiden riskiä. Tupakoinnilla on myös osoitettu olevan selkeä yhteys aivohalvauksien syntyyn. (Itä-Suomen yliopisto 2014a.)

Tupakoinnin on todettu aiheuttavan aikuistyyppin diabetesta. Lisäksi tupakansavun vaikuttaessa epäedullisesti diabeetikon sokeritasapainoon sekä verisuonten toimintaan, kasvaa diabeetikon liitännäissairauksien riski. Tupakoinnilla on tutkittu olevan lukuisia muitakin terveyshaittoja. Tupakointi lisää muun muassa riskiä sairastua mahahaavaan, iho- sekä suun sairauksiin. Tupakointi myös nostaa riskiä leikkauskomplikaatioihin, hidastaa haavojen paranemista sekä vaikuttaa heikentävästi lisääntymisterveyteen. Raskaana olevan naisen tupakointi aiheuttaa lisäksi monia haittavaikutuksia kehittyvälle sikiölle. (Itä-Suomen yliopisto 2014a.)

Tupakointi aiheuttaa tupakoimattomille henkilöille terveyshaittoja passiivisen tupakoinnin kautta eli henkilön altistuessa tupakansavun haitallisille palamistuotteille toisen henkilön tupakoinnista johtuen. Fysiologisen kehityksen keskeneräisyyden vuoksi erityisesti sikiöt sekä lapset ovat herkkiä saamaan tupakansavusta haittavaikutuksia. Passiiviselle tupakoinnille altistuu noin 30–40 % väestöstä. Passiivisen tupakoinnin on osoitettu lisäävän muun muassa astman, keuhkohtaumataudin, keuhkosityövän sekä sydän- ja verisuonisairauksien esiintymistä. Tutkimuksissa on myös havaittu tupakansavun kyky vapautua uudelleen ilmaan pintamateriaaleista, johon se on tarttunut. Tämä lisää entisestään altistumista karsinogeenisille yhdisteille ympäristössä. (Jaakkola & Jaakkola 2012, 387–393.)

Tupakointi aiheuttaa myös yhteiskunnalle huomattavia haittavaikutuksia eri tavoin. Tupakointi muun muassa edistää välillisesti väestön eriarvoisuutta, sillä tupakointi on yksi suurimmista terveys- ja kuolleisuuserojen aiheuttajista eri väestöryhmien välillä. Kansantalouden sekä -terveyden kannalta olisi olennaista pyrkiä kaventamaan eri väestöryhmien välillä olevia terveyseroja ja edistämään väestön hyvinvointia, sillä terveysongelmien vä-

henemisen seurauksena myös terveydenhuoltokustannukset laskisivat huomattavasti. Tämän johdosta tupakoinnin ehkäisyyn sekä lopettamisen tukemiseen liittyvillä toimilla on merkittävät kustannushyödyt. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016b.)

Sosioekonomisten erojen kasvattamisen lisäksi tupakointi näyttäytyy yhteiskuntatasolla haittakustannusten lisääntymisenä, sillä tupakoinnin seurauksena syntyneiden välittömien, välillisten sekä tulonsiirtojen muodostamat kustannukset aiheuttavat yhteiskunnalle merkittävän taloudellisen menoerän (Vähänen 2015, 49). Vuoden 2012 aikana tupakoinnin aiheuttama syyosuus oli muun muassa sairauspäivärahamaksujen osalta yli 800 miljoonaa euroa ja työkyvyttömyysmaksuista noin 91 miljoonaa euroa (Vähänen 2015, 35–36). Välilliset tupakoinnista aiheutuneet tuotantopanosmenetykset olivat puolestaan jopa 900 miljoonaa euroa (Vähänen 2015, 46).

Tupakkatuotteiden myyminen tuottaa yhteiskunnalle myös tuloja, sillä vuonna 2012 Suomen valtio sai tupakkaveron kautta yhteensä 752 miljoonaa euroa verotuloja. Arvioiden mukaan tupakoinnista aiheutunut taloudellinen tappio nousee kuitenkin vuosittain noin 1,5 miljardiin euroon, josta terveydenhuollon kustannukset kattavat lähes 300 miljoonan euron kulut. Näin ollen voidaan todeta tupakoinnin aiheuttavan huomattavaa taloudellista haittaa yhteiskunnalle. (Vähänen 2015, 4, 49–50.)

Tupakoinnin vastaisen työn tehostamisella on tulevaisuudessa entistä suurempi merkitys. Tupakoinnin aiheuttamien sairauksien hoitokuluihin tulee yhä kasvavassa määrin kuluun rahaa hoitomuotojen kehittyessä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 53.) Terveydenhuollon resurssit ovat kuitenkin rajalliset, jolloin joudutaan priorisoimaan eli jakamaan käytettävissä olevat resurssit siten, että niistä saatava terveyshyöty olisi mahdollisimman suuri (Ruuhonen & Kattelus 2012, 12). Resurssien suuntaaminen tupakoinnin ehkäisyyn ja sen käytön lopettamisen tukemiseen on yksi kustannustehokas ratkaisu, jolla saadaan merkittävää terveyshyötyä aikaan, sillä tupakoimattomuutta tukemalla ehkäistään monien kansansairauksien syntyä ja niihin kuluviin hoitokulujen kasvua (Simonen 2012).

2.3 Riippuvuus ja tupakoinnin lopettaminen

Tupakkariippuvuus on vakava krooninen sairaus, joka aiheuttaa joka toiselle tupakoitsijalle tupakoinnista johtuvan sairauden seurauksena ennenaikaisen kuoleman (Simonen 2012; Rouhos 2013, 397). Valtakunnallisen Käypä hoito -suosituksen (2012) mukaan tupakointi aikaansaa riippuvuusoireyhtymän, joka sisältää nikotiinin aiheuttaman fyysisen riippuvuuden lisäksi myös psyykkisen ja sosiaalisen riippuvuuden osa-alueet. Tupakointi on määritelty kansainvälisessä tautiluokituksessa itsenäiseksi sairaudeksi ja se on yksi merkittävin tiedossa ja ehkäistävissä oleva sairauksien sekä kuolemantapauksien aiheuttaja (Käypä hoito -suositus 2012).

Tupakkatuotteiden sisältämistä aineista nikotiini on tärkein riippuvuutta aiheuttava ja ylläpitävä aine, joka täyttää kriteerit kemiallisen aineen riippuvuudelle (Käypä hoito -suositus 2012). Nikotiiniriippuvuuteen sisältyy sietokyvyn nousua, pakonomaista tarvetta ja vähentynyttä kontrollointikykyä nikotiinituotteita kohtaan sekä fysiologisia vieroitusoireita nikotiinituotteiden käytön loppuessa (Itä-Suomen yliopisto 2014b).

Tupakoidessa nikotiini imeytyy keuhkoputkien limakalvoilta elimistöön, jossa se aikaansaa välittömiä reaktioita. Tupakoinnin seurauksena veren nikotiinipitoisuus nousee ja nikotiini saavuttaa aivojen nikotiinireseptorit noin 20 sekunnissa. Nikotiinin kiinnittyminen reseptoreihin aikaansaa dopamiinin, asetylkoliinin ja endorfiinien vapautumista, mitkä lisäävät hyvänolon tunnetta. (Rouhos 2013, 398; Itä-Suomen yliopisto 2014b.)

Perinnölliset tekijät ohjaavat osaltaan nikotiiniriippuvuuden kehittymistä yhdessä ympäristötekijöiden kanssa. Nikotiinireseptorien koossa ja määrässä sekä maksan kyvyssä hajottaa nikotiinia on yksilöllisiä eroavaisuuksia, mitkä vaikuttavat yksilön herkkyyteen kehittävään nikotiiniriippuvuuteen. (Käypä hoito -suositus 2012.) Tupakoinnin vaikutuksesta nikotiinireseptorien määrä ja herkkyys lisääntyvät, jolloin elimistön toleranssi nikotiinille kasvaa. Nämä neurobiologiset tekijät auttavat riippuvuuden kehittämisessä. (Rouhos 2013, 398.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen teettämän suomalaisten terveyskäyttäytymistä koskevan selvityksen mukaan vuonna 2014 tupakoitsijoista 80 % oli huolissaan tupakoin-

tinsa aiheuttamista terveyshaitoista. Lähes 60 % vastaajista kertoi halustaan lopettaa tupakointi ja noin 40 % heistä oli viimeisen vuoden aikana lopettamista vakavasti yrittänyt. (Helldán & Helakorpi 2015, 14.) Tupakoitsijan suhde tupakkaan on kuitenkin moninainen. Tupakka tuottaa tupakoitsijalle mielihyvää, lieventää ahdistusta ja stressiä sekä lisää keskittymiskykyä. Tupakkariippuvuuteen kuuluu olennaisena osana tapariippuvuus, jossa tupakointi kietoutuu tiukasti päivän askareisiin. Tupakoinnilla on merkittävä rooli sosiaalisessa kanssakäymisessä, sillä se lisää muun muassa yhteenkuuluvuuden tunnetta. (Jaakkola & Jaakkola 2013, 399.) Näiden syiden vuoksi yrittäjistä vain muutama prosentti pääsee tupakoinnista irti omin avuin. Onnistumisprosentti nousee kuitenkin muutamaa kymmeneen prosenttiin asianmukaisen tuen ja lääkehoidon avulla. (Rouhos 2013, 401.)

Tupakoinnin lopettaminen aikaansaa lähes kaikille vieroitusoireita ja noin 15 % lopettajista kokee vieroitusoireet vaikeina (Rouhos 2013, 399). Vieroitusoireet voidaan jakaa fysiologisiin, psykologisiin, käyttäytymiseen liittyviin sekä sosiaalisiin vaikutuksiin (Käypä hoito -suositus 2012). Tyypillisimpiä vieroitusoireita ovat keskittymisvaikeudet, ummetus, muutokset ruokahalussa, unettomuus sekä mielialassa tapahtuvat muutokset, joita ovat muun muassa ärtyneisyys, levottomuus sekä masentuneisuus. Vieroitusoireet alkavat pääsääntöisesti jo ensimmäisen vuorokauden aikana ja alkavat tyypillisesti helpottaa muutaman viikon jälkeen. (Rouhos 2013, 399.)

Tupakoinnin lopettamisen onnistuminen palkitsee monin tavoin, sillä lopettaminen aikaansaa lukuisia myönteisiä vaikutuksia. Nopeasti havaittavia vaikutuksia on muun muassa yskän ja liman nousun lievittyminen, unen laadun paraneminen, haju- ja makuaistin korjaantuminen sekä keuhkojen toiminnan parantuminen. Pidemmällä aikavälillä tupakoinnin lopettamisen hyödyt moninkertaistuvat, sillä se vähentää huomattavasti riskiä sairastua useisiin sairauksiin sekä pienentää ennenaikaisen kuoleman riskiä muun muassa puolittamalla sepelvaltimotaudista johtuvan kuolemanriskin vuoden kuluttua lopettamisesta. (Käypä hoito -suositus, 2012.)

3 TYÖNANTAJAN ROOLI TUPAKOINNIN LOPETTAMISESSA

3.1 Savuton työpaikka

Terveystieteiden ammattilaisten rinnalla työnantajalla ja koko työyhteisöllä on tärkeä rooli tupakoinnin vieroittamisen edistämiseksi, sillä lopettamista yrittävälle on tärkeää saada tukea lähiyhteisöiltään, johon myös työyhteisö lukeutuu (Sandström, Leppänen & Simonen 2010, 12). Tupakoinnin lopettamista edistävien toimien tarjoamiseen työpaikalla liittyy monia positiivisia ja onnistumista vahvistavia tekijöitä, kuten työyhteisöstä helposti saatava vertaistuki sekä tupakoivien henkilöiden laaja tavoittaminen työterveyshuollon käytien kautta. Työpaikalla tupakoitsijat pystytään paremmin sitouttamaan tupakoinnin vieroittamisen toimiin muun muassa tarjoamalla mahdollisuus osallistua tupakoinnin lopettamista tukeviin ryhmiin työajan puitteissa. (Hagelin 2014, 11.) Työnantajalta saatava tuki lisääkin olennaisesti tupakoinnin lopettamisen onnistumisen mahdollisuutta (Tutu – Tulostavoitteena tupakoimattomuus i.a., 2).

Tupakoimattomuutta työpaikoilla voidaan tukea monin eri tavoin ja osa työnantajista on ottanut käyttöönsä erilaisia savuttomuuslinjauksia. Työpaikoilla suurin hyöty tupakoinnista aiheutuvien haittojen ehkäisyssä saadaan toimilla, jotka kohdistuvat tupakoinnin vieroitukseen. Käytännön toteutuksessa työterveyshuollolla on merkittävä rooli vieroitustoimien tarjoajana. (Tutu – Tulostavoitteena tupakoimattomuus i.a., 2.)

Useat työnantajat ovat ottaneet käyttöönsä lakisääteisten toimien rinnalle vapaaehtoisia toimia, jolla työntekijöitä kannustetaan tupakoimattomuuteen. Osa työnantajista on vienyt tupakoimattomuuden edistämisen tasolle, jossa tupakoimattomuuteen tähtäävät toimet työyhteisössä täyttävät kriteerit myös savuttomalle työpaikalle (taulukko 1).

TAULUKKO 1. Savuttoman työpaikan kriteerit (Työterveyslaitos 2015)

1. Tupakointi on kielletty sisä- ja ulkotiloissa tupakkalain mukaisesti
2. Työpaikan sisätiloissa ei ole varattu tupakoinnille erillistä aluetta ja lisäksi mahdolliset ulkotilojen tupakkapaikat ovat sijoitettu riittävän kauas rakennuksesta estäen näin tupakansavun kulkeutumisen sisätiloihin.
3. Tupakointi työaikana sallitaan vain lakisääteisiin työehtosopimukseen kirjattujen taukojen aikana.
4. Työpaikan tilaisuuksissa tupakointi on myös kiellettyä.
5. Työpaikalla ei myydä tupakkatuotteita.
6. Tupakoitsevat työntekijät saavat tukea tupakoinnin lopettamiseen.
7. Työnhakuilmoituksissa mainitaan työpaikan savuttomuudesta.

3.2 Työnantajaa ohjaava lainsäädäntö

Suomen tupakkapolitiikan tärkein säätelijä on ollut vuodesta 2003 Maailman terveysjärjestön tupakoinnin torjuntaan keskittyvä valtiosopimus, jonka tavoitteena on tupakkatuotteiden kysyntää ja tarjontaa pienentämällä vähentää pysyvästi tupakointia ja ehkäistä näin ollen tupakasta aiheutuvia terveysriskejä (Varis & Virtanen 2015, 11). Sopimus pyrkii tavoitteeseensa velvoittamalla sopimusvaltioita muun muassa säätelemään tupakkatuotteiden sisältöä, myyntiä ja verotusta sekä järjestämään tupakoinnin vastaista koulutusta ja tukea, jota myös työnantaja voi osaltaan tarjota (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011, 3).

Työaikana tapahtuvaa tupakointia säätelevät tupakoinnin valmistamista, myyntiä ja maiontaa ohjaavat EU-säädökset ja Suomen tupakkapolitiikan linjaukset, joiden keskeisenä tavoitteena on tupakkatuotteiden käytön loppuminen sekä näiden myötä syntyneet lainsäädännöt, joista keskeisimmät ovat tupakkalaki, työturvallisuuslaki, terveydensuojelulaki ja työterveyshuoltolaki (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 6; Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 9). Lisäksi valtioneuvoston päätös ympäristön tupakansavusta (1999) on olennainen lainsäädännöllinen säädös, sillä päätös ohjaa työnantajaa ryhtymään toimiin, joilla työntekijöitä voidaan suojata työpaikalla tupakansavulta. Päätös edellyttää esimerkiksi, että tupakoinnille tulee varata erilliset alueet, josta tupakansavu ei pääse leviämään.

Vuonna 1976 voimaanastunut ensimmäinen tupakkalaki säädettiin koskemaan toimenpiteitä, joilla pyrittiin tupakkatuotteiden käytön aloittamisen ehkäisyllä, rajoittamisella sekä lopettamisen tukemisella edistämään tupakoinnin lopettamista Suomessa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 63). Tupakkalakia (2016) on säädetty vuosien varrella ja uusin tupakkalainsäädäntö astui voimaan elokuussa 2016. Lain ensisijaisena tavoitteena on saada tupakkatuotteiden käyttö loppumaan kokonaan ja suojella väestön altistumista tupakan savulle ympäristössään (Tupakkalaki 2016). Työpaikkatupakoinnin kannalta merkittävin tupakkalain muutos koskee vuonna 1995 tehtyä työpaikkatupakoinnin kieltävää lakimuutosta, joka salli tupakoinnin tapahtuvan työpaikalla vain sille määrätyissä erillisissä tupakointitiloissa. Lakimuutos perustui tupakansavun luokitukseen syöpävaaralliseksi aineeksi. Myöhemmin tupakointikielto on laajennettu koskemaan myös ravintoloita, kouluja, päiväkoteja, yleisiä kulkuneuvoja sekä julkisia laitoksia. Tupakkalaki velvoittaa lisäksi työnantajan kieltämään tai rajoittamaan tupakoinnin työtiloissa, joissa se ei erikseen ole lain mukaan sallittua. (Laatunen & Hurmalainen 2014, 455.)

Muun muassa kemiallisten vaarojen, säteilyvaaran ja työperäisten sairauksien rinnalla tupakointi ja erityisesti sen aiheuttama savu ovat työpaikoilla merkittäviä terveyshaittaa aiheuttavia tekijöitä, joihin työnantajan on kiinnitettävä huomio työturvallisuuslain sekä terveydensuojelulain perusteella (STTK ry i.a.). Työturvallisuuslaki (2002) velvoittaa työnantajan huolehtimaan työntekijöidensä turvallisuudesta sekä terveydestä työaikana. Työnantajan on huomioitava tekijät, jotka liittyvät työhön, työolosuhteisiin, työympäristöön sekä työntekijöiden henkilökohtaisiin edellytyksiin. Työturvallisuuslaki edellyttää lisäksi luomaan työsuojelun toimintaohjelman, jonka tavoitteena on edistää työntekijöiden turvallisuutta, terveyttä ja työkyvyn ylläpitoa. Terveysuojelulaki (1994) pyrkii taas edistämään väestön terveyttä poistamalla elinympäristöstä terveydellistä haittaa aiheuttavat tekijät.

Työterveyshuoltolaki (2001) velvoittaa työnantajan järjestämään työterveyshuollon. Työterveyshuolto on työnantajan järjestämää toimintaa, josta vastaavat ammattihenkilöt ja asiantuntijat. Työterveyshuollon tehtävänä on edistää työympäristön terveellisyyttä, työyhteisön toimintaa, työntekijöiden terveyttä ja toimintakykyä sekä ehkäistä työhön liittyviä sairauksia ja tapaturmia. Työterveyshuollon sisältöön lukeutuvat työntekijöiden terveydentilan ja toimintakyvyn selvittäminen, arviointi ja seuranta sekä näiden pohjalta teh-

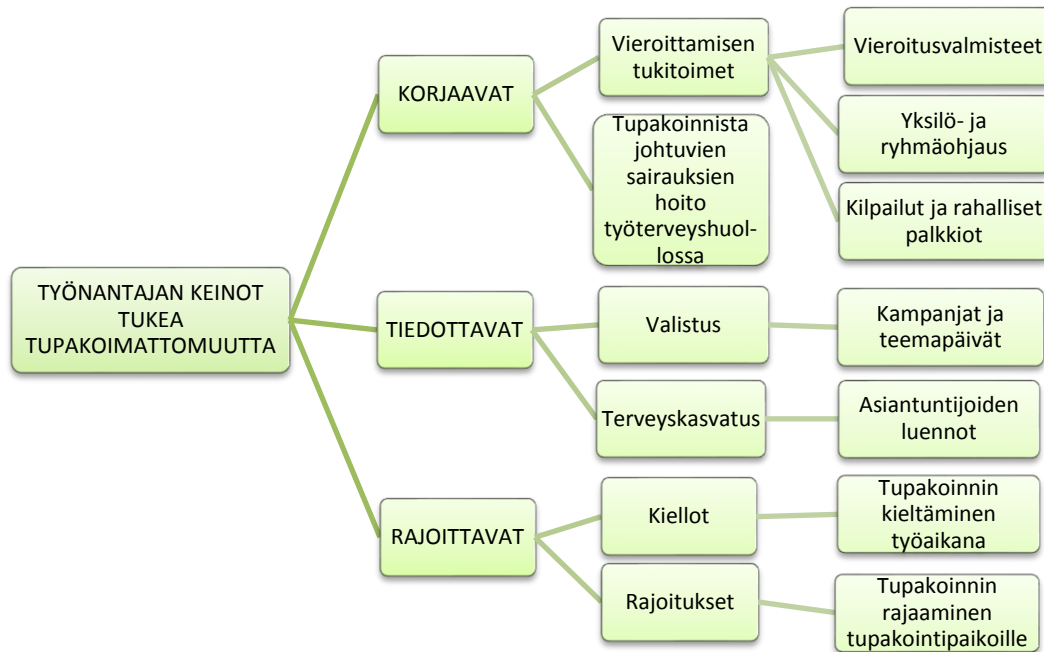
dyt ja toteutetut toimenpide-ehdotukset terveyden ja toimintakyvyn parantamiseksi ja ylläpitämiseksi. (Laatunen & Hurmalainen 2014, 162–170.) Työterveyshuollon resurssien suuntaaminen tupakoinnin lopettamistyöhön on kyseisen lain kannalta avainasemassa, sillä tupakointi on yksi merkittävämmistä estettäviksi olevista työkykyä laskevista tekijöistä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 9).

Työnantajalla on oikeus määrätä työntekijöidensä työajan käytöstä työnjohto-oikeutensa perusteella. Mikäli työn luonne kuitenkin sallii lakiin ja sopimukseen kirjattujen taukojen pitämisen työpaikan ulkopuolella, saa työntekijä käyttää ne haluamallaan tavalla. Työnantajalla ei ole myöskään oikeutta kieltää työntekijöidensä tupakoimista, mutta työnantaja voi määrätä, ettei tupakkataukoihin kuluva aika ole osa työaikaa. (Hara i.a., 10.)

3.3 Tupakoinnin lopettamista edistävät keinot työnantajan näkökulmasta

Tupakoinnin vieroitukseen suunnatuilla toimilla voidaan vähentää tehokkaasti tupakointia ja sitä kautta edistää ja ylläpitää terveyttä ja työkykyä (Simonen 2012). Tupakoinnin vähentämiseen liittyvillä toimilla tavoitellaan lisäksi tupakkalain ensisijaisen tavoitteen toteutumista, jota työnantajan tulee myös osaltaan pyrkiä edistämään. Sosiaali- ja terveysministeriö (2012) on linjannut eri keinoja, joilla tähän tavoitteeseen voidaan pyrkiä (kuvio 2).

Toiminnot ovat jaettu kolmeen pääkategoriaan. Ensimmäisenä ovat korjaavat toimenpiteet, jonka alle kuuluvat tupakoinnin seurauksena syntyneiden sairauksien hoito sekä erilaiset vieroittamiseen liittyvät toiminnot. Toisena ovat tiedottavat toimenpiteet, joiden tarkoituksena on valistuksen ja terveystiedon avulla lisätä tupakoinnin terveyshaittojen tiedostamista. Tupakointiin sekä sen mainontaan ja myymiseen liittyvät kiellot ja rajoitteet puolestaan ovat rajoittavia toimenpiteitä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 47.) Näiden eri keinojen avulla tupakkatuotteiden käyttöä on pyritty työyhteisöt mukaan lukien vähentämään Suomessa vuosikymmenten ajan, minkä vaikutuksesta kokonaiskulutusta onkin saatu huomattavasti laskemaan, vaikkei tarkkaa tietoa niiden tehokkuudesta tiedetäkään (Nguyen, Pekurinen & Rosenqvist 2012, 52).



KUVIO 2. Tupakkapoliittiset toimet tupakoinnin vähentämiseksi työnantajan näkökulmasta (mukaillen Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 47)

Yllä olevaan kuvioon 2 on koottu tutkimuksen teoreettisen viitekehyksen kautta nousseita tupakoimattomuutta edistäviä keinoja työnantajan näkökulmasta, jotka ovat eritelty taulukkoon Sosiaali- ja terveysministeriön (2012) luoman toimenpidejakauman pohjalta. Seuraavassa käsitellään näitä eri esille nousseita keinoja lähemmin, painottaen erityisesti korjaaviin toimenpiteisiin lukeutuvien vieroittamisen tukitoimien muotoja.

3.3.1 Nikotiinikorvaushoito ja reseptivalmisteet

Tupakoinnin lopettamisen tuessa vieroittamisen tukitoimiin lukeutuvilla nikotiinikorvaushoitotuotteilla sekä lääkkeellisillä hoidolla on merkittävä osuus ja ne ovat samalla yleisimpiä tupakoinnin lopettamiseen suunnattuja tukikeinoja. Suomessa on käytössä kolme reseptilääkettä, varenikliini, bupropioni sekä nortriptyliini, joita käytetään tupakoinnin lopettamisen tukena. (Käypä hoito -suositus 2012.)

Nikotiinikorvaushoito on yleisin vieroittamiseen käytetty lääkehoito, jota suositellaan erityisesti yli 10 savuketta päivässä polttaville. Reseptivapaat nikotiinikorvaushoitotuotteet

sisältävät vähemmän nikotiinia kuin tupakkatuotteet ja nikotiini imeytyy niistä huomattavasti hitaammin, jolloin riippuvuutta ylläpitävien nikotiinihuippujen esiintyminen es-tyy. Nikotiinikorvaushoitotuotteiden tarkoituksena onkin vähentää elimistön nikotiinipi-toisuutta asteittain, mikä vähentää vieroitusoireiden ilmenemistä ja helpottaa tupakasta irti pääsemistä. (Käypä hoito -suositus 2012.)

Nikotiinikorvaushoitotuotteita suositellaan käytettäväksi 2–3 kuukauden ajan, jonka jäl-keen pyritään vähitellen tapahtuvaan annoksen pienentämiseen ja lopulta täydelliseen lo-pettamiseen. Nikotiinikorvaushoitotuotteita on turvallista käyttää tarpeen vaatiessa myös pidempi aika, sillä riippuvuuden kehittyminen tuotteille on hyvin harvinaista. Tuotteita käyttäessä tulee huomiota kiinnittää riittävän suureen annosteluun, jotta toivottu vaikutus saataisiin aikaan. (Rouhos 2013, 406.)

Nikotiinikorvaushoitotuotteet on jaoteltu pitkä- ja lyhytvaikutteisiin tuotteisiin. Nikotii-nilaastarit kuuluvat pitkävaikutteisiin tuotteisiin, sillä laastari vapauttaa tasaisesti nikotii-nia joko päivän tai vuorokauden ajan. Lyhytvaikutteiset nikotiinikorvaushoitotuotteet, kuten purukumit ja tabletit, helpottavat puolestaan hetkellistä tupakanhimoa. Lyhyt- ja pitkävaikutteisten tuotteiden yhdistelmähoidolla saavutetaan tehokkaampi tulos, erityi-sesti jos henkilöllä on vahva nikotiiniriippuvuus. (Rouhos 2013, 407.)

Nikotiinikorvaushoitotuotteet lisäävät tämänhetkisen tutkimusnäytön valossa tupakasta irti pääsyn mahdollisuutta 1,5–2-kertaisesti nikotiinikorvaustuotteen muodosta riippu-matta (Rouhos 2013, 403; Steadin ym. 2012). Aikaisemman tutkimusnäytön perusteella voidaan lisäksi todeta, että vaikeissa tupakkariippuvuuden muodoissa eri yhdistelmähoi-dot ovat tehokkaita hoitomuotoja. Esimerkiksi nikotiinilaastariin yhdistetty bupropionin käyttö samanaikaisesti lisää onnistumisprosenttia. (Cahill ym. 2013.)

Myös vieroitukseen käytetyt reseptilääkkeet ovat vaikuttavia, sillä ne nostavat onnistu-misprosenttia jopa 2–3-kertaiseksi (Rouhos 2013, 403). Aikaisemmissa tutkimuksissa on nostettu esille erityisesti varenikliinin tehokkuus, sillä muun muassa Cahillin ym. (2013) tutkimukseen viitaten varenikliini kaksinkertaistaa onnistumisen mahdollisuuden. Kat-sauksen perusteella voidaankin todeta, että varenikliinilla näyttäisi olevan tehokkain vai-utus tupakoinnin lopettamisessa.

Varenikliini vähentää tehokkaasti tupakanhimoa sekä lieventää vieroitusoireita, sillä se sitoutuu nikotiinireseptoreihin, jonka johdosta nikotiinin kiinnittyminen estyy. Samalla reseptoreista vapautuu mielihyvähormoni dopamiinia elimistöön. Lääkeannosta suurennetaan vähitellen ylläpitoannokseen ja hoidon kesto on yleensä 12 viikkoa. Lääkkeen aiheuttamina haittoina on raportoitu pahoinvoinnin sekä ylivilkkaiden unien esiintymistä. Lisäksi masennuksen ja itsetuhoisuuden riskin kasvu on yhdistetty varenikliinin käyttöön, mutta näiden syy-seuraussuhdetta ei ole pystytty osoittamaan. Vasta-aiheita lääkkeelle ovat muun muassa munuaisten vajaatoiminta sekä raskaus. (Rouhos 2013, 403–405.)

Nortriptyliini ja bupropioni tunnetaan paremmin masennuslääkkeinä, mutta lääkkeiden on osoitettu antavan tehokasta apua myös tupakasta vieroittamiseen. Bupropionin vaikutus perustuu keskeisten välittäjäaineiden pitoisuuksien muuttamiseen aivoissa, mikä aikaansaa vieroitusoireiden ja tupakanhimon lieventymistä. Tavanomainen lääkekuuri on 7–9 viikon mittainen, mutta lääkkeen ottoa voidaan jatkaa tarvittaessa vuoden verran. Nortriptyliiniä käytetään puolestaan usein 12 viikon kuurina. (Rouhos 2013, 404–406.)

Bupropioni ja nortriptyliini ovat yleisesti ottaen hyvin siedettyjä lääkkeitä, vaikka joitakin vasta-aiheita sekä sivuvaikutuksia esiintyykin. Bupropioni ei sovi syömishäiriöstä tai kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä kärsiville tai henkilöille, joilla on alentunut kouristuskynnys. Juuri sairastettu sydäninfarkti, rytmihäiriöt sekä sepelvaltimotauti ovat puolestaan esteitä nortriptyliinin käytölle. Raskaana olevia naisia kehoitetaan varovaisuuteen lääkkeiden käytössä, sillä bupropionin sekä nortriptyliinin turvallisuutta sikiön kannalta ei ole pystytty vielä osoittamaan toteen. Haittavaikutuksina kummassakin lääkkeessä esiintyy suun kuivumista sekä uneen liittyviä häiriöitä. Bupropionin etuna on sen kyky vähentää lääkekuurin aikaista painon nousua, joka osalle tupakoinnin lopettajista on merkittävä haitta. Nortriptyliinin etuna puolestaan on sen edullinen hinta. (Rouhos 2013, 404–406.)

Nikotiinikorvaushoitotuotteet ja reseptivalmisteet parantavat merkittävästi vieroituksen onnistumisprosenttia ja ovat näin ollen olennainen vieroituksen tukimuoto (Vakkuri ym. 2012, 85; Hara i.a., 11). Työntekijälle hinta saattaa kuitenkin muodostua kynnyskysymykseksi vieroitusvalmisteita hankkiessa (Työterveyslaitos 2014). Työnantaja voi halutessaan korvata työntekijöilleen nikotiinikorvaushoitotuotteiden sekä reseptivalmisteiden

käytöstä aiheutuvia kustannuksia. Näiden valmisteiden tarjoaminen tupakoiville työntekijöille onkin merkittävä ja kustannustehokas vaihtoehto tukea tupakoinnin lopettamista. (Vakkuri ym. 2012, 85; Hara i.a., 11; Wang D ym. 2008.)

Käytänteet vaihtelevat työnantajien keskuudessa siitä, kuinka pitkäksi ajanjaksoksi vieroitusvalmisteita työntekijöille korvataan, mutta yksi paljon käytetty malli on korvata työntekijälle tuotteita kolmen kuukauden ajaksi. Kolme kuukautta on myös vähimmäis-suositus kuurin pituudelle, jotta tuotteista saatava hyöty tulisi esille. (Vakkuri ym. 2012, 88.) Kustannusten määrästä työnantaja voi puolestaan korvata haluamansa osuuden joko osittain tai kokonaisuudessaan. Näiden eri korvauskäytänteiden vaikuttavuutta lisätä tupakan vieroituksen tukitoimiin osallistuneiden määrä on hankala tällaisenaan vertailla, sillä molemmissa käytänteissä on etunsa. Kustannusten kokonaan korvaaminen voi nimittäin houkuttaa laajemman joukon kokeilemaan vieroitusvalmisteita, sillä työntekijän omaa rahallista panosta ei tarvita (Työterveyslaitos 2014). Toisaalta taas vieroitusvalmisteiden osittainen korvaaminen työnantajan taholta voi sitouttaa työntekijän paremmin mukaan toimintaan, sillä silloin pelissä on mukana työntekijän omaakin rahaa (Tuovinen 2013, 47).

3.3.2 Yksilö- ja ryhmäohjaus

Vieroitusvalmisteiden lisäksi lopettaja tarvitsee kannustusta ja ohjausta, jota työnantaja voi järjestää työntekijöilleen työterveyshuollon tarjoamana palveluna. Tarkoituksenmukainen ohjaus parantaa tupakasta vieroittamisen onnistumisprosenttia merkittävästi. (Rouhos 2013, 401–402.) Tätä tukevat myös aiemmat tutkimukset, joissa ohjauksen vaikuttavuus on osoitettu toteen. Muun muassa Tuiskun väitöskirjassa (2016), jossa tarkastellaan Pohjois-Suomessa asuvien nuorten aikuisten tupakointitottumuksia, terveyttä ja nikotiiniriippuvuutta sekä siihen käytettyjen vieroituslääkkeiden vaikutusta, tuodaan esille ohjauksen vaikuttavuus. Väitöskirjassa kuvataan ammattihenkilön antaman yksilöohjauksen positiivinen vaikutus lopettamista yrittäneisiin henkilöihin. Selvityksen mukaan yksilöohjaukseen yhdistetty nikotiinikorvaus- tai lääkkeellinen hoito kasvattaa onnistumisen todennäköisyyttä entisestään. (Tuisku 2016, 40.)

Työterveyshuollon tehtävänä on neuvonnan ja ohjauksen avulla pyrkiä lisäämään työntekijöiden terveyttä ja toimintakykyä ylläpitäviä voimavaroja, päihitteettömyyttä sekä terveyserojen kaventumista. Tupakoinnin vieroitukseen tähtäävät toimet ovatkin työterveyshuollon olennaisimpia työtehtäviä, joiden saavuttamisessa puolestaan neuvonta ja ohjaus ovat tärkeimpiä työkaluja. (Laatunen & Hurmalainen 2014, 170.)

Työterveyshuolto voi järjestää työntekijöille tupakoinnin lopettamiseen liittyvää ohjausta joko yksilö- tai ryhmäohjauksena. Yksilöohjauksessa toteutuu hyvin yksilölähtöinen työote, mutta siitä jää toisaalta taas puuttumaan ryhmäohjauksesta saatava vertaistuki. (Laatunen & Hurmalainen 2014, 162–170; Rouhos 2013, 402–403.) Tästä eroavaisuudesta huolimatta kummassakin ohjausmuodossa käydään läpi samoja asioita (Rouhos 2013, 402–403).

Ohjauksella pyritään kartoittamaan tupakointiin liittyvät tottumukset ja nikotiiniriippuvuuden suuruus, joiden pohjalta suunnitellaan yksilöllinen vieroitusohjelma. Tupakoinnin lopettajaa kannustetaan usein motivoivan haastattelun avulla pohtimaan omaa suhtautumistaan tupakointiin ja hänelle pyritään ohjauksen avulla antamaan lisää lopettamismotivaatiota, sillä motivaation löytyminen on edellytys muiden vieroituksen tukimuotojen mukaan ottamiselle. (Rouhos 2013, 402; Tutu – Tulostavoitteena tupakoimattomuus i.a., 2.) Myös repsahduksiin liittyvää tietoa on tärkeä käydä läpi, sillä lähes kaikki lopettamista yrittävät repsahtavat jossain vaiheessa uudestaan tupakkaan (Rouhos 2013, 402).

Työnantaja voi hyödyntää työterveyshuollon tarjoaman ohjauksen lisäksi Internetin kautta saatavia palveluita, joiden avulla työntekijöille voidaan tarjota verkossa tapahtuvaa ohjausta tai osallistumismahdollisuutta muun muassa erilaisiin kannustustukiohjelmiin (Rouhos 2013, 401).

3.3.3 Kilpailut ja rahalliset palkkiot

Neuvonnan, ohjauksen ja vieroitusvalmisteiden korvaamisen lisäksi työyhteisöissä useasti käytetty vieroittamisen tukitoimiin lukeutuva keino lisätä tupakoimattomuutta työntekijöiden keskuudessa ovat erilaisten kilpailuiden ja rahallisten palkkioiden hyödyntäminen.

Työpaikoilla tupakoinnin vähentämiseksi kehitellyt kilpailut sekä rahalliset palkkiot toimivat hyödyllisenä osana vieroitusta. Tämän tyyppiset tukimuodot voivat tutkimustiedon mukaan osaltaan lisätä motivaatiota osallistua tupakoinnin vieroitukseen ja ovat näin ollen hyvä lisä muiden tukimuotojen rinnalle, vaikka niiden vaikutus itse tupakoinnin lopettamiseen ei ole kovin suuri. (Kauppi 2011.) Rahapalkkioiden käyttöön liittyy kuitenkin muutamia huomioon otettavia seikkoja, sillä tupakoinnin lopettamisesta saatava palkkio voi tupakoimattomien työntekijöiden keskuudessa aiheuttaa suoranaista kateuden tunnetta. Menetelmään liittyy lisäksi lainsäädännöllinen puoli, sillä työntekijöiden yhdenvertaisuuden turvaamiseksi tupakoinnin lopettamisen tukemiseen suoranaisesti liittymättömiin etuuksiin, kuten juuri rahapalkkioihin, tulisi jokaisella työntekijällä olla yhtäläinen oikeus. (Naukkarinen 2013, 43.)

3.3.4 Muut keinot

Vieroittamisen tukitoimien lisäksi työnantajat voivat tukea tupakoimattomuutta rajoittavien ja tiedottavien keinojen avulla. Tiedottavista toimenpiteistä tärkeimpiä keinoja ovat työterveydenhuollon tai muiden asiantuntijoiden antamat tietoiskut ja luennot. Lisäksi työpaikkailmoituksissa esille nostettu savuttomuus lisää osaltaan tupakan vastaisen ilmiön tiedottamista eteenpäin. Terveyskasvatusta ja valistusta tarjoavat kampanjat ja teemapäivät ovat näiden ohella merkittävä keino lisätä tietoisuutta tupakoinnista ja sen lopettamisesta. (Vakkuri ym. 2012, 85–88.)

Työpaikalla tapahtuvaa tupakointia voidaan rajoittaa muun muassa säätämällä tupakointi työaikaan kuulumattomaksi (Hara i.a., 10). Tupakointiin liittyvien rajoittavien toimenpiteiden käyttöönotto tulee kuitenkin tehdä suunnitelmallisesti huolehtien riittävästä tiedottamisesta etukäteen, jotta työntekijöille jää riittävästi aikaa sopeutua uuteen tilanteeseen (Euroopan työterveys- ja työturvallisuusvirasto 2012). Jotta oikeudenmukaisuus voitaisiin turvata, tulisi työpaikan tupakointirajoitusten koskea koko työyhteisöä, mukaan lukien ylin johto (Danielsson ym. 2012, 44). Työpaikkatupakointia tutkineen Kataisen väitöskirjassa (2011) nostetaan puolestaan esille se, kuinka suuri vaikutus työpaikan ympäristötekijöillä on yksittäisen työntekijän tupakoimiseen. Kataisen (2011) tärkeä huomio

onkin, että työpaikat, jossa tupakointi onnistuu hyvin työnteon lomassa, edesauttaa työnteon rytmin rinnalla ylimääräisten tupakkataukojen pitämistä. Näin ollen tupakointipaikkojen suunnittelu on merkittävä tupakoinnin vastainen toimintatapa, jolla voidaan vaikuttaa olennaisesti tupakointiin työaikana (Hara i.a., 5).

Kaiken kaikkiaan tavoiteltaessa työntekijöiden tupakoimattomuuden edistämistä on syytä pitää mielessä tupakoinnin moniulotteinen rooli tupakoiville työntekijöille. Kataisen (2011) mukaan tupakointi voi esimerkiksi rytmittää työntetoa erityisesti silloin, kun työpäivän kulku ja taukojen ajankohdat on tarkasti määritelty eli itsemääräämisen aste on pieni. Näin ollen tupakkataukoja pitämällä työntekijä voi tuoda esille omaa autonomisuuttaan ja päätöksentekokykyään. Katainen (2011) tuo esille myös sen, kuinka tupakointi voi olla osa työntekijän identiteettiä ja sen rajoittaminen voidaan tulkita jopa oman autonomian hajoamisena ja työntekijöiden itsemääräämisoikeuteen puuttumisena. Eri tutkimuotojen käyttöönoton lisäksi tupakoinnin vastaisessa työssä tärkeää olisikin, että työnantaja pohtisi miten työntekijöiden oman ajan hallinnan tunnetta ja autonomiaa voitaisiin lisätä tupakoinnin loppuessa.

Tupakasta irti pääsemisen tueksi on laadittu selkeitä toimintaohjeita ja muun muassa Käypä hoito -suositukset tarjoavat erinomaiset ohjeet vieroitukseen. Myös työnantajia ajatellen on tehty joitakin oppaita, jotka tarjoavat neuvoja ja toimintamalleja savuttomien työpaikkojen rakentamiseksi. Esimerkiksi *Savuttomat yritykset – opas työnantajille* sekä Suomen ASH ry:n, Hengitysliiton, Suomen Syöpäyhdistyksen ja sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön yhteistyössä toteuttama *Savuton työpaikka – kiinteä osa työhyvinvointia -opas* antavat hyviä työkaluja työnantajille tupakoimattomuuden lisäämiseksi. (Kohti savutonta Suomea, 80.)

3.4 Tupakoivan työntekijän sekä tupakoinnin tukemisen kustannukset

Yksityiset organisaatiot eli yritykset, joita myös tämän tutkimuksen otannassa painotettiin, määrittellään yhden tai useamman henkilön harjoittamaksi toiminnaksi. Yritys pyrkii toiminnallaan kannattavaan tulokseen, joka useimmiten näyttäytyy taloudellisen hyödyn tavoitteluna. (Tilastokeskus i.a.b.) Taloudellista kannattavuutta arvioitaessa kustannus-

kysymykset nousevat esille ja joudutaan miettimään, miten työnantajille kertyviä kustannuksia saataisiin madallettua vaikuttamatta negatiivisesti voitto-osuuden määrään. Yksi merkittävä työnantajalle kertyvä menoerä on työterveyshuoltomaksut, joiden määrää on pyritty taantumien seurauksena karsimaan kannattavuuden parantamiseksi. Työnantajien luoma paine työterveydenhuollon palveluiden tehostamiseksi ja ”ylimääräisten” palveluiden karsimiseksi on myös ollut viime aikoina kasvava trendi. (Mäntymaa 2016.) Tupakoimattomuuteen tähtäävien tukimuotojen kannattavuutta arvioitaessa, tarkastelun kohteeksi nousee työnantajalle tupakoinnin seurauksena syntyneet haittakustannukset verrattuna kustannusvaikuttavuuteen, joka lakisääteisten toimien ulkopuolisilla tupakoimattomuutta edistävillä tukitoimilla saavutetaan.

Tupakoiva työntekijä aiheuttaa työnantajalle lisämenoja laskelma-arviosta riippuen noin 2000 euroa vuotta kohti (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2016b). Tupakoinnin seurauksena syntyvät sairastelut lisäävät työterveyshuoltokäyntien määrää ja aiheuttavat työterveyshuollolle lisäkustannuksia vuosittain noin 3 miljoonaa euroa, josta työnantajan maksettavaksi jää 1,5 miljoonaa euroa (Vähänen 2015, 25–26, 31). Epäsuoria kustannuksia työnantajalle tupakointi aiheuttaa kuolemantapauksista ja työkyvyttömyyseläkkeistä aiheutuvien taloudellisten menetysten johdosta sekä sairauspoissaolojen ja tupakkataukojen aikaisista tuotantopanosmenetyksistä. Esimerkkinä jo pelkkien tupakkataukojen laskennalliset kustannukset olivat vuonna 2012 tehdyn arvioinnin mukaan yhteensä noin 400 miljoonaa euroa. Tupakoiva työntekijä lisää myös työnantajalle kohdistuvia tulonsiirtoja eläkemaksujen ja sairauspäivärahojen noustessa tupakoinnista aiheutuvien sairastus- ja työkyvyttömyystapausten takia. (Varis & Virtanen 2015, 11–12.)

Työnantajalle tupakoinnin vieroitukseen suunnattujen eri tukimuotojen tarjoamisesta aiheuttavia kuluja on hankala täsmällisesti määritellä, mutta tukimuodot aiheuttavat erityisesti työterveyshuollon kautta lisäkustannuksia. Työterveyshuollon resurssien lisäksi kustannuksia aiheuttavat lisäksi nikotiinikorvaushoitotuotteiden ja reseptivalmisteiden tarjoaminen. Arvioiden mukaan vieroitusvalmisteiden korvaamisesta sekä työterveyshuollon kautta saatavasta ohjauksesta kertyneet kustannukset aiheuttaisivat 1167–3750 euron menoerän tupakoinnin lopettajaa kohden (Tuovinen 2013, 47; Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 9). Kustannuksia tarkastellessa täytyy kuitenkin huomioon ottaa työnantajan saama tuki Kelalta. Kela korvaa kohtuullisiksi ja tarpeellisiksi katsomiaan kustannuksia sairausvakuutuslain määrittelemällä tavalla, jotka lääkevalmisteiden tarjoamisesta

tai työterveyshuollon menoeristä koituvat. (Laatunen & Hurmalainen 2014, 164; KELA 2016.)

Kokonaistilannetta katsastamalla voidaan todeta, että työnantajalle koituva hyötyosuus nousee suuremmaksi tukimuotojen tarjoamisesta kuin tarjoamatta jättämisestä, sillä taloudellisten arviointitutkimusten mukaan nikotiinikorvaushoidolla, ryhmävieroituksella sekä muilla tupakoinnin vieroittamista edistävillä toimilla saavutetaan huomattava taloudellinen hyöty. Tämä hyöty näyttäytyy työnantajille merkittävänä etuna. (Sandström ym. 2010, 3; Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 9.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa työnantajien käytänteitä tukea työntekijöidensä tupakoinnin lopettamista sekä tarkastella nikotiinikorvaushoitotuotteiden ja reseptivalmisteiden tarjoamiseen liittyviä kustannuskysymyksiä. Pienen tutkimusotannon takia tarkoituksena ei ollut tuottaa yleistettävää tietoa, vaan tehdä suuntaa-antava selvitys tupakoinnin lopettamisen tukimuotojen tarjoamisen käytänteistä sekä työnantajille vieroitusvalmisteiden tarjoamisesta aiheutuneista kustannuksista tutkimuksessa mukana olleiden organisaatioiden keskuudessa.

Tämän tutkimuksen tutkimuskysymykset ovat:

- Miten työnantajat tukevat tupakoinnin lopettamista?
- Kuinka suuret kustannukset työnantajalle aiheutuu tupakoinnin lopettamiseen suunnattujen nikotiinikorvaushoitotuotteiden/reseptivalmisteiden tarjoamisesta?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

5.1 Tutkimuksen toimeksiantaja

Tämän tutkimuksen toimeksiantajana toimi keuhkoterveysjärjestö Filha ry. Vuonna 1907 toimintansa aloittanut Tuberkuloosin vastustamisyhdistys, nykyiseltä nimeltään Filha ry, pyrkii asiantuntijoiden ja kouluttamisen avulla ehkäisemään ja rajoittamaan tuberkuloosin ja keuhkosairauksien haittoja yhdessä terveydenhuollon kanssa. Filha toimii asiantuntijajärjestönä, jonka tavoitteena on tuberkuloosin ja keuhkosairauksien ehkäisyyn, hoitoon sekä kuntoutukseen liittyvien tekijöiden edistämisellä parantaa väestön terveyttä. Järjestö tekee yhteistyötä eri hengityselinsairauksien asiantuntijoiden kanssa ja toiminnassa korostuvat verkostokeskeisen työtteen lisäksi aloitetoiminta sekä erilaiset kehittämishankkeet. (Filha ry i.a.a.)

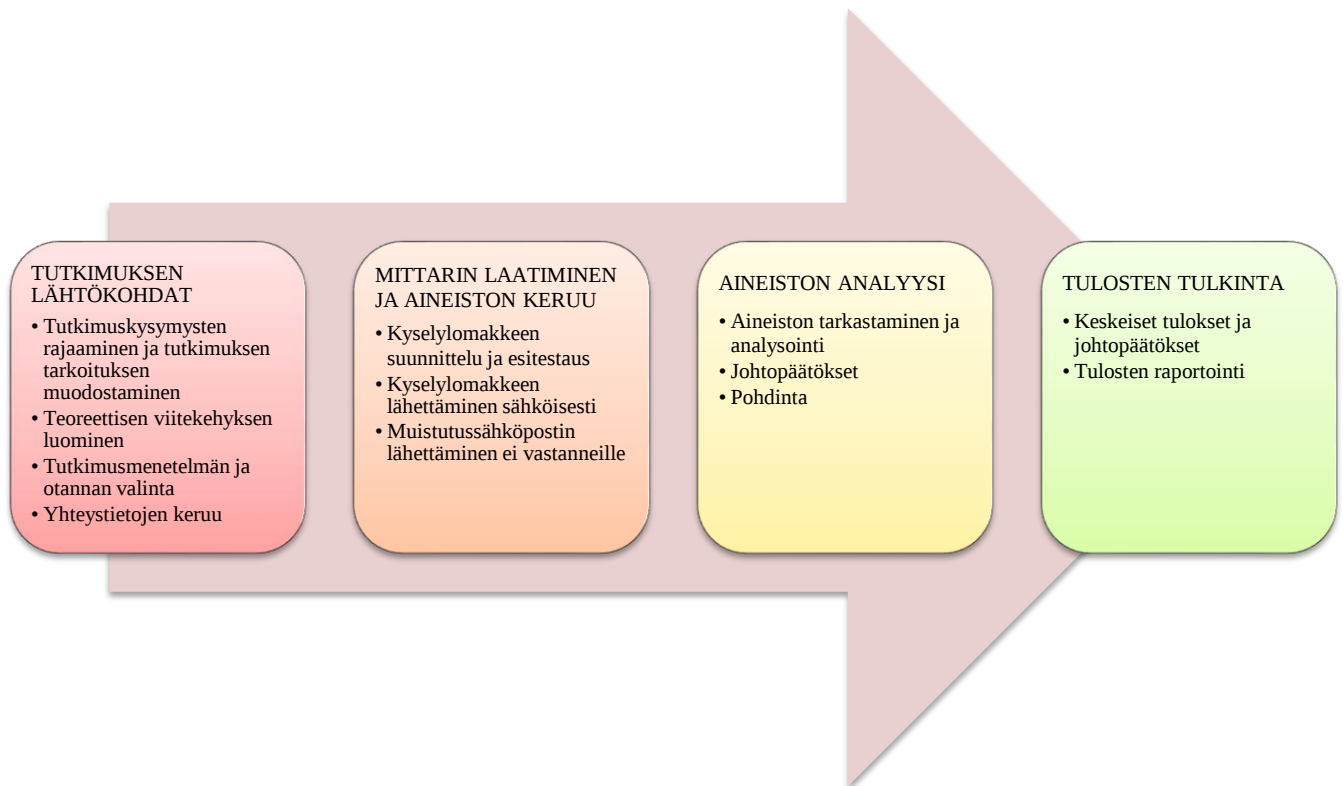
Tupakoimattomuuden edistäminen on yksi merkittävä osa-alue, johon Filha pyrkii toiminnallaan vaikuttamaan. Konkreettisia toimia, joita järjestö on käyttöönsä ottanut asian suhteen, ovat muun muassa tupakoimattomuustyöhön liittyvän täydennyskoulutuksen tarjoaminen terveydenhuollon ammattilaisille, eri hankkeiden koordinoiminen sekä kansallisten Tupakka ja terveys -päivien järjestäminen. (Filha ry i.a.b.)

5.2 Tutkimusmenetelmä ja tutkimusprosessi

Tämän tutkimuksen tutkimusmenetelmäksi valikoitui kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä, jossa tutkittavaa kohdetta pyritään tulkitsemaan ja kuvaamaan numeerisesti tilastoja hyödyntäen (Jyväskylän yliopisto 2015). Tutkimusmenetelmään päädyttiin, koska se vastasi parhaiten menetelmälle asetettuihin vaateisiin ja sen avulla pystyttiin lisäksi helpoiten selvittämään tutkimuskysymykset. Tutkimusmenetelmän valinnassa otettiin huomioon myös otanta ja kohderyhmä, sillä tutkimukseen päädyttiin ottamaan mukaan laaja joukko organisaatioita ympäri Suomen.

Tutkimuksen tekeminen muodostaa tutkimusprosessin, jossa huolellisuuden ja suunnitelmallisuuden tulee kulkea läpi matkan (Valli 2015, 18–19). Tämän tutkimuksen tekeminen

muodosti eri työvaiheiden sisällä pitävän prosessin, tutkimuksen lähtökohtien rajaamisesta aina tutkimuksesta esille nousseiden keskeisten tulosten ja johtopäätösten tarkasteluun saakka (kuvio 3).



KUVIO 3. Tutkimusprosessin kulku

Tutkimuskysymysten sekä muiden tutkimuksen kulkuun liittyvien suunnitelmien selkiinnyttyä voitiin ryhtyä aineiston keräämiseen. Tutkimusaineiston keräämisessä hyödynnettiin tässä tutkimuksessa kyselylomaketta, joka toimi tämän tutkimuksen mittarina. Kyselylomakkeen avulla saatiin kerättyä tietoa, joka vastasi tutkimukselle asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Vaikka kyselylomakkeen suunnitteluun kului paljon aikaa, oli tämän aineistonkeruumenetelmän käyttö laajalta kohdejoukolta aikaa säästävämpää kuin muilla menetelmillä. Kyselytutkimuksen etuna oli myös tulosten helppo purkaminen ja analysoiminen. (Vilka 2007, 14.) Aineiston tarkastamisen ja analysoinnin jälkeen tutkimusprosessin viimeisen vaiheen mukaisesti pystyttiin tulkitsemaan saatuja tuloksia ja muodostamaan näistä keskeiset johtopäätökset. Tätä tutkimuksen kulkua kuvataan lähemmin yllä olevassa kuviossa 3 sekä seuraavissa kappaleissa.

5.3 Kohderyhmä ja otanta

Tutkimuksen perusjoukkona toimivat kaikki Suomen alueella toimivat organisaatiot. Tutkimuksen otantamenetelmäksi puolestaan päätettiin valita ositettu otanta, jossa kohderyhmän valinnassa olennaista on huomioida otannan edustavuus eli perusjoukon ryhmät tulisi olla samassa suhteessa edustettuna tutkimuksessa (Vilkkä 2007, 54–55).

Kohderyhmän valinnassa kiinnitettiin huomiota organisaatioiden henkilöstömäärään, pääasialliseen toimipaikkakuntaan sekä toimialaan. Organisaatioita valitessa pyrittiin säilyttämään kohderyhmän rakenteellinen suhde perusjoukkoon nähden. Tässä hyödynnettiin Tilastokeskuksen luomia tilastotietoja, joiden mukaan valittujen organisaatioiden henkilöstömäärä-, toimiala- sekä toimipaikkakuntajakauma pyrittiin pitämään samassa suhteessa koko Suomen tilanteeseen nähden.

Kohderyhmään valikoitui mukaan organisaatioita kaikilta toimialoilta. Prosentuaalisesti eniten organisaatioita otettiin mukaan kuitenkin teollisuuden, rakentamisen, maa- ja metsätalouden, moottoriajoneuvojen tukku- ja vähittäiskaupan sekä terveys- ja sosiaalipalveluiden alojen keskuudesta, jotka olivat myös Tilastokeskuksen mukaan eniten organisaatioita löytyvien toimialojen kärjessä (Tilastokeskus 2015). Organisaatioiden maantieteellisessä jakaumassa menttiin myös samalla linjalla Tilastokeskuksen julkaiseman alueellisen yritystoimintatilaston kanssa eli eniten tutkimukseen mukaan valituista organisaatioita sijoittui Uudenmaan, Pirkanmaan, Pohjois-Pohjanmaan, Pohjois-Savon, Keski-Suomen ja Varsinais-Suomen alueille (Tilastokeskus 2014, 2).

Tarkoituksena oli saada kohderyhmään mukaan henkilöstömäärältään niin suuria, keski-suuria kuin pieniäkin organisaatioita. Tässä tutkimuksessa pientyönantajaksi määriteltiin alle 50 hengen työllistävä organisaatio ja suurtyönantajaksi yli 250 työntekijän muodostama työyhteisö. Tilastokeskuksen mukaan Suomen yrityksistä suurin osa on pienyrityksiä, mutta henkilöstömäärä eri suuruusluokan yritysten keskuudessa jakautuu melko tasaisesti (Tilastokeskus 2015). Tutkimusotannassa haluttiinkin tämän perusteella huomioida tasaisesti erikokoiset organisaatiot, jotta tietoa saataisiin tasaisesti niin suur- kuin pientyönantajien keskuudesta. Tutkimuksen tärkeimpänä mielenkiinnon kohteena puolestaan olivat yksityiset organisaatiot, joita myös tutkimusotannassa painotettiin. Mukaan haluttiin kuitenkin ottaa lisäksi muutamia julkisen palvelun sekä järjestöjen työnantajia.

Tutkimusjoukoksi pyrittiin aluksi valikoimaan mukaan organisaatioita, joista tiedettiin etukäteen olevan käytössä joitakin tupakoimattomuuteen tähtääviä toimia. Tämänlaisia organisaatioita, jotka täyttivät otannalle asetetut vaateet, löytyi lopulta vain 40. Tämän johdosta mukaan päätettiin ottaa myös muita organisaatioita, joiden tupakoinnin ehkäisyyn liittyvistä toimista ei ollut tietoa. Edellä mainitut seikat huomioiden mukaan valitut organisaatiot valittiin muuten sattumanvaraisesti niiden organisaatioiden keskuudesta, joiden yhteystiedot olivat julkisesti saatavilla. Lopulta tutkimusjoukoksi valikoitui 148 organisaatiota.

5.4 Aineiston keruu ja analysointi

Jotta tutkimuskysymyksiin saataisiin vastaus, tulee luoda siihen soveltuva mittari. Tässä tutkimuksessa mittarina toimi kyselylomake, joka on tyypillinen kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän aineistonkeruutapa. (Valli 2015, 41.) Lomakkeen laadinta käynnistyi tutkimuskysymysten tarkennettua eli kun tiedettiin mitä tutkimuksen avulla haluttiin selvittää. Lomakkeen kysymykset pohjautuivat tutkimuksen teoreettiseen viitekehykseen, jonka rakentamisessa hyödynnettiin aikaisempaa aiheeseen liittyvää tutkimus- ja teoriatietoa. Näin pystyttiin selvittämään mitä asiasta jo näiden perusteella tiedetään. Kyselylomakkeen laatimisessa käytettiin myös apuna kirjallisuutta sekä tutkimuksen yhteistyökumppani Filhalta saatua palautetta ja näkemystä kyselylomakkeeseen liittyen. Näiden pohjalta kysymysten muotoilua ja rakennetta kohdennettiin tutkimuksen tarkoitusta vastaavammaksi.

Kyselylomake haluttiin rakentaa loogiseksi ja selkeäksi kokonaisuudeksi, joka antaisi vastaukset haettuihin tutkimuskysymyksiin. Kyselylomaketta rakennettaessa lähtökohdana oli luoda ehjä ja johdonmukainen kokonaisuus, jotta vastaajan olisi mielekästä ja helppoa vastata lomakkeen kysymyksiin. Tähän tavoitteeseen pyrittiin muun muassa huomioimalla, että kysymykset ovat yksiselitteisiä ja ymmärrettäviä, kyselylomake ei olisi liian pitkä, vastaajien tietämys riittäisi kysymysten vastaamiseen sekä että kysymykset etenisivät loogisesti alusta loppuun saakka.

Kyselylomakkeen alkuun päädyttiin sijoittamaan tutkimuksen kannalta merkittäviä taustatietoja kartoittavia kysymyksiä, sillä niiden ajateltiin helpon vastaamisen johdosta houkuttelevaan vastaajia vastaamaan kyselyyn. Tutkimuksen kannalta merkittäviä taustatietoja koettiin liittyvän muun muassa organisaation toimipaikkaan, toimialaan, henkilöstömäärään, sukupuolijakaumaan sekä tupakointipaikkojen suunnitteluun. Taustatietoja kartoittavissa kysymysten ja vastausvaihtoehtojen rakenteen suunnittelussa hyödynnettiin mukaillen Tilastokeskuksen käyttämiä ratkaisuja esimerkiksi ikä- ja sukupuolijakauman määrittelyssä.

Taustatietojen jälkeen kysymykset keskittyivät varsinaisiin tutkimuskysymyksiin eli työpaikan tupakoinnin vieroittamisen tukitoimiin sekä kustannuskysymyksiin. Kyselylomakkeen kysymyksistä 10–19 sekä 22–25 vastasivat ensimmäiseen tutkimuskysymykseen eli siihen miten työnantajat tukevat tupakoinnin lopettamista. Kysymyksistä puolestaan 10, 20 ja 21 paneutuivat kustannuskysymyksiin, joka oli toisena tutkimuskysymyksenäni. Toiseen tutkimuskysymykseeni liittyen myös kysymykset 12–16 sekä 26 antoivat tärkeää lisätietoa kustannuksista ja niihin vaikuttaneista tekijöistä.

Kysymyksistä 10–21 koskivat nikotiinikorvaushoitotuotteiden ja reseptivalmisteiden tarjoamista työntekijöille. Kysymyksessä numero kymmenen kartoitettiin sitä, korvaako työnantaja nikotiinikorvaushoitotuotteiden tai reseptivalmisteiden kustannuksia työntekijälle. Mikäli vastaaja vastasi tähän kieltävästi, siirtyi hän hyppykohdan takia suoraan kysymykseen 22, jolloin vastaaja vältti hänelle turhat kysymykset.

Lomakkeen toimivuutta testattiin ennen sen lähettämistä Filha ry:n työntekijöillä sekä tutkimukseen osallistumattomien organisaatioiden henkilöstö- ja toimitusjohtajilla, lähettämällä heille kysely vastattavakseen ja kommentoitavakseen. Tällä pyrittiin varmistamaan lomakkeen ymmärrettävyys, sen kyky mitata tavoiteltavaa asiaa sekä havaitsemaan mahdolliset korjausta vaativat kohdat. Palautteen pohjalta kyselylomakkeeseen tehtiin muutamia korjauksia, jolla pyrittiin yhtenäiseen, selkeään ja johdonmukaiseen lomakkeeseen. Korjaukset koskivat erityisesti kysymysten sisältöä ja järjestystä sekä vastausvaihtoehtojen riittävyyttä ja yksiselitteisyyttä (Vilkkä 2007, 64). Näin ollen osassa kysymyksissä lausemuotoja tarkennettiin niin kysymys- kuin vastauskohdissa, sillä muutamassa kohdassa havaittiin väärinymmärryksen vaara. Esitestauksesta saadun palautteen pohjalta

myös kyselylomakkeessa käytetyt termit ja sanavalinnat linjattiin samanlaisiksi läpi kyselyn yhtenäisyyden lisäämiseksi.

Lomake päätettiin laatia sähköiseen muotoon, mikä helpotti tutkimukseen osallistuvien tavoittamista sekä tulosten analysointia. Sähköisesti lähetetty lomake oli myös kustannustehokkaampi vaihtoehto verrattuna esimerkiksi postitse lähetettäviin kyselyihin. Lomakkeen saamisessa sähköiseen muotoon käytettiin Webropol-ohjelmaa. Kaksiosainen lomake sisälsi saatekirjeen sekä kyselylomakkeen. Saatekirjeessä esille tuotiin tutkimuskysymykset, tutkimuksen tavoite sekä tarkoitus. Saatekirjeessä mainittiin lisäksi vastausaika, tutkimuksen osapuolet ja tietoa vastausten käsittelystä sekä henkilösuojan säilyvyydestä (Vilkka 2007, 87–88). Kyselylomake lähetettiin henkilöstöjohtajille, tai mikäli tällaista organisaatiolla ei ollut, lähetettiin kysely toimitusjohtajille, jotka tarpeen mukaan pystyivät välittämään kyselyn eteenpäin siitä vastanneelle henkilölle organisaation sisällä.

Kyselylomakkeessa päädyttiin käyttämään suljettuja monivalintakysymyksiä, jossa vastausvaihtoehdot olivat etukäteen määrätty. Tällä kysymysten strukturoinnilla nopeutettiin vastaamiseen kuluvaa aikaa ja helpotettiin tulosten analysointia. Osassa kysymyksissä hyödynnettiin sekamuotoisia kysymyksiä, jossa vastausvaihtoehtoja oli annettu valmiiksi, mutta vaihtoehtoissa oli myös yksi avoin vastausvaihtoehto esimerkiksi ”Muu mikä?”. Sekamuotoisia kysymyksiä käytettiin kysymyksissä, jossa arveltiin, ettei kaikkia vastausvaihtoehtoja pystytäkään etukäteen määrittelemään (Vilkka 2007, 69). Vastausvaihtoehtojen suunnittelussa huomioitiin vaihtoehtojen riittävyys, täsmällisyys, ymmärrettävyys sekä se, että vastausvaihtoehdot sulkivat toisensa pois. Kyselylomakkeessa viimeisenä kohtana oli jätetty tilaa vapaalle sanalle, jossa pyrittiin antamaan vastaajille mahdollisuus kertoa vielä muut aiheeseen liittyvät mietteet, jotka eivät olleet kysymyksissä nousseet esille. Kyselyn mittaustasona käytettiin eniten laatueroasteikkoa, jonka avulla voitiin ilmaista asioiden yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia numeraalisesti sekä mitata asioiden laadullisia ominaisuuksia (Vilkka 2007, 48). Kysymyksissä 7, 20 ja 21, jotka kartoittivat kustannuksia sekä henkilöstön ikäjakaamaa puolestaan hyödynnettiin suhdelukuasteikkoa.

Kyselyn avulla kerätyn aineiston käsittely lähti liikkeelle kyselylomakkeiden tarkistamisesta, jossa tarkasteltiin muun muassa sitä, kuinka moni vastanneista oli vastannut mihinkin kysymykseen. Tämän jälkeen aineisto muutettiin numeeriseen muotoon ja tarkistettiin vielä kertaalleen. (Vilkkä 2007, 105.) Aineiston analyysi tehtiin kyselyn avulla kerätyistä aineistosta. Tulosten analysoinnissa hyödynnettiin Excel-taulukkolaskentaohjelmaa, jossa tulokset koottiin havaintomatriiseiksi. Analyysia varten käytettiin frekvenssien laskentaa. Saatuja vastauksia tarkasteltiin numeerisesti, mutta niitä kuvailtiin sanallisesti, hyödyntäen lisäksi taulukoita ja kuvioita. Taulukoiden ja kuvioiden käyttö katsottiin tutkimuksen luonteen johdosta erityisen tarpeelliseksi, sillä niiden avulla voitiin lukijalle antaa helpoiten tarkkaa ja yksityiskohtaista tietoa tutkimuksesta saaduista tuloksista (Valli 2015, 73). Myös taulukoiden ja kuvioiden luomisessa käytettiin Excel-taulukkolaskentaohjelmaa hyväksi.

Tutkimuksen aineistoa tulkitessa pyrittiin löytämään aineistosta säännönmukaisuutta kuvastavia lainalaisuuksia, jotka selittivät löydettyjä syy-seuraus-suhteita. Lainalaisuuksien avulla voidaan selvittää asioiden kytköksiä toisiinsa sekä todentaa mistä asia johtuu. Yleinen lainalaisuus tuotiin tuloksissa ilmi numeraalisesti muun muassa keskiarvojen ja jakaumien avulla. (Vilkkä 2007, 23.)

6 TULOKSET

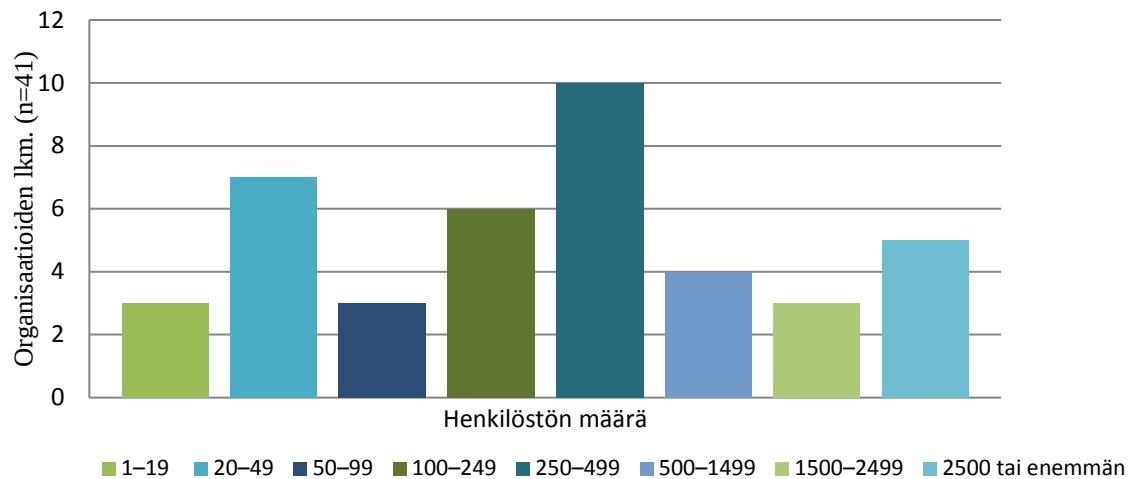
6.1 Taustatiedot

Vastausprosentiksi muodostui 28 %. Kyselyyn vastanneita eri organisaation edustajia oli yhteensä 41, joista toimitusjohtajia oli 12, henkilöstöpäälliköitä 13 ja muita 16. Muiden vastanneiden joukossa oli muun muassa työterveyspäällikkö, työterveyshoitaja sekä työhyvinvointiasiantuntija. Vastaukset tulivat pääsääntöisesti yritysten keskuudesta, sillä 36 vastaajaa ilmoitti organisaationsa olevan yritysmuotoista toimintaa. Kaksi vastausta tuli sekä julkisen palvelun että järjestöjen organisaatioilta. Lisäksi yksi vastanneista määritteli organisaationsa osin valtion tukemaksi tutkimuslaitokseksi.

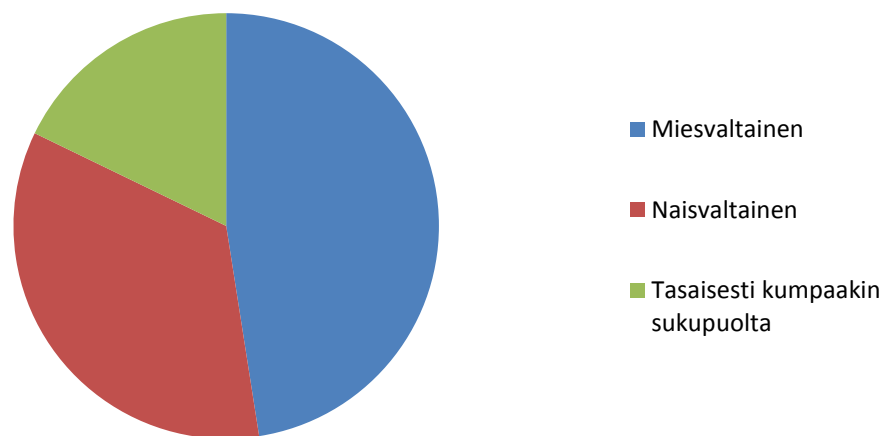
Organisaatioiden toimialakohtaiseen jakaumaan kiinnitettiin organisaatioita valikoidessa huomiota ja vastanneiden keskuudessa jakauma olikin pysynyt melko tasaisena eri alojen edustajien kesken. Vastauksia tuli 14 eri toimialalta. Teollisuus nousi vastanneiden keskuudessa ylivoimaisesti yleisimmäksi toimialaksi, sillä 41 vastaajasta lähes neljäsosa ilmoitti organisaationsa lukeutuvan teollisuuden piiriin. Seuraavaksi eniten vastaajia löytyi sähkö-, kaasu- ja lämpöhuolto, jäähdytysliiketoiminnan parista, sillä vastaajista viisi oli tämän toimialan organisaatioissa. Organisaatioista, jotka kuuluivat rakentamisen, tukku- ja vähittäiskaupan; moottoriajoneuvojen korjauksen, terveys- ja sosiaalipalveluiden sekä muun palvelutoiminnan piiriin, oli kutakin neljä vastaajaa toimialaa kohden. Yksittäisiä vastauksia tuli lisäksi maa-, metsä- ja kalatalouden, informaation ja viestinnän, rahoitus- ja vakuutustoiminnan, kiinteistöalan toiminnan, hallinto- ja tukipalvelutoiminnan, julkisen hallinnon ja maanpuolustuksen, koulutuksen sekä kansainvälisten organisaatioiden ja toimielinten toiminnan parista.

Puolet vastanneiden organisaatioiden päätoimipaikoista sijoittui Uudenmaan alueelle. Uudenmaan jälkeen Varsinais-Suomi sijoittui viidellä vastaajallaan toiseksi yleisimmäksi maakunnaksi ja Pirkanmaa puolestaan kolmella vastaajallaan kolmanneksi yleisimmäksi. Muutamia vastauksia tuli lisäksi Satakunnan, Kanta-Hämeen, Pohjois-Savon, Pohjois-Karjalan, Keski-Suomen, Pohjois-Pohjanmaan, Kainuun ja Ahvenanmaan alueilta. Yksi organisaatio kuvasi pääasialliseksi toimipaikakseen koko Suomen alueen. Henkilöstö-

määrät puolestaan vaihtelivat organisaatioissa muutaman hengen työllistävästä usean tuhannen henkilöstön työyhteisöihin (kuvio 4). Vastanneista organisaatioista taas lähes puolet oli miesvaltaisia (kuvio 5).



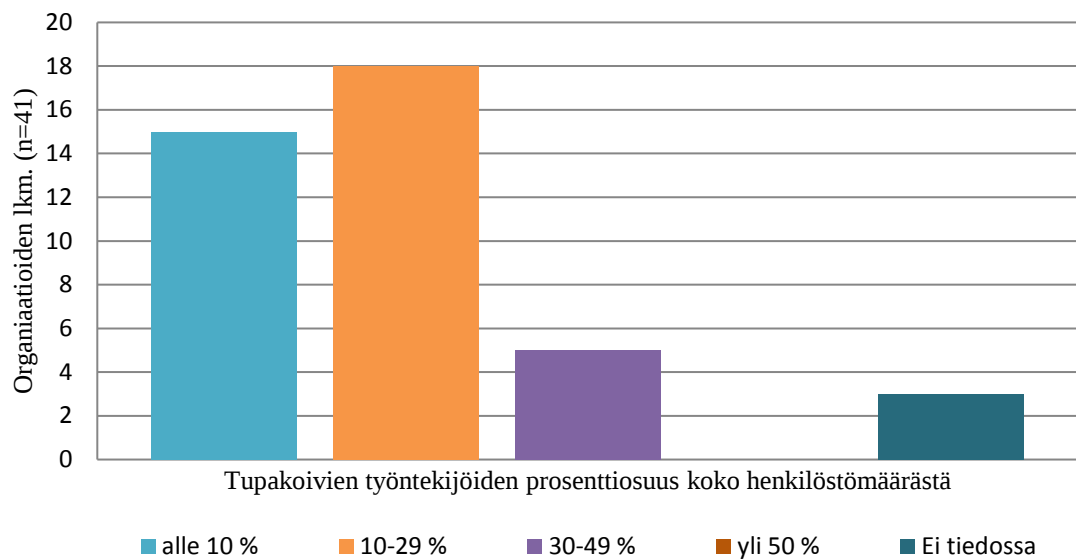
KUVIO 4. Organisaatioiden henkilöstön määrä



KUVIO 5. Henkilöstön sukupuolijakauma

Organisaatioiden ikäjakauma vaihteli vastanneiden keskuudessa. Suurimassa osassa organisaatioista suurimpana ikäryhmänä olivat 25–44-vuotiaat (n= 22). Mukana oli kuitenkin organisaatioita, joissa kaikkia ikäryhmiä oli suhteellisen tasaisesti (n=3) sekä taas organisaatioita, joissa yli 45-vuotiaat muodostivat määrällisesti suurimman ikäryhmän työpaikalla (n=10). Alle 25-vuotiaita työntekijöitä organisaatioissa oli suhteellisesti selvästi vähiten. Vain kahdessa organisaatiossa he muodostivat suurimman ikäryhmän, kun taas kahdeksassa organisaatiossa ei ollut yhtään alle 25-vuotiasta työntekijää. Kymmenessä

työyhteisössä 15–24-vuotiaita oli puolestaan alle 10 %, eikä yhdessäkään organisaatiossa 15–24-vuotiaiden osuus ylittänyt yli 50 %.



KUVIO 6. Arvio tupakkatuotteita käyttävien työntekijöiden prosentuaalisesta lukumäärästä

Vastanneissa organisaatioissa tupakoivien työntekijöiden määrän arvio ei ylittänyt missään organisaatiossa yli puolta koko henkilöstön määrästä. Suurimassa osassa tupakkatuotteita käyttävien henkilöiden määrä jäi jopa alle 30 %:n (n=33). (Kuvio 6.)

6.2 Työnantajien keinot edistää tupakoimattomuutta

6.2.1 Nikotiinikorvaushoitotuotteiden ja reseptivalmisteiden korvaaminen

Vastanneista organisaation edustajista 15 ilmoitti työyhteisössään korvattavan työntekijöille vieroitusvalmisteiden kustannuksia. Seuraavassa tarkastellaankin näiden 15:sta organisaation korvauskäytäntöihin liittyviä tuloksia lähemmin.

Tutkimustulosten perusteella suurin osa työnantajista tarjosi työntekijöille mahdollisuuden koko kuurin saamiseen eli tarjosi vieroitusvalmisteita kolmen kuukauden (n=6) tai

tätä pidemmäksi ajaksi (n=5). Vain pienessä osassa vastauksista kävi ilmi, että vieroitusvalmisteita tarjotaan työntekijöille kahden kuukauden (n=3) tai alle kahden kuukauden ajaksi (n=1).

Syntyneiden kustannusten korvaamiseen liittyvät käytänteet olivat puolestaan jakautuneet pääsääntöisesti kahteen eri toimintatapaan, sillä seitsemän työnantajaa korvasi vieroitusvalmisteiden kustannuksista puolet ja seitsemän puolestaan kaikki. Näistä yhdellä työnantajalla oli kuitenkin periaate, että työntekijälle maksetaan kustannuksista aluksi puolet ja työntekijän oltua vuoden tupakoimatta, maksetaan loputkin vieroitusvalmisteisiin kuluneet kustannukset. Yhdessä organisaatiossa taas vieroitusvalmisteiden käyttöä tuettiin 50 euron kertaluonteisesti maksettavalla kokonaissummalla.

Läheskään kaikissa tapauksissa tupakoinnin lopettamista yrittävä henkilö ei onnistu yrityksessään ensimmäisellä kerralla asianmukaisesta tuesta huolimatta (Rouhos 2013, 402). Tähän asiaan 15 vastaajasta seitsemän organisaatiota oli kiinnittänyt huomiota, sillä kyseisissä työyhteisöissä työntekijä oli oikeutettu saamaan työnantajan kustantamana nikotiinikorvaushoitotuotteita tai reseptivalmisteita tarpeen vaatiessa useammin kuin yhden kerran.

Niin kuin alla olevasta taulukosta 2 käy ilmi, pääsääntöisesti vain suuret ja keski-suuret organisaatiot ovat ottaneet vieroitusvalmisteiden korvauskäytänteitä käyttöönsä, sillä vain yksi alle 50 hengen työllistävä tutkimukseen osallistuva organisaatio osallistui vieroitusvalmisteiden kuluihin. Tuloksia tarkasteltaessa havaitaan myös, että nikotiinikorvaushoitotuotteita tai reseptivalmisteita työnantajan tukemana saaneiden työntekijöiden määrässä oli huomattavia vaihteluita eri kokoluokan organisaatioiden välillä. Tukea saaneiden työntekijöiden määrän vaihtelevuus tuli esille myös jopa saman kokoluokan organisaatioiden keskuudessa. Tämä käy ilmi muun muassa tuloksista, joiden mukaan 250–499 henkilön työllistävissä organisaatioissa yhdessä oli korvattu vieroitusvalmisteiden käyttöä kaiken kaikkiaan vain 1-9 henkilölle kun toisessa taas vastaava lukema oli 50–69. Tämän perusteella voidaan siis havaita, ettei henkilöstömäärä ole suoraan verrannollinen tukea saaneiden henkilöiden lukumäärään. Taulukkoa 2 tarkasteltaessa huomioon tulee kuitenkin ottaa, että tarkkojen syy-seuraussuhteiden selvittämiseksi tiedossa tulisi

olla kyseisten organisaatioiden täsmälliset lukemat niin työntekijöiden kuin tukea saaneidenkin työntekijöiden määrästä sekä toisaalta taas muista asiaan vaikuttavista tekijöistä, kuten tupakoivien työntekijöiden kokonaismäärästä. (Taulukko 2.)

TAULUKKO 2. Vieroitusvalmisteita saavien työntekijöiden lukumäärä henkilöstömäärään verrattuna

Organisaatioiden lkm. (n=15)	Organisaation henkilöstön määrä	Tukea saaneiden henkilöiden lkm 2015	Tukea saaneiden henkilöiden lkm kaiken kaikkiaan
1	20–49	1–2	1–9
1	50–99	7–8	10–24
1	100–249	1–2	1–9
1	100–249	3–4	10–24
1	100–249	>10	10–24
1	250–499	1–2	1–9
1	250–499	1–2	25–49
1	250–499	3–4	50–69
1	500–1499	>10	50–69
1	1500–2499	5–6	25–49
2	1500–2499	> 10	100 tai useampi
1	2500 tai enemmän	7–8	100 tai useampi
1	2500 tai enemmän	>10	70–99
1	2500 tai enemmän	>10	100 tai useampi

Hoitosuhteen jatkuvuus sekä terveydenhuoltohenkilöstöltä saatava tuki ja kannustus ovat tupakointia lopettavalle tärkeää koko vieroitusprosessin ajan (Hagelin 2014, 20). Tähän asiaan oli tutkimustulosten mukaan kiinnitetty huomiota, sillä lähes kaikissa vieroitusvalmisteita tarjoavissa organisaatioissa järjestettiin tukitapaamisia tupakoinnin lopettamista yrittäville. Organisaatioissa tukitapaamisia oli tyypillisimmin 1–3 kertaa tuen saannin aikana (n=7) ja lähes yhtä monessa tapaamisia oli useammin kuin kolme kertaa (n=6). Vastaavasti vain kahdessa organisaatiossa ei tapaamisia järjestetty kertaakaan tuen saannin aikana.

Yhdeksän organisaatiota seurasi nikotiinikorvaushoitotuotteita tai reseptivalmisteita käyttäneiden tupakoinnin lopettamisen onnistumistulosta. Näistä organisaatioista enemmistö eli kuusi arvioi 20–39 % vieroitusvalmisteita käyttäneistä työntekijöistä onnistuneen tupakoinnin lopettamisessa. Lopuista kolmesta vastaajasta yksi arvioi valmisteita

käyttäneiden työntekijöiden tupakoinnin lopettamisen onnistumisprosentin olevan 40–59 %:n, toinen 60–79 %:n ja kolmas puolestaan 80–100 %:n välillä. Luvut olivat melko samansuuntaisia vieroitusvalmisteita korvanneiden organisaatioiden kanssa, jotka eivät seuranneet onnistumistulosta, sillä näistä kuudesta organisaatiosta kahdessa onnistumisprosentti arvioitiin sijoittuvan 20–39 %:n, kahdessa puolestaan 40–59 %:n ja yhdessä 60–79 %:n välille. Vain yhdessä vastauksessa prosenttiosuuden arveltiin jääneen alle 20 %:n.

Tutkimuksessa mukana olleissa organisaatioissa nikotiinikorvaushoitotuotteiden tai reseptivalmisteiden korvauskäytänteet olivat otettu käyttöön pääasiassa vuosina 2006–2016 (n=13). Erityisesti vuosien 2006–2010 välisenä aikana moni organisaatio on ryhtynyt osallistumaan kustannusten kuluihin, sillä tutkimuksen 15 organisaatiosta kahdeksan alkoi korvata valmisteiden kuluja työntekijöilleen juuri tuolloin. Muutamassa organisaatiossa valmisteiden korvaus on kuitenkin jo aloitettu ennen tätä, vuosien 1996–2005 välillä.

6.2.2 Muut keinot

Kyselyn vastauksista kävi ilmi, että työnantajilla on käytössään vieroitusvalmisteiden korvaamisen lisäksi monia muitakin keinoja tukea tupakoimattomuutta työntekijöiden keskuudessa. Näitä eri tukimuotoja organisaatiot ovat myös melko aktiivisesti ottaneet käyttöönsä, sillä vain kolme vastaajaa ilmoitti, ettei heidän organisaatiossaan käytössä ole mitään tupakoimattomuutta edistäviä toimia.

Tupakoimattomuuden lisäämiseksi työnantajat voivat työn ympäristöön vaikuttamalla pyrkiä vähentämään tupakointia sekä tupakoinnista aiheutuvia haittoja. Tupakointipaikkojen sijainti organisaatioissa olikin nostettu kyselyssä esille.

Vastauksista ilmeni, että tyypillisintä tupakointipaikkojen sijoittelussa oli tupakointipaikan sijoittaminen organisaation ulkotiloihin (n=22). Toiseksi tyypillisintä vastanneiden organisaatioiden keskuudessa oli tupakointipaikkojen puuttuminen kokonaan, sillä 13 vastaajaa ilmoitti, ettei heidän organisaation sisä- eikä ulkotiloissa ole varattu erillistä tupakointialuetta. Kuudesta vastauksesta puolestaan kävi ilmi, että tupakoinnille on va-

rattu erillinen alue organisaation hallinnoiman alueen ulkopuolelta. Pienessä osassa tutkimukseen osallistuvien organisaatioiden joukosta löytyi ulkotiloissa olevan tupakointipaikan lisäksi myös sisätiloista tupakoinnille varattu erillinen alue ($n=3$). Kahdessa organisaatiossa taas tupakointia ei ollut rajoitettu erikseen tupakointipaikoille. Näiden lisäksi neljässä vastauksessa tuotiin esille muita tapoja, joita ei vastausvaihtoehdoissa ollut etukäteen määritelty. Esille nostettiin muun muassa ohjeistus siitä, että sisätiloissa tupakointi on kokonaan kiellettyä, mutta ulkotiloissa tupakoida saa vapaasti. Muutamassa kommentissa taas mainittiin, vaihtelevan kenttätyön vaikuttavan tupakoinnille varattujen tilojen ja käytön käytänteisiin.

Myös työajan käyttöön liittyvillä seikoilla voidaan edistää osaltaan tupakoimattomuutta välillisesti. Tutkimuksessa selvitetiinkin, ovatko työnantajat valmiita joustamaan työntekijöidensä työajassa tupakoimattomuuden tukemisen lisäämiseksi. Vastanneista reilu neljäsosa ($n=13$) oli tässä valmiita joustamaan, sillä he vastasivat työntekijöiden saavan käydä tupakoimattomuutta tukevissa ryhmissä työajan puitteissa. Loput 28 vastaajaa ilmoitti ryhmiin osallistumisen täytyvän tapahtuvan työntekijän omalla ajalla.

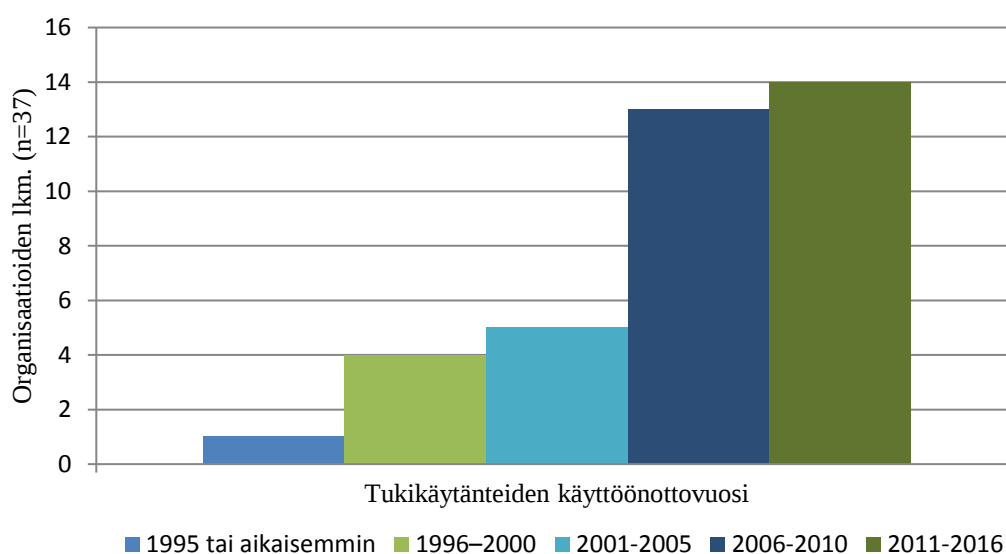
Tupakoinnin lopettamista sekä sen käytön aloittamisen ehkäisyä voidaan työyhteisöissä tukea työnantajien toimesta myös monilla muilla tavoilla. Alla olevasta taulukosta 3 ilmenee, että tukimuotoja on otettu monipuolisesti käyttöön. Suurimmassa osassa tutkimukseen osallistuvissa organisaatioissa oli pääasiassa otettu käyttöön yhdestä kahteen tukimuotoa ($n=31$), mutta mukana oli myös organisaatioita, joissa eri tukimuotoja oli käytössä kolmesta viiteen ($n=7$).

Lähes kaikki vastaajista kertoivat työntekijöiden tupakoinnin lopettamista tuettavan näyttöön perustuvien keinojen avulla, mutta muutamassa yksittäisessä vastauksessa esille tuotiin myös muita tapoja, kuten hypnologin hyödyntäminen, jonka tehokkuutta ei kuitenkaan voida tutkimusten valossa arvioida tieteellisen näytön puuttuessa (Rouhos 2013, 402).

TAULUKKO 3. Organisaatioissa käytössä olevat muut keinot tukea tupakoimattomuutta

Organisaatioiden käytössä olevat tukitoimet	f
Yksilökäynnit työterveydenhuollossa	27
Kampanjat/teemapäivät	12
Ammattilaisen ohjaamat tupakoinnin lopettamista tukevat ryhmät	9
Jokin muu, mikä	7
Asiantuntijoiden luennot	6
Erillinen rahallinen kannustin	5
Kilpailut lopettajille/kannustusohjelmat	4
Vertaistukiryhmät	3

Tutkimukseen osallistuneista 41 organisaatiosta 12:ssa oli tupakoimattomuuden edistämiseksi järjestetty työntekijöille joskus tupakoimattomuutta tukeva ryhmä. Näistä kahdeksassa organisaatiossa ryhmiä oli järjestetty 1–4 kertaa. Neljässä puolestaan ryhmiä oli järjestetty useammin kuin neljä kertaa.



KUVIO 7. Tukikäytänteiden käyttöönotto vuosi organisaatioissa

Vastauksista kävi ilmi, että tupakoimattomuuteen tähtääviä tukitoimia on otettu vastaan neissa organisaatioissa käyttöön pääasiassa viimeisen kymmenen vuoden aikana. Neljäsosa vastanneista on kuitenkin ottanut tukimuotoja käyttöönsä jo tätäkin aikaisemmin. (Kuvio 7.)

6.3 Nikotiinikorvaushoitotuotteiden ja reseptivalmisteiden korvaamisesta aiheutuvat kustannukset

Toisena tutkimuskysymyksenä oli nikotiinikorvaushoitotuotteiden ja reseptivalmisteiden korvaamisesta syntyvät kustannukset työnantajalle. Tarkastelun kohteeksi nousi kyselyyn vastanneiden joukosta ne 14 organisaatiota, jotka korvasivat nikotiinikorvaushoitotuotteiden tai reseptivalmisteiden käytöstä aiheutuvia kuluja työntekijöille ja olivat kustannuksia koskeviin kysymyksiin vastanneet. Tässä kappaleessa tarkastellaankin tutkimuksesta esille nousseita kustannuskysymyksiä, joita nämä organisaatiot ovat tuoneet esille.

Tuloksista voidaan nähdä, että kustannusten suuruuteen vaikuttavat monet tekijät kuten se, kuinka pitkäksi ajanjaksoksi nikotiinikorvaushoitotuotteita tai reseptivalmisteita työntekijälle korvataan, kuinka suuri osa aiheutuvista kustannuksista korvataan, ovatko työntekijät oikeutettuja saamaan useammin kuin kerran työnantajan kustantamana nikotiinikorvaushoitotuotteita tai reseptivalmisteita sekä kuinka monelle työntekijälle näitä on korvattu. Oheiseen taulukkoon (taulukko 4) on eritelty organisaatio kerrallaan kustannuskysymyksiin liittyvät vastaukset, joista ilmenee vieroitusvalmisteiden kustannusten korvaamisesta tukimuodon käyttöönottovuosien aikana syntyneet kokonaiskustannukset sekä näihin kustannuksiin vaikuttavat osatekijät.

TAULUKKO 4. Nikotiinikorvaushoitotuotteiden/reseptivalmisteiden korvaamisesta organisaatiolle aiheutuneet kokonaiskustannukset sekä siihen vaikuttavat tekijät

Organisaatio (n=14)	Kustannukset yht. (€)	Korvattavat kk. yksittäiselle työntekijälle	Korvausta saaneet henkilöt yht.	Kustannusten korvaaminen	Korvauksen saaminen useammin kuin kerran
1.	alle 5 000	2 kk	1–9	½ kustannuksista	Ei
2.	alle 5 000	2 kk	1–9	½ kustannuksista	Ei
3.	alle 5 000	2 kk	1–9	½ kustannuksista	Kyllä
4.	alle 5 000	yli 3kk	25–49	½ kustannuksista	Ei
5.	5000–9999	yli 3 kk	10–24	kaikki kustannukset	Ei
6.	5000–9999	yli 3kk	10–24	kaikki kustannukset	Kyllä
7.	5000–9999	3kk	50–69	½ kustannuksista	Ei
8.	10000–19000	3 kk	10–24	kaikki kustannukset	Ei
9.	10000–19000	yli 3kk	25–49	kaikki kustannukset	Kyllä
10.	10000–19000	3 kk	50–69	kaikki kustannukset	Kyllä
11.	10000–19000	3kk	70–99	½ kustannuksista	Kyllä
12.	10000–19000	yli 3 kk	100 tai enemmän	½ kustannuksista	Kyllä
13.	10000–19000	3 kk	100 tai enemmän	kaikki kustannukset	Kyllä
14.	10000–19000	1 kk tai vähemmän	100 tai enemmän	muu (50€)	Ei

Tuloksista nähdään (taulukko 4 ja 5), että nikotiinikorvaushoitotuotteiden tai reseptivalmisteiden kustannuksiin vaikuttavat pitkälti korvausta saaneiden työntekijöiden lukumäärä, sillä pienimmät kokonaiskustannukset olivat keskimäärin niillä organisaatioilla, joissa oli henkilömäärällisesti vähiten valmisteiden kustannuksia korvattu. Päinvastoin taas suurimmat menoerät olivat organisaatioilla, joissa moni työntekijä oli kyseistä tukimuotoa hyödyntänyt.

TAULUKKO 5. Organisaatioissa tukea saaneiden henkilöiden lukumäärä kustannuksiin verrattuna

Organisaatioiden lkm. (n=14)	Tukea saaneiden henkilöiden lkm v. 2015	Kustannukset v. 2015 (€)	Tukea saaneiden henkilöiden lkm kaiken kaikkiaan yht.	Kustannukset kaiken kaikkiaan yht. (€)
3	1–2	Alle 2500	1–9	Alle 5000
1	1–2	Alle 2500	25–49	Alle 5000
1	3–4	Alle 2500	50–69	10 000–19 999
1	3–4	Alle 2500	10–24	10 000–19 999
1	5–6	Alle 2500	25–49	10 000–19 999
1	7–8	2500–4999	10–24	5000–9999
1	7–8	Alle 2500	100 tai useampi	10 000–19 999
1	>10	Alle 2500	10–24	5000–9999
1	>10	Alle 2500	50–69	5000–9999
1	> 10	2500–4999	70–99	10 000–19 999
2	>10	Alle 2500	100 tai useampi	10 000–19 999

Taulukkoa 5 tarkastelemalla havaitaan, että vuoden 2015 aikana nikotiinikorvaushoitotuotteiden ja reseptivalmisteiden korvaamiseen kului organisaatioilla keskimäärin rahaa alle 2500€ korvausta saaneiden henkilöiden määrän vaihdellessa yhdestä henkilöstä yli kymmeneen. Kahdessa vastauksessa arvioitiin kustannusten nousseen yli 2500 euroon, mutta silloinkin euromäärä ei ylittänyt yli 5000 euroa. Kysyttäessä kaiken kaikkiaan kyseisten tuotteiden tarjoamisesta aiheutuneita kustannuksia, yksikään organisaatio ei arvioinut määrän ylittäneen 20 000 euroa. Mukana oli kolme organisaatiota, jotka kertoivat nikotiinikorvaushoitotuotteita tai reseptivalmisteita saaneiden työntekijöiden määrän olleen yli sata ja niistä aiheutuneen summan nousevan silti vain 10 000–19999 euron välille.

Nikotiinikorvaushoitotuotteiden ja reseptivalmisteiden kustannuksiin kuluva summa nousi esille myös kysymyksessä, jolla haluttiin selvittää vastanneiden mielipide siitä, mikä jatkossa tukisi heidän mielestään jo olemassa olevien keinojen lisäksi työnantajia tukemaan tupakoimattomuutta (taulukko 6).

TAULUKKO 6. Keinot, joilla pystyttäisiin tukemaan työnantajaa tupakoinnin lopettamisen tukemisessa jo olemassa olevien keinojen lisäksi

Työnantajaa tukevat keinot	f
Työelämää koskevan lainsäädännön muutokset	16
Nikotiinikorvaustuotteiden ja reseptilääkkeiden alhaisempi hinta	14
Sähköiset materiaalit työnantajalle ohjeistukseksi	13
Työterveyshuollon räätälöity paketti	13
Tupakkalain muutokset	11
Jokin muu, mikä	4
Muun ulkopuolisen tahon tarjoama räätälöity paketti	4
Kirjalliset materiaalit työnantajalle ohjeistukseksi	3

Osa vastanneista organisaation edustajista näyttäisi kokevan nykyisen vieroitusvalmisteiden hinnan liian korkeaksi, sillä vastauksista kävi ilmi vieroitusvalmisteiden hinnan alentamisen olevan vastaajien mielestä toiseksi paras keino tukea työnantajia tukimuotojen tarjoajana heti lakimuutosten jälkeen. Tarkastelemalla taulukkoa 6 havaitaan, että näiden ohella työnantajat kokivat myös muun muassa sähköisten ohjeistuksien sekä työterveyshuollon kautta saatavien räätälöityjen pakettien voivan auttaa tukemisen edistämässä.

7 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

7.1 Tulosten tarkastelua

Tämän tutkimusten perusteella voidaan todeta, että tupakointi työntekijöiden keskuudessa on edelleen melko yleistä, sillä arvioiden mukaan vastanneiden organisaatioiden työntekijöistä keskimäärin 10–29 % tupakoi. Tätä tulosta tukee myös aikaisempi arvio, jonka mukaan noin joka kuudes työssäkäyvä henkilö käyttää tupakkatuotteita (Jääskeläinen & Virtanen 2016, 1). Nämä tutkimustulokset paljastavat tosiasian, että tupakoimattomuuteen tähtäävät toimet ovat yhä edelleen tarpeellisia ja ajankohtaisia. Aihe koskettaa suurta osaa työyhteisöistä, sillä yksikin tupakoiva työntekijä työyhteisön sisällä antaa työnantajalle aihetta pohtia organisaation linjausta tupakoinnin suhteen.

Tutkimustulokset osoittavat, etteivät tutkimuksessa mukana olleet työnantajat ole vielä kovin laaja-alaisesti ottaneet käyttöön nikotiinikorvaushoitotuotteiden tai reseptivalmisteiden tarjoamisen käytäntöä ohjauksen tarjoamiseen nähden, sillä 41 vastanneesta 15 kertoi tukevansa tupakoimattomuutta tarjoamalla näitä vieroitusvalmisteita työntekijöille. Tutkimuksen mukaan erityisesti pientyönantajien keskuudessa kustannusten korvaaminen on hyvin vähäistä, joten jatkossa tärkeää olisi pohtia miten juuri heitä voitaisiin kannustaa ja tukea tukimuodon käyttöönotossa.

Vieroitusvalmisteita tarjoavien organisaatioiden määrä on harmillisen pieni siihen nähden, kuinka suuri prosentti tupakoitsijoista saisi näistä avun tupakointinsa lopettamisen tueksi. Kyselyyn vastanneet työnantajat arvioivatkin, että edellä mainittujen valmisteiden avulla keskimäärin 40–59 % tupakoivista työntekijöistä oli pystynyt tupakoinnin lopettamaan. Aikaisemman tutkimuksen mukaan vastaava luku ilman nikotiinikorvaushoitotuotteita tai reseptivalmisteita jää puolestaan vain muutamaan prosenttiin, eli valmisteista saatava hyöty on merkittävä (Rouhos 2013, 401). Tämä vahvistaa useita tutkimustuloksia, joiden mukaan vieroitusvalmisteet nostavat tupakasta irti pääsyn mahdollisuutta moninkertaisesti (Cahill ym. 2013; Rouhos 2013, 403; Wang D ym. 2008).

Tuloksia tarkastelemalla havaitaan, että tutkimukseen osallistuneiden joukosta moni organisaatio oli hyödyntänyt tupakoinnin vastaisessa työssä tupakointipaikkojen suunnittelua rajoittaakseen tupakoinnin aiheuttamia haittoja. Tämä tuli esille tuloksissa, joiden mukaan vain kahdessa organisaatiossa tupakointia ei ollut rajoitettu erikseen tupakointipaikoille ja muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta tupakointipaikkaa ei ollut sijoitettu organisaation sisätiloihin. Yli neljäsosasta vastauksista kävi lisäksi ilmi, ettei tupakoinnille oltu varattu erillistä aluetta lainkaan, mikä on osaltaan vahva viesti työntekijöille. Näitä työympäristössä tupakoinnin rajoittamiseen liittyvien rajoitteiden hyödyllisyyttä tukevat myös aikaisemmat tutkimukset. Muun muassa Kataisen väitöskirjaan (2011) viitaten työnteon lomassa onnistuva tupakointi edesauttaa tupakointikertojen määrää edistäen samalla käytön jatkumista. Tämän vuoksi työnantajan olisi tärkeä pyrkiä tupakointipaikkojen sijoittamisella vähentämään tupakointitaukojen pitämisen helppoutta ja mielekkyyttä.

Tutkimuksen perusteella työterveyshuollon tarjoamat yksilökäynnit osoittautuivat tutkimuksessa mukana olleiden organisaatioiden keskuudessa selvästi yleisemmäksi tukimuodoksi edistää tupakoinnin lopettamista, sillä vastaajista hiukan alle kolme neljäsosaa kertoi työntekijöille tätä tarjottavan. Myös ammattihenkilöiden ohjaamat tupakoinnin lopettamista edistävät ryhmät olivat suosittuja, sillä neljäsosassa organisaatioista oli järjestetty kyseisiä ryhmiä. Ohjauksen yleisyyteen vaikuttanee tämän tukimuodon näyttöön perustuva vaikuttavuus, joka käy ilmi myös aiemmin julkaistuista tutkimuksista (Tuisku 2016; Fiore ym. 2008).

Tutkimuksen mukaan kampanjoiden ja teemapäivien suosio oli organisaatioiden keskuudessa melko laajalle levinnyt tukimuoto, sillä joka neljännessä tutkimukseen osallistuvassa organisaatiossa oli järjestetty joko kampanjoita tai teemapäiviä tupakoinnin lopettamisen tukemiseksi. Terveysjournalismia väitöskirjassaan tutkineen Torkkolan (2008) mukaan näiden vaikuttavuutta terveyskäyttäytymiseen on arvioitu lukuisin eri tutkimuksin, joskin niistä saatava tieto ei anna kovin täsmällistä tietoa. Torkkola (2008) tuo kuitenkin esille, että useissa tutkimuksissa on havaittu näiden keinojen vaikuttavan positiivisesti kohderyhmään, minkä perusteella kampanjoiden ja teemapäivien käyttö terveyden edistämisen muotona onkin perusteltua.

Vieroitusvalmisteita tarjoavien organisaatioiden vähäiseen määrään liittyen esille nousee kysymys, mikseivät työnantajat ole laajemmin ottaneet vieroitusvalmisteiden kustannusten korvaamista käyttöönsä. Vastauksena voi olla lukuisia eri syitä, mutta osalla työnantajista syy löytyy varmasti juuri kustannusten karttamisesta ja toisaalta taas tietämättömyydestä valmisteista saatavasta kustannushyödyn määrästä. Tämän tutkimuksen tulosten pohjalta voidaan kuitenkin todeta, että organisaatioille vieroitusvalmisteiden korvaamisesta aiheutuvat kustannukset ovat hyvinkin maltillisia siitä saatavaan hyötyyn nähden. Tätä tukevat tulokset, joiden mukaan kaikki vastanneet arvioivat vieroitusvalmisteiden käyttöön kuluneen summan vuoden 2015 aikana olleen alle 5000 euroa ja keskimäärin jopa alle 2500 euron tukea saaneiden työntekijöiden määrän vaihdellessa muutamasta henkilöstä yli kymmeneen. Kaiken kaikkiaan vuosien mittaan vieroitusvalmisteita oli organisaatioissa tarjottu alle kymmenestä henkilöstä yli sadalle. Silti kokonaiskustannukset jäivät jopa näissä yli sadan työntekijän vieroitusvalmisteiden kustannuksiin osallistuvissa organisaatioissa alle 20 000 euron. Tätä tämän tutkimuksen pohjalta tehtyä näkemystä vahvistavat aikaisemmin tehdyt laajat tutkimusotannat, joiden perusteella voidaan todeta vieroitusvalmisteiden käytön olevan todella kustannustehokasta (Wang D ym. 2008; Cahill ym. 2013; Steadin ym. 2012; Sandström ym. 2010).

Käypä hoito -suosituksessa (2012) nostetaan esille, että tupakoinnin vieroittamiseen liittyvät tukitoimet tulisi kohdistaa jokaista tupakoivaa henkilöä kohden. Jotta tähän päästään, on tärkeää ymmärtää työnantajalta saatavan tupakoimattomuutta edistävän tuen merkityksellisyys osana suositusten käyttöönottoa (Sandström, Leppänen & Simonen 2010, 28). Näin ollen voidaankin todeta, että työnantajan rooli työntekijöidensä ja sitä myöten koko väestön tupakoimattomuuden edistäjänä tulee jatkossa kasvamaan entisestään. Tutkimuksen perusteella kehityksen suuntaviiva on ainakin toistaiseksi oikea, sillä tukimuotojen käyttöönottovuosia tarkasteltaessa havaitaan, että eri tupakoinnin lopettamiseen tähtäävien tukimuotojen käyttöönotto on lisääntynyt organisaatioiden keskuudessa erityisesti viime vuosien aikana. Jotta kehitys jatkuisi tämän osalta samansuuntaisena, olisi tärkeä kuitenkin pysähtyä pohtimaan, miten kehityksen jatkuvuutta voitaisiin jatkossa tukea paremmin. Tutkimukseen osallistuneet työnantajat toivat esille tarpeen saada jatkossa enemmän yhteiskunnallista tukea tupakoimattomuuden edistämistyöhön. Yleisellä tasolla voidaankin todeta, että kehityksen jatkuvuuden turvaamiseksi tulevaisuudessa tulisi pyrkiä lisäämään resursseja toimiin, joilla voidaan joko välillisesti tai suoraan vahvistaa työnantajan tukijan roolia tupakoinnin lopettajana.

Tarkasteltaessa lähemmin näitä tutkimustuloksia työnantajia tupakoinnin lopettamisen tukemistyössä hyödyttävistä toimista, voidaan todeta, että erityisesti lainsäädännöllisiin toimenpiteisiin liittyvät toimet koetaan tarpeellisiksi. Tutkimukseen osallistuvista yli puolet kokikin lainmuutosten pystyvän edistämään työnantajan tukijan asemaa. Myös työnantajalle tukitoimista aiheutuvien kustannusten pienentäminen nostettiin esille toimenä, jolla voitaisiin helpottaa työnantajaa, sillä vieroitusvalmisteiden nykyistä alhaisempi hinta oli vastaajista lähes joka kolmannen mielestä hyvä keino tukea työnantajaa tukimuotojen tarjoajana. Näiden lisäksi toimet, jotka muun muassa lisäävät työnantajien tietoisuutta tukemiseen liittyvissä asioissa, koettiin merkityksellisiksi, sillä yli neljännes vastaajista koki valmiiden ohjeistuksien tarjoamisen hyödyttävän työnantajia.

Tämän tutkimuksen perusteella voidaan siis vetää johtopäätös siitä, että työntekijöiden tupakoimattomuuden tukemiseksi löytyy useita tapoja, joita tutkimukseen osallistuvat organisaatiot ovat ottaneet pääasiassa melko hyvin käyttöönsä. Työnantaja onkin tupakoinnin vastaisessa työssä tärkeässä asemassa ja pystyy eri toimintatavoilla vaikuttamaan positiivisesti tupakoivien työntekijöiden lopettamispäätökseen (Tutu – Tulostavoitteena tupakoimattomuus i.a., 2). Jotta näiden tukitoimien vaikuttavuus olisi kuitenkin maksimaalinen, työnantajan tulisi pohtia, mitkä keinoista ovat juuri oman työyhteisön kannalta sovivimmat. Toimintatapoja rohkeasti soveltamalla organisaatioin tarpeita vastaaviksi, voidaan lisäksi löytää uusia innovatiivisia malleja, joilla tupakoinnin lopettamista voidaan vieläkin paremmin tukea. Yksi olennaisimmista huomioista tupakoinnin vastaisessa työssä olisi saada työnantajan lisäksi koko työyhteisö sitoutettua mukaan toimintaan, sillä tupakoimattomuuden edistäminen vaatii pitkäjänteistä tiimityöskentelyä tavoitteen saavuttamiseksi. Tämä tulisikin pitää lähtökohtana kaikelle tupakoimattomuuteen pyrkivälle toiminnalle. Kuten muutamassa vastauksessa nostettiin esille, tärkeää olisi myös muistaa varata tarpeeksi aikaa työyhteisön tavoittellessa kokonaan savutonta työpaikkaa. Tällä tavoin voidaan antaa työntekijöille tarpeeksi aikaa sopeutua tilanteeseen ja siirtymä uudenlaiseen toimintatapaan sujumaan jouhevammin. Vaikka työyhteisön tupakoimattomuus ei tule itsestään, palkitsee se lopulta koko yhteisön:

Työpaikkamme (tehdas ja toimisto) on ollut jo joitakin vuosia ns. savuton työpaikka. Muutos savuttomuuteen ei ollut helppo, mutta ponnistelut kannattivat. Lähes kaikki ovat tyytyväisiä savuttomuuteen tänä päivänä.

7.2 Tutkimuksen eettisyys

Hyvä tutkimusetiikka näyttäytyy tutkimuksen teossa rehellisyyden, yleisen huolellisuuden ja tarkkuuden korostamisena läpi matkan (Tutkimuseettinen neuvottelukunta i.a.). Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tutkimusetiikan tulee ohjata kaikkia tutkimusprosessin vaiheita, mutta eettisyyden tulee näyttäytyä erityisesti tutkimuksen suunnittelussa sekä aineiston keruuvaiheessa (Vilkkä 2007, 100–101). Tämän tutkimuksen suunnitteluvaiheessa eettisyys nousi esille aiheen valinnassa ja rajauksessa, joissa tuli pohtia mitä eettisyyden rajoissa voidaan selvittää tutkimuksen luotettavuus turvaten. Tutkimuskysymyksien selkeyteen ja täsmällisyyteen kiinnitettiin huomiota, jotta kyselylomakkeen avulla saataisiin tarvittavat vastaukset. Tutkimuskysymyksiä mietittäessä otettiin tarkoin huomioon tutkittavan aiheen tarpeellisuus ja hyödynnettävyys erityisesti tutkittavan joukon näkökulmasta. Tämän tutkimuksen hyödynnettävyys on noussut organisaatioiden tarpeesta saada tietoa tupakoinnin lopettamisen tutkimuksista sekä niiden kustannuksista, joten tutkimuksen tekemiselle oli todellinen tarve. Tutkimuksen teoriaosuuden tiedonhankinnassa käytettiin eettisesti hyväksytyjä tiedonhankintatapoja, joka lisäsi tutkimuksen eettisyyttä.

Kyselylomakkeessa merkityksellistä on erityisesti saatekirjeen sisältämä informaatio, sillä tutkimukselle asetetun eettisyyden säilyttämiseksi on olennaista turvata tutkimukseen osallistuvien riittävä tietämys tutkimuksesta (Vilkkä 2007, 99). Tutkimuksen luonteen vuoksi erillisiä tutkimuslupia ei tarvittu. Vastaaminen perustui vapaaehtoisuuteen ja kysymyslomakkeen mukana tulevan saatekirjeen avulla tutkittava pystyi tekemään valinnan tutkimukseen osallistumisestaan (Vilkkä 2007, 80). Tämän tutkimuksen saatekirjeessä tuotiin esille muun muassa perustietoa tutkimuksesta ja siihen osallistumisesta, kerättävien tietojen käsittelystä sekä yksityisyyden säilyvyydestä. Yksityisyyden säilyttäminen on osa tieteellisen tutkimuksen kriteerejä, joten tutkimukseen osallistuminen toteutettiin tutkittavien anonymiys turvaten (Tutkimuseettinen neuvottelukunta i.a.; Vilkkä 2007, 154). Tutkimusetiikan mukaisesti tutkimusaineistoa käsiteltiin luottamuksellisesti ja huolellisesti koko tutkimusprosessin ajan ja aineisto hävitettiin asianmukaisesti tutkimuksen valmistuttua. Myös tulosten kirjallisessa raportoinnissa otettiin huomioon anonymiys, sillä tutkimukseen osallistuneita yrityksiä ei pystytä tuloksien perusteella yhdistämään vastaajiin. Tutkimusetiikka nousi esille myös tutkimusraportin teossa,

sillä eettisesti hyväksytyistä tietolähteistä etsityt tiedot olivat raportoinnissa tuotu selkeästi esille lähdeviitteiden avulla (Tutkimuseettinen neuvottelukunta i.a.).

7.3 Tutkimuksen luotettavuus

Kvantitatiivisessa tutkimusmenetelmässä reliabiliteetti sekä validiteetti määrittelevät tutkimuksen luotettavuutta. Reliabiliteetti kuvastaa tutkimuksesta saatavien tulosten toistuvuutta ja pysyvyyttä tutkijasta riippumatta eli toisin sanoen reliabiliteetti kertoo satunnaisten tekijöiden vaikutuksesta tutkimustulokseen. Se, miten hyvin tutkimus on onnistunut mittaamaan tavoiteltua asiaa, kuvastaa puolestaan tutkimuksessa esiintyvää validiteettia. (Vilkka 2007, 149–150.)

Tutkimuksen otosjoukkoa valittaessa tavoitteena oli aikaansaada perusjoukkoa edustava otos. Määrällisessä tutkimuksessa suositaan suurta havaintoyksiköiden määrää, joka mahdollistaa havaintojen selittämisen numeraalisessa muodossa (Vilkka 2007, 17). Tutkimukseen valittiin mukaan 148 organisaatiota, joka määrälliseksi tutkimukseksi on suhteellisen pieni tutkimusotos. Otsokoko katsottiin kuitenkin riittäväksi, sen kyvystä sisällyttää itseensä perusjoukon ominaisuudet (Vilkka 2007, 152). Otannassa huomioitiinkin mukaan valittujen organisaatioiden toimiala ja -paikkakunta sekä henkilöstön määrä, joka vastaisi samassa suhteessa koko perusjoukon ominaisuuksia.

Tutkimuksen luotettavuuden kannalta aineistonkeruumenetelmä tulee valita huolellisesti siten, että se soveltuu tutkittavan asian selvittämiseen sekä tutkimuksen kohderyhmälle (Vilkka 2007, 152). Tutkimuksessa päädyttiin käyttämään mittarina kyselylomaketta, joka oli laadittu kirjallisuuden, aikaisempien tutkimusten sekä toimeksiantajalta saadun palautteen pohjalta. Kyselylomakkeen suunnittelussa kiinnitettiin erityisesti huomio siihen, että se vastasi selkeästi määriteltyihin tutkimuskysymyksiin. Kyselylomakkeen etuna luotettavuuden lisääjänä oli se, että kaikilta osallistujilta kysyttiin samalla tavalla täysin samat asiat ilman tutkijan läsnäolon vaikutusta. Luotettavuutta edisti myös se, että tutkimukseen voitiin ottaa suurempi kohdejoukko laajemmalta alueelta ilman kustannusten lisääntymistä tai tutkimukseen kuluvan ajan kasvua merkittävästi (Valli 2015, 44).

Kuten muillakin aineistonkeruumenetelmillä myös kyselylomakkeen kautta saatujen tietojen luotettavuutta voivat vääristää mittaus-, satunnais- ja systemaattiset virheet. Tutkimuksessa satunnaisvirheiden mahdollisuus voi liittyä muun muassa vastaajien puutteelliseen tietämykseen kysyttävistä asioista. (Vilkkä 2007, 153.) Tätä pyrittiin ehkäisemään lähettämällä kysely asiasta vastaaville henkilöille sekä pitämään kysymykset sellaisina, että niihin pystyttäisiin vastamaan helposti. Mittausvirheiden mahdollisuuden pienentämiseksi kyselylomakkeen vastausohjeet, kysymykset sekä vastausvaihtoehdot suunniteltiin tarkasti ja ennen lomakkeen lähettämistä sen toimivuus esiteltiin usealla tutkimukseen osallistumattomalla henkilöllä. Näin ollen saatiin varmistettua kyselylomakkeen sisältävän kaikki tarvittavat asiat ja sen yksiselitteisyys sekä ymmärrettävyys, jotta satunnais- ja mittausvirheiden määrä saatiin minimoitua. Tutkimuksen aihe saatettiin osaltaan kokea arkaluonteiseksi, sillä tupakointi ja siihen puuttuminen voi herättää vahvojakin tunteita. Aihe saattaa myös yleisen tupakoinnin vastaisen ilmapiiirin luoman paineen vuoksi saattaa vastaajat kaunistelemaan tai jopa valehtelemaan vastauksia ”paremman näköiseksi”. Näitä systemaattisia virheitä vähentääkseen tutkijan osallistumattomuus vastaustilanteessa koettiin erityisenä tärkeänä luotettavan tutkimustiedon takaamiseksi.

Haastatteluun verrattuna kyselytutkimuksen vastausmäärä jää useimmiten vähäisemmäksi, joka ilmeni myös tässä tutkimuksessa, sillä 148:sta vain 41 vastaajaa vastasi kyselyyn (Valli 2015, 45). Tutkimustuloksia tarkasteltaessa täytyykin huomioon ottaa lopullisen vastauskoon pieni määrä, minkä takia tutkimustuloksia voidaan pitää vain suuntaa antavana. Vastauskato voi vääristää vastauksia, joten tulosten raportoinnissa ei käytetty prosenttiosuuksia vääristymien syntymisen ehkäisemiseksi (Vilkkä 2007, 110).

Luotettavuus ohjasi lisäksi tutkimuksen tuloksien käsittelyä. Kyselylomakkeen avulla saatavien tietojen syötössä käytettiin hyväksi Excel-ohjelmaa, johon tallennetut tiedot tarkastettiin useaan kertaan ehkäisten näin virhesyöttöjen mahdollisuus. Tiedonhankinnassa hyväksikäytettiin kriittisesti valittuja tietolähteitä, jolla pystyttiin varmistamaan lähdemateriaalin luotettavuus. Lähdemateriaalin valinnassa pyrittiinkin käyttämään alkuperäislähteitä ja tietoja, jotka olisivat mahdollisimman uusia. Tämän tutkimuksen luotettavuutta lisää myös lähdeviitteiden asianmukainen merkitseminen raportoinnissa.

7.4 Jatkotutkimusaiheet

Tässä tutkimuksessa kartoitettiin työnantajien keinoja tukea tupakoinnin lopettamista sekä vieroitusvalmisteiden tarjoamisesta työnantajalle aiheutuvia kustannuksia. Tämän tutkimuksen pohjalta voidaan todeta, että tupakoinnin lopettamiseen tähtäävät toimet työyhteisöissä ovat edelleen tarpeellisia ja ajankohtaisia ja suurin osa työnantajista on myös halukkaita osaltaan vaikuttamaan työntekijöidensä tupakointiin.

Jatkossa voitaisiin tutkia, miten työnantajaa pystyttäisiin tukemaan ja kannustamaan enemmän eri tukimuotojen käyttöönotossa tupakoimattomuuden lisäämiseksi. Jatkotutkimuksissa voitaisiin lisäksi selvittää työnantajan tupakoimattomuuteen tähtäävien toimien näyttäytymistä sekä työnantajien että työntekijöiden näkökulmasta. Mielenkiintoista olisi myös tutkia, miten työnantajat voisivat paremmin huomioida työntekijöidensä mielipiteitä tupakoimattomuuden edistämistoimiin liittyen sekä hyödyntää niitä käytännön toiminnaissa. Jatkotutkimusaiheena voitaisiin lisäksi kartoittaa systemaattisesti miten työnantajan käytössä olevat tukimuodot edistävät tupakoinnin lopettamista työntekijöiden keskuudessa sekä vertailla näiden eri keinojen vaikuttavuutta toisiinsa nähden.

7.5 Ammatillinen kasvu

Sairaanhoitajan eettisten ohjeiden mukaan sairaanhoitajan tärkeimpänä tavoitteena on toiminnallaan pyrkiä lisäämään ja ylläpitämään terveyttä, ehkäisemään sairauksia sekä lieventämään kärsimystä koko väestön keskuudessa (Sairaanhoitajaliitto 2014). Tähän tavoitteeseen päästäkseen sairaanhoitajalle on määritelty ammatillisen osaamisen vähimmäisvaatimukset Sairaanhoitajakoulutuksen tulevaisuus -hankkeeseen kuuluen. Vaatimusten mukaisesti ammatillinen osaaminen voidaan koostaa yhdeksästä eri alakokonaisuudesta, joita ovat asiakaslähtöisyys, hoitotyön eettisyys ja ammatillisuus, johtaminen ja yrittäminen, sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristö, kliininen hoitotyö, näyttöön perustuva toiminta ja päätöksenteko, ohjaus- ja opetusosaaminen, terveyden ja toimintakyvyn edistäminen sekä sosiaali- ja terveystalvelujen laatu ja turvallisuus. (Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio 2015, 7–8.) Tämän tutkimuksen tekeminen oli pitkä-

kestoinen prosessi, jonka eri vaiheet kehittivät omaa osaamistani. Sairaanhoidajan vähimmäisvaatimuksen osaamisalueisiin peilaten pohdin seuraavassa oman ammatillisen kasvuni kehitystä tämän tutkimuksen teon vaikutuksesta.

Yksi olennaisimmista osa-alueista, joka tutkimusprosessin aikana kehittyi valtavasti, on näyttöön perustuvan toiminnan ja päätöksenteon alle lukeutuvat osaamisvaateet, joista esille nousi erityisesti tutkimus-, kehittämis- ja innovaatio-osaaminen. Tämän tutkimuksen myötä tutkimustaitoni kasvoivat lähtötasoon nähden olennaisesti ja tutkimusprosessi kehitti samalla tutkivan työotteen sisäistämistä. Tiedonhaku oli yksi merkittävä tutkimusprosessin vaihe, minkä myötä lähdekriittisen tiedonhaun osaaminen ja sen hyödyntämisen taito vahvistuivat. Tämä näyttäytyi muun muassa tiedonhaun järjestelmällisenä etsimisenä sekä lähteistä löytyvän tiedon vertailuosaamisena. Tutkimuksen tekeminen opetti tarkastelemaan kriittisesti omaa osaamista ja kehittämään oman työskentelyn itseohjautuvuutta. Koen myös, että tutkimuksen tekeminen antaa varmuutta jatkossa osallistua eri kehittämis- ja tutkimusprosesseihin.

Toinen merkittävä osaamisalue, joka tutkimusprosessin aikana kehittyi, oli terveyden ja toimintakyvyn edistämisen osa-alue. Tutkimuksen teoriaosuutta tehdessäni muun muassa tupakointi ja siihen liittyvät terveysriskit, vieroitusmuodot, yhteiskunnalliset vaikutukset sekä tupakointia säätelevä lainsäädäntö tulivat tutuksi. Näin ollen valmiuteni ehkäistä sairauksia ja terveysongelmia sekä ymmärtää väestön terveyteen ja hyvinvointiin liittyvien tekijöiden merkitystä kansantaloudellisen ja -terveydellisen näkökulman kannalta lisääntyi huomattavasti. Tämän myötä myös kliininen osaamiseni kehittyi erityisesti päihdetyön sekä potilaan auttamismenetelmien saralta.

Tämän tutkimuksen tekeminen auttoi hoitotyön eettisyys ja ammatillisuus -osaamisalueeseen kuuluvien yhteistyötaitojen vahvistamisessa, joka ilmeni yhteistyökumppanin kanssa tehtävässä yhteistyössä sekä tutkimuksen kohdejoukon tavoittamisessa. Kaiken kaikkiaan koen, että tämän tutkimuksen valmiiksi työstäminen antoi paljon eväitä ajattelun ammatillista kasvua valmiiksi sairaanhoitajaksi. Tietotaidon lisäksi, prosessi antoi itseluottamusta selvitä haasteista ja ymmärrystä tarkastella omia valmiuksia sekä kehittää niitä eteenpäin tarpeen vaatimalla tavalla.

LÄHTEET

- Cahill, Kate; Stevens, Sarah; Parera, Rafael & Lancaster, Tim 2013. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and net-work meta-analysis. The Cochrane Library. Viitattu 7.1.2016. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009329.pub2/full>.
- Danielsson, Peter; Ollila, Hanna; Korhonen, Tellervo; Broms, Ulla; Laatikainen, Tiina & Patja, Kristiina 2012. Tupakkapolitiikka kansalaisasenteissa ja päiväpolitiikassa. Antero Heloma, Hanna Ollilla, Petri Danielsson, Patrick Sandström & Johanna Vakkuri (toim.) Kohti savutonta Suomea. Tampere: Tampereen yliopistopaino. s. 36–51
- Eriksson, Elina; Korhonen, Teija; Merasto Merja & Moisio, Eeva-Liisa 2015. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen. Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus -hanke. Ammattikorkeakoulujen terveystieteen verkosto ja Suomen sairaanhoidajaliitto ry. Viitattu 25.11.2016. <https://sairanhoidajat.fi/wp-content/uploads/2015/09/Sairaanhoidajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>.
- Euroopan työterveys- ja työturvallisuusvirasto 2012. Savuttomat työpaikat - Ohjeita työnantajille: terveellisen työympäristön luominen. Viitattu 29.11.2016. file:///C:/Users/OP/Downloads/smoke-free-workplaces-employers_fi.pdf.pdf. Tuloste tekijän hallussa.
- Filha ry i.a.a. Filha ry. Viitattu 14.11.2016. http://www.filha.fi/suomi/filha_ry/.
- Filha ry i.a.b. Tupakasta vieroitus. Viitattu 14.11.2016. http://www.filha.fi/suomi/toiminta/kotimainen/tupakasta_vieroitus/.
- Fiore M C, Jaén C R, Baker T B & ym. 2008. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Viitattu 1.11.2016. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63952/>
- Hagelin, Marjatta 2014. Tupakasta vieroituksen toimintamallien ja ohjauksen toteutuminen työterveyshuollossa. Haastattelu työterveyshoitajille. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma. Viitattu 12.9.2016. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20140447/urn_nbn_fi_uef-20140447.pdf.

- Hara, Mervi i.a. Savuton työpaikka – Kiinteä osa työhyvinvointia. Viitattu 17.1.2016.
http://www.hengitysliitto.fi/sites/default/files/oppaat/savuton_tyopaikka.pdf.
- Helldán, Anni & Helakorpi, Satu 2015. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytymisen ja terveys, kevät 2014. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 9.12.2015. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126023/URN_ISBN_978-952-302-447-2.pdf?sequence=1.
- Itä-Suomen Yliopisto 2014a. III Tupakoinnin haitalliset terveysvaikutukset. Viitattu 7.12.2015. <http://www2.uef.fi/fi/tupakkakoulutus/ii>.
- Itä-Suomen Yliopisto 2014b. II Tupakkariippuvuus. Viitattu 19.12.2015.
<http://www2.uef.fi/fi/tupakkakoulutus/ii-tupakkariippuvuus>.
- Jaakkola, Maritta & Jaakkola, Jouni 2013. Tupakansavu ja keuhkosairaudet. Teoksessa Riitta Kaarteenaho, Pirkko Brander, Maija Halme & Vuokko Kinnula (toim.) Keuhkosairaudet. Helsinki: Duodecim, 386–396.
- Jyrkkiö, Sirkku; Boström, Peter & Minn, Heikki 2012. Tupakointi ja syöpä – mitä hyötyä lopettamisesta? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 19.12.2015. http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo10283.
- Jyväskylän yliopisto 2015. Määrällinen tutkimus. Viitattu 15.2016.
<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/maarallinen-tutkimus>.
- Jääskeläinen, Marke & Virtanen Sirpa 2016. Tupakkatilasto 2016. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 27.11.2016. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131190/Tr15_16.pdf?sequence=3.
- Katainen, Anu 2011. Tupakka, luokka ja terveyskäyttäytymisen ongelma. Helsingin yliopisto. Sosiaalitieteiden laitos. Väitöskirja. Viitattu 17.2.2016.
<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/24797/tupakkal.pdf?sequence=1>.
- Kauppi, Paula 2011. Tupakasta vieroitus työpaikan toimintana. Duodecim. Viitattu 20.1.2016. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukses/suositus?id=nak05709&suositusid=hoi40020>.
- Kela 2016. Työterveyshuolto. Viitattu 14.6.2016. <http://www.kela.fi/tyoterveyshuolto>.

- Kunttu, Kristina 2014. Tupakointi. Vaikutukset terveyteen. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö. Viitattu 10.12.2015. http://www.yths.fi/terveystieto_ja_tutkimus/terveystietopankki/80/tupakointi_-_vaikutukset_terveyteen.
- Käypä hoito -suositus 2012. Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus. Suomalaisen lääkäriseura Duodecimin ja Suomen yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Viitattu 5.1.2016. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi40020>.
- Laatunen, Timo & Hurmalainen, Mikko 2014. Työlainsäädäntö ja yleisiä sopimuksia. Forssa: Loimijoki-teos.
- Miettinen, Heikki 2014. Tupakointi ja sydänsairaudet. Duodecim. Viitattu 20.1.2017. http://www.ebm-guidelines.com/dtk/syd/avaa?p_artikkeli=syd00047.
- Mäntymaa, Jaakko 2016. Työterveys on edelleen yrityksille kultakaivos – kokosimme alan tulevaisuuden suuntauksat. Yle. Viitattu 29.11.2016. <http://yle.fi/uutiset/3-9309171>.
- Naukkarinen, Mikael 2013. Työnantajan työpaikalle asettamien tupakointikieltojen oikeusperusta. Tampereen yliopisto. Johtamiskorkeakoulu. Pro gradu -tutkielma. Viitattu 30.11.2016. <https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox/158b0c65ff75deea?projector=1>.
- Nguyen, Lien; Pekurinen, Markku & Rosenqvist, Gunnar 2012. Taloudellisten tekijöiden vaikutus tupakan kysyntään Suomessa 1960–2009. Teoksessa Antero Heloma, Hanna Ollilla, Petri Danielsson, Patrick Sandström & Johanna Vakkuri (toim.) Kohti savutonta Suomea. Tampere: Tampereen yliopistopaino. s. 52–58
- Patja, Kristiina 2014. Tupakka ja sairaudet. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 20.11.2016. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01066.
- Rouhos, Annamari 2013. Tupakasta vieroitus. Teoksessa Riitta Kaarteenaho, Pirkko Brander, Maija Halme & Vuokko Kinnula (toim.) Keuhkosairaudet. Helsinki: Duodecim, 397–409.
- Ruuhonen, Kirsi & Kattelus, Mervi 2012. Palvelukori ja priorisointi - samassa vai erikorisissa? Suomen lääkärilehti 46 (67), 11–12. Viitattu 15.12.2016. https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/3100/sll46_terveysfoorumi-liite.pdf.

- Sairaanhoitajaliitto 2014. Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. Viitattu 24.11.2016.
<https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>.
- Sandström, Patrick; Leppänen, Anu & Simonen, Olli (toim.) 2010. Tupakasta vieroituksen organisointi ja käytännöt. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 12.12.2015. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/112444/URN%3ANBN%3Afi-fe201504226250.pdf?sequence=1>.
- Simonen, Olli 2012. Tupakoinnin haitat ja lopettamisen hyödyt kansanterveyden kannalta. Duodecim. Viitattu 15.5.2016. http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo10281.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Tavoitteena savuton työpaikka. Viitattu 19.12.2015. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/113025/Es200614.pdf?sequence=1>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2011. Tupakkasopimus tutuksi – Tupakoinnin torjuntaan koskeva puitesopimus (WHO FCTC). Viitattu 16.11.2016. <https://julkari.fi/bitstream/handle/10024/112452/URN%3ANBN%3Afi-fe201504226793.pdf?sequence=1>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2012. Tupakkalainsäädäntö perusteluaineistoinen. Viitattu 7.1.2016. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/103050/978-952-00-3352-1.pdf?sequence=1>.
- Stead, Lindsay; Petera, Rafael; Bullen, Chris; Mant, David; Hartmann-Bayce, Jamie; Cahill, Kate & Lancaster, Tim 2012. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. The Cochrane Library. Viitattu 7.6.2016.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000146.pub4/full>
- STTK ry i.a. Työterveys ja turvallisuus. Viitattu 16.11.2016. <http://tyoelamaan.fi/tukea-tyoelamassa/tyoterveyshuolto/>
- Stumppi 2015. Kannustusohjelma. Viitattu 16.8.2016 <http://www.stumppi.fi/portal/stumppi/lopettaminen/kannustusohjelma/>.

- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos i.a. Savuke. Viitattu 29.10.2016.
<https://www.thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/tupakka/tupakkatuotteet-ja-sahkosavuke/savuke>.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016a. Aikuisväestön tupakointi. Viitattu 14.12.2016.
<https://www.thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/tupakka/tupakointi-suomessa/aikuisvaeston-tupakointi>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016b. Vaikuttavuus ja kustannukset. Viitattu 14.11.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/seuranta-ja-vaikuttavuus/vaikuttavuus-ja-kustannukset#tupakointi>.
- Terveydensuojelulaki 1994/763, 19.8.1994. Viitattu 11.12.2015. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940763?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=terveydensuojelulaki>.
- Tilastokeskus 2014. Alueellinen yritystoimintatilasto 2013. Viitattu 20.11.2016.
https://tilastokeskus.fi/til/alyr/2013/alyr_2013_2014-12-18_fi.pdf.
- Tilastokeskus i.a.a. Tupakkatuote. Viitattu 17.12.2015. <http://www.stat.fi/meta/kas/tupakkatuote>.
- Tilastokeskus 2015. Yritykset 2014. Viitattu 20.11.2016.
http://www.stat.fi/tup/suoluk/suoluk_yritykset.html.
- Tilastokeskus i.a.b. Yritys. Viitattu 29.11. 2016. <http://www.stat.fi/meta/kas/yritys.html>
- Torkkola, Sinikka 2008. Sairas juttu. Tutkimus terveysjournalismin teoriasta ja sanomalehden sairaalasta. Tampereen yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. Viitattu 15.12.2016. <https://tam-pub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67901/978-951-44-7494-1.pdf?sequence=1>.
- Tuisku, Anna 2016. Tobacco and health. A study of young adults in Northern Finland. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. Viitattu 10.8.2016. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526211565.pdf>.
- Tuovinen, Anne 2013. Työpaikat kilvan savusta eroon. Prima – Elinkeinoelämän keskusliiton lehti, 2/2013, 46–47. Viitattu 7.1.2016. <http://content.yudu.com/A24ojh/prima022013/resources/index.htm?referrerUrl=http%3A%2F%2Fwww.ek.fi%2Fek%2Ffi%2Fprima%2Findex.php>

- Tupakkalaki 2016/549, 29.6.2016. Viitattu 17.11.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2016/20160549>.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta i.a. Hyvä tieteellinen käytäntö. Viitattu 20.12.2016. <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanto>.
- Tutu – Tulostavoitteena tupakoimattomuus i.a. Työnantajan keinot tukea tupakoinnin lopettamista. Viitattu 17.6.2016. http://www.kunnat.net/fi/palvelualueet/hyvinvointikunta/savuton%20kunta/Documents/4Savuttomat_yritykset_opas_ty%C3%B6nantajille.pdf.
- Työkalupakki.net i.a. Mitä Tupakka sisältää? Viitattu 19.12.2015. <http://www.tyokalupakki.net/pages/index.php?id=75&pid=2>.
- Työterveyshuoltolaki 2001/1383, 21.12.2001. Viitattu 11.12.2015. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20011383?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=ty%C3%B6terveyshuoltolaki>.
- Työterveyslaitos 2014. Miten työnantaja voi tukea tupakoinnin lopettamisessa? Viitattu 31.10.2016. http://www.ttl.fi/fi/tyohyvinvointi/elintavat_ja_tyokyky/savuton_tyopaikka/miten_tyonantaja_voi_tukea/sivut/default.aspx.
- Työturvallisuuslaki 2002/738, 23.8.2002. Viitattu 11.12.2015. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=ty%C3%B6turvallisuuslaki>.
- U.S. Department of Health and Human Services 2010. How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Viitattu 20.3.2016. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK53017/>
- Vakkuri, Johanna 2012. Johdatus kirjaan. Teoksessa Antero Heloma, Hanna Ollilla, Petri Danielsson, Patrick Sandström & Johanna Vakkuri (toim.) Kohti savutonta Suomea. Tampere: Tampereen yliopistopaino. s. 8-10.
- Vakkuri, Johanna; Saaristo, Vesa & Holstila, Anna-Leena 2012. Savuttomat kunnat ja yritykset – esimerkkejä käytännöistä. Teoksessa Antero Heloma, Hanna Ollilla, Petri Danielsson, Patrick Sandström & Johanna Vakkuri (toim.) Kohti savutonta Suomea. Tampere: Tampereen yliopistopaino. s.78–93.
- Valli, Raine 2015. Johdatus tilastolliseen tutkimukseen. PS-kustannus.

- Varis, Tuomo & Virtanen, Sirpa 2015. Tupakkatilasto 2014. Viitattu 10.12.2015. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126966/Tr18_15.pdf?sequence=1.
- Vilkka, Hanna 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi. Viitattu 10.11.2016. <http://hanna.vilkka.fi/wp-content/uploads/2014/02/Tutki-ja-mittaa.pdf>. ///
- Vitikainen, Kirsi; Pekurinen, Markku; Kiiskinen, Urpo & Mikkola, Hennamari 2006. Kannattaako tupakoinnin lopettaminen? Tupakasta aiheutuvien elinikäisten hoitokustannusten ja tupakoinnin lopettamisesta syntyvien säästöjen arviointia. Viitattu 14.11.2016. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. <https://julkari.fi/bitstream/handle/10024/77932/Ra1-2006.pdf?sequence=1>.
- Vähänen, Miikka 2015. Tupakoinnin yhteiskunnalliset kustannukset ja niiden arviointimenetelmät. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126796/URN_ISBN_978-952-302-503-5.pdf?sequence=1.
- Wang D, Connock M, Barton P, Fry-Smith A, Aveyard P, Moore D. ‘Cut down to quit’ with nicotine replacement therapies in smoking cessation: a systematic review of effectiveness and economic analysis. *Health Technol Assess* 2008;12(2). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK56851/>
- Winell, Klas & Lehto, Seppo 2012. Tupakasta vieroituksen palvelut ajan vaatimusten mukaiseksi. Duodecim. Viitattu 12.12.2015. http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo10271

LIITE 1: TUTKIMUKSEN SAATEKIRJE

Hyvä vastaanottaja

Olen sairaanhoitajaopiskelija Diakonia-ammattikorkeakoulusta ja tekemässä opinnäytetyöhöni liittyvää tutkimusta. Tutkimukseni tarkoituksena on saada tietoa työpaikkojen käytänteistä tukea työntekijöidensä tupakoinnin lopettamista. Tutkimuksessa selvitän,

- *Miten työnantajat tukevat tupakoinnin lopettamista*
- *Kuinka suuret kustannukset työnantajalle aiheutuvat eri tupakoinnin lopettamiseen suunnattujen tukimuotojen tarjoamisesta*

Selvityksessä on mukana erikokoisia yrityksiä sekä julkiselta että yksityiseltä sektorilta ja tulokset julkaistaan siten, että myös muut yritykset voivat hyödyntää savuttomuusmalleja kehittäessään omaa toimintaansa savuttomampaan suuntaan. Kaikki vastaukset käsitellään luottamuksellisesti ja yksittäisiä yrityksiä ei mainita raportoinnissa. Tutkimus toteutetaan yhteistyössä keuhkoterveysjärjestö Filha ry:n kanssa, joka toimii myös tutkimuksen tilaajana.

Tutkimusaineisto kerätään Internetpohjaisen kyselykaavakkeen avulla alla olevan linkin kautta. Kysely sisältää 26 kysymystä. Olen tarvittaessa teihin puhelimitse yhteydessä. Toivon, että vastaisit kyselyyn mahdollisimman nopeasti, kuitenkin viimeistään 25.5.2016 mennessä.

Vastaan mielelläni opinnäytetyöhöni tai kyselyyn liittyviin kysymyksiin.

Yhteistyöstä kiittäen,

Sonja Pietilä
Sh-opiskelija
sonja.pietila(at)student.diak.fi

LIITE 2: KYSELY

Ohjeita kyselyn vastaamiseen:

- Kysymyksissä tupakoinniksi katsotaan kaikkien tupakkatuotteiden käyttö. Tupakkatuotteiksi määritellään muun muassa savukkeet, purutupakka, sikarit, piippu- ja savuketupakat, savukkeiksi käärittävä tupakka sekä nuuska.

1. Kyselyn vastaaja:

- Toimitusjohtaja
- Henkilöstöpäällikkö
- Muu nimike, mikä? _____

2. Mikä on organisaationne toimiala?

- Maatalous, metsätalous ja kalatalous
- Kaivostoiminta ja louhinta
- Teollisuus
- Sähkö-, kaasu- ja lämpöhuolto, jäähdytysliiketoiminta
- Vesihuolto, viemäri- ja jätevesihuolto, jätehuolto ja muu ympäristön puhtaanapito
- Rakentaminen
- Kuljetus ja varastointi
- Tukku- ja vähittäiskauppa; moottoriajoneuvojen korjaus
- Majoitus- ja ravitsemustoiminta
- Informaatio ja viestintä
- Rahoitus- ja vakuutustoiminta
- Kiinteistöalan toiminta
- Ammatillinen, tieteellinen ja tekninen toiminta
- Hallinto- ja tukipalvelutoiminta
- Julkinen hallinto ja maanpuolustus
- Koulutus
- Terveys- ja sosiaalipalvelut
- Taiteet, viihde ja virkistys
- Muu palvelutoiminta
- Kotitalouksien toiminta työnantajina
- Kansainvälisten organisaatioiden ja toimielinten toiminta
- Toimiala tuntematon

3. Onko organisaationne?

- Yritys
- Julkinen palvelu
- Järjestö
- Jokin muu, mikä?

4. Missä on organisaationne pääasiallinen toimipaikka?

- Uusimaa
- Varsinais-Suomi
- Satakunta
- Kanta-Häme
- Pirkanmaa
- Päijät-Häme
- Kymenlaakso
- Etelä-Karjala
- Etelä-Savo
- Pohjois-Savo
- Pohjois-Karjala
- Keski-Suomi
- Etelä-Pohjanmaa
- Pohjanmaa
- Keski-Pohjanmaa
- Pohjois-Pohjanmaa
- Kainuu
- Lappi
- Ahvenanmaa

5. Mikä on organisaationne henkilöstön määrä?

- 1–19 henkeä
- 20–49 henkeä
- 50–99 henkeä
- 100–249 henkeä
- 250–499 henkeä
- 500–1499 henkeä
- 1500–2499 henkeä
- 2500 henkeä tai enemmän

6. Organisaationne henkilöstön sukupuolijakauma:

- Miesvaltainen
- Naisvaltainen
- Tasaisesti kumpaakin sukupuolta
- En osaa sanoa

7. Työntekijöiden prosentuaalinen ikäjakauma (yhteensä 100 %):

- 15–24 -vuotiaita ____%
- 25–44 -vuotiaita ____%
- 45–64 -vuotiaita ____%

8. Arvio tupakkatuotteita käyttävien työntekijöiden lukumäärä organisaatiossanne:

- Alle 10 %
- 10–29 %
- 30–49 %
- 50–69 %
- 70 % tai enemmän
- Ei tiedossa

9. Tupakointi organisaatiossa: (Merkitse kaikki paikkansa pitävät väittämät)

- Tupakoinnille on varattu erillinen alue sisätiloissa
- Tupakoinnille on varattu erillinen alue ulkotiloissa
- Tupakoinnille on varattu erillinen alue organisaation hallinnoiman alueen ulkopuolella
- Tupakoinnille ei ole varattu erillistä aluetta sisä- tai ulkotiloissa
- Tupakointia ei ole rajoitettu tupakointipaikoille
- Jokin muu, mikä

10. Korvataanko työntekijälle nikotiinikorvaushoitotuotteiden (purukumi, laastari, suusumute yms.) tai lopettamisen tukemiseen käytettyjen reseptilääkkeiden (esim. Champix®) käytöstä aiheutuvia kustannuksia?

- KYLLÄ
- EI

11. Mistä vuodesta alkaen nikotiinikorvaushoitotuotteiden/reseptilääkkeiden korvauskäytäntö on ollut organisaatiossanne käytössä?

- v. 1995 tai aikaisemmin
- v. 1996–2000
- v. 2001–2005
- v. 2006–2010
- v. 2011–2016

12. Kuinka pitkäksi ajanjaksoksi työntekijälle korvataan nikotiinikorvaushoitotuotteita/reseptilääkkeitä?

- Yhden kuukauden ajan tai vähemmän
- Kahden kuukauden ajan
- Kolmen kuukauden ajan
- Yli kolmen kuukauden ajan

13. Kuinka paljon työntekijälle korvataan nikotiinikorvaushoitotuotteiden/reseptilääkkeiden kustannuksia?

- Puolet kustannuksista
- Kaikki kustannukset
- Jokin muu, miten?

- 14. Onko työntekijä oikeutettu saamaan nikotiinikorvaushoitotuotteita tai reseptilääkkeitä useammin kuin kerran (esim. seuraavana vuonna tai myöhemmin, mikäli lopettaminen ei ole onnistunut)?**
- KYLLÄ
 - EI
- 15. Kuinka moni työntekijä on saanut nikotiinikorvaushoitotuotteita tai reseptilääkkeitä vuonna 2015?**
- 1–2
 - 3–4
 - 5–6
 - 7–8
 - 9–10
 - Useampi kuin 10
- 16. Kuinka moni työntekijä on saanut nikotiinikorvaushoitotuotteita tai reseptilääkkeitä yhteensä tähän mennessä?**
- 1–9 työntekijää
 - 10–24 työntekijää
 - 25–49 työntekijää
 - 50–69 työntekijää
 - 70–99 työntekijää
 - 100 tai useampi
- 17. Kuinka usein tukea saavan työntekijäntupakoinnin vähentämisen tai lopettamisen edistymistä kontrolloidaan tuen saannin aikana?**
- Ei ollenkaan
 - Yhden kerran
 - 2–3 kertaa
 - Useammin kuin kolme kertaa
- 18. Seurataanko nikotiinikorvaushoitotuotteita/reseptilääkkeitä käyttäneiden tupakoinnin lopettamisen onnistumista?**
- KYLLÄ
 - EI
- 19. Arvioi, kuinka moni työntekijä on onnistunut lopettamaan tupakoinnin nikotiinikorvaushoitotuotteiden/reseptilääkkeiden avulla?**
- 0–19 %
 - 20–39 %
 - 40–59 %
 - 60–79 %
 - 80–100 %
- 20. Kuinka paljon organisaatiollenne on aiheutunut kustannuksia nikotiinikorvaushoitotuotteiden ja reseptilääkkeiden tarjoamisesta vuoden 2015 aikana?**
- vähemmän kuin 2500 €
 - 2500–4999 €
 - 5000–9 999 €

- 10 000-14 999 €
- 15 000-19 999 €
- 20 000 € tai enemmän

21. Kuinka paljon organisaatiollenne on aiheutunut kustannuksia nikotiinikorvaushoitotuotteiden ja reseptilääkkeiden tarjoamisesta yhteensä?

- alle 5000 €
- 5000–9999 €
- 10 000–19 999 €
- 20 000–29 999 €
- 30 000–49 999 €
- 50 000–80 000 €
- enemmän kuin 80 000 €

22. Mitä muita tupakoinnin lopettamista edistäviä toimia organisaatiollanne on ollut käytössä? (Merkitse kaikki paikkansa pitävät väittämät)

- Yksilökäynnit työterveydenhuollossa
- Ammatillaisen ohjaamat tupakoinnin lopettamista tukevat ryhmät
- Vertaistukiryhmät
- Asiantuntijoiden luennot
- Kampanjat/teemapäivät
- Kilpailut lopettajille/kannustusohjelmat
- Erillinen rahallinen kannustin
- Muu, mikä?

23. Arvioi, kuinka monta tupakoinnin lopettamista tukevaa ryhmää on ollut tarjolla yhteensä tähän saakka?

- Ei yhtään
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5 tai enemmän
- En osaa sanoa

24. Mikäli työntekijä osallistuu tupakoinnin lopettamista tukevaan ryhmään, katsotaanko sen kuuluvaksi osaksi työaikaa?

- KYLLÄ
- EI

25. Mistä vuodesta alkaen tupakoinnin lopettamista tukevat käytänteet ovat olleet organisaatiossanne käytössä?

- v. 1995 tai aikaisemmin
- v. 1996–2000
- v. 2001–2005
- v. 2006–2010
- v. 2011–2016

26. Mikä tukisi teidän mielestänne työnantajaa tupakoinnin lopettamisen tukemisessa organisaatiossanne jo olemassa olevien keinojen lisäksi?

- Työelämää koskevan lainsäädännön muutokset
- Tupakkalain muutokset
- Nikotiinikorvaustuotteiden ja reseptilääkkeiden alhaisempi hinta
- Työterveyshuollon räätälöity paketti
- Muun ulkopuolisen tahon tarjoama räätälöity paketti
- Sähköiset materiaalit työnantajalle ohjeistukseksi
- Kirjalliset materiaalit työnantajalle ohjeistukseksi
- Jokin muu, mikä

Vapaa sana:

KIITOS VASTAUKSESTASI!