

Opinnäytetyö (AMK)

Sairaanhoitajakoulutus

2018

Anna Lipponen

SAVUTTOMANA TOIMENPITEESEEN JA LEIKKAUKSEEN

– prosessikuvaus ja savuttomuuskäytäntöjen
yhtenäistäminen

Anna Lipponen

SAVUTTOMANA TOIMENPITEESEEN JA LEIKKAUKSEEN

- prosessikuvaus ja savuttomuuskäytäntöjen yhtenäistäminen

Tupakointi on yksi vaarallisimmista, mutta myös eräs helpoiten ehkäistävissä olevista terveysriskeistä. Suomessa elektiiviseen leikkaukseen tulee vuosittain noin 40 000 tupakoivaa potilasta. Tupakoinnin lopettamisella ennen toimenpidettä ja leikkausta on merkittäviä kansanterveydellisiä, kustannuslähtöisiä sekä yksilöterveydellisiä perusteita. Lähestyvä elektiivinen leikkaus voi jopa kaksinkertaistaa potilaan todennäköisyyden saavuttaa pysyvä tupakoimattomuus. Tupakointi altistaa leikkauspotilaan lukuisille komplikaatioille, sekä heikentää toipumista. Preoperatiivisella tupakoinnin lopettamisella voidaan vähentää kaikkien leikkauskomplikaatioiden riskiä 30–40 prosenttia.

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kehittää ja yhdenmukaistaa tupakoinnin lopettamiseen liittyviä käytänteitä ennen elektiivistä toimenpidettä ja leikkausta. Opinnäytetyön tavoite on koota ajan-kohtainen tieto ihanteellisesta preoperatiivisesta tupakoinnin lopettamisen käytännöstä prosessikuvaukseksi, verrata sitä savuttomuuskäytäntöihin kahdessa sairaalayksikössä, sekä esittää yhteenveto savuttomuuskäytäntöjen kehittämisen tarpeista yksiköissä. Opinnäytetyön tulokset ovat tarkoitettujen hyödynnettäviksi elektiiviseen toimenpiteeseen ja leikkaukseen tulevien potilaiden savuttomuuskäytäntöjen kehittämisessä. Tutkimus koostuu kirjallisuuskatsauksesta sekä kahdesta asiantuntijahaastattelusta.

Kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella potilaita tulee systemaattisesti ohjata savuttomuuteen jo perusterveydenhuollon leikkausta edeltävässä arvioinnissa, sekä läpi hoitopolun. Yleisimmin suositeltu savuttomuuden kesto ennen leikkausta on 4–8 viikkoa, mutta pidempi savuttomuus tuo lisähyötyjä. Leikkaukseen valmistauduttaessa tavoitteena on saavuttaa pysyvä savuttomuus. Tehokas terveydenhuollon vieroitus lisää lopettamisen todennäköisyyttä 3–4 kertaisesti. Aktiivisen vieroituksen tulisi olla kestoaltaan vähintään neljä viikkoa, jotta sekä vieroittautumisen onnistumisen että leikkauskomplikaatioiden suhteen saataisiin merkittäviä tuloksia.

Opinnäytetyön tulokset viittaavat siihen, että haastatelluissa yksiköissä käytössä olevat savuttomuuskäytännöt myötäilevät pääosin ideaalista prosessia. Tärkeimmiksi haasteiksi ja kehittämistarpeiksi nousivat kuitenkin savuttomuusneuvonnan systemaattisuuden ja yhtenäisyyden turvaaminen, vieroitushoidon saatavuuden ja pitkäkestoisen vieroituksen seurannan takaaminen, sekä tupakointitietojen kirjaamiskäytäntöjen yhtenäistäminen ja tietojärjestelmien kehittäminen.

ASIASANAT:

Tupakointi, tupakoinnin lopettaminen, tupakoimattomuus, savuttomuus, toimenpide, leikkaus, prosessikuvaus

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in Nursing

2018 | 51 pages

Anna Lipponen

PREOPERATIVE SMOKING CESSATION

- process description and standardization of practices

Smoking is a highly dangerous, yet easily preventable health risk. Every year, around 40 000 smoking patients undergo an elective operation in Finland. Quitting smoking before surgery does not only give significant health benefits for both individuals and public health, but also leads to better financial welfare. The approaching surgery can as much as double the probability for the patient to become a permanent non-smoker. Smoking increases a patient's risk of several complications and impairs recovery. Quitting of smoking prior to elective surgery can help reduce surgical complications by 30–40 percent.

The purpose of this thesis is to develop and conform policies concerning quitting smoking before elective procedures and operations. The aim is to assemble current information on an ideal practice of preoperative smoking cessation into a process description, to compare it with the practices that currently take place in two hospital departments, and to present a summary of development needs of practices concerning quitting smoking in the two departments. The outcomes of the study are intended to be utilized in the development of smoking cessation policies for elective surgical patients. This study consists of a literature review and two specialist interviews.

The literature review showed that patients should systematically be advised to quit smoking, beginning with the first assessment prior to surgery in primary health care, and throughout the practical treatment path. Most common is the recommendation of 4–8 weeks of abstinence from smoking before operation, but a longer abstinence time brings additional benefits. While preparing for surgery, the aim is for the patient to become a permanent non-smoker. The likelihood to quit increases 3–4 times with the help of an effective cessation plan provided by a health care professional. The duration of an active cessation should be at least four weeks, to achieve the desired results in both abstinence success and the risks of surgical complications.

The study showed that in the departments interviewed, current practices concerning preoperative quitting of smoking mostly conform to the ideal process. However, the most crucial challenges and demands for improvement turned out to include securing systematical and uniform advising, ensuring availability of cessation services, unifying documentation practices of smoking information and the development of information systems.

KEYWORDS:

Smoking, quitting smoking, smoking cessation, surgery, operation, process description

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 TEOREETTINEN VIITEKEHYS	7
2.1 Tupakointi Suomessa ja maailmalla	7
2.2 Tupakoinnin vaikutukset elimistöön	8
2.3 Tupakoinnin vaikutukset leikkaustulokseen ja toipumiseen	9
2.4 Leikkauspotilaan tupakoinnista aiheutuvat kustannukset	10
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	12
4 TUTKIMUSMENETELMÄT JA AINEISTO	14
4.1 Kirjallisuuskatsauksen aineiston keruu	14
4.2 Kirjallisuuskatsauksen aineiston analyysi	15
4.3 Haastatteluaineiston keruu	16
4.4 Haastatteluaineiston analysointi	17
5 TULOKSET	19
5.1 Kirjallisuuskatsauksen tulokset	19
5.1.1 Tupakoinnin lopettamisen aikataulu ennen leikkausta	19
5.1.2 Savuttomuusinterventiot perusterveydenhuollossa	20
5.1.3 Savuttomuusinterventiot erikoissairaanhoidossa	21
5.1.4 Henkilökunnan koulutus	23
5.1.5 Kirjaamiskäytännöt	24
5.1.6 Tupakkavieroitus	25
5.1.7 Prosessikuvaus preoperatiivisesta tupakoinnin lopettamisesta	27
5.2 Haastatteluiden tulokset	29
5.2.1 Potilaan hoitopolku ja tupakoinnin lopettamisen aikataulu	29
5.2.2 Potilaalle tarjottava vieroitustuki sekä interventiot	30
5.2.3 Savuttomuushoitajan vastaanottotyö	31
5.2.4 Kirjaamiskäytännöt	32
5.2.5 Haastateltavien esille tuomat kehittämiskohteet	32
5.3 Tulosten arviointi ja yhteenveto	34
6 POHDINTA	38
6.1 Kirjallisuuskatsauksen luotettavuus	38

6.2 Haastatteluiden luotettavuus	39
6.3 Tutkimuksen eettisyys	40
6.4 Johtopäätökset ja hyödynnettävyys	41

LÄHTEET	43
----------------	-----------

LIITTEET

Liite 1. Haastattelurunko

Liite 2. Tulosten vertailu taulukkomuodossa

KUVIOT

Kuvio 1. Prosessikuvaus tekijöistä, joista ihanteellinen preoperatiivinen tupakoinnin lopettaminen koostuu	28
--	----

TAULUKOT

Taulukko 1. Aineiston valintaprosessi	15
---------------------------------------	----

1 JOHDANTO

Tupakoinnin lopettamisella ennen toimenpidettä ja leikkausta on merkittäviä kansanterveydellisiä, kustannuslähtöisiä sekä yksilöterveydellisiä perusteita (THL 2017b; Jousilahti & Borodulin 2012; Heloma ym. 2015; Murto ym. 2017). Suomen aikuisväestöstä noin 13 prosenttia tupakoi, aiheuttaen yhteiskunnalle vuositasolla noin 290 miljoonaa euroa välittömiä kustannuksia (THL 2015; THL 2017b). Elektiiviseen, eli ennalta suunniteltuun ja kiireettömään leikkaukseen, tulee vuosittain arviolta 40 000 tupakoivaa potilasta (Grönholm ym. 2017; Kokki & Porela-Tiihonen 2017). Tupakointi altistaa leikkauspotilaan lukuisille komplikaatioille, eli hoidon sivuvaikutuksille, sekä heikentää toipumista (Vikman 2010). Preoperatiivisella, eli leikkausta edeltävällä, tupakoinnin lopettamisella voidaan vähentää komplikaatioiden riskiä, sekä vaikuttaa merkittävästi terveydenhuollon kustannuksiin (THL 2015; Grönholm ym. 2017).

Lähestyvä elektiivinen leikkaus antaa potilaalle hyvän tilaisuuden lopettaa tupakointi, ja se voi jopa kaksinkertaistaa potilaan todennäköisyyden lopettamisen onnistumisessa (Lindgren 2013; Grönholm ym. 2017; Kokki & Porela-Tiihonen 2017). Leikkausta vaativan diagnoosin saaminen on potilaalle usein pysäyttävä kokemus, joka luo edellytykset elintapojen muutokselle. Tieto mahdollisuudesta pystyä itse vaikuttamaan sairauden enusteeseen vieroittautumalla tupakasta toimii parhaimmillaan tehokkaana motivoijana. (Kyrö ym. 2016.) Leikkauspotilaiden savuttomuutta tukevien toimintatapojen kehittämistä pidetään tärkeänä kaikissa Suomen yliopistosairaaloissa, ja valtaosassa sairaanhoitopiireistä on käytössä tai käynnistymässä leikkauspotilaan savuttomuuteen tähtäävä toimintamalli tai sen kehitystyö (Grönholm ym. 2017; Vikatmaa ym. 2017).

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kehittää ja yhdenmukaistaa tupakoinnin lopettamiseen liittyviä ohjeita ja käytänteitä ennen elektiivistä toimenpidettä ja leikkausta. Tutkimus koostuu kirjallisuuskatsauksesta sekä kahdesta asiantuntijahaastattelusta. Kirjallisuuskatsauksen pohjalta on luotu prosessikuvaus, eli malli ihanteellisesta käytännöstä, jonka avulla toimenpiteeseen tai leikkaukseen tulevia potilaita voidaan tehokkaimmin ohjata ja tukea tupakoinnin lopettamiseen. Asiantuntijahaastatteluiden avulla vertailtiin yksiköiden savuttomuuskäytänteitä ja prosessikuvauksen ideaalisia käytäntöjä toisiinsa, ja laadittiin yhteenveto savuttomuuskäytäntöjen kehittämisen tarpeista haastatelluissa yksiköissä.

2 TEOREETTINEN VIITEKEHYS

2.1 Tupakointi Suomessa ja maailmalla

Tupakkariippuvuus luokitellaan krooniseksi sairaudeksi, ja sillä tarkoitetaan tupakoinnin aiheuttamaa fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen riippuvuuden muodostamaa oireyhtymää. Nikotiiniriippuvuus on nikotiinin käytöstä syntyvä keskushermoston nikotiinireseptoreiden määrän ja toiminnan muutos, joka johtaa käytön lopettamisen yhteydessä esiintyviin fyysisiin vieroitusoireisiin. Nikotiiniriippuvuus on farmakologisten ja käyttäytymistä säätelevien tekijöiden kannalta muiden aineriippuvuuksien kaltainen, ja se täyttää kansainvälisen psykiatrisen luokituksen mukaan kemiallisen riippuvuuden kriteerit. (Käypä hoito -suositus 2012.)

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan tupakoimattomuus on yksi tärkeimpiä väestön terveyttä edistäviä ja terveyden tasa-arvoa parantavia tekijöitä. Vuonna 2016 päivittäin tupakoivien suomalaisten 20–64 -vuotiaiden miesten osuus oli 16 prosenttia väestöstä, ja naisten osuus 15 prosenttia. (THL 2017a; Kokki & Porela-Tiihonen 2017; Viikata ym. 2017; THL 2018.) Vuonna 2017 suomalaisista 20–54 -vuotiaista miehistä 15 prosenttia ja naisista 12,4 prosenttia tupakoi päivittäin (THL 2017b). Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen toteuttaman FINRISKI -tutkimuksen mukaan sekä suomalaisten miesten että naisten tupakointi on ollut laskussa jo pitkään. Tupakointi on kuitenkin edelleen keskeinen kansanterveydellinen ongelma. (Jousilahti & Borodulin 2012; Heloma ym. 2015; Murto ym. 2017.)

Suomessa tupakointi aiheuttaa vuosittain noin 4 000 kuolemaa. Tupakoinnin lopettamista tukemalla ja tupakoinnin aloittamista ehkäisemällä voidaan saavuttaa merkittäviä kustannussäästöjä terveydenhuollossa ja koko yhteiskunnassa. Tupakointi aiheuttaa Suomessa vuosittain noin 340 000 sairaalahoitopäivää, ja on laskettu, että tupakoinnin aiheuttamat välittömät kustannukset ovat vuositasolla noin 290 miljoonaa euroa. Tupakoinnin välittömien ja välillisten kustannusten yhteenlaskettu määrä on vuositasolla noin 1,5 miljardia euroa. (THL 2015.)

Tupakointia on pyritty vähentämään muun muassa laeilla ja kansallisilla ohjelmilla. Tupakkalakia on jatkuvasti tiukennettu, ja vuodesta 2012 lähtien on lakiin kirjattuna tavoitteena ollut, että ihmisille myrkyllisiä aineita sisältävien ja riippuvuutta aiheuttavien tupakatuotteiden ja muiden nikotiinipitoisten tuotteiden käyttö loppuisi kokonaan. (Heloma

ym. 2015; Tupakkalaki 549/2016.) Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi vuonna 2014 toimenpideohjelman, joka tähtää siihen, että vuonna 2040 enintään 2 prosenttia suomalaisista 15–64 -vuotiaista käyttäisi tupakkatuotteita (STM 2014). Suomen savutonta tulevaisuutta tukee lisäksi esimerkiksi Savuton Suomi 2030- verkosto, jonka tavoitteena on, että työikäisen väestön nikotiinituotteiden käyttö jäisi alle viiteen prosenttiin vuoteen 2030 mennessä (Savuton Suomi 2030).

Koko maailman väestöstä noin 1,1 miljoonaa henkeä tupakoi. Heistä noin 80 prosenttia elää matala- ja keskitulotason maissa. Maailman terveysjärjestö WHO:n mukaan tupakointi on yksi suurimmista terveyttä uhkaavista epidemioista maailmassa, ja se on johdettava kuolleisuuden, sairauksien ja köyhyyden aiheuttaja. Tupakointi aiheuttaa maailmanlaajuisesti vuosittain noin 7 miljoonaa ennen aikaista kuolemaa. WHO:n mukaan tehokkaita keinoja tupakoinnin vähentämiseen ovat valvonnan lisääminen, vieroitusavun tarjoaminen, kuvilla varustettujen varoitusten käyttö tupakkatuotepakkauksissa, suurelle yleisölle suunnatut kampanjat, tupakkatuotteiden mainostuskiellot ja verokiristykset, sekä laittoman tupakkakaupan pysäyttäminen. (WHO 2018.) WHO on laatinut toimintaohjelman, joka sisältää tavoitteen yli 15-vuotiaiden tupakoinnin vähentämisestä 30 prosenttia vuoteen 2025 mennessä (WHO 2013).

2.2 Tupakoinnin vaikutukset elimistöön

Tupakansavu sisältää yli 250:tä myrkyllistä kemikaalia, jotka tupakoidessa päätyvät keuhkojen kautta verenkiertoon. Näistä aineista haitallisimpia ovat nikotiini, hiilimonoksidi (häkä), vetysyanidi ja typpioksidi. Kaikilla näillä aineilla on vaikutuksia kudosten hapensaantiin, ja yhdessä niiden haitallisuus tehostuu. Aineiden yhteisvaikutukset johtavat elimistössä kudosten läpäisykyvyn heikentymiseen, hapen kuljetuskyvyn alenemiseen, immuunipuolustukseen osallistuvien solujen toiminnan huononemiseen, ja kollageenisynteesin sekä kollageenin kerrostumisen vähenemiseen. (Yousefzadeh ym. 2016.) Nikotiinin poistuminen verenkierrosta kestää kaksi vuorokautta ja hään poistuminen yhden vuorokauden (Kyrö ym. 2016).

Häkä sitoutuu punasolujen hemoglobiiniin 200 kertaa vahvemmin kuin happi, syrjäyttäen hapen ja aiheuttaen kudoksissa hapenpuutetta (Pluvy ym. 2015). Nikotiini supistaa ääreisverisuonia, mikä heikentää veren virtausta kudoksissa, ja vaurioittaa verisuonten sisäseiniä. Nikotiini myös kasvattaa verihiutaleiden määrää ja tarttumistaipumusta lisäten

tukostaipumusta pienissä suonissa ja suonien seinämien vauriokohdissa. Tupakoitsijoilla verihyytymien liukenemisprosessin on todettu olevan alentunut, ja punasolutuotannon olevan kiihtynyt elimistön hapenpuutteen johdosta, mikä entisestään lisää verihyytymien muodostumista. (Vikman 2010; Itä-Suomen yliopisto 2013; Grönholm ym. 2017.)

Tupakointi aiheuttaa laajoja haittoja kehossa, ja niiden palautuminen vie vaihtelevan määrän aikaa. Muutokset elimistössä ovat tosin ainakin osittain palautuvia. (Yousefzadeh ym. 2016.) Keuhkojen toiminnan paranemisen on arvioitu kestävän 2-3 kuukautta. Keuhkojen immuunipuolustuksen palautumisen on todettu kestävän jopa yli kuusi kuukautta. (Lindgren 2013; Kyrö ym. 2016; Lugg ym. 2017.) Haavan huonontunut paranemiskyky ei tutkimusten mukaan kumoudu edes kolmen kuukauden savuttomuudella (Yousefzadeh ym. 2016).

2.3 Tupakoinnin vaikutukset leikkaustulokseen ja toipumiseen

Tupakoinnin aiheuttamien epäsuotuisien seurausten on todettu vaikuttavan leikkauksesta toipumiseen ja leikkaukseen liittyviin komplikaatioihin (Vikman 2010; Itä-Suomen yliopisto 2013). Tupakoivilla esiintyy enemmän postoperatiivisia komplikaatioita kuin tupakoimattomilla, johon on todettu olevan syynä tupakansavun sisältämien aineiden yhteisvaikutus (Yousefzadeh ym. 2016). Tupakoinnin aiheuttamien riskien laajuudesta ja merkityksestä on tehty runsaasti tutkimuksia, mutta niiden tulokset ovat osittain ristiriitaisia. Tupakoinnin on todettu heikentävän leikkaustuloksia merkittävästi, ja altistavan potilaan lukuisille leikkauskomplikaatioille sekä leikkauksen aikana, että postoperatiivisesti (Lindström ym. 2010; Vikman 2010; Grönholm ym. 2017). Tärkeimpiä tupakoinnin aiheuttamia riskejä ovat hengityselimistön komplikaatiot, haavainfektiot sekä kardiovaskulaariset komplikaatiot (Grönholm ym. 2017; Lugg ym. 2017).

Tupakointi lisää vakavien postoperatiivisten komplikaatioiden riskiä 40 prosenttia (Pierre ym. 2017). Tupakoivilla potilailla ilmenee leikkauksen jälkeen enemmän sairaalakuolleisuutta, sepsistä ja keuhkokuumetta, ja heillä on suurempi riski saada sydän- tai aivotaipahdus, syvä laskimotukos tai munuaisten vajaatoiminta. Myös tehohoidon tarve on tupakoivilla todennäköisempää. Leikkauksen jälkeinen sairaalassaoloaika on tupakoivilla keskimäärin kaksi päivää pitempi tupakoimattomiin verrattuna, ja todennäköisyys uusintatoimenpiteen tarpeeseen on merkittävästi suurentunut. Tupakoijan ikä sen sijaan ei vaikuta leikkaustuloksiin. (Itä-Suomen yliopisto 2013; Kyrö ym. 2013; Hjalmarson

2014; Bedard ym. 2017; Kokki & Porela-Tiihonen 2017; Lugg ym. 2017; Vikatmaa ym. 2017.)

Tupakointi lisää myös melkein kaikkia spesifisiä leikkauskomplikaatioita (Pierre ym. 2017). Vatsaelinkirurgiassa riskinä on etenkin suolisauman pettäminen, ja ortopediassa sekä traumatologiassa syvät haavatulehdukset sekä huono luutumisen. Mitä vaativampaa kirurgiaa tehdään, sen vakavampia ovat tupakointiin liittyvät haitat. Ongelmia ilmenee kuitenkin myös pientoimenpiteiden yhteydessä. Erityisen herkkiä tupakoinnin haittavaikutuksille, etenkin verenkierto-ongelmien vuoksi, ovat plastiikka- ja mikrokirurgiset toimenpiteet. (Itä-Suomen yliopisto 2013; Kokki & Porela-Tiihonen 2017.) Haava-alueen heikentynyt verenkierto sekä kollageenisynteesin vähäisyys hidastavat haavan paranemista, suurentavat haavarepeämän riskiä, sekä altistavat leikkaushaavan hankalille infektioille (Lindström ym. 2010; Vikman 2010; Itä-Suomen yliopisto 2013; Bedard ym. 2017).

Pitkään jatkuneen tupakoinnin on todettu lisäävän leikkausriskejä huomattavasti. Perioperatiivinen kuolleisuus ja sairastavuus ovat suurimpia tupakoitsijoilla, joilla on takanaan yli 20 askivuotta. (Lindgren 2013; Yousefzadeh ym. 2016.) Kohonneiden leikkauriskien on arvioitu johtuvan keuhkohtaumataudista. Eräässä suomalaistutkimuksessa jopa 44 %:lla itseään terveenä pitävistä henkilöistä, joilla oli takanaan 20 askivuotta, oli todettavissa keuhkohtaumatauti. (Lindgren 2013.)

Leikkausta edeltävällä savuttomuudella voidaan vähentää leikkauriskejä huomattavasti. Komplikaatoriskeissä ei ole havaittu olevan merkittävää eroa entisten tupakoitsijoiden ja tupakoimattomien välillä. (Boëthius 2010; Gourgiotis ym. 2011; Lugg ym. 2017.) Tupakoinnin lopettaminen on tärkeimpiä ja helpoiten hallittavissa olevia konkreettisia keinoja, joilla voidaan vähentää komplikaatoriskejä ja vaikuttaa leikkauksen tuloksiin (Kokki & Porela-Tiihonen 2017). Tupakoinnin lopettamisella voidaan vähentää kaikkien leikkauskomplikaatioiden riskiä 30–40 prosenttia tupakointia jatkaneisiin verrattuna (Grönholm ym. 2017).

2.4 Leikkauspotilaan tupakoinnista aiheutuvat kustannukset

Tupakoinnin lopettamisen leikkaukseen valmistauduttaessa on todettu olevan kustannusvaikuttavaa (Grönholm ym. 2017). Suomessa toteutuu vuositasolla noin 340 000

elektiivistä leikkausta (Kokki & Porela-Tiihonen 2017; Kuntaliitto 2017). On arvioitu, että elektiiviseen leikkaukseen tulee arviolta 40 000 tupakoivaa potilasta vuosittain. Tupakointi lisää useiden leikkaushoitoa vaativien sairaustilojen riskiä, joten luku saattaa todellisuudessa olla tätä suurempikin. Savuttomuudella voidaan tutkimusten mukaan alentaa merkittävästi terveydenhuollon ja sairaanhoidon kustannuksia. (Modin 2012; Grönholm ym. 2017; Kokki & Porela-Tiihonen 2017.) Leikkauspotilaiden savuttomuutta tukevien toimintatapojen kehittämistä pidetään tärkeänä kaikissa Suomen yliopistosairaaloissa. 80 prosentissa sairaanhoitopiireistä on käytössä tai käynnistymässä leikkauspotilaan savuttomuuteen tähtäävä toimintamalli tai sen kehitystyö. (Grönholm ym. 2017; Vikatmaa ym. 2017.)

Tutkimuksissa, joissa on pyritty arvioimaan preoperatiivisella tupakasta vieroituksella saavutettavia säästöjä, on vertailtu sairaalahoidon kustannuksia tupakkavieroitusta saaneiden potilaiden ja sitä ilman jääneiden tupakoivien potilaiden välillä. Tanskalaistutkimuksen mukaan hoitokustannusten erotus on 70 euroa, ranskalaistutkimuksen mukaan 117 euroa, ja yhdysvaltalaistutkimuksen mukaan 245 euroa potilasta kohden (Lindström ym. 2010; Gaskill ym. 2017.) Suomessa vieroitushoidolla saavutetun hyödyn ja kustannusten erotus on erään tutkimuksen mukaan laskettu olevan 100 euroa, ja toisen tutkimuksen mukaan 117 euroa potilasta kohden. Lisäksi on arvioitu, että vuosina 2008–2009 koko Suomessa olisi säästetty lähes 14 miljoonaa euroa, mikäli tehokasta tupakasta vieroitusta olisi hyödynnetty. (Lindström ym. 2010; Kyrö ym. 2013; Kyrö ym. 2016; Grönholm ym. 2017.)

Leikkauspotilaiden tupakasta vieroitus on todettu taloudellisesti kannattavaksi etenkin, koska tupakoimattomilla potilailla leikkauksenjälkeisiä komplikaatioita on vähemmän. Kannattavuuteen vaikuttavat myös lyhentyneet hoitoajat, takaisin hoitoon joutumisen vähentyminen sekä lyhyemmät tehohoitoajat. Erikoissairanhoidon lisäksi hyödyt heijastuvat suoraan myös perusterveydenhuoltoon, jossa kuormittavuus vähenee. Tästä on hyötyä muillekin potilaille. (Modin 2012; Kyrö ym. 2013; Yousefzadeh ym. 2016; Grönholm ym. 2017.) Tupakoimattomuus parantaa myös annetun hoidon vaikuttavuutta, vähentää lääkkeiden tarvetta ja lyhentää sairasloman pituutta leikkauksen jälkeen (Boëthius 2010). Lisäksi savuttomuus vaikuttaa tuottavuuden kustannuksiin vähentäen sairastavuutta, työkyvyttömyyttä ja ennenaikaisia kuolemia (Yousefzadeh ym. 2016).

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kehittää ja yhdenmukaistaa tupakoinnin lopettamiseen liittyviä käytänteitä ennen elektiivistä toimenpidettä ja leikkausta. Opinnäytetyön tavoite on koota ajankohtaista tietoa ihanteellisesta preoperatiivisesta tupakoinnin lopettamisen käytännöstä prosessikuvaukseksi, verrata sitä kahden sairaalayksikön savuttomuuskäytäntöihin, sekä esittää yhteenveto savuttomuuskäytäntöjen kehittämisen tarpeista yksiköissä. Tutkimus koostuu kirjallisuuskatsauksesta sekä kahdesta asiantuntijahaastattelusta. Tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

1. Mistä tekijöistä koostuu ihanteellinen preoperatiivinen tupakoinnin lopettamisen prosessi?
2. Mitä yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia ihanteellisen prosessin ja yksiköiden savuttomuuskäytäntöjen välillä on?
3. Miten savuttomuuskäytäntöjä tulisi kehittää haastateltavissa yksiköissä, jotta ne vastaisivat ihanteellista prosessia?

Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen on vastattu kirjallisuuskatsauksen sisältämän aineiston pohjalta kootulla prosessikuvauksella. Prosessikuvaus on malli ihanteellisesta käytännöstä, jonka avulla toimenpiteeseen tai leikkaukseen tulevia potilaita voidaan tehokkaimmin ohjata ja tukea tupakoinnin lopettamiseen. Toinen ja kolmas tutkimuskysymys koskevat asiantuntijahaastatteluihin osallistuneita yksiköitä. Toiseen tutkimuskysymykseen on vastattu vertailemalla yksiköiden käytänteitä ja prosessikuvauksen ideaalisia käytäntöjä toisiinsa taulukkomuodossa. Kolmanteen tutkimuskysymykseen on vastattu laatimalla yhteenveto savuttomuuskäytäntöjen kehittämisen tarpeista haastatelluissa yksiköissä. Yhteenveto perustuu vertailutaulukkoon sekä asiantuntijahaastatelluissa esiin tulleisiin kehittämisehdotuksiin. Opinnäytetyön on tarkoitus olla hyödyksi yhtenäisten savuttomuuskäytäntöjen kehittämisessä.

Tutkimustehtävä on rajattu koskemaan tupakoinnin lopettamista ennen elektiivistä toimenpidettä ja leikkausta. Tupakoinnin vaikutuksia sekä riskejä käsitellään tutkimuksessa ainoastaan siltä osin, kuin ne ovat yhteydessä elektiiviseen toimenpiteeseen ja leikkaukseen. Tutkimuksessa ei käsitellä tupakasta vieroittamisen eri keinoja eikä interventiotekniikoita, sillä niistä on olemassa Käypä hoito -suositus (Käypä hoito -

suositus 2012). Tutkimusta ei ole rajattu koskemaan vain tiettyä potilasryhmää tai tietynlaisiin toimenpiteisiin valmistautuvia potilaita. Tupakkavieroitustyötä tekevistä hoitajista käytetään tässä tutkimuksessa yleisnimitystä savuttomuushoitaja, joka on kirjallisuudessa yleisesti käytetty nimike.

4 TUTKIMUSMENETELMÄT JA AINEISTO

4.1 Kirjallisuuskatsauksen aineiston keruu

Kirjallisuuskatsauksen menetelmänä käytettiin kuvailevaa, eli narratiivista yleiskatsausta. Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on muodostaa kokonaiskuvaa tietystä aihealueesta ja aikaisemmasta tutkimuksesta. Kuvailevan katsauksen tarkoitus on kuvata aiheeseen liittyvää aikaisempaa tutkimusta ja sen laajuutta, syvyyttä sekä määrää. Yleiskatsauksen avulla on tarkoitus analysoida ja tiivistää aikaisempaa tutkimustietoa, sekä kuvata tutkimusten luonnetta ja ominaispiirteitä. (Hirsjärvi ym. 2004; Stolt ym. 2015.)

Kirjallisuuskatsauksen aineistoon etsittiin lähteitä seuraavista tietokannoista: PubMed, Medic, Terveysportti, Cochrane Library, Cinahl Complete ja Elsevier Science Direct. Elsevier Science Direct -tietokannasta ei hyväksytty lopulliseen aineistoon yhtään julkaisua, sillä ne eivät käsitelleet tutkimuskysymyksiä. Tietokannoissa suoritettiin useita hakuja erilaisilla sanapareilla, jotta varmistuttaisi siitä, että hakutermit tuottavat katsauksen kannalta laadukasta ja tutkimuskysymyksiin vastaavaa aineistoa. Hakustrategia kunkin tietokannan kohdalla tarkentui vähitellen. Hakuja suoritettiin sekä suomen- että englannin kielellä, tietokannasta riippuen.

Sisäänottokriteerit olivat tietokannoista hakusanoilla löydetyt tulokset, jotka käsittelevät elektiivisten toimenpide- ja leikkauspotilaiden tupakasta vieroitusta, julkaisujen aikaväli vuosina 2008 – 2018, suomen-, ruotsin- ja englanninkieliset julkaisut, sekä tekstin saatavuus ilman lisäkuluja. Poissulkukriteerit olivat ennen vuotta 2008 julkaistut tutkimukset, muut kuin suomen-, ruotsin- ja englanninkieliset julkaisut, maksulliset tutkimukset, sekä muita kuin elektiivisiä leikkauksia tai toimenpiteitä koskevat tutkimukset. Osassa tietokannoista ei ollut käytettävissä esim. vuosi-, kokoteksti- tai kielirajausta, mikä johti osassa tietokannoista laajaan hakutulosten manuaaliseen läpikäyntiin. Aineiston haku tehtiin aikavälillä 31.1.2018 – 15.3.2018, ja sen käsittelyssä käytettiin hyväksi RefWorks -viitteidenhallintaohjelmaa. Kirjallisuuskatsauksen aineistoksi valikoitui 34 artikkelia. Taulukkoon (Taulukko 1) on koottu kirjallisuuskatsaukseen hyväksytyyn aineiston hakustrategia tietokannoittain.

Taulukko 1. Aineiston valintaprosessi.

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Osumat	Otsikon perusteella valittu	Abstraktin perusteella valittu	Kokotekstin perusteella valittu
PubMed	Smoke-free AND Operation	Hakusanat otsikossa, manuaalinen rajaus vuoden 2008 jälkeisiin julkaisuihin	36	4	3	1
	Smoke-free AND Surgery		53	4	2	1
	Smoking cessation AND Pre-operative AND Complications		213	49	42	13
	Smoking cessation AND Process AND Preoperative		15	4	1	1
Medic	Tupakointi JA Toimenpide	Hakusanat otsikossa, vuoden 2008 jälkeiset julkaisut, kokotekstit, suomen-, ruotsin- ja englanninkieliset aineistot	7	4	3	3
	Tupakoinnin lopettaminen JA leikk*		13	6	3	3
Cochrane Library	Smoking cessation AND Surgery AND Preoperative	Hakusanat otsikossa, manuaalinen rajaus vuoden 2008 jälkeisiin julkaisuihin	76	9	3	3
Cinahl Complete	Smoking cessation AND surgery OR Operation	Hakusanat otsikossa, vuoden 2008 jälkeiset julkaisut, kokotekstit	70	8	7	3
Terveystietoportti	Tupakointi JA Leikkaus	Hakusanat otsikossa, manuaalinen rajaus vuoden 2008 jälkeisiin julkaisuihin	389	9	9	6

4.2 Kirjallisuuskatsauksen aineiston analyysi

Artikkelien haun perusteella löydettyjä tutkimuksia karsittiin ensin otsikon, sitten tiivistelmän ja lopuksi koko tekstin perusteella. Tämän jälkeen jäljelle jääneet artikkelit arviointiin sisäänotto- ja poissulkukriteerien avulla. Aineistoon otettiin mukaan sekä määrällisiä että laadullisia tutkimuksia, jotka täyttivät asetetut kriteerit (Stolt ym. 2015). Osassa tietokannoista ei ollut käytettävissä esim. vuosi-, kokoteksti- tai kielirajauksia, joten joissakin tietokannoissa hakutulokset oli käytävä läpi manuaalisesti. Tällöin aineiston karsintaa otsikon, tiivistelmän ja kokotekstin, sekä muiden kriteerien perusteella tehtiin yhtäaikaisesti.

Kuvailevan katsauksen ominaispiirteitä ovat aineistolähtöisyys, aineiston kuvailu ja ilmiön ymmärtäminen. Analyysimenetelmänä opinnäytetyössä käytettiin teemoittelua. Luokittelu teemoihin tehtiin suhteessa ensimmäiseen tutkimuskysymykseen. Tutkimuksista haettiin tutkimusongelman kannalta merkityksellisiä kuvauksia, joista etsittiin yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia. Kuvaukset järjesteltiin ja ryhmiteltiin samanlaisuuksien ja erilaisuuksien perusteella aihepiireittäin teemoihin. Aineistojen läpikäyntiä jatkettiin teemoittain arvioimalla, vertailemalla ja suhteuttamalla toisiinsa aineistossa esitettyjä näkökulmia, tutkimusasetelmia sekä tuloksia. Aineistoa analysoitiin kriittisesti, ja teemojen sisältöä yhdisteltiin ja järjesteltiin. Tulosten tulkinnan ja vertailun kautta aiheesta muodostettiin teemoittain ymmärrystä lisäävä kokonaisuus eli synteesi. Tuloksissa esitettiin myös aineistoon valittujen tutkimusten ristiriitaiset tulokset, ja ne otettiin huomioon katsauksen tulosten analysoinnissa ja laadunarvioinnissa. (Hirsjärvi ym. 2004; Stolt ym. 2015.)

Teemojen pohjalta muodostui käsitys tekijöistä, joista ihanteellinen preoperatiivinen tupakoinnin lopettaminen koostuu nykytietämyksen valossa. Tuotettu tulos koottiin ja tiivistettiin lopuksi A4-kokoisen prosessikuvauksen muotoon. Syntynyt prosessikuvaus on malli ihanteellisesta hoitopolusta elektiiviseen toimenpiteeseen tai leikkaukseen tulevan tupakoivan potilaan savuttomuuden tukemiseksi. Prosessikuvauksessa esitetään ensimmäisen tutkimuskysymyksen tutkimustulokset tiivistetyssä muodossa (Kuvio 1.).

4.3 Haastatteluaineiston keruu

Toiseen tutkimuskysymykseen etsittiin vastauksia asiantuntijahaastatteluiden avulla. Asiantuntijahaastatteluihin valittiin kaksi haastateltavaa tarkoituksenmukaisuusvalinnan mukaisesti. Asiantuntijahaastattelut toteutettiin puolistrukturoidun teemahaastattelumenetelmän avulla yksilöhaastatteluina. Puolistrukturoidun teemahaastattelumenetelmän avulla pyrittiin keräämään tietoa yksiköiden käytänteistä ja vertailemaan käytänteitä uusimman tutkimustiedon kanssa. Haastatteluilla oli tarkoitus selvittää, miltä osin uusimpien tutkimusten suosittama savuttomuuskäytäntö toteutuu ja miltä osin se ei toteudu tutkimuksen kohteena olevissa yksiköissä, sekä miten käytänteitä tulisi kehittää, jotta ne vastaisivat ihanteellista prosessia. Puolistrukturoidun teemahaastattelumenetelmän etuna on, että väljällä teema-alueiden suunnittelulla saadaan paljastettua tutkittavan aiheen todellinen monipuolisuus. Tavoitteena oli, että haastattelijan

lisäksi myös haastateltava toimii teema-alueiden tarkentajana ja syventäjänä. (Hirsjärvi & Hurme 1995.)

Teemahaastattelun aihealueet suunniteltiin kirjallisuuskatsauksen teema-aiheiden pohjalta, ja haastattelun sisällön suunnittelu aloitettiin jo kirjallisuuskatsauksen laatimisen aikana. Haastatteluissa ei käytetty yksityiskohtaista kysymysluetteloa, vaan laadittiin teema-alueuuttelo, joka toimi haastattelijan muistilistana ja keskustelua ohjaavana kiintopisteenä. (Hirsjärvi & Hurme 1995.) Molemmissa haastatteluissa käytettiin samaa teema-aiheluetteloa.

Haastattelu eteni teema-alueiden pohjalta, ja keskustelua veivät eteenpäin sekä tosiasialliset kysymykset että mielipidekysymykset. Tosiasiallisilla kysymyksillä pyrittiin hankkimaan tutkimuskysymysten kannalta oleellista tietoa organisaation ohjeista, suosituksista, käytännöistä ja käytössä olevista prosesseista sekä yksilöiden toimintatavoista. Mielipidekysymysten avulla pyrittiin selvittämään haastateltavan mielipiteitä, asenteita ja arvostuksia eri toimintamallien hyödyllisyydestä, oleellisuudesta sekä käytökelpoisuudesta. Lisäksi haastateltavia kannustettiin tuomaan esiin omia ideoitaan ja mahdollisia keinoja savuttomuuskäytäntöjen yhdenmukaistamiseen ja kehittämiseen. (Hirsjärvi & Hurme 1995.) Haastattelun alustavat teemat annettiin haastateltaville tiedoksi noin viikko ennen sovittua haastatteluaikaa sähköpostitse. Haastattelurunko liitteenä (Liite 1.). Haastattelut tallennettiin nauhoitusvälineellä haastattelun sujuvoittamiseksi, ja jotta aineiston myöhempi läpikäynti olisi helpompaa.

4.4 Haastatteluaineiston analysointi

Haastatteluaineiston purkaminen tehtiin litteroimalla olennaiset aihealueet teemoittain. Litterointia ei toteutettu sanatarkasti, vaan haastatteluaineistosta tehtiin päätelmiä ja sitä analysoitiin suoraan nauhoista, ryhmittelemällä aineistoa teema-alueisiin haastattelurunkoa mukaillen. Ryhmittely tehtiin erikseen kummankin haastattelun kohdalla. (Hirsjärvi & Hurme 1995.) Haastateltavien erilaisten työtehtävien vuoksi ei kaikkiin teema-alueisiin saatu molemmissa haastatteluissa vastauksia, mikä oli ennalta tiedossa.

Teemahaastattelulla kerätty aineisto on kvalitatiivista, jolloin myös analyysitapa ja päätelmien teko on kvalitatiivista. Koska tavoitteena on myöhemmin vertailla prosessikuvauksessa kuvattujen ja haastateltujen yksiköiden käytäntöjen yhtäläisyyksiä ja eroja, aineiston luokittelu teema-alueisiin keskeisten seikkojen osalta on oleellista. Kvalitatiivisessa analyysitavassa tarkasteltavat muuttujat voivat olla epätarkkoja, ja teemojen

otsikot ja sisällöt muokkautuivatkin runsaasti alkuperäisestä haastattelurungosta analyysin edetessä. (Hirsjärvi & Hurme 1995; Hirsjärvi ym. 2004.)

Erillään tapahtuneen ryhmittelyn jälkeen molemmat haastatteluaineistot yhdistettiin, ja aineiston analysointia jatkettiin teema-alueittain olennaisten aiheiden osalta. Aineistoa muokattiin ja tiivistettiin, ja siitä muodostettiin synteesi; teoreettinen kuvaus potilaan hoitopolusta ja yksiköiden tämänhetkisistä käytänteistä. Teema-alueita käytettiin mukailten hyväksi kuvattavien aihekokonaisuuksien otsikoinnissa. (Hirsjärvi & Hurme 1995.)

Tämän jälkeen yksiköiden käytänteitä verrattiin kirjallisuuskatsauksen pohjalta luotuun prosessikuvaukseen ideaalisista savuttomuuskäytännöistä. Käytänteiden vertailu toteutettiin teemoittain taulukkomuodossa (Liite 2.). Vertailun avulla vastattiin toiseen tutkimuskysymykseen. Vertailussa esiintyneiden eroavaisuuksien, sekä asiantuntijahaastatteluissa esiin tulleiden kehittämis ehdotusten perusteella koottiin yhteenveto savuttomuuskäytäntöjen kehittämisen tarpeista haastatelluissa yksiköissä. Yhteenveto vastaa kolmanteen tutkimuskysymykseen siitä, miten savuttomuuskäytäntöjä tulisi kehittää haastateltavissa yksiköissä, jotta ne vastaisivat ihanteellista prosessia. (Hirsjärvi & Hurme 1995.)

5 TULOKSET

5.1 Kirjallisuuskatsauksen tulokset

5.1.1 Tupakoinnin lopettamisen aikataulu ennen leikkausta

Optimaalista tupakasta vieroittamisen ajankohtaa on pyritty määrittelemään lukuisissa tutkimuksissa. Tutkimustulokset ovat hyvin kirjavia ja myös ristiriitaisia, eikä konsensusta optimaalisesta ajankohdasta komplikaatioiden ehkäisemiseksi ole saavutettu. Postoperatiivisten komplikaatioiden todetaan toisissa tutkimuksissa vähenevän 3–8 viikkoa kestävänsä savuttomuuden jälkeen, kun taas toisissa tutkimuksissa ei ole pystytty osoittamaan, että alle kahdeksan viikkoa kestäneellä savuttomuudella olisi hyödyllisiä vaikutuksia leikkauskomplikaatioiden määrään. (Lindström ym. 2010; Jung ym. 2015; Pluvy ym. 2015; Yousefzadeh ym. 2016; Bachmann ym. 2016; Bedard ym. 2017; Lugg ym. 2017.) Eräessä tutkimuksessa yli 10 viikon savuttomuuden todetaan kuitenkin vähentävän komplikaatiomäärän samalle tasolle niihin potilaisiin verrattuna, jotka eivät ole koskaan tupakoineet (Zaman 2012).

Monissa tutkimuksissa on päädytty suosittelemaan vähintään neljän viikon savuttomuutta ennen leikkausta (Zaman 2012; Thomsen ym. 2014; Pluvy ym. 2015; Truntzer ym. 2015). Osassa tutkimuksista taas on katsottu kuuden viikon olevan riittävä aika savuttomuudelle (Vick ym. 2011; Lugg ym. 2017). Laajasti suositellaan myös kahdeksan viikon savuttomuutta (Tonnesen ym. 2009; Lindström ym. 2010; Modin 2012; Kyrö ym. 2016). Pisin aika, johon tutkimuksissa viitattiin optimaalisena tupakoimattomuuden jaksona ennen leikkausta, oli 6 kuukautta (Lindgren 2013). Tutkijoiden keskuudessa vallitsee yksimielisyys siitä, että mitä aikaisemmin lopettaminen tapahtuu, sen parempi. Leikkaukseen liittyvät riskit ovat sitä alhaisemmat, mitä kauemmin preoperatiivinen tupakasta pidättäytyminen on kestänyt. (Vikman 2010; Hjalmarson 2014.)

Aiemmin huolta on aiheuttanut käsitys siitä, että tupakoinnin lopettaminen juuri ennen leikkausta lisäisi keuhkokomplikaatioita mm. lisääntyneen limantuotannon ja heikentyneen yskimiskyvyn vuoksi. Tutkimusten mukaan tupakoinnin lopettamisen ajoittuminen lähelle leikkausajankohtaa ei kuitenkaan lisää eikä vähennä komplikaatioiden ilmaantumista. Tupakoinnin lopettamisesta on aina hyötyä, riippumatta toimenpiteen ajankohdasta. (Hjalmarson 2014; Kokki & Porela-Tiihonen 2017.)

5.1.2 Savuttomuusinterventiot perusterveydenhuollossa

Käypä hoito -suosituksissa korostetaan terveydenhuollon ammattilaisten velvollisuutta tunnistaa potilaan tupakointi ja nikotiiniriippuvuus, kehottaa häntä lopettamaan sekä tarjota hänelle vieroitusapua ja kannustusta. Terveydenhuollon ammattilaisten tavoitteena tulisi olla kaikkien potilaiden tupakasta vieroittuminen. Lääkärin velvollisuuksiin kuuluu käydä potilaan kanssa tupakoinnin lopettamista tukeva keskustelu vähintään kerran vuodessa. Tupakoinnista tulee kysyä jokaiselta potilaalta, ja tieto tulee kirjata potilastietoihin. Tupakoinnin puheeksi ottaminen ja nikotiiniriippuvuuden diagnosointi ovat myös oleellinen osa riskitekijöiden huomiointia leikkausta edeltävässä arvioinnissa (Käypä hoito -suositus 2012; Käypä hoito -suositus 2014).

Tupakointi on yksi vaarallisimmista, mutta myös eräs helpoiten ehkäistävissä olevista terveysriskeistä (Boëthius 2010). Preoperatiivinen aika luo mahdollisuuden vähentää leikkauksen riskitekijöitä sekä sairastuvuuden ja kuolleisuuden riskiä (Levett ym. 2016). Leikkaukseen valmistauduttaessa tavoitteena on tupakoinnin lopettaminen. Ainoastaan tupakoinnin vähentäminen ei vaikuta esimerkiksi leikkauksenjälkeisiin komplikaatioihin. (Kokki & Porela-Tiihonen 2017.)

Ensimmäisen savuttomuusintervention tulisi tapahtua jo perusterveydenhuollossa, kun lääkäri tekee lähetettä erikoissairaanhoidon leikkausta edeltävään arvioon. Erikoissairaanhoidossa leikkausta edeltävä prosessi voi olla nopea, ja savuton aika saattaa jäädä lyhyeksi, jos potilaan tupakasta vieroittautumista ei ole saatu aloitettua perusterveydenhuollon toimesta. Vieroitus tulisi saada käyntiin mahdollisimman pian. Perusterveydenhuollolla on hyvät mahdollisuudet potilaan savuttomuuden tukemiseen ja pitkäaikaisen seurannan tarjoamiseen. Erikoissairaanhoidossa etenkin potilaan leikkauksenjälkeiset seurantamahdollisuudet ovat rajalliset. (Vick ym. 2011; Kyrö ym. 2016; Grönholm ym. 2017; Kokki & Porela-Tiihonen 2017; Vikatmaa ym. 2017.)

Lääkärin puuttuminen tupakointiin ja painokas kehotus tupakoinnin lopettamiseen viestii potilaalle lopettamisen tärkeydestä osana leikkaukseen valmistautumista. Osalle potilaista voi riittää asiallinen informaatio sekä kehotus tupakoinnin lopettamiseen. Nikotiiniriippuvuus on kuitenkin voimakas riippuvuussairaus, ja vain 3–8 prosenttia potilaista onnistuu lopettamaan tupakoinnin ilman apua. Tehokkaalla terveydenhuollon vieroituksella lopettaminen on 3–4 kertaa todennäköisempää. (Käypä hoito -suositus 2012; Käypä hoito -suositus 2014; Kokki & Porela-Tiihonen 2017.)

Motivoiva keskustelu tupakoinnin riskeistä ja lopettamisen hyödyistä sekä selkeät ohjeet tarjolla olevasta avusta lisäävät mahdollisuuksia vieroittautumisen onnistumiseen (Kokki & Porela-Tiihonen 2017). Jokaiselle tupakoivalle potilaalle tulisi antaa kirjallinen potilasohje (motivointi- ja informaatiokirje), joka sisältää tietoa tupakoinnin lopettamiseen liittyvistä eduista sekä yhteystietoja vieroitusavun saamiseksi (Boëthius 2010; Vikman 2010; Kyrö ym. 2013). Perusterveydenhuollon lääkärin tulisi ohjata tupakoiva potilas vieroitukseen hänen omalle terveysasemalleen (Kyrö ym. 2013).

Interventiotyöhön osallistuminen on koko hoitoketjun yhteinen tehtävä, ja lopettamisen tärkeystä tulee viestiä läpi hoitopolun. Tukitilanteiden runsauden on todettu parantavan lopettamisen ennustetta. Erityisen merkityksellisiä potilaalle ovat lääkärin kannustavat viestit. (Grönholm ym. 2017; Kokki & Porela-Tiihonen 2017; Vikatmaa ym. 2017.) Ammattitaitoisen neuvonnan on osoitettu olevan melkein kymmenen kertaa tehokkaampaa kuin lyhytintervention, mutta vain kolme minuuttia kestävä neuvonnankin on todettu lisäävän lopettamisen todennäköisyyttä (Modin 2012; Yousefzadeh ym. 2016).

Ruotsi on eräs edelläkävijämaista tupakasta vieroituksessa leikkaukseen valmistauduttaessa, ja siellä asiaa lähestytään hieman eri kannalta kuin perinteisesti on ollut tapana. Ruotsissa tupakoivien potilaiden auttaminen savuttomuuteen nähdään potilasturvallisuuskysymyksenä. Siellä potilaita autetaan saavuttamaan vähintäänkin tilapäinen savuttomuus ennen leikkausta, koska tupakointi on niin suuri yksittäinen riskitekijä leikkauksen yhteydessä. (Modin 2012.)

5.1.3 Savuttomuusinterventiot erikoissairaanhoidossa

Leikkauspäätöstä tehtäessä on leikkauksen hyödyt ja tupakoinnin aiheuttamat riskit arvioitava huolellisesti (Mäntymaa 2010; Kokki & Porela-Tiihonen 2017). Erikoissairaanhoidon lääkärin tulee leikkausta edeltävässä arvioissa informoida tupakoivaa potilasta tupakoinnin riskeistä leikkauksen ja anestesian kannalta, sekä kannustaa häntä savuttomuuteen (Boëthius 2010). Tupakointiin liittyvät riskit on esitettävä potilaalle selkeästi ja ymmärrettävästi (Kokki & Porela-Tiihonen 2017).

Tutkimukset ovat osoittaneet, että lähestyvä elektiivinen leikkaus antaa potilaalle hyvän tilaisuuden lopettaa tupakointi, ja se voi jopa kaksinkertaistaa potilaan todennäköisyyden lopettamisen onnistumisessa (Lindgren 2013; Grönholm ym. 2017; Kokki & Porela-

Tiihonen 2017). Tupakoinnin lopettamisen on todettu onnistuvan parhaiten silloin, kun lopettamisen vaikutuksista leikkaustulokseen ja toipumiseen kerrotaan juuri potilaan tilanteessa. Potilaan omaa yritystä lopettaa tupakointi on tärkeää pyrkiä vahvistamaan ilman, että häntä tuomitaan. (Kyrö ym. 2013; Kyrö ym. 2016.) Tupakoivat potilaat eivät aina pysty suhtautumaan objektiivisesti tupakointiin liittyviin riskeihin, ja sen vuoksi interventioiden ja neuvonnan kautta on pyrittävä tekemään potilaalle tietäväksi kohonneet leikkausriskit, jotka vähenevät vain lopettamalla tupakointi (Dohnke ym. 2012).

Leikkausta vaativan diagnoosin saaminen on potilaalle usein pysäyttävä kokemus, joka luo edellytykset elintapojen muutokselle. Tieto mahdollisuudesta pystyä itse vaikuttamaan sairauden ennusteeseen vieroittautumalla tupakasta toimii parhaimmillaan tehokkaana motivoijana. (Kyrö ym. 2016.) Leikkaustoimenpiteen rankkuudella ja sen yhteydellä tupakointiin liittyviin sairauksiin on vaikutusta siihen, kuinka otollinen hetki leikkauksesta muodostuu vieroitukselle, ja kuinka pitkäaikainen vieroittuminen onnistuu (Yousefzadeh ym. 2016). Leikkausta tarvitsevat potilaat kokevat itsensä haavoittuviksi ja ovat tutkimusten mukaan halukkaita mukautumaan, vähentääkseen riskiään leikkauskomplikaatioille. Ihmisen vastaanottavaisuus elintapamuutosinformaatiolle korostuu tutkimusten mukaan etenkin sairastumisen, onnettomuuden tai leikkauksen yhteydessä. Varsinkin nukutuksen vaativa leikkaus toimii voimakkaana motivaattorina käytöksen muutokseen. (Saha 2009; Boëthius 2010; Dohnke ym. 2012.)

Tupakasta vieroituksella ennen leikkausta pyritään ensisijaisesti saavuttamaan pysyvä savuttomuus. Mikäli tupakoinnin lopettaminen ei ole onnistunut ennen leikkausta, 90 prosenttia jatkaa tupakointia myös leikkauksen jälkeen. (Kokki & Porela-Tiihonen 2017.) Jos potilas on halukas lopettamaan, voidaan harkita leikkauksen lykkäämistä siten, että mahdollistetaan leikkausta edeltävä savuttomuus. Tupakoinnin lopettamispäivä on kuitenkin syytä päättää potilaan kanssa. (Yousefzadeh ym. 2016.)

Potilaita tulee kannustaa savuttomuuteen riippumatta siitä, onko lopettaminen onnistunut suositeltuna aikana ennen leikkausta vai ei (Bachmann ym. 2016; Grönholm ym. 2017). Alle neljä viikkoa ennen leikkausta toteutetut lyhyet vieroitusinterventiot lisäävät tupakoinnin lopettamisen todennäköisyyttä, mutta niillä ei ole todettu olevan merkittävää vaikutusta leikkauksenjälkeisiin komplikaatioihin. Tupakoinnin lopettaminen kuitenkin parantaa toipumisennustetta, vaikka tupakointi olisi jatkunut leikkauspäivään asti. (Tonnesen ym. 2009; Thomsen ym. 2014; Yousefzadeh ym. 2016.)

Mikäli potilas ei ole halukas lopettamaan tupakointia, voi tiettyjen kiireettömien toimenpiteiden siirtäminen potilaan tupakoinnin takia joskus olla perusteltua, sillä se saattaa herätellä potilaan tietoisuutta lopettamisen tärkeydestä (Vick ym. 2011; Vikatmaa ym. 2017). Ennemmin kuin kieltää leikkaus tupakoivalta potilaalta, voidaan tarttua hetkeen ja antaa potilaalle tilaisuus elämäntapamuutokseen. Joskus saattaa kuitenkin olla järkevää luopua leikkauksesta, jos lopettaminen ei onnistu, ja konservatiivisen hoidon katsotaan olevan riittävää kohentamaan potilaan tilaa. Päätöksen tulee kuitenkin aina perustua tutkittuun tietoon sekä yhteisesti sovittuihin hoitolinjoihin. (Boëthius 2010; Mäntymaa 2010; Vikman, S. 2010; Grönholm ym. 2017; Kokki & Porela-Tiihonen 2017; Vikatmaa ym. 2017.)

Mikäli leikkaus tehdään potilaan tupakoinnista huolimatta, lisäävät sairaalassa annettavat savuttomuusinterventiot todennäköisyyttä sille, että tupakoitsija lopettaa tupakoinnin pysyvästi kotiuttamisen jälkeen, kunhan saa pitkäaikaista tukea (Saha 2009). Jos pysyvä tupakoinnin lopettaminen leikkauksen jälkeen ei onnistu, suositellaan savuttomana pitäytymistä ainakin leikkaushaavan paranemiseen asti, useimmiten 2–3 viikkoa. Näin pienenee aikaisen tupakoinnin aiheuttama hypoksia- ja iskemiariski. Parhaan toipumisen kannalta tulisi tupakoimattomuutta kuitenkin jatkaa vähintään 4–6 viikkoa leikkauksesta. (Hjalmarson 2014; Pluvy ym. 2015.)

5.1.4 Henkilökunnan koulutus

Hoitopolun eri toimijoiden koulutus on tarpeellista toiminnan kehittämisen kannalta. Koulutustarve kohdistuu etenkin hoitajiin ja lääkäreihin sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa. Henkilökunnan koulutus ja motivaatio sekä johdon sitoutuminen ovat olennaisia tekijöitä savuttomuuskäytäntöjen systemaattisen käyttöönoton mahdollistamiseksi. (Grönholm ym. 2017.)

Lääkäreiden perehtyneisyyden tupakasta vieroituksen merkitykseen ja keinoihin arvelaan joidenkin tutkimusten mukaan jäävän riittämättömäksi muun kouluttautumispaineen alla (Vikatmaa ym. 2017). Tutkimusten mukaan lääkärit kysyvät tupakoinnista sekä kirjaavat tiedon potilasasiakirjoihin melko usein. Harvoin kuitenkaan kysytään potilaan omaa lopettamismotivaatiota, opastetaan tupakasta vieroittautumisessa tai määrätään vieroituslääkkeitä. On havaittu, että erikoissairaanhoidon leikkausta edeltävään arvioon tulevilla potilailla ei usein ole tietoa tupakoinnin lopettamisen tärkeydestä ja siitä,

minkälaisia toimenpideriskejä tupakoinnin jatkaminen aiheuttaa. (Grönholm ym. 2017; Kokki & Porela-Tiihonen 2017; Vikatmaa ym. 2017.) Lisäksi preoperatiivisen henkilökunnan tulisi olla koulutettu antamaan rutiininomaisesti lyhyttä ja johdonmukaista neuvontaa lopettamisen positiivisista vaikutuksista, sekä tarjoamaan yksilöllistä tukea, ohjausta ja seurantaa. (Yousefzadeh ym. 2016; Grönholm ym. 2017; Pierre ym. 2017.)

5.1.5 Kirjaamiskäytännöt

Potilaan tupakoinnin tulee olla merkittynä potilaskertomukseen ja sen tulee olla helposti löydettävissä. Merkintöjen tulee suositusten mukaan sisältää tieto tupakoinnista, tupakointimäärä (poltettujen savukkeiden lukumäärä), tupakoinnin kesto (askivuodet) sekä nikotiiniriippuvuus. (Käypä hoito -suositus 2012.) Riittävän laaja-alainen tilannekartoitus ja tietojen kirjaaminen ovat hyödyllisiä jatkoon kannalta. Potilaan sosiaalisen ja henkisen tilanteen kartoitus, aiemmat lopetusyritykset sekä mahdolliset syyt epäonnistumisiin antavat arvokasta tietoa, jota voidaan käyttää potilaan hyödyksi. Mahdollinen muu nikotiinille altistuminen, kuten nuuska tai sähkötupakka, tulisi myös huomioida. Lisäksi tulisi kirjata mahdollinen lopetuspäivä ja suunniteltu interventio. Tupakointistatus tulisi kirjata jokaisella terveystieteiden- ja sairaalakäynnillä. (Tonnesen ym. 2009; Mäntymaa 2010; Grönholm ym. 2017.)

Tupakointitietojen systemaattinen kirjaaminen auttaa toiminnan vaikuttavuuden arvioinnissa. Tutkimusten mukaan tupakointistatuksen kirjaaminen kirurgisiin yksiköihin saapuviin läheteisiin on kuitenkin vaihtelevaa. Puutteita havaittiin etenkin nikotiiniriippuvuuden voimakkuuden sekä aloitetun intervention kirjaamisessa. Tutkimusten mukaan lääkäreiden pyrkimyksenä on kuitenkin kirjata potilaan tupakointistatus potilastietoihin ensimmäisellä poliklinikkakäynnillä. (Kyrö 2013; Grönholm ym. 2017.)

Suomalaiset erikoissairaanhoidon lääkärit näkevät savuttomuuskäytäntöjen kehittämisen suurimpina haasteina käytännön ongelmat tupakointitietojen kirjaamisessa sekä vaikuttavuuden arvioinnissa. Lääkäreiden mukaan käytännöt potilaan tupakointistatuksen kirjaamisessa ovat yksikkökohtaisia, ja niissä on myös eroavaisuuksia klinikoiden sisällä. Systemaattinen tupakointitietojen kirjaus osana leikkausta edeltävää arviointia on tärkeää sekä potilaan hoidon, että toiminnan vaikuttavuuden arvioinnin kannalta. (Grönholm ym. 2017; Vikatmaa ym. 2017.)

Uusien työkalujen kehittäminen ja käyttöönotto mahdollistaisi savuttomuustoiminnan arvioinnin ja seurannan. Etenkin sähköiset työkalut parantaisivat vaikuttavuuden arviointia monipuolisen tiedonkeruun kautta. Tällä hetkellä käytössä olevien potilastietojärjestelmien rakenteellinen kirjausjärjestelmä ei esimerkiksi mahdollista potilaan tupakointitatuksen ja interventiotietojen yhdistämistä leikkaustuloksiin ja komplikaatiotilastoihin. Lisäksi muiden nikotiinilähteiden (kuten nuuskan ja sähkösavukkeiden) huomiointi olisi tärkeää, sillä niillä on sama vaikutus verenkierron häiriöihin kuin poltetulla tupakkatuotteella. Käyttökelpoinen työkalu voisi myös olla systemaattinen, tupakointitatuksista koskeva potilas palaute, joka kerättäisi leikkauksesta kotiutumassa olevilta potilailta. (Itä-Suomen yliopisto 2013; Grönholm ym. 2017; Vikatmaa ym. 2017.)

5.1.6 Tupakkavieroitus

Toimiva tupakkavieroitus on kiinteä osa laadukkaita terveyspalveluja (Simonen ym. 2014). Kaikkia potilaita tulisi ohjata savuttomuuteen rutiininomaisesti, ja tarjota heille muodollista vieroitusapua (Levett ym. 2016; Lugg ym. 2017). Käypä hoito -suosituksen (2012) mukaan kaikissa keskussairaaloissa tulisi olla tupakasta vieroitusyksiköt, joiden tehtävänä on suunnitella, tukea ja ohjata alueen tupakasta vieroitustoimintaa. Päävastuu vieroituksen toteutukseen on kuitenkin perusterveydenhuollolla ja työterveyshuollolla. (Käypä hoito -suositus 2012.) Potilaan tupakasta vieroituksen seuranta perusterveydenhuollossa sekä ennen leikkausta että leikkauksen jälkeen mahdollistaa riittävän pitkäkestoisien vieroitushoidon sekä savuttomuuden tukemisen (Kokki & Porela-Tiihonen 2017).

Vieroituksen tavoitteena on tupakoinnin lopettaminen. Lyhyeenkin vieroitukseen osallistuminen ennen leikkausta parantaa tupakoinnin lopettamisen todennäköisyyttä pelkkään lopetuskehotukseen verrattuna. Vieroituksen tyyppi ja intensiivisyys riippuu potilaan nikotiiniriippuvuuden asteesta ja tupakointihistoriasta. (Porela-Tiihonen 2017.) Käypä hoito -suositus (2012) ohjeistaa tupakointiriippuvuuden asteen mittaamista Fagerströmin testin avulla (Käypä hoito -suositus 2012). Vieroituksen seurannan intensiivisyys, esimerkiksi sairaanhoitajan vastaanotolla käymisen tai soittoaikojen lukumäärä ja tiheys, riippuu potilaan tarpeesta. (Mäntymaa 2010.) Tutkimusten mukaan useimmat potilaat haluavat henkilökohtaista, ja juuri heidän tarpeisiinsa räätälöityä tukea lopettamiseen (AHC Media 2016). Olennaista vieroituksessa on potilaan motivointi ja sitouttaminen elämäntapamuutokseen (Mäntymaa 2010).

Intensiivinen vieroitus määritellään tutkimuksissa vaihtelevasti, ja osassa tutkimuksista intensiivisyyden määritelmä puuttuu kokonaan. Useimmissa tutkimuksissa sen katsotaan tarkoittavan vähintään neljä viikkoa kestävästä vieroitushoidosta, johon kuuluu lääkehoidoa ja vaihteleva määrä henkilökohtaista neuvontaa. Suurimmassa osassa tutkimuksista katsotaan, että intensiivinen ja järjestelmällinen vieroitushoito on tehokkaampaa kuin lyhytkestoinen, jäsentymätön vieroitus. Intensiivisellä ja järjestelmällisellä preoperatiivisella vieroituksella voidaan lisätä todennäköisyyttä pysyvään lopettamiseen ja leikkauskomplikaatioiden ehkäisyyn. (Tonnesen ym. 2009; Lindström ym. 2010; Thomsen ym. 2014; Yousefzadeh ym. 2016; Pierre ym. 2017.)

Vieroitushoidon vaikuttavuudesta julkaistut tutkimustulokset ovat osin ristiriitaisia (Lugg ym. 2017; Hatta ym. 2017). Joissakin tutkimuksissa ei esimerkiksi löydetty todisteita sille, että vieroituksen intensiivisyydellä olisi vaikuttavuutta lopettamistulokseen (Mills ym. 2011; Stead ym. 2016). Tulosten vertailua ja arviointia hankaloittaa etenkin se, että tutkimukset on toteutettu hyvin erilaisin menetelmin. Toimivista vieroitusohjelmista sekä vieroituksen lyhyt- ja pitkäaikaisvaikutuksista tarvittaisi lisää tutkimustietoa (Lugg ym. 2017).

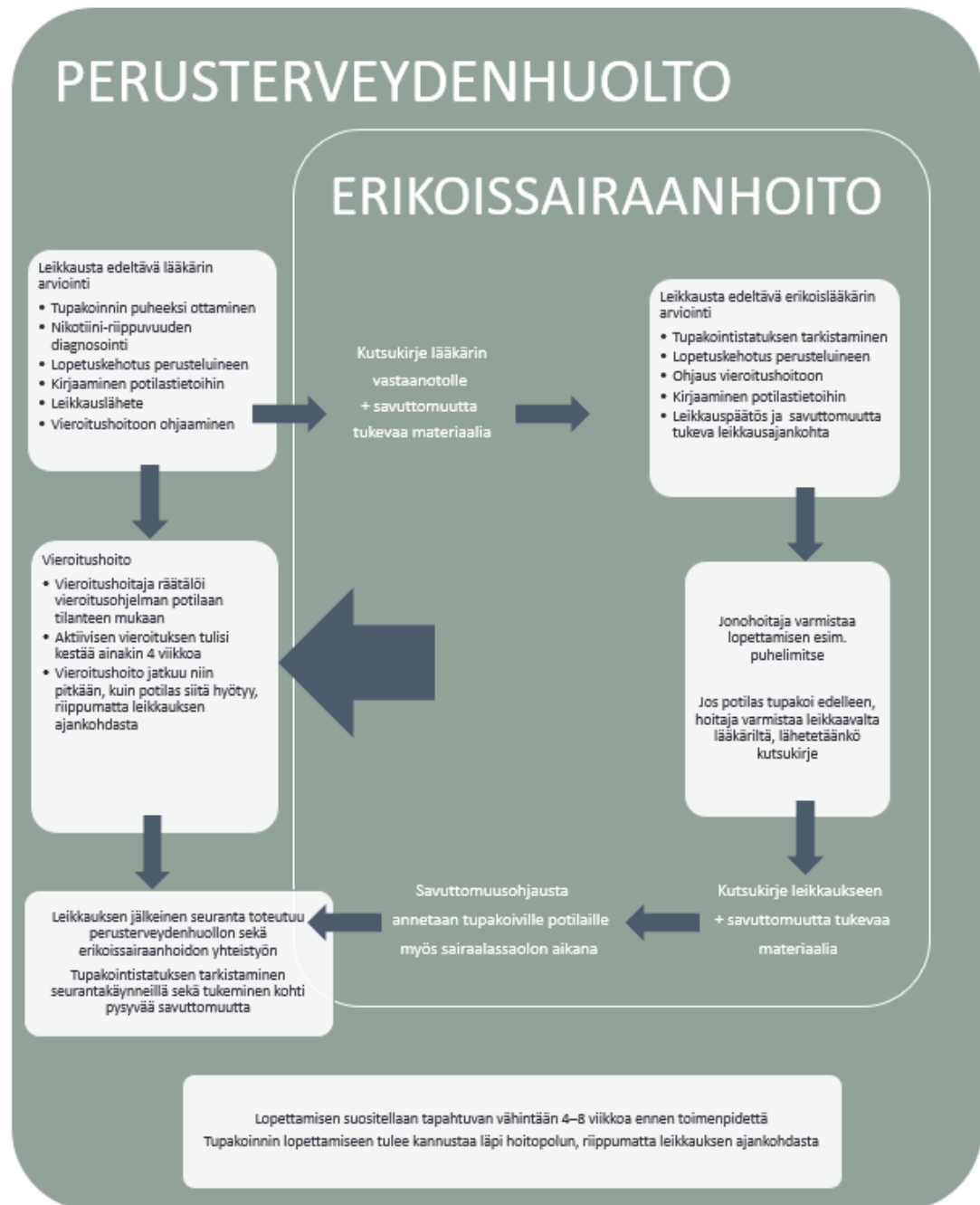
Käypä hoito -suosituksen (2012) mukaan potilaalle tulee käyttää tehokkainta hänelle sopivaa vieroitushoitoa. Hoito tulee suunnitella potilaan kanssa. Leikkauspotilaalle soveltuvat samat tukimenetelmät kuin muillekin potilasryhmille, ja ensilinjan lääkehoidot ovat varenikliini, bupropioni, nortriptyliini sekä nikotiinikorvaushoito. (Käypä hoito -suositus 2012; Grönholm ym. 2017; Kokki & Porela-Tiihonen 2017; Vikatmaa ym. 2017.) Tutkijat ovat yksimielisiä siitä, että tehokkainta on vieroitushoito, jossa yhdistyy henkilökohtainen neuvonta ja lääkehoito (Thomsen ym. 2014; Pluvy ym. 2015; Stead ym. 2016; Yousefzadeh ym. 2016). Tupakointiin liittyy sekä opittu tapa että fyysinen addiktio nikotiiniin, ja tästä syystä neuvonnan ja lääkehoidon kombinaatio on tehokkaampaa kuin vain toisen käyttäminen yksinään (Yousefzadeh ym. 2016; Kokki & Porela-Tiihonen 2017).

Aktiivisen vieroituksen tulisi tutkimusten mukaan kestää vähintään neljä viikkoa, jotta sekä vieroittautumisen onnistumisen että leikkauskomplikaatioiden suhteen saataisiin merkittäviä tuloksia. Pidempi vieroitusaika tuo kuitenkin lisähyötyjä. (Tonnesen ym. 2009; Lindström ym. 2010; Mills ym. 2011; Thomsen ym. 2014; Kokki & Porela-Tiihonen 2017.)

Leikkaukseen valmistautuvien potilaiden tupakasta vieroituksen onnistumisen seuraaminen on tärkeää tupakoinnin lopettamisen ajankohdasta riippumatta. Tuen jatkuvuudella on paljon merkitystä lopettamisen onnistumisessa, ja potilaan motivointi sekä positiivinen kannustaminen koko terveydenhuolto-organisaation laajuudelta on tärkeää koko vieroitusprosessin ajan. Retkahdukset ovat yleisimpiä ensimmäisten kolmen kuukauden aikana. Kuuden kuukauden kohdalla noin 33 prosenttia potilaista aloittaa tutkimusten mukaan tupakoinnin uudelleen. (Boëthius 2010; Mäntymaa 2010; Kokki & Porela-Tiihonen 2017.)

5.1.7 Prosessikuvaus preoperatiivisesta tupakoinnin lopettamisesta

Kirjallisuuskatsauksen sisältämän aineiston perusteella aineiston pohjalta on koottu malli ihanteellisesta käytännöstä, jonka avulla toimenpiteeseen tai leikkaukseen tulevia potilaita voidaan tehokkaimmin ohjata ja tukea tupakoinnin lopettamiseen (Kuvio 1.). Malli on tehty prosessikuvauksen muotoon, ja se kuvaa elektiiviseen toimenpiteeseen tulevan tupakoivan potilaan hoitopolkua. Prosessikuvauksessa on eritelty ne tekijät ja toimijat, jotka ovat merkityksellisiä elektiiviseen leikkaukseen tulevan tupakoivan potilaan hoitopolussa, ja joilla on vaikutusmahdollisuus potilaan tupakoinnin lopettamiseen. Prosessikuvauksessa on eritelty perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon vastuualueet sekä hoitopolun eri toimijoiden oleelliset tehtävät koskien tupakoivan leikkauspotilaan savuttomuuden tukemista.



Kuvio 2. Prosessikuvaus tekijöistä, joista ihanteellinen preoperatiivinen tupakoinnin lopettaminen koostuu.

5.2 Haastatteluiden tulokset

5.2.1 Potilaan hoitopolku ja tupakoinnin lopettamisen aikataulu

Leikkauspotilaiden kohdalla ideaalitulanteena pidetään haastateltavien mukaan sitä, että potilas olisi vieroittautunut tupakasta jo ennen kuin hän tulee erikoissairaanhoidon lääkärin leikkausta edeltävään arvioon. Tällöin perusterveydenhuollon lääkäri, jo lähetettä laatiessaan, ohjaa potilaan oman terveysasemansa savuttomuushoitajalle. Perusterveydenhuollon savuttomuushoitajia työskentelee jokaisella terveysasemalla, toimien savuttomuushoitajina muun työnsä ohessa. Potilaan tullessa osastolle leikkausta edeltävään arvioon, suoritetaan rutiinihaastattelu, jossa myös tupakointi otetaan puheeksi. Erikoislääkäri keskustelee potilaan kanssa tupakoinnin aiheuttamista riskeistä ja lopettamisen hyödyistä, ja kehottaa häntä lopettamaan tupakointi mahdollisimman pian ennen suunniteltua operaatiota. Tavoitteena on, että jokainen elektiiviseen leikkaukseen tuleva potilas vieroittautuisi tupakasta hyvissä ajoin ennen operaatiota. Elektiivinen leikkaus sijoituu yleensä 2 – 6 kuukauden päähän erikoissairaanhoidon ensikäynnistä, jolloin lopettamiselle pitäisi jäädä riittävästi aikaa.

Osastolla painotetaan tupakoinnin lopettamisen tärkeyttä läpi hoitopolun, mutta tupakointiin puuttumisen hanakkuus on käytännössä myös riippuvainen potilaalle tehtävästä toimenpiteestä. Leikkaava lääkäri päättää tupakoinnin lopettamisen tavoiteaikataulun. Lääkärin edellyttämä leikkausta edeltävän savuttomuuden kesto vaihtelee, ja voi olla esim. yksi, kaksi tai kolme kuukautta. Joidenkin leikkausten kohdalla leikkausta on mahdollista siirtää, mikäli potilas ei vieroittaudu tupakasta. Tupakointi voi myös joidenkin leikkausten kohdalla olla leikkauksekelpoisuuden esteenä, jolloin leikkausta ei suoriteta ennen kuin potilas on ollut tietyn aikaa savuttomana. Osastolla korostetaan tupakasta vieroittautumisen tärkeyttä erityisen paljon osastolla hoidettavien potilaiden sairauden laadun vuoksi. Joskus osastolle tulevan potilaan tupakoinnin jatkuminen voi olla potilaalle jopa hengenvaarallista hänen sairautensa takia.

Haastateltavan mukaan osastolla on yleisenä käytäntönä ollut, ettei tupakoinnin lopettamista suositella juuri ennen leikkausta, limannousun ollessa suurimmillaan noin kaksi viikkoa lopettamisesta. Leikkausta on saatettu osastolla joskus myös lykätä, jos potilaan tupakoinnin lopetus on osunut lähelle sovittua leikkauispäivää, limannoususta mahdollisesti aiheutuvan haitan takia. Osastolla tehtävät elektiiviset leikkaukset kohdistuvat potilaan rintakehän alueelle, jolloin yskiminen on hankaloitunut leikkauksalueen sijainnin

vuoksi. Ylimääräinen yskimistarve on hänen mukaansa juuri leikatulle potilaalle paitsi ikävää ja hankalaa, myös infektioille altistavaa, mikäli limaa ei saa yskittyä ulos.

5.2.2 Potilaalle tarjottava vieroitustuki sekä interventiot

Tupakoiville potilaille tarjotaan monenlaista tukea vieroitukseen. Potilaille voidaan tarjota mm. keskusteluapua osaston henkilökunnan kanssa tai kirjallista materiaalia kotona luettavaksi. Potilaille tarjotaan myös yhteystietoja erilaisiin järjestöihin ja kolmannen sektorin palveluihin, joista on mahdollista saada sekä vertaistukea, että tietoa ja aktiviteetteja. Osaston potilailla on lisäksi muutaman kerran vuodessa mahdollisuus osallistua sairaalassa järjestettäviin hyvinvointiaiheisiin luentopäiviin, joiden teemoihin kuuluu monesti tupakka-aiheisia luentoja.

Tarvittaessa potilaille tarjotaan sairaalan savuttomuushoitajan apua. Lääkäri tai hoitaja lähettää potilaan luvalla hänen yhteystietonsa savuttomuushoitajalle, joka lähettää potilaalle kutsukirjeen tai ottaa potilaaseen yhteyttä sopiaukseen tapaamisajan. Potilaalla on mahdollisuus myös halutessaan ottaa yhteys oman terveysasemansa savuttomuushoitajaan. Osa potilaista ei kuitenkaan halua ottaa vastaan vieroitusapua, vaan päätyy oma-toimiseen vieroittautumiseen.

Leikkauksen lähestyessä potilaat saavat postitse kutsukirjeen leikkaukseen. Kutsun mukana lähetetään tupakkavalistusmateriaalia, sekä Fagerströmin testi, jonka potilaat täyttävät ennen leikkaukseen saapumistaan. Noin 2 – 4 viikkoa ennen sovittua toimenpidettä potilaat haastatellaan osastolta käsin vielä puhelimitse. Puhelinhaastattelussa kysytään potilaan tupakoinnista, sekä kannustetaan ja ohjeistetaan lopettamiseen liittyvissä asioissa, jos potilas edelleen tupakoi.

Mikäli potilas jatkaa tupakointia, ja leikkaus siitä huolimatta tehdään, keskustelevat osaston lääkärit sekä sairaanhoitajat potilaan kanssa tupakoinnista vielä osastohoidon aikana. Osaston koko henkilökunta on koulutettu antamaan neuvontaa tupakoinnin lopettamisessa. Tavoitteena on, että potilas lopettaa tupakoinnin viimeistään leikkauksen jälkeen. Sairaalassaoloaikanaan potilaat myös saavat osastolta maksutta mahdollisesti tarvitsemansa nikotiinilaastarit. Osastolta saatava tuki tupakoinnin lopettamiseen päättyy potilaan kotiutuessa. Tarvittaessa potilaalle tarjotaan savuttomuushoitajan tai muun tahon tukea osastohoidon loppuessa, jotta potilas saa riittävästi apua vieroittumisessaan.

5.2.3 Savuttomuushoitajan vastaanottotyö

Savuttomuushoitajan työnkuva on potilaiden yksilöllinen tupakasta vieroitus sekä ryhmäohjaus. Käynnit hoitajan vastaanotolla ovat potilaille maksuttomia, sillä kunta kustantaa palvelun. Potilaat hankkivat kuitenkin mahdolliset nikotiinikorvaustuotteensa ja vieroituslääkkeensä omakustanteisesti. Tupakkavieroitukseen pääsevät kaikki sairaalassa asioivat potilaat sekä henkilökunta, ilman lähetettä. Lähetteellä savuttomuushoitajan vastaanotolle pääsee myös perusterveydenhuollosta ja yksityissektorilta.

Kaikille potilaille varataan aluksi tunnin mittainen vastaanottoaika yksilöohjaukseen. Potilaan kanssa keskustellaan tupakoinnin lopettamisen hyödyistä ja lopettamisen tuomista positiivisista terveysvaikutuksista, sekä motivoidaan lopettamiseen myös leikkauksen onnistumisen ja leikkauksesta toipumisen näkökulmasta. Osa potilaista vasta harkitsee tupakoinnin lopettamista vastaanotolle tullessaan, joten hyvän hoitosuhteen luominen potilaaseen on tärkeää onnistuneen vieroitusprosessin kannalta. Kaikille potilaille esitellään nikotiinikorvaus- ja reseptivalmisteet. Valmisteen käyttämisestä sovitaan potilaan kanssa yhdessä. Potilas saa mukaansa myös materiaalia kotona luettavaksi.

Savuttomuushoitaja pyrkii tekemään tupakoinnin lopettamisesta potilaalle mahdollisimman helppoa. Potilaan aikataulujen, asuinpaikan, työn tai terveydentilan takia voi joskus olla järkevää järjestää ainakin osa ensimmäisen vastaanottokäynnin jälkeisistä hoitokontakteista puhelimitse. Kontaktit ovat usein alussa tiheämpiä, ja harvenevat vähitellen. Vieroituksen alkuaikoina hoitokontakti voi olla esimerkiksi lyhyt puhelu kerran viikossa tai kahdessa. Toisaalta kontakteissa voi olla kuukaudenkin tauko. Vieroitushoito räätälöidään aina potilaan tarpeisiin, ja kaikki tehdään potilaan ehdoilla ja potilaan toiveita kuunnellen.

Savuttomuushoitajan tavoitteena on pitää hoitosuhdetta yllä niin pitkään, että potilas selvästi pärjää omillaan. Pitkä seuranta-aika hyödyttää potilasta ja luo potilaalle henkistä turvallisuuden tunnetta. Yleensä hoitosuhde kestää vähintään neljän kuukauden ajan tupakoinnin lopettamisen jälkeen. Hoitokontaktien määrä, laatu ja tiheys riippuvat potilaan tarpeista ja vieroituksen vaiheesta. Käyntien tai puhelinkontaktien määrä potilasta kohti on kuitenkin yleensä 3 – 10. Potilaalla on tarvittaessa aina mahdollisuus soittaa savuttomuushoitajalle, myös virallisen hoitosuhteen päättymisen jälkeen.

5.2.4 Kirjaamiskäytännöt

Eri terveydenhuoltopalveluita tarjoavilla organisaatioilla on omat tietojärjestelmänsä, joten tieto potilaan tupakkahistoriasta ei välity organisaatiolta toiselle muuten kuin lähettävän lääkärin tekstin perusteella. Tupakkatiedot kirjataan lähetteisiin hyvin vaihtelevasti, yleensä melko niukasti. Lääkärit saattavat kirjata esim. ”tupakoinut pitkään, tupakoi askin päivässä”. Tieto siitä, että potilas tupakoi askin päivässä, ei kuitenkaan käytännössä kerro tupakointimäärästä mitään, sillä askikokoja on monia. Myös askivuosien määrä tai Fagerströmin testissä saadut pisteet saattavat joskus olla merkattuna lääkärin tekstiin.

Haastateltavien mielestä siitä, että potilaan tupakkahistoriasta ei ole tietoa etukäteen, ei kuitenkaan välttämättä ole haittaa. Potilaan perusteellinen haastatteleminen toimii myös tärkeänä työväliseinä hoitosuhteen muodostamisessa. Ensimmäisellä savuttomuushoitajan vastaanottokäynnillä tehdään esimerkiksi aina Fagerströmin testi. Mikäli tarkoitus olisi kuitenkin tehdä tiiviimpää yhteistyötä perusterveydenhuollon kanssa, olisi yhteensopiva tietojärjestelmä haastateltavien mukaan hyödyllinen. Kirjaamiskäytäntöjä on tupakkatietojen osalta pyritty jo kehittämään, ja niitä kehitetään edelleen. Järjestelmän tulisi haastateltavan mukaan olla mahdollisimman helppo, sekä ohjaava, jotta kaikki tupakointiin liittyvät asiat tulisivat varmasti kysytyiksi. Lisäksi järjestelmän tulisi haastateltavan mielestä olla sellainen, että sieltä saisi helposti poimittua haluamia tietoja esiin.

5.2.5 Haastateltavien esille tuomat kehittämiskohteet

Savuttomuudesta olisi hyötyä kaikille potilaille, ja olisi tärkeää, että jokaisen tupakoivan potilaan kanssa tupakointi otetaan puheeksi ja tarjotaan vieroitusapua. Haastatteluissa nousi kuitenkin esiin huoli vaihtelevasta tupakoinnin puheeksi ottamisesta. Eri osastoilla on vaihtelevia käytäntöjä tupakointiin puuttumisessa ja tupakkavalistuksen aktiivisuudessa. Tietynlaisiin leikkauksiin erikoistuneilla osastoilla, joilla tupakointi vaikuttaa merkittävästi leikkauksen tuloksiin, tupakkavalistus on rutiininomaista, ja henkilökunnan koulutukseen panostetaan. Kaikilla osastoilla potilaan tupakointiin ei kuitenkaan osata puuttua yhtä aktiivisesti. Potilaalle tehtävän leikkauksen tyypillä on paljon tekemistä asian kanssa, sillä osassa leikkauksista savuttomuus on tärkeämpää kuin toisissa. Kaikille potilaille tulisi kuitenkin tarjota apua tupakoinnin lopettamiseen ja kertoa, mistä apua tarvittaessa saa.

Myös savuttomuushoitajan ja eri osastojen välinen yhteistyö on vaihtelevaa. Tiettyjen osastojen kanssa yhteistyö on aktiivista ja sujuvaa, joidenkin osastojen kanssa taas yhteistyötä ei ole juuri nimeksikään. Yhteistyön määrä ja laatu riippuu paljon myös potilaiden tarpeista ja toiveista. Tällöin on luontevaa ja ymmärrettävää, että tiettyihin leikkauksiin erikoistuneiden osastojen yhteistyö savuttomuushoitajan kanssa on runsaampaa kuin joidenkin muiden osastojen kohdalla. Lisääntyvä yhteistyö osastosta riippumatta olisi haastateltavan mukaan kuitenkin toivottavaa ja suotavaa. Haastateltavan mielestä olisi hyvä, että sairaanhoitopiirissä olisi yhtenäinen linja leikkaukseen tulevien tupakoitsijoiden vieroitushoitoon ohjauksessa, riippumatta potilaalle tehtävästä leikkauksesta. Preoperatiivista ohjausta antavilla hoitajilla ei myöskään ole yhtenäistä ja yleispätevää ohjeistusta preoperatiivisen ohjauksen sisällöstä, vaan eri yksiköissä noudatetaan omia vakiintuneita tapoja ja toimintaohjeita. Yleinen toimintaohje voisi haastateltavan mielestä olla paikallaan.

Tupakoinnin puheeksi ottamisen vaihtelevuus liittyy paitsi osastojen erilaisiin potilasmateriaaleihin, myös henkilökunnan asenteisiin ja koulutustarpeisiin. Terveystieteiden ammattilaisetkin saattavat pitää tupakointia niin henkilökohtaisena asiana, ettei siihen haluta puuttua. Ammattilaisten keskuudessa yleinen oletus lienee myös, että joku toinen on jo varmasti ottanut tupakoinnin puheeksi, eikä siitä siksi tarvitsisi mainita. Ihmiselle on luontaista ajatella, että haluaa olla ”mukava” hoitaja tai lääkäri, joka ei ota ikävää asiaa puheeksi. Toisaalta, vaikka tupakoinnin ottaakin potilaan kanssa puheeksi, on lopettamispäätöksen aina lähdettävä potilaasta itsestään, eikä potilasta voi pakottaa lopettamaan. Ammattilaisenkin voi joskus olla vaikea onnistua riittävästi kannustamaan potilasta lopettamispäätöksen tekemiseen.

Huolimatta siitä, että nykyään tupakoinnin haitat ovat paremmin tunnetut kuin ennen, ei potilaille ole aina täysin selvää, kuinka tarpeellista tupakoinnin lopettamisen leikkaukseen valmistauduttaessa on. Osalle potilaista on esimerkiksi voitu aiemmin tehdä useita leikkauksia tupakoinnista huolimatta, eikä tästä ole potilaan käsityksen mukaan ollut haittaa. Potilaat saattavatkin ihmetellä, miksi tupakointiin puututaan nyt hanakammin kuin ennen, ja jopa ajatella, että tupakoinnista tehdään nykyään turhaan ongelma.

Vieroitustoiminnan heikkoutena on haastateltavan mukaan se, että potilaita on ajoittain paljon, ja jonot savuttomuushoitajalle ovat tästä syystä pitkät. Osan potilaista olisi mahdollista lähettää terveysaseman savuttomuushoitajalle, mutta sielläkään ei välttämättä ole tilaa monelle potilaalle, sillä savuttomuushoitajat tekevät vieroitustyötä muun työnsä

ohessa. Tupakkavieroitustoimintaa järjestetään yksilöohjauksena myös yksityissektorilla ja työterveysasemilla.

Vieroitushoidon tarjoajalla ei haastateltavan mielestä ole varsinaisesti merkitystä, kunhan hoitokontaktit pystytään toteuttamaan pitkäjänteisesti. Potilaan näkökulmasta palvelun tuottajaksi sopii niin perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoidon kuin työterveys- ja opiskelijaterveydenhuolto. Joissakin tilanteissa on haastateltavan mukaan kuitenkin järkevää keskittää hoito kokonaan erikoissairaanhoidolle, esimerkiksi jos potilaalla on jo valmiiksi pitkäkestoinen hoitokontakti jossakin erikoissairaanhoidon yksikössä.

5.3 Tulosten arviointi ja yhteenveto

Kirjallisuuskatsauksen ja asiantuntijahaastatteluiden tulosten vertailu on toteutettu taulukkomuodossa (Liite 2.). Taulukossa vertaillaan prosessikuvauksen ideaalisia käytäntöjä ja yksiköiden vastaavia käytäntöjä toisiinsa valittujen teemojen osalta. Taulukossa on lisäksi opinnäytetyön tekijän omaa pohdintaa vertailun kohteena olevista aiheista.

Prosessikuvauksen ideaalinen savuttomuuskäytäntö ja haastatelluiden yksiköiden käytännöt ovat vertailutaulukon perusteella pääosin linjassa keskenään. Vertailussa ilmeni kuitenkin joitakin kehittämiskohteita savuttomuuskäytännöille. Vertailussa saadut tulokset koskevat pääosin haastateltujen yksiköiden toimintaa, mutta haastatteluissa kävi myös ilmi, että toimintatavat tupakoivien potilaiden suhteen saattavat eri osastoilla olla melko erilaisia. Nämä asiantuntijoiden esittämät havainnot on otettu huomioon tuloksia esitettäessä ja tulosten tulkinnassa.

Haastatteluun osallistuneella osastolla kiinnitetään erityistä huomiota savuttomuusneuvontaan potilaiden perussairauksien luonteen vuoksi. Näin ollen tupakointiin puuttuminen on osastolla lähtökohtaisesti aktiivista, ja koko henkilökunta on koulutettu antamaan neuvontaa tupakoinnin lopettamisessa. Haastatteluissa nousikin esiin pohdintaa siitä, että savuttomuuskäytäntöjä olisi hyvä yhtenäistää kaikilla osastoilla, jotta tupakoivien potilaiden saama neuvonta ja apu olisivat hyvällä tolalla osastosta riippumatta.

Kaikkien potilaiden rutiininomainen savuttomuusohjaus näyttää toteutuvan haastatteluun osallistuneella osastolla hyvin. Tupakointiin puuttumisen hanakkuuteen kuitenkin vaikuttaa potilaan leikkaustyyppi. Huolimatta siitä, että tupakoinnin aiheuttamat komplikaatioriskit vaihtelevat mm. leikkaustyyppin perusteella, on tutkimusten mukaan jokaisen potilaan edun mukaista kannustaa häntä savuttomuuteen sekä tarjota hänelle

vieroitusapua käyttäen hyväksi leikkauksen tarjoama otollisuus tupakoinnin lopettamiseen. Tupakointiin puuttumiseen olisi kaikilla osastoilla syytä kiinnittää huomiota leikkaustyyppistä riippumatta, antaen kaikille potilaille hyvä tilaisuus elintapamuutokselle.

Edellytyksenä toiminnan systemaattiselle toteutukselle lienee leikkauspotilaiden savuttomuutta tukevien toimintamallien kehittämien ja yhtenäistäminen. Eri osastojen välinen yhtenäinen linja leikkaukseen tulevien tupakoitsijoiden tupakkavalistuksessa ja vieroitushoitoon ohjauksessa sekä yleinen toimintaohje preoperatiivista ohjausta antaville hoitajille voisivat olla hyödyllisiä. Yhtenäiset tupakkakäytännöt osastojen välillä myös antaisivat potilaille selkeämmän ja luotettavamman käsityksen lopettamisen tärkeydestä ja perusteltavuudesta. Tupakointiin puuttumisen aktiivisuuteen ja hanakkuuteen vaikuttavat yleisten ohjeistusten lisäksi myös mm. henkilökunnan koulutus ja asenteet, mikä tulisi ottaa huomioon ohjeistuksia päivitettäessä. Henkilökunnan koulutus ja motivointi näyttäytyvät tärkeinä tekijöinä systemaattisen savuttomuusneuvonnan mahdollistamisessa.

Neuvonnassa on hyvä kiinnittää huomiota muodollisen vieroitusavun systemaattiseen tarjoamiseen, jotta taataan sen vastaanottamisen mahdollisuus jokaiselle tupakoivalle potilaalle. Myös potilaalle annettavan tiedon vieroitusavun saamisesta sekä ohjeiden tupakoinnin lopettamisesta tulee olla mahdollisimman selkeitä. Informaatio on aina annettava potilaalle myös kirjallisena. Näin jokaiselle potilaalle tarjotaan tilaisuus saada mahdollisimman hyvät lähtökohdat onnistuneeseen vieroitukseen.

Potilaan leikkausajankohdan sopiminen savuttomuutta tukevalla aikataululla on haastatteluiden perusteella mahdollista järjestää. Haastatteluun osallistuneen osaston toimintatapoihin kuuluu kuitenkin myös se, ettei tupakoinnin lopettamista suositella juuri ennen leikkausta limannousun vuoksi. Tämä liittyyneen ilmeisesti leikkaustyyppin kohdistumiseen rintakehän alueelle, millä katsottaneen olevan potilaalle yskimiskykyyn vaikuttavaa haittaa. Kirjallisuuskatsauksen perusteella tupakasta vieroittautumista voidaan kuitenkin aina suositella leikkaukseen valmistautuvalle potilaalle. Tupakoinnin lopettamispäivän osumisen lähelle leikkauspäivää ei tulisi olla estävänä tekijänä lopetukselle. Sen sijaan voitaisi leikkauspäivää siirtää myöhemmäksi, mikäli sen katsotaan syystä tai toisesta olevan tarpeellista. Haastattelun perusteella näin osastolla on välillä toimittukin, mutta epäselväksi jäi, onko osastolla leikkausta lykätty ainoastaan limannousun takia, vai myös mahdollistamaan savuttomuus.

Vertailusta ei voi vetää johtopäätöstä siitä, ovatko muodollista vieroitushoitoa saavat potilaat eri asemassa niihin potilaisiin nähden, jotka eivät syystä tai toisesta osallistu

muodolliseen vieroitushoitoon. On epäselvää, kuinka hyvin leikkausajankohdan sovittaminen tupakoinnin lopettamisen mahdollistamaan ajankohtaan toteutuu niillä potilailla, jotka päätyvät omatoimiseen vieroittautumiseen. Vaikuttaa siltä, että savuttomuushoitajan näkökulmasta leikkausajan sopiminen on mutkattomampaa, kun taas osaston näkökulmasta käytäntö esiintyy kangertelevana. Tästä syystä olisi mahdollisesti hyödyllistä selvittää, mahdollistuuko leikkausta edeltävä savuttomuus aikataulullisesti myös niillä potilailla, joiden leikkauksen toteutuminen ei riipu tupakoinnin lopettamisesta, mutta jotka ovat päättäneet lopettaa omatoimisesti.

Osastolta saatava tuki tupakoinnin lopettamiseen loppuu potilaan kotiutuessa, mutta potilaalla on tarvittaessa mahdollisuus olla yhteydessä savuttomuushoitajaan virallisen hoitosuhteen päätyttyäkin. Prosessikuvauksen mukaan päävastuu tupakasta vieroitukselle on perusterveydenhuollolla (ja työterveyshuollolla). Samoin leikkauksen jälkeisen seurannan toteutumisen on tarkoitettu toteutuvan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyönä. Jos potilaalla on jo ennen leikkausta ollut hoitosuhde erikoissairaanhoidon tupakkavieroitushoidon yksikköön, ei yhteistyösuhdetta ole järkevää katkaista. Toimintaa tulisi kuitenkin kehittää siihen suuntaan, että potilaat ohjattaisi jo perusterveydenhuollon leikkausta edeltävästä arviosta terveysasemilla toimiville savuttomuushoitajille. Tällöin potilailla olisi omalla terveysasemallaan mahdollisuus saada riittävän pitkäkestoista tukea ja seurantaa lopettamiseensa myös leikkauksen jälkeen.

Vieroitustoiminnan suuri haaste lienee tällä hetkellä kysynnän ja tarjonnan kohtaamattomuus. Vieroitushoitoa kaipaavia potilaita on paljon, ja jonotusajat ovat pitkät. Ongelma on kenties sama myös perusterveydenhuollon puolella. Resurssien kohdistaminen vieroitustoimintaan hyödyttäisi potilaiden terveyttä, ja toisi säästöjä pitkällä tähtäimellä. Lyhyet vieroitushoidon jonot mahdollistaisivat yhä useamman potilaan onnistumisen tupakoinnin lopettamisessa ennen leikkausta, ja vähentäisivät siten leikkausriskejä sekä kustannuksia.

Haastattelujen perusteella tupakointitietojen kirjaamiskäytännöt ovat vaihtelevia ja tietoja kirjataan yleensä niukasti. Tupakointistatus tulisi kirjata jokaisella terveyskeskus- ja sairaalakäynnillä. Merkintöjen tulisi sisältää tieto tupakoinnista, tupakointimäärä, tupakoinnin kesto, nikotiiniriippuvuus, mahdollinen muu nikotiinille altistuminen, mahdollinen lopetuspäivä sekä suunniteltu interventio. Henkilökuntaa tulisi kouluttaa ja sitouttaa yhteisten kirjaamiskäytäntöjen toteuttamiseen. Tupakointitietojen kirjaamista ja kerättyjen tietojen hyödyntämistä voisi myös hyödyttää ohjaava järjestelmä, johon olennaiset tupakointitiedot merkittäisiin jokaisella asiointikerralla. Lisäksi huomioitavaa on, että koska

potilaan tupakointitiedot eivät välity suoraan organisaatiolta toiselle, on tietojärjestelmien kehittämistä mahdollisesti harkittava, mikäli perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon on tarkoitus tehdä tiiviimpää yhteistyötä keskenään tupakoivien potilaiden kohdalla.

Savuttomuuskäytäntöjen kehittämiskohteet koskevat pääosin osaston toimintatapojen ja organisaatioiden käytäntöjen yhteneväisyyttä ja systemaattista toteuttamista. Toimintatapojen muutos vaatii yhteneväisiä ohjeita organisaatiotasolla ja osastoilla, sekä henkilöstön sitouttamista niiden noudattamiseen mm. koulutuksen avulla. Vieroitushoidon osalta käytännöt vaikuttavat olevan hyvällä mallilla vastaten ideaaleja käytäntöjä. Haasteena on lähinnä vieroitushoitoon pääsy ja resurssit. Savuttomuushoitajalla on itsenäisen työnkuvansa ansiosta mahdollista joustavasti mukautua suositeltujen toimintatapojen noudattamiseen, mikä näyttäytyy vertailutaulukossa vieroitushoidon yhteneväisinä käytäntöinä suosituksiin nähden.

6 POHDINTA

6.1 Kirjallisuuskatsauksen luotettavuus

Opinnäytetyön prosessi on kuvattu mahdollisimman tarkasti kunkin vaiheen osalta. Kirjallisuuskatsauksen aineiston laajuutta ja tutkimuksen luotettavuutta rajoittavat etenkin aineiston keruussa käytetyt kieli- ja maksuttomuuskriteerit, sekä aineiston haussa käytettyjen tietokantojen rajallinen määrä. Aineisto rajattiin suomen-, ruotsin- ja englanninkielisiin julkaisuihin, joista oli saatavilla maksuton kokoteksti. Opinnäytetyön kohdalla raja on hyväksyttävä, mutta se heikentää tutkimuksen luotettavuutta (Stolt ym. 2015).

Aineiston rajaaminen vuoden 2008 jälkeisiin julkaisuihin on perusteltua, sillä voidaan katsoa, että uuteen tietoon on kumuloituneena vanhempi tieto (Hirsjärvi ym. 2004). Monet uudemmat tutkimukset ovat esimerkiksi osin kumonneet aiempia käsityksiä mm. tupakoinnin vaikutuksista leikkaustuloksiin. Vanhemmissa tutkimuksissa ei aina ole osattu tai tiedetty ottaa huomioon tutkimuksenasetteluun liittyviä seikkoja, jotka vaikuttavat tutkimuksen luotettavuuteen. Luotettavuuspohdinta on kaikkien lähteiden kohdalla otettu huomioon, sillä aiheesta on runsaasti myös ristiriitaista tutkimustietoa.

Kirjallisuuskatsauksen aineistoon on hyväksytty julkaisuja, joita voidaan pitää niissä kuvattujen tutkimusmenetelmien valossa riittävän luotettavasti toteutettuina, ja kun niissä esitetyt tutkimustulokset ovat pääosin ollessa linjassa muiden samantyyppisesti toteutettujen tutkimusten kanssa. Tutkimusten vertailua kuitenkin hankaloittaa se, että tutkimukset on tehty erilaisilla menetelmillä ja erilaisille potilasryhmille. Aineiston hajanaisuutta selittää se, että tutkittaessa tupakoinnin yhteyttä leikkauksiin, on huomioonotettavia seikkoja monia, ja tutkimuksissa on ollut mahdotonta tutkia montaa asiaa samaan aikaan. Uusimmat tutkimukset ovatkin voineet hyödyntää vanhempia tutkimuksia menetelmien kehittämisessä ja tutkimuksen kohdentamisessa. (Mills ym. 2011; Jung ym. 2015; Lugg ym. 2017.)

Tutkimuksissa esimerkiksi savuttomuuden määritelmä on hyvin vaihteleva, ja tutkimusiin osallistuneiden potilaiden savuttomuuden kestot vaihtelevat eri tutkimusten välillä runsaasti. Entiset tupakoitsijat esimerkiksi laskettiin joissakin tutkimuksissa ei-tupakoitsijoiksi, mikäli he olivat olleet lopettaneet yli vuosi sitten. Monissa tutkimuksissa potilaan tupakointitilaa ei myöskään ole otettu huomioon. Esimerkiksi askivuosien määrän on

toisissa tutkimuksissa osoitettu olevan ratkaiseva riskitekijä, ja toisissa tutkimuksissa sitä ei ole ollenkaan huomioitu. (Pluvy ym. 2015; Kyrö ym. 2016; Hatta ym. 2017.)

Moni tutkimuksista perustuu tietyn tai tiettyjen komplikaatioiden esiintymistä tietyn leikkaustyyppin yhteydessä. Osa tutkimuksista taas koskee spesifisten komplikaatioiden esiintyvyyttä leikkaustyyppistä riippumatta, osa komplikaatioiden esiintyvyyttä ylipäättään. Kunkin operaation tyyppillisillä komplikaatioilla on myös osassa tutkimuksia vaikutusta siihen, kuinka merkityksellisiksi erityyppiset komplikaatiot on katsottu ja miten tämä on vaikuttanut tulosten arviointiin ja johtopäätöksiin. Tutkimusten vertailu ja tutkimustulosten yleistäminen kaikkia potilaita koskeväksi linjaukseksi osoittautuu näin ollen hyvin hankalaksi. Monet tutkijat ovatkin päätyneet suosittelemaan lisätutkimuksien tekemistä aiheesta. (Hatta ym. 2017; Lugg ym. 2017.)

Tupakan moninaisten vaikutusten ja kehon hitaan toipumisen vuoksi on myös vaikeaa määrittellä yhtä oikeaa ajankohtaa, jolloin lopettaminen olisi optimaalista leikkausta ajatellen. Tupakoinnin aiheuttamat haitat korjautuvat vaihtelevalla aikataululla, mutta tutkimusten perusteella kehon täydellinen palautuminen ei ole edellytyksenä, kun tähdätään leikkauskomplikaatioiden ehkäisyyn. Ilmeisesti myös leikkaustyyppillä on vaikutusta siihen, kuinka suuri tupakoinnin aiheuttama komplikaatoriski on. Tutkimukset antavat viitteitä siitä, että leikkauskomplikaatioiden ehkäisyssä lyhempikestoisestakin savuttomuudesta saattaa olla hyötyä. Tupakoinnin leikkauskomplikaatioille aiheuttaman riskin suuruus riippuukin tämänhetkisen tiedon mukaan ennen kaikkea suoritettavasta leikkaustyyppistä sekä potilaan tupakkahistoriasta. (Vikman 2010; Hjalmarson 2014; Kokki & Po-rela-Tiihonen 2017.)

6.2 Haastatteluiden luotettavuus

Haastattelun osalta tutkimuksen luotettavuuteen ja yleistettävyyteen vaikuttaa etenkin haastateltavien pieni otanta ($n=2$). Kahden asiantuntijahaastattelun perusteella on mahdotonta arvioida tyhjentävästi, kuinka savuttomuuskäytännöt toteutuvat tietyissä yksiköissä tai tietyllä toimialueella. Tutkimukseen osallistuneiden hoitajien yksilöllisillä taustoilla saattaa myös olla vaikutusta haastatteluvastauksiin ja tutkimuksen luotettavuuteen. Tutkimukseen haastateltavat hoitajat työskentelevät kuitenkin erilaisissa työtehtävissä, mistä on hyötyä tutkimuksen kattavuuden kannalta. Tutkimuksen otantaa ei ollut aikataulullisista syistä mahdollista laajentaa haastateltavien määrää lisäämällä. Kumpikin

haastateltava työskentelee erikoissairaanhoidossa, joten perusterveydenhuoltoa koskevaa osuutta käytäntöjen toteutumisesta ei ole toisen tutkimuskysymyksen osalta tutkimuksessa käsitelty.

Teemahaastattelumenetelmä soveltui haastatteluiden menetelmäksi hyvin, sillä tarkoituksena oli selvittää yksiköissä käytössä olevia ohjeita ja käytäntöjä siten, että haastateltava toimii aiheen syventäjänä ja tarkentajana. Haastateltavilla oli myös mahdollisuus tuoda esiin omia kehittämisideoitaan ja mielipiteitään savuttomuuskäytäntöjen kehittämiseen, mikä on tutkimuksen kannalta hyödyllistä. Haastatteluun sisältyy kuitenkin monia virhelähteitä, jotka aiheutuvat niin haastattelijasta kuin haastateltavasta sekä itse tilanteesta kokonaisuutena. Haastattelun luotettavuutta tutkimusmenetelmänä heikentää mm. se, että haastattelussa on taipumus antaa sosiaalisesti suotavia vastauksia, ja epämieluisista asioista mielellään vaietaan. (Hirsjärvi ym. 2004.)

Haastatteluissa olisi saattanut olla hyödyllistä käyttää osittain tarkempaa kysymysrunkoa, jolloin haastattelukysymykset olisi voitu ennalta suunnitella vastaamaan tarkemmin prosessikuvauksen sisältöä. Tutkijan oma vähäinen kokemus aiheesta teki tämän kuitenkin mahdottomaksi, sillä tässä tapauksessa olisi terveydenhuolto-organisaation ja elektiivisen leikkauspotilaan hoitopolun tarkka tunteminen ollut välttämätöntä jo ennen haastatteluja.

Toinen haastateltavista hoitajista pyysi häneltä saadun haastatteluaineiston nähtäväkseen ennen opinnäytetyön palautusta, tarkistaakseen sen asiavirheiden osalta ja tehdäksseen siihen haluamansa tarkennukset. Lopullisen asiantuntijahaastatteluiden tuloksen valmistumisen jälkeen hoitajalle lähetettiin vielä kertaalleen haastatteluosuus tarkistettavaksi, ja siihen tehtiin edelleen muutama tarkennus. Tarkennus- ja korjausmenettely lisää asiantuntijahaastattelun luotettavuutta siltä osin, että aineistosta tehdyt väärinkäsitykset tai virheelliset johtopäätökset eivät päädy lopulliseen työhön. Toisaalta teemahaastattelussa tilanne on ainutkertainen, ja haastattelun toistaminen, jollaiseksi haastatteluaineiston jälkikäteinen muokausmahdollisuus voidaan katsoa, muuttaa sen keinotekoiseksi. (Hirsjärvi & Hurme 1995.) Materiaalin tarkistusmahdollisuuden antamisella saattaa näin ollen olla vaikutusta tutkimuksen luotettavuuteen.

6.3 Tutkimuksen eettisyys

Opinnäytetyö noudattaa hyviä eettisiä ja tieteellisiä käytäntöjä. Tieteellistä toimintaa ohjaavia normeja ovat yleispätevyys, yhteisöllisyys, puolueettomuus ja kriittisyys,

suunnitelmallisuus ja järjestelmällisyys. Muiden tutkijoiden työtä on kunnioitettu tutkimuksen kaikissa vaiheissa. (Hirsjärvi ym. 2004.) Tutkimukselle hankittiin tutkimuslupa CRC-keskuksesta ennen haastattelujen aloittamista. Haastateltavat osallistuivat tutkimukseen vapaaehtoisesti ja heillä oli mahdollisuus kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta sekä keskeyttää tutkimukseen osallistuminen. Haastateltaviin sekä osaston esimieheen oltiin yhteydessä sähköpostitse, ja heille lähetettiin kirjallinen tiedoksianto opinnäytetyön tarkoituksesta, hankkeeseen osallistuvista tahoista, hankkeen tavoitteista, aineiston keruumenetelmästä, aineiston käsittelyä koskevista tiedoista sekä haastatteluun liittyvistä käytännön asioista. (Hirsjärvi ym. 2004.)

Haastattelut toteutettiin sairaalan tiloissa. Haastateltavilta kerättiin kirjallinen suostumus osallistumisesta sekä äänitallenteen keräämisestä. Haastateltaville kerrottiin haastattelun nauhoituksen syy ja se, miten nauhoituksia käytetään, miten niitä säilytetään ja miten ne hävitetään, kun niitä ei enää tarvita. Nauhoituksia on säilytetty lukitussa tilassa. Haastattelunauhoituksia ei ole luovutettu ulkopuolisille, ja niiden salassapito on turvattu koko tutkimuksen ajan. Kaikki haastattelutallenteet hävitetään poistamalla äänitiedostot tutkimustyön valmistuttua. (Hirsjärvi & Hurme 1995.)

6.4 Johtopäätökset ja hyödynnettävyys

Ihanteelliseen preoperatiiviseen tupakoinnin lopettamiseen liittyvät tekijät on esitetty prosessikuvauksessa. Prosessikuvauksen ja haastatteluiden yksiköiden käytänteiden vertailu osoitti, että savuttomuuskäytännöt haastatelluissa yksiköissä ovat pääosin prosessikuvauksen mukaisia, mutta kehittämiskohteitakin löytyi. Vertailun perusteella tärkeimmiksi haasteiksi ja kehittämistarpeiksi nousivat savuttomuusneuvonnan systemaattisuuden ja yhtenäisyyden turvaaminen sekä vieroitushoidon saatavuuden parantaminen ja pitkäkestoisen vieroituksen seurannan takaaminen. Lisäksi olisi hyödyllistä yhtenäistää tupakointitietojen kirjaamiskäytäntöjä sekä kehittää tietojärjestelmiä, jotta savuttomuus-toimintaa voidaan seurata ja sen vaikuttavuutta arvioida.

Savuttomuusneuvonnan systemaattisuuden ja yhtenäisyyden parantamiseksi olisi tehtävä toimenpiteitä sekä käytännön hoitotyön että hoitotyön johtamisen tasolla. Savuttomuusneuvonnan käytänteitä voidaan kohentaa esimerkiksi henkilökunnan koulutuksella sekä yhteisten toimintamallien kehittämisellä. Vieroitushoidon saatavuuden parantaminen ja pitkäkestoisen vieroituksen seurannan takaaminen edellyttäisi investointeja, ja mahdollisesti myös terveysalan johdon toteuttamia rakennemuutoksia organisaatioiden toiminnassa. Tupakointitietojen kirjaamiskäytäntöjen yhtenäistäminen vaatisi

toimenpiteitä sekä käytännön hoitotyön toimintamalleissa että hoitotyön johtamisen tasolla. Tietojärjestelmien kehittäminen vaatisi niin ikään terveysalan johdon alullepanemia toimenpiteitä.

Vertailussa saadut tulokset koskevat pääosin haastateltujen yksiköiden toimintaa, mutta haastatteluissa kävi myös ilmi, että toimintatavat tupakoivien potilaiden suhteen saattavat eri osastoilla olla melko erilaisia. Huomioitavaa on myös, että varmistetaan kaikkien potilaiden yhdenvertainen kohtelu mahdollistamalla jokaiselle tupakoinnin lopettamiseen pyrkivälle potilaalle savuttomuutta tukeva leikkausajankohta. Osastojen ja potilasryhmien välisiin eroihin olisi syytä kiinnittää huomiota ja pyrkiä yhtenäisempään toimintakulttuuriin. Tämä opinnäytetyö voi osaltaan toimia työkaluna toimintatapojen yhtenäistämiseksi, ja osastot voivat esimerkiksi verrata savuttomuustoimintaansa prosessikuvauksen ideaaliseen prosessiin.

Opinnäytetyön kirjoittaminen on ollut vaativa, mutta antoisa ja erityisesti opettavainen prosessi. Se on kehittänyt omaa ammatillista osaamistani etenkin tupakoinnin lopettamisen merkityksen osalta leikkaukseen valmistauduttaessa. Varsinkin kirjallisuuskatsauksen laatiminen oli erityisen monipuolinen oppimisprosessi. Tulevan sairaanhoitajan ammatin näkökulmasta erittäin hyödyllisiä olivat myös asiantuntijahaastatteluiden tarjoamat antoisat keskustelut, jotka värjivät kokonaiskuvaa savuttomuuskäytännöistä tuoden myös todellisuudentajua tutkimusten hyödynnettävyyden mahdollisuuksiin. Kiitän haastatteluihin osallistuneita ammattilaisia onnistuneesta yhteistyöstä ja mielenkiintoisista keskusteluista, ja toivon opinnäytetyöstäni olevan hyötyä savuttomuuskäytäntöjen kehittämisessä.

LÄHTEET

AHC Media 2016. Surgeons help patients quit smoking before surgery. Same-day surgery, vol. 40, no. 5, 16.

Bachmann, M.; Hersio, K. & Pere, P. 2016. Leikkauskelpoisuuden arviointi ja leikkaukseen valmistaminen. Lääkärin käsikirja. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 13.2.2018. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00411&p_haku=Leikkauskelpoisuuden%20arviointi%20ja%20leikkaukseen%20valmistaminen.

Bedard, NA.; Dowdle, SB. & Owens, JM. 2017. What is the Impact of Smoking on Revision Total Hip Arthroplasty? The Journal of Arthroplasty. Viitattu 13.2.2018. <https://doi.org/10.1016/j.arth.2017.12.041>.

Boëthius, G. 2010. Rökfri operation – en patientsäkerhetsfråga. [Smoke-free surgery – a patient safety matter]. Läkartidningen, vol. 107, no. 43, 2628–2629.

Dohnke, B.; Ziemann, C. & Will, K.E. 2012. Do hospital treatments represent a ‘teachable moment’ for quitting smoking? A study from a stage-theoretical perspective. Psychology & Health, vol. 27, no. 11, 1291–1307.

Gaskill, CE.; Kling, C.E. & Varghese, T.K. 2017. Financial benefit of a smoking cessation program prior to elective colorectal surgery. Journal of Surgical Research, vol. 215, 183–189.

Gourgiotis, S.; Aloizos, S. & Aravosita, P. 2011. The effects of tobacco smoking on the incidence and risk of intraoperative and postoperative complications in adults. The Surgeon, vol. 9, no. 4, 225–232.

Grönholm, A.; Karhunen-Enckell, N. & Liira, H. 2017. Tupakasta vieroitus ennen leikkausta. Suomen lääkirilehti, vol. 72, no. 5, 286–289.

Hatta, T.; Werthel, JD. & Wagner, ER. 2017. Effect of smoking on complications following primary shoulder arthroplasty. Journal of Shoulder and Elbow Surgery, vol. 26, no. 1, 1–6.

Heloma, A.; Ruokolainen, O. & Jousilahti, P. 2015. WHO:n tavoite tupakoinnin vähenemisessä voidaan saavuttaa – kansallinen tavoite Savuton Suomi 2040 vaatii tehostettuja toimia. Tutkimuksesta tiiviisti 10, huhtikuu 2015. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. Viitattu 31.1.2018 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-460-1>.

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. 10., osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi, 23–28, 102–103, 111–113, 195–196, 212.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 1995. Teemahaastattelu. 7., uudistettu painos. Helsinki: Yliopistopaino, 35–36, 41–45, 58–59, 109–117, 129–130.

Hjalmarsen, A. 2014. Rökstopp inför operation minskar risk för komplikationer. Rökare bör erbjudas rökavvänjning. Läkartidningen, vol. 111, no. 29–31, 1232–1234.

Itä-Suomen yliopisto 2013. Tupakkakoulutus. Viitattu 27.2.2018 <http://www.tupakkakoulutus.fi/5.-kirurgia>.

Jousilahti, P. & Borodulin, K. 2012. Suomalaisten tupakointi vähenee. Tutkimuksesta tiiviisti 3, marraskuu 2012. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. Viitattu 31.1.2018 https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90884/TutkimuksestaTiiviisti3_tupakka.pdf?sequence=1%20%29.

Jung, K.H.; Kim, S.M. & Choi, M.G. 2015. Preoperative smoking cessation can reduce post-operative complications in gastric cancer surgery. *Gastric Cancer*, vol. 18, no. 4, 683–690.

Kokki, H. & Porela-Tiihonen, S. 2017. Potilas pitää vieroittaa tupakasta ennen kirurgisia toimenpiteitä. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*, vol. 133, no. 13, 1257–1263.

Kuntaliitto 2017. Sairaaloiden ja sairaanhoitopiirien tammi-elokuu 2017 – Yhteenvetoa kysynnästä, tuotannosta ja taloudesta (päivitetty 25.10.2017). Viitattu 31.1.2018 <https://www.kuntaliitto.fi/sites/default/files/media/file/Sairaaloiden-ja-sairanhoitopiirien-tammi-elokuu-2017.pdf>.

Kyrö, A.; Elomaa, V. & Lehtinen, V. 2013. Ortopedisten ja traumatologisten potilaitten vieroittaminen tupakoinnista Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymässä. *Suomen ortopedia ja traumatologia*, vol. 36, no. 3, 250–254.

Kyrö, A.; Pesonen, J. & Viljakka, M. 2016. Savuttomuuden hyödyt leikkauspotilaille. *Duodecim*, vol. 132, no. 24, 2295–2297.

Käypä hoito -suositus 2012. Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Viitattu 31.1.2018. Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi40020>.

Käypä hoito -suositus 2014. Leikkausta edeltävä arviointi. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Anestesiologiyhdistys ry:n asettama työryhmä. Viitattu 31.1.2018. Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50066>.

Levett, DZ.; Edwards, M. & Grocott, M. 2016. Preparing the patient for surgery to improve outcomes. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, vol. 30, no. 2, 145–157.

Lindgren, L. 2013. Kuinka pitkä tupakkalakko ennen leikkausta? Tampereen yliopisto. *Duodecim*, vol. 129, no. 1, 7–8.

Lindström, D.; Tønnesen, H. & Adami, J. 2010. Rökfrihet vid kirurgiska ingrepp. [Smoking cessation in surgical interventions. Dramatic drop in the risk of postoperative complications]. *Läkartidningen*, vol. 107, no. 43, 2634–2635.

Lugg, ST.; Lugg, ST. & Tikka, T. 2017. Smoking and timing of cessation on postoperative pulmonary complications after curative-intent lung cancer surgery. *Journal of Cardiothoracic Surgery*, vol. 12, no. 52. doi: 10.1186/s13019-017-0614-4.

Mills, E.; Eyawo, O. & Lockhart, I. 2011. Smoking Cessation Reduces Postoperative Complications: A Systematic Review and Meta-analysis. *The American Journal of Medicine*, vol. 124, no. 2, 144–154.

Modin, G. 2012. Hjälp till rökfrihet inför operation en självklarhet. [Smoking cessation intervention prior to surgery]. *Läkartidningen*, vol. 109, no. 11, 562–563.

Murto ym. 2017. Aikuisten terveysterveystieteiden tutkimus ATH:n perustulokset 2010-2017. Viitattu 31.1.2018
<http://www.terveytemme.fi/ath/>.

Mäntymaa, J. 2010. Tupakkavieroitus käytäntöön – hoitopolkuehdotus terveydenhuoltoon. *Suomen lääkirlehti*, vol. 64, no. 4, 297–301.

Pierre, S.; Rivera, C. & Le Maître, B. 2017. Guidelines on smoking management during the perioperative period. *Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine*, vol. 36, no. 3, 195–200.

Pluvy, I.; Garrido, I. & Pauchot, J. 2015. Smoking and plastic surgery, part I. Pathophysiological aspects: Update and proposed recommendations. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*, vol. 60, no. 1, 71–72.

Saha, U. 2009. Tobacco Interventions and Anaesthesia – A Review. *Indian Journal of Anaesthesia*, vol. 53, no. 5, 618–627.

Savuton Suomi 2030. Tätä teemme. Viitattu 31.1.2018
<https://savutonsuomi.fi/tietoa-verkostosta/tata-teemme/>.

Simonen, O.; Puska, P. & Reijula, K. 2014. Loppupeli on alkanut - tupakaton Suomi. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*, vol. 130, no. 14, 1375–1376.

Stead, LF.; Koilpillai, P. & Fanshawe, TR. 2016. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 24, no. 3. doi: 10.1002/14651858.CD008286.pub3.

STM 2014. Tie savuttomaan Suomeen. Tupakkapoliittinen ohjelma. Viitattu 31.1.2018
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3511-2>.

Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. 2015. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Turun yliopisto, 8–9, 26, 28–31.

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2012. Keskustelu potilaan kanssa, joka ei ole nyt valmis lopettamaan tupakointia (5 R). Viitattu 31.1.2018
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=nix01833&suositusid=hoi40020>.

THL 2015. Tupakoinnin hintalappu yhteiskunnalle: 1,5 miljardia euroa. Viitattu 26.6.2018
<https://thl.fi/fi/-/tupakoinnin-hintalappu-yhteiskunnalle-1-5-miljardia-euroa>.

THL 2017a. Tupakkatilasto 2016. Tilastoraportti 41/2017. Viitattu 31.1.2018
<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2017111550709>.

THL 2017b. Aikuisten terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimus ATH. Tulosraportti 2017. Viitattu 26.6.2018
<https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/aikuisten-terveys-hyvinvointi-ja-palvelututkimus-ath>.

THL 2018. Tupakka. Viitattu 31.1.2018
<https://www.thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/tupakka>.

Thomsen, T.; Villebro, N. & Møller, AM. 2014. Interventions for preoperative smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 27, no. 3. doi: 10.1002/14651858.CD002294.pub4.

Truntzer, J.; Vopat, B. & Feldstein, M. 2015. Smoking cessation and bone healing: optimal cessation timing. *European Journal of Orthopaedic Surgery & Traumatology*, vol. 25, no. 2, 211–215.

Tupakkalaki 549/2016. Annettu Helsingissä 29.6.2016. Saatavilla sähköisesti osoitteessa
<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2016/20160549>.

Tønnesen, H.; Nielsen, PR. & Lauritzen, JB. 2009. Smoking and alcohol intervention before surgery: evidence for best practice. *British Journal of Anaesthesia*, vol. 102, no. 3, 297–306.

Vick, CC.; Graham, LA. & Henderson, WG. 2011. Translating preoperative smoking cessation interventions into routine clinical care of veterans: provider beliefs. *Translational behavioral medicine*, vol. 1, no. 4, 604–608.

Vikatmaa, L.; Hersio, K. & Olkkola, K. 2017. Tupakkavalistus on olennainen osa leikkauksen valmistelua. *Suomen lääkärilehti*, vol. 72, no. 5, 255.

Vikman, S. 2010. Pitäisikö leikkaus evätä, jos potilas tupakoi? Suomen lääkärilehti, vol. 65, no. 4, 252.

WHO 2013. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable disease 2013-2020. Viitattu 31.1.2018
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf?ua=1.

WHO 2018. Tobacco. Viitattu 25.6.2018
<http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>.

Yousefzadeh, A.; Chung, F. & Wong, DT. 2016. Smoking Cessation: The Role of the Anesthesiologist, vol. 122, no. 5, 1311–1320.

Zaman, M.; Bilal, H. & Mahmood, S. 2012. Does getting smokers to stop smoking before lung resections reduce their risk? Interact Cardiovasc Thorac Surgery, vol. 14, no. 3, 320–323.

Haastattelurunko

Haastattelujen pohjana käytetyt teemat olivat seuraavat:

1. Potilaan hoitopolku
2. Savuttomuusohjauksen aikataulu leikkaukseen nähden
3. Ohjauksen sisältö (kirjallinen & suullinen)
4. Ohjauksen vastuutahot (lääkärit, sairaanhoitajat, perusterveydenhuolto, erikois-sairaanhoito)
5. Vieroitusmenetelmät ja tukitahot
6. Kirjaamiskäytännöt
7. Tämänhetkisten käytäntöjen vahvuudet ja heikkoudet, toiminnan kehittämiskoh-teet ja ehdotukset toiminnan kehittämiseksi

Tulosten vertailu taulukkomuodossa

Teema	Kirjallisuuskatsaus ja prosessikuvaus	Asiantuntijahaastattelut	Opinnäytetyön tekijän pohdintaa
Potilaan hoitopolku ja savuttomuusinterventiot perusterveydenhuollossa	Ensimmäisen savuttomuusintervention tulisi tapahtua jo perusterveydenhuollossa.	Ideaalitilanne olisi, että potilas on vieroittunut tupakasta jo ennen kuin tulee erikoissairaanhoidon leikkausta edeltävään arvioon.	Näkemyks on yhteneväinen.
	Perusterveydenhuollon lääkärin tulisi ohjata potilas vieroitukseen hänen omalle terveysasemalleen.	Perusterveydenhuollon lääkärin tulisi ohjata potilas oman terveysasemansa savuttomuushoitajalle.	Näkemyks on yhteneväinen.
Savuttomuusinterventiot erikoissairaanhoidossa	Kaikkia potilaita tulisi ohjata savuttomuuteen rutiininomaisesti.	Tupakointi otetaan puheeksi osana erikoissairaanhoidon rutiinihaastattelua. Myös sairaanhoitajat osallistuvat interventiotyöhön.	Toiminta noudattaa suosituksia. Entä onko tilanne yhtä hyvä muilla osastoilla?
	Kaikille potilaille tulisi tarjota muodollista vieroitusapua.	Tarvittaessa potilaille tarjotaan savuttomuushoitajan apua. Potilailla on myös mahdollisuus ottaa yhteys oman terveysasemansa savuttomuushoitajaan.	Kuinka systemaattista vieroitusavun tarjoaminen on käytännössä?
	Jokaiselle tupakoivalle potilaalle tulisi antaa selkeät ohjeet tarjolla olevasta avusta, sekä kirjallinen potilasohje, joka sisältää tietoa tupakoinnin lopettamiseen liittyvistä eduista sekä yhteystietoja vieroitusavun saamiseksi.	Potilaille voidaan tarjota mm. keskusteluapua osastolla, savuttomuushoitajan apua, tai kirjallista materiaalia kotona luettavaksi. Lisäksi potilaille tarjotaan yhteystietoja järjestöihin ja kolmannen sektorin palveluihin, sekä mahdollisuutta osallistua sairaalan luentopäiviin. Potilas saa tupakkavalistusmateriaalia myös leikkauskutsukirjeen mukana. Potilas saa myös savuttomuushoitajalta materiaalia kotona luettavaksi.	Osastolla hyödynnetään monenlaisia keinoja. Toiminta noudattaa suosituksia. Kuinka systemaattisena ja selkeänä informointi esiintyy käytännössä? Annetaanko kaikki ohjeet aina myös kirjallisina?
	Potilaan kanssa tulisi käydä motivoiva keskustelu tupakoinnin riskeistä ja lopettamisen hyödyistä, sekä lopettamisen vaikutuksista leikkaustulokseen ja toipumiseen juuri potilaan tilanteessa.	Erikoissairaanhoidon rutiinihaastattelussa käydään läpi riskit ja hyödyt leikkauksen kannalta. Myös sairaanhoitajat motivoivat potilaita lopettamiseen. Savuttomuushoitaja keskustelelee vastaanotollaan lopettamisen hyödyistä, sekä motivoi lopettamiseen leikkauksen onnistumisen ja toipumisen näkökulmasta.	Toiminta noudattaa suosituksia.

	Tupakoinnin lopettamiseen tulee kannustaa läpi hoitopolun, riippumatta siitä, onko lopettaminen onnistunut suositeltuna ajankohtana vai ei.	Lopettamisen tärkeyttä painotetaan läpi hoitopolun, mutta tupakointiin puuttumisen hanakkuus on käytännössä riippuvainen potilaalle tehtävästä toimenpiteestä.	Voisiko tupakointiin puuttumisen hanakkuutta lisätä leikkaustyyppistä riippumatta, antaen potilaalle mahdollisuus elintapamuutokseen?
	Sairaalassa annettavat savuttomuusinterventiot liisäävät todennäköisyyttä sille, että tupakoitsija lopettaa tupakoinnin pysyvästi kotiuttamisen jälkeen, kunhan saa pitkäaikaista tukea.	Tavoitteena on, että potilas lopettaa tupakoinnin viimeistään leikkauksen jälkeen. Osastolta saatava tuki tupakoinnin lopettamiseen päättyy potilaan kotiutuessa, mutta tarvittaessa potilaalle tarjotaan vieroitushoitajan tai muun tahon tukea osastohoidon loppuessa.	Toiminta noudattaa suosituksia. Pystytäänkö potilaalle takaamaan riittävän pitkäkestoinen tuki osastohoidon päättyessä?
	Preoperatiivisen henkilökunnan tulisi olla koulutettu antamaan rutiinimaisesti neuvontaa lopettamisen positiivisista vaikutuksista, sekä tarjoamaan yksilöllistä tukea, ohjausta ja seurantaa.	Osaston koko henkilökunta on koulutettu antamaan neuvontaa tupakoinnin lopettamisessa.	Toiminta noudattaa suosituksia. Onko tietotaito ajan tasalla myös muilla osastoilla?
Tupakoinnin lopettamisen aikataulu	Lopettamisen suositellaan tapahtuvan vähintään 4–8 viikkoa ennen toimenpidettä. Mitä aikaisemmin, sen parempi.	Tavoitteena on, että jokainen potilas vieroittautuisi tupakasta hyvissä ajoin ennen leikkausta. Leikkaava lääkäri päättää tupakoinnin lopettamisen tavoiteaikataulun (yleensä esim. 1, 2 tai 3 kuukautta ennen leikkausta). Leikkaus sijoittuu yleensä 2–6 kuukauden päähän erikoissairaanhoidon ensikäynnistä, jolloin lopettamiselle pitäisi jäädä riittävästi aikaa.	Toiminta noudattaa suosituksia.
	Tupakoinnin lopettamisen ajoittuminen lähelle leikkausajankohtaa ei lisää eikä vähennä komplikaatioiden ilmaantumista	Yleisenä käytäntönä on ollut, ettei tupakoinnin lopettamista suositella juuri ennen leikkausta.	Suosituksen ja käytännön ristiriita saattaa johtua osastolla suoritettavista leikkaustyypeistä, jotka kohdistuvat rintakehän alueelle, hankaloittaen yskimistä.
	Jos potilas on halukas lopettamaan, voidaan harkita leikkauksen lykkäämistä siten, että mahdollistetaan leikkausta edeltävä savuttomuus.	Leikkausta on saatettu osastolla joskus lykätä, jos potilaan tupakoinnin lopetus on osunut lähelle sovittua leikkauksen päivää, limannoususta mahdollisesti aiheutuvan haitan takia.	Onko osastolla leikkausta lykätty ainoastaan limannousun takia, vai myös mahdollistamaan savuttomuus?

	Mikäli potilas ei ole halukas lopettamaan tupakointia, voi tiettyjen kii-reettömien toimenpiteiden siirtäminen joskus olla perusteltua, sillä se saattaa herätellä potilaan tietoisuutta lopettamisen tär-keydestä.	Joidenkin leikkausten kohdalla leikkausta on mahdol-lista siirtää, mikäli potilas ei vieroittaudu tupakasta.	Toiminta noudattaa suosituksia.
	Joskus saattaa olla järkevää luopua leikkauksesta, jos lopettaminen ei onnistu, ja konservatiivisen hoidon katsotaan olevan riittävää kohentamaan potilaan tilaa. Päätöksen tulee kuitenkin aina perustua tutkittuun tietoon sekä yhteisesti sovittuihin hoito- linjoihin.	Tupakointi voi olla joidenkin leikkausten kohdalla leikkaukelpoisuuden esteenä, jolloin leikkausta ei suoriteta ennen kuin potilas on ollut tietyn aikaa savuttomana.	Toiminta noudattaa suosituksia.
Kirjaamis-käytännöt	Systemaattinen tupakointitietojen kirjaus on tärkeää potilaan hoidon ja toiminnan vaikuttavuuden arvioinnin kannalta. Tupakointistatus tulisi kirjata jokaisella terveyskeskus- ja sairaalakäynnillä. Merkin-töjen tulisi sisältää tieto tupakoinnista, tupakointimäärä, tupakoinnin kesto, nikotiiniriippuvuus, mahdollinen muu nikotiinille altistuminen, mahdollinen lopetuspäivä sekä suunniteltu interventio.	Tupakkatietojen kirjaaminen läheteisiin on hyvin vaihtelevaa, yleensä melko niukkaa. Kirjaamiskäytäntöjä on kuitenkin jo kehitetty, ja kehitetään edelleen. Järjestelmän tulisi olla helppo ja ohjaava, jotta kaikki asiat tulisivat varmasti kysytyiksi. Lisäksi järjestelmästä tulisi saada helposti poimittua haluamia tietoja esiin. Eri organisaatioilla on omat tietojärjestelmänsä, joten tieto ei kulje niiden välillä. Mikäli olisi tarkoitus tehdä tiiviimpää yhteistyötä perusterveydenhuollon kanssa, olisi yhteensopiva tietojärjestelmä hyödyllinen.	Kirjaamiskäytännöissä on edelleen kehittämisen varaa sekä sisällön että systemaattisuuden kannalta. Mikäli on tarkoitus tehdä enemmän yhteistyötä organisaatioiden välillä ja kehittää sähköisiä työkaluja vaikuttavuuden arviointiin, olisi yhteinen tietojärjestelmä hyödyllinen.
Vieroitus	Lyhyeenkin vieroitukseen osallistuminen ennen leikkausta parantaa tupakoinnin lopettamisen todennäköisyyttä pelkkään lopetuskehotukseen verrattuna.	Vieroitustoiminnan heikkoutena on, että potilaita on ajoittain paljon, ja jonot savuttomuushoitajalle ovat tästä syystä pitkät.	Onko potilailla mahdollisuus päästä vieroitushoitoon kohtuullisessa ajassa, mahdollistaen savuttomuuden leikkaukseen mennessä?
	Vieroituksen tyyppi ja intensiivisyys riippuu potilaan nikotiiniriippuvuuden asteesta ja tupakointihistoriasta, sekä potilaan tarpeesta.	Hoitokontaktien määrä, laatu ja tiheys riippuvat potilaan tarpeista ja vieroituksen vaiheesta.	Toiminta noudattaa suosituksia.
	Useimmat potilaat haluavat henkilökohtaista, ja juuri heidän tarpeisiinsa räätälöityä tukea lopettamiseen.	Vieroitushoito räätälöidään potilaan tarpeisiin, ja kaikki tehdään potilaan ehdoilla ja potilaan toiveita kuunnellen.	Toiminta noudattaa suosituksia.

	Potilaalle tulee käyttää tehokkainta hänelle sopivaa vieroitushoitoa. Hoito tulee suunnitella potilaan kanssa.	Kaikille potilaille esitellään nikotiinikorvaus- ja reseptivalmisteet. Valmisteen käyttämisestä sovitaan potilaan kanssa yhdessä. Vieroitushoito räätälöidään potilaan tarpeisiin.	Toiminta noudattaa suosituksia.
	Aktiivisen vieroituksen tulisi kestää vähintään neljä viikkoa. Vieroitushoito jatkuu niin pitkään, kuin potilas siitä hyötyy, riippumatta leikkauksen ajankohdasta. Pidempi vieroitusaika tuo kuitenkin lisähyötyjä.	Hoitosuhdetta pyritään ylläpitämään niin pitkään, että potilas selvästi pärjää omillaan, yleensä vähintään 4 kuukautta lopettamisen jälkeen.	Toiminta noudattaa suosituksia.
	Tuen jatkuvuudella on paljon merkitystä lopettamisen onnistumisessa.	Potilaalla on tarvittaessa aina mahdollisuus soittaa savuttomuushoitajalle, myös virallisen hoitosuhteen päättymisen jälkeen.	Toiminta noudattaa suosituksia.