



Osaamista
ja oivallusta
tulevaisuuden
tekemiseen

Niko Nurkka

Tupakoimattomana leikkaukseen toimintamalli

Käyttöönoton arviointi terveydenhuollossa

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoidaja YAMK

Terveyden edistämisen koulutusohjelma YAMK

Opinnäytetyö

26.11.2020

Tekijä Otsikko	Niko Nurkka Tupakoimattomana leikkaukseen -toimintamalli. Käyttöönoton arviointi terveydenhuollossa.
Sivumäärä Aika	62 sivua + 2 liitettä 26.11.2020
Tutkinto	Sairaanhoitaja YAMK
Tutkinto-ohjelma	Sosiaali- ja terveystieteiden ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Suuntautumisvaihtoehto	Terveyden edistäminen
Ohjaaja	Arja Liinamo, TtT, Yliopettaja
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Tupakoimattomana leikkaukseen -toimintamallin (TupLei) käyttöönottoa edistäviä ja estäviä seikkoja terveydenhuollon ammattilaisten kokeamana. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla TupLei -toimintamallin jalkauttamista voitaisiin jatkossa tehostaa. Toiminnan tehostamisen päämääränä on lisätä leikkauspotilaiden savuttomuutta ja tätä kautta vähentää tupakoinnin aiheuttamien komplikaatioiden esiintyvyyttä leikkausten yhteydessä ja niiden jälkeen.</p> <p>Aineistona käytettiin loppuvuodesta 2018 puhelinhaastatteluilla kerättyä aineistoa. Haastateltavat (N=23) oli valittu harkinnanvaraisesti TupLei -toiminnan suunnittelussa ja käyttöönotossa mukana olleista terveydenhuollon ammattilaisista erikoissairaanhoidosta ja perusterveydenhuollosta.</p> <p>Keskeisimmät tulokset TupLei -toimintamallin käyttöönoton onnistumisen kannalta olivat resurssien riittävyys ja niiden kohdentaminen laajamittaisesti henkilöstön kouluttamiseen, ohjeistuksen laatimiseen, vastuuhenkilöiden työaikaan ja vieroitusohjauksen tarjoamiseen potilaille. Henkilöstön tahtotilan lisäksi onnistunut implementaatio edellyttää johdon tukea ja sitoutumista. Aktiivisten henkilövaikuttajien rooli nähtiin keskeisenä. Tiedottaminen toimintamalliin liittyen tulee olla säännöllistä. Sidosryhmien yhteistyön tulee olla laaja-alaista ja tehtävänjaon selkeys edesauttaa toiminnan onnistumista. Kirjaamisen säännönmukaisuus ja yhtenäisyys näyttelee tärkeää roolia käytännöntyön onnistumisessa sekä mahdollistaa toimintamallin vaikuttavuuden arviointia. Potilaiden ja heidän omaistensa osallistamisella sekä kokemusasiantuntijoiden mukaan ottamisella voitaneen parantaa toimintamallin juurruttamista.</p> <p>TupLei -toimintamallin käyttöönottoa estävänä tekijänä näyttäytyi se, että terveyden edistämistyötä ei koettu omaksi tehtäväksi. Tämä näkyi asenteiden ja sitoutumisen ongelmina, muutosvastarintana ja vähättelevänä suhtautumisena toimintamallia kohtaan. Lisäksi yhtenäisen toimintalinjan puuttuminen ja yhteistyön puute eri ammatti- ja sidosryhmien välillä koettiin toimintamallin käyttöönottoa heikentäväksi tekijäksi. Puutteet viestintä- ja potilastietojärjestelmissä sekä kirjaamisen yhdenmukaisuuden puute aiheuttivat hankaluuksia implementaatioissa. Resurssien vähäisyys heikensivät henkilöstön koulutuksiin pääsemistä, vähensivät potilaille tarjottavia vieroitusaikoja, vaikeuttivat sidosryhmien välistä yhteistyötä</p>	

sekä hankaloittivat vastuuhenkilöiden työtä toimintamallin juurruttamisessa. Henkilökunnan vaihtuvuus loi haasteita tiedonkulussa, koulutuksissa ja toimintamallin omaksumisessa.

Johtopäätökset: TupLei -toimintamallin implementaation onnistuminen vaatii riittävästi resursseja – niin henkilökuntaa kuin työaika. Henkilöstön systemaattinen ja toistuva kouluttaminen tulee ulottaa kaikkiin potilaita hoitaviin ammattiryhmiin. Johdon tulee sitoutua ja tukea hanketta. Vastuuhenkilöt ja ohjausryhmä tulee nimetä. Panostaminen yhteydenpitoon eri organisaatioiden ja moniammatillisten sidosryhmien yhdyspintojen välillä kannattaa. Kirjaamisen säännön- ja yhdenmukaisuudesta huolehtiminen tukee jatkuvuutta ja helpottaa tehtyjen toimien vaikuttavuuden arviointia. Potilaiden ja heidän omaistensa osallistamista täytyy lisätä sekä vertaistukihenkilöiden rekrytoimiseen ja kouluttamiseen on panostettava.

Avainsanat

Tupakoimattomana leikkaukseen, terveyden edistäminen, terveyserot, tupakasta vieroitus

Author Title	Niko Nurkka Non-smoking surgery operating model in healthcare. Evaluation of the implementation.
Number of Pages Date	62 pages + 2 appendices November 26, 2020
Degree	Master of Health Care
Degree Program	Master of Health Care and Social Services
Specialisation option	Health Promotion
Instructor	Arja Liinamo, PhD, Principal Lecturer
<p>The purpose of the thesis was to find out the factors that promote and prevent the introduction of the Non-Smoking for Surgery (TupLei) operating model as experienced by professionals in the health and social service sector. The aim of the thesis was to produce information that could be used to make the implementation of the TupLei operating model more effective in the future. The goal of TupLei -model is to increase cessation of smoking of surgical patients and thereby reduce the incidence of complications caused by smoking during and after surgery.</p> <p>The material collected at the end of 2018 through telephone interviews was used as material. The interviewees (N=23) were selected at the discretion of the healthcare professionals involved in the planning and implementation of TupLei activities from specialist nursing and primary healthcare.</p> <p>The main results for the successful implementation of the TupLei operating model were the adequacy of resources and their large-scale allocation to staff training, the development of guidelines, the working hours of those in charge and the provision of cessation support guidance to patients. The positive attitude of the personnel towards the model has an effect that supports on the implementation, and the support of the management is important. The role of active personal influencers was deemed essential. Information on the operating model must be distributed on a regular basis. Good cooperation between the stakeholder contributes to the success of operations. The regularity and consistency of recording of the smoking status and cessation planning play an important role in the success of the practical work. The involvement of patients and their relatives, as well as the involvement of experienced experts, could improve the implementation of the approach.</p> <p>One of the key factors hindering the introduction of the TupLei operating model was that health promotion work was not perceived as duty of the personnel. This was reflected in problems of attitudes and commitment, resistance to change, and contemptuous attitudes toward the approach. In addition, the lack of a coherent policy and the lack of co-operation between different professional and stakeholder groups were perceived undermining the implementation of the policy. Deficiencies in communication and patient information systems, as well as inconsistency in recording, caused difficulties in implementation. Lack of resources reduced access to staff training, reduced withdrawal periods for patients, hampered stakeholder cooperation and complicated the work of those responsible in establishing the operating model. Staff turnover created challenges in the flow of information, training, and adoption of the operating model.</p>	

Conclusions: The successful implementation of the TupLei operating model requires sufficient resources - both staff and working time. Systematic and recurrent training of staff should be extended to all occupational groups treating patients. Management must commit to and support the project. The persons in charge and the steering group must be appointed. Investing in communication between the interfaces of different organizations and multi-professional stakeholders is worthwhile. Ensuring the regularity and consistency of recording supports continuity and facilitates the assessment of the effectiveness of the actions taken. The involvement of patients and their relatives must be increased, and efforts must be made to recruit and train peer support staff.

Keywords

Non-smoking surgery, health promotion, health inequalities, tobacco cessation

Lyhenteitä ja termejä

Abstinenssi	Pidättäytyminen (tupakoinnista)
ARENE	Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto ry.
EHYT	Ehkäisevä päihdetyö ry., kansanterveysjärjestö
FILHA	Finnish Lung Health Association ry., kansanterveysjärjestö – erityisesti keuhkoterveyttä edistävä
STESO	Suomen terveyttä edistävät sairaalat ja organisaatiot ry., sairaaloiden ja organisaatioiden terveyttä ja hyvinvointia edistävä yhdistys
STM	Sosiaali- ja terveysministeriö
Suomen ASH	Suomen Action on Smoking and Health ry., valtakunnallinen kansanterveysjärjestö ja tupakka-asiantuntija
TENK	Tutkimuseettinen neuvottelukunta
Third Hand Smoke	Tupakansavun syöpävaarallisia jäämiä ihossa, hiuksissa, sisätilojen pintamateriaaleissa, tekstiileissä ja huonepölyssä
THL	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
TupLei	Tupakoimattomana leikkaukseen toimintamalli
WHO	World Health Organization, maailman terveysjärjestö

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Terveyden edistäminen ja tupakoinnin vähentäminen	2
2.1	Terveyden edistämisen toiminta-alueet ja tavoitteet	2
2.2	Terveyden edistämisen teorit ja toimintamallit TupLei-toimintamallin taustalla 5	
2.3	Toimintamallien käyttöönottoon vaikuttavia taustatekijöitä	9
3	Tupakoimattomuuden edistäminen	11
3.1	Tupakointi ja terveys	11
3.2	Tupakoinnin riskit leikkaukselle	14
3.3	Kansalliset toimet tupakoinnin vähentämiseksi	15
3.4	Tupakoimattomana leikkaukseen toimintamalli	17
3.5	Tupakasta vieroituksen interventtioiden vaikuttavuus ja tehokkuus	20
4	Tutkimuksen toteuttaminen	23
4.1	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite	23
4.2	Tutkimusaineisto ja -menetelmä	23
4.3	Aineiston analyysi	24
5	Tutkimuksen tulokset	27
5.1	Toimintamallin käyttöönottoa edistäviä tekijöitä	27
5.1.1	Riittävät resurssit edistävänä tekijänä	27
5.1.2	Tahtotila edistävänä tekijänä	29
5.1.3	Toimijoiden yhteistyö edistävänä tekijänä	31
5.1.4	Potilaiden ja omaisten osallisuus edistävänä tekijänä	32
5.2	Toimintamallin käyttöönottoa estäviä tekijöitä	33
5.2.1	Terveyden edistämistä ei mielletä omaksi tehtäväksi	34
5.2.2	Seurannan ja arvioinnin puutteet	36
5.2.3	Resurssihaasteet	37
5.3	Yhteenveto tuloksista	39
5.3.1	Toimintamallin käyttöönottoa edistävät tekijät	39
5.3.2	Toimintamallin käyttöönottoa estävät tekijät	41
6	Pohdinta	42
6.1	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	42
6.2	Tulosten tarkastelua	44
6.3	Johtopäätökset ja jatkotoimenpide-ehdotukset	50

Liitteet

Liite 1. Tiedote tutkimukseen osallistuville

Liite 2. Haastattelukysymykset

1 Johdanto

Suomen tupakkalaki on vuodesta 1976 lähtien johdonmukaisesti pyrkinyt ohjaamaan yhteiskuntaamme ihmisille myrkyllisien ja riippuvuutta aiheuttavien tupakkatuotteiden käytön lopettamiseen. Nykyisen tupakkalain (v. 2016) tavoitteena on, että tupakka- ja nikotiinituotteiden käyttö loppuu vuoteen 2030 mennessä (Tupakkalaki 549/2016; Savuton Suomi 2030; Suomen ASH). Uutta aiempiin lakeihin verrattuna on terveydenhuollon kasvanut rooli vierotuspalveluiden järjestäjänä (STM 2018: 13, 18).

Tupakan aiheuttamat haitat terveydelle on tunnettu jo pitkään. Erityisesti leikkauspotilaille tupakointi aiheuttaa merkittäviä haittoja. On arvioitu, että tupakoinnin lopettaminen vähentäisi leikkauskomplikaatioita 30-40%. Tupakoinnin lopettaminen ennen leikkausta nopeuttaa paranemista, vähentää merkittävässä määrin komplikaatoriskiä ja leikkauksen jälkeistä kuolleisuutta. (Käypä hoito -suositus 2018.)

Tupakoimattomana leikkaukseen -toimintamalli (TupLei) tähtää tupakoinnin lopettamiseen 6-8 viikkoa ennen elektiivistä leikkausta ja sen tulisi jatkua vähintään kuusi viikkoa leikkauksen jälkeen. Toimintamallin avulla pyritään puuttumaan potilaan tupakointiin jo leikkaukslähetettä laadittaessa ja tarjoamaan aktiivisesti tukea tupakoinnin lopettamisessa ennen ja jälkeen leikkauksen. (HUS 2019.) Tuki pyrkimyksessä savuttomuuteen kulkee läpi koko hoitoketjun. Lähestyvä leikkaus kaksinkertaistaa mahdollisuuden onnistua tupakoinnin lopettamisessa. TupLei -toimintamalli tukee myös pyrkimystä saavuttaa pysyvä savuttomuus. Leikkauspotilaiden tupakoimattomuuteen tähtäävä toimintamalli on Suomessa käytössä valtaosassa sairaanhoitopiirejä. Moniammatillisen ryhmän tarjoama intensiivinen ja kestoaltaan pitkäaikainen tuki parantaa ennustetta tupakoinnista vieroituksessa. (Grönholm – Karhunen-Enckell – Liira 2017; Ventola – Grönholm – Jokelainen – Ylisaukko-Oja – Bots – Halonen 2018.)

Vuonna 2018 julkaistun ”Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito”- Käypä hoito-suosituksen mukaan intensiivinen ja systemaattinen preoperatiivisesti aloitettu ja vähintään kuukauden kotiuttamisen jälkeen jatkuva tupakasta vieroitus on tehokas tapa vähentää komplikaatioita ja auttaa pysyvän savuttomuuden saavuttamisessa. Suosituksessa korostetaan, että perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyö Tupakoimattomana leikkaukseen -toimintamallissa on keskeistä ja hoitoketjuja tulee edelleen

kehittää ja ylläpitää. Tupakointi on tärkein estettävissä oleva ennenaikaisen kuolleisuuden aiheuttaja maailmassa ja yksi keskeisimmistä väestöryhmien välisten terveyserojen selittäjistä (Käypä hoito 2018; THL 2019a). Voidaankin sanoa, että väestön hyvinvointia ja terveyttä edistävästä toimista tupakoimattomuuden edistäminen on yksi tärkeimmistä.

Tupakoimattomana leikkaukseen -toimintamallin juurruttamisessa kiinteäksi osaksi terveydenhuollon päivittäistä toimintaa on ollut paikoitellen haasteita. Tässä työssä arvioidaan terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksia TupLei -toimintamallin käyttöönotosta eri sairaanhoitopiireissä Suomessa. Haastatteluilla (n=23) kerätystä aineistosta tarkastellaan seikkoja, jotka ovat edistäneet tai estäneet toimintamallin jalkauttamista. Saatujen tuloksien perusteella on tarkoitus jatkokehittää Tupakoimattomana leikkaukseen -toimintamallia ja sen käyttöönottoa Suomessa. Saatavia tuloksia voitaneen käyttää hyödyksi tupakoinnin vähentämisessä muillakin kuin elektiivistä leikkausta odottavilla potilailla. Tässä työssä tupakalla ja tupakoinnilla tarkoitetaan poltettavaa savuketta ja piipputupakkaa. Esille tuotavat periaatteet soveltuvat muidenkin nikotiiniriippuvuutta aiheuttavien tuotteiden vieroitukseen.

Oma kiinnostukseni aihealueeseen nousee käytännön kokemuksista ja havainnoistani työpaikallani leikkausosastolla. Kohtaan työssäni päivittäin potilaita, joiden sairauksien aiheuttajana tai sairastumiseen myötävaikuttavana tekijänä on ollut tupakointi. Jo aiempi kiinnostukseni tupakkasairauksiin oli myös vahvasti puoltamassa aihevalintaa. Aiheen työelämälähtöisyys, ajankohtaisuus ja merkittävyys niin yksilön kuin yhteiskunnankin kannalta ovat vahvistaneet käsitystäni valinnan oikeellisuudesta.

2 Terveyden edistäminen ja tupakoinnin vähentäminen

2.1 Terveyden edistämisen toiminta-alueet ja tavoitteet

Terveyden ja hyvinvoinnin määritelmä perustuu Maailman terveysjärjestön (WHO 2019a) mukaan täydelliseen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaan, ei vain sairauden tai vaivan puuttumiseen. Määritelmää on sittemmin tarkennettu sen epärealistisuuden takia. Terveys ja hyvinvointi käsitteenä on laaja. Sen voidaan katsoa olevan prosessi, joka lisää yksilöiden ja yhteisöjen mahdollisuutta hallita, ja parantaa terveyttään ja hyvinvointiaan sekä siihen vaikuttavia tekijöitä. Hyvä terveys toimii resurssina sosiaalisessa, taloudellisessa ja henkilökohtaisessa kehityksessä ja on tärkeä elämänlaatua, ja hyvinvointia parantava tekijä. Poliittiset, taloudelliset, sosiaaliset, kulttuuriset,

ympäristölliset, käyttäytymiseen liittyvät ja biologiset tekijät voivat olla sekä terveyttä ja hyvinvointia tukevia tai sitä estäviä. Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen ei ole siis yksin terveydenhuollon tehtäväkenttää vaan laajalti monitieteistä ja monialaista toimintaa yhteiskunnassa eri sektoreilla saman päämäärän saavuttamiseksi. (WHO 2019a.)

Ensimmäinen terveyden edistämisen perusasiakirja (Ottawa Charter for Health Promotion 1986) määrittelee viisi terveyden edistämisen osa-aluetta (Kuvio 1). Osa-alueiden tarkoituksena on mahdollistaa ihmisille paremmat edellytykset huolehtia omasta ja ympäristöstä terveydestä. Osa-alueet ovat terveellisen yhteiskuntapolitiikan rakentaminen, terveellisen ympäristön luominen, terveysten uudistaminen, henkilökohtaisten taitojen kehittäminen, ja yhteisöjen toiminnan tehostaminen. (WHO 2019b; Pietilä 2010: 217).



Kuvio 1. Terveyden edistämisen viisi toiminta-alueita (Ottawa Charter 1986).

Toimet Suomessa tupakoinnin vähentämiseksi ovat linjassa näiden terveyden edistämisen osa-alueiden kanssa, esimerkkeinä: tupakkalaki, tupakkatuotteiden verotus, tupakointikiellot ja -rajoitukset, tupakasta vieroitukseen tarjolla olevat keinot ja eri toimijoiden

yhteistyö tupakasta vieroittamisessa. (Tupakkalaki 549/2016; Tupakkavero 2019; Valvira 2015; Terveyskylä 2018; THL 2019b). WHO:n terveyttä edistävien osa-alueiden toimet tarkoittavat käytännössä sairauksien riskitekijöihin vaikuttamista, liikunnan edistämistä, turvallisen ja saasteettoman ympäristön luomista sekä terveellisten valintojen mahdollistamista lainsäädännöllisin keinoin. Näistä keinoista ympäristöön kohdistuvat toimet ovat vaikuttavimpia, koska niiden teho ei riipu yksilöiden valinnasta. (Ståhl 2017: 971.) Pyrkimyksenä näillä toimilla tulee olla väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen. Varmistamalla kaikille yhtäläiset lähtökohdat ja resurssit voidaan auttaa yksilöä saavuttamaan täysimääräinen terveyst potentiaalinsa. Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen onkin pyrkimystä tasa-arvon saavuttamiseen kaikilla elämänaloilla kaikkien väestöryhmien kesken. (WHO 2019a.)

Kansainvälinen Terveyttä edistävät sairaalat ja terveystalvet- verkostoon (Health Promoting Hospitals and Health Services) kuuluu lähes 600 sairaalaa ja terveydenhuollon yksikköä ympäri maailman. Sen toiminta perustuu terveyden edistämisen filosofiaan Ottawa Charterin mukaisesti. Pyrkimyksenä on organisoida terveydenhuoltojärjestelmä terveyttä edistäväksi toiminnaksi. Toiminnassa on otettava huomioon yksilöiden ja yhteisöjen tarpeet ja sitoa ne laajasti yhteiskunnan eri osa-alueisiin. (HPH 2019.)

Terveydenhuoltolaki velvoittaa osaltaan sairaanhoitopiirejä ja kuntia ylläpitämään väestön terveyttä ja hyvinvointia sekä sen edistämistä (Terveydenhuoltolaki 1326/2010). Suomessa Sosiaali- ja terveysministeriöllä on ohjaus- ja valvontavastuu terveyden edistämisessä. Ministeriön keskeinen tavoite on terveyserojen kaventaminen. Vastuu väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä on kunnilla. (STM 2019.) Terveyden edistämistyötä on tehty Suomessa pitkään ja menestyksekkäästi. Tästä hyvinä esimerkkeinä ovat muun muassa terveiden elinvuosien lisääntyminen 20 vuodella, miesten tupakoinnin väheneminen 50%:sta nykyiseen n.15%:iin sekä sydän- ja verisuonitautien merkittävä väheneminen työikäisillä. Suomalaista osaamista on käytetty myös kansainvälisissä terveyden edistämisen ohjelmissa, erityisesti WHO:ssa - erinomaisena esimerkkinä Pohjois-Karjala projekti. (Puska – Laatikainen – Korpelainen – Vartiainen 2016; Ståhl 2017: 971.)

Sairauksien ehkäisytoimet terveydenhuollossa voidaan jakaa primaari-, sekundaari- ja tertiaaripreventioon. Tässä työssä terveyden edistämisen toiminta-alueena on terveyden edistäminen terveydenhuollon toimintaa kehittämällä ja lähestymiskulmana primaari- ja

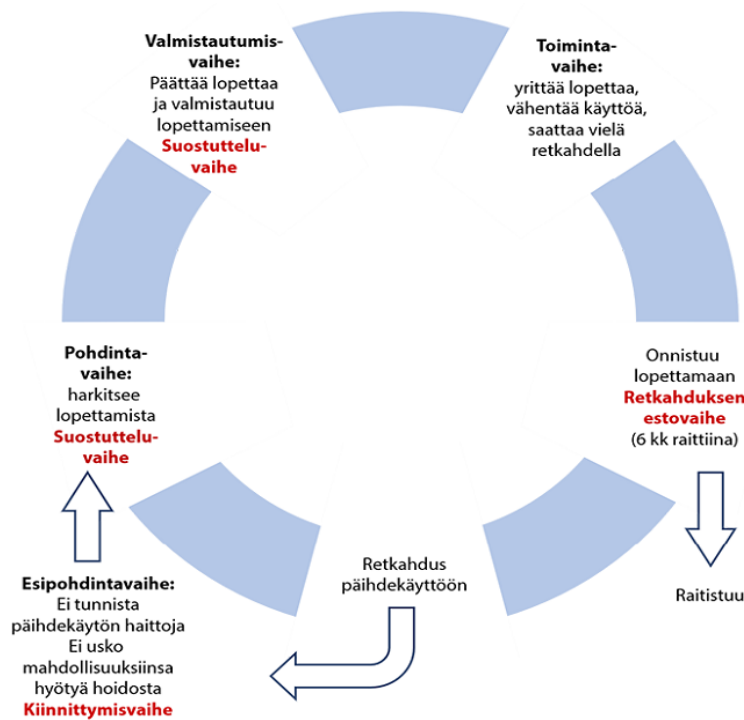
sekundaaripreventio. Primaaripreventiona voidaan pitää tupakoiville potilaille annettavaa terveysneuvontaa, jossa puututaan tupakointiin sen sairastumisriskiä lisäävän ominaisuuden takia. Neuvonta ja annettava tuki keskittyy tupakoinnin haittojen ja savuttomuuden hyötyjen korostamiseen. Se tapahtuu kaksisuuntaisena vuorovaikutuksena asiantuntijan ja asiakkaan välillä tähdäten ongelmanratkaisuun. Vuorovaikutuksellinen kahdensuuntainen terveysneuvonta parantaa terveydenlukupotilaita. Henkilöitä omavoimais- tamalla heidät osallistetaan ja saadaan näin vaikuttamaan vähentävästi omaan sairastumisriskiinsä. (Savola – Koskinen-Ollonqvist 2005: 84–85.) Sekundaaripreventiolla taas pyritään poistamaan riskitekijä (tupakointi) mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Tällä pyritään estämään jo olemassa olevien sairauksien paheneminen, minimoimaan sairauksien vaikutukset ja estetään uusien sairauksien ilmeneminen. (Savola – Koskinen-Ollonqvist 2005: 13–15; Pietilä 2010: 78, 138, 217.) Elintapojen ja perussairauksien vaikutukset leikkauksiin voidaan minimoida ottamalla potilaat aktiivisiksi toimijoiksi leikkauksista odottaessaan. Yksi tapa osallistaa potilaita on tarjota heille työkaluja elintapojen omahoitoon. Esimerkkinä tästä on Tupakoimattomana leikkaukseen -digitaalinen omahoito-ohjelma. Tavoitteena on saada potilas tekemään edullisia muutoksia omiin elintapoihin. Omahoito-ohjelmalla pyritään vaikuttamaan motivaatioon, asenteisiin ja aikomuksiin. Se perustuu kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan. Potilaan aktiivinen osallistuminen hoitoprosessiin tuottaa lisäarvoa potilaalle sekä yhteiskunnalle edistämällä terveyttä ja hyvinvointia. (Suojanen 2018; Terveyskylä 2018.)

2.2 Terveyden edistämisen teorit ja toimintamallit TupLei-toimintamallin taustalla

Erilaisia terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen teorioita ja toimintamalleja on useita. Malleilla on eroavaisuuksia, mutta myös paljon yhteistä ja monet niistä ovat ainakin osin päällekkäisiä. Ne ovat monitieteisiä pohjautuen pääasiassa käyttäytymis- ja yhteiskuntatieteisiin. (Nutbeam – Harris – Wise 2010: 1–8; Grim – Hertz 2016: 53–55.) On olemassa näyttöä, että vahvimmat interventiot voidaan rakentaa useiden eri teorioiden avulla (Glanz – Bishop 2010). Hyviä terveyskäyttäytymisen muutokseen tähtääviä, koeteltuja ja vaikuttaviksi todettuja toimintamalleja, teorioita ja viitekehyksiä ovat muun muassa psykologiset teorit, kuten itseohjautuvuusteoria, transteoreettinen muutosvaihemalli ja sosiaalis-kognitiivinen teoria. Näiden on katsottu parantavan terveyden edistämisen suunnittelua ja toteutusta. (Joseph – Daniel – Thind – Benitez – Pekmezi 2016.) Yhteisötason malleista Precede-Proceed -mallia on käytetty jo varsin pitkään terveyden edistämisen interventioissa (Crosby – Noar 2011). Myös Intervention Mapping -menetelmästä on katsottu olevan hyötyä tupakoijille suunnatun vieroitusohjelman suunnittelussa

ja kehittämisessä (Dalum - Lyng Brandt - Skov-Ettrup – Tolstrup - Kok 2016). Hyviä kokemuksia on saatu markkinoinnin ja terveyden edistämisen menetelmiä yhdistävästä Sosiaalisesta markkinoinnista (Social Marketing), jossa terveysongelmia lähestytään markkinoinnin näkökulmasta. Tätä toimintamallia voidaan käyttää hyväksi niin yksilöihin kuin yhteisöihin suunnattaviin terveyden edistämisen toimiin. (Tukia – Wilskman – Lähteenmäki 2012: 2–10; ECDC 2014: 4–6.) Sosiaalisen markkinoinnin keinoja on käytetty hyväksi muun muassa tupakoinnin vieroittamiseen tähtäävissä interventioissa (Ghaffari – Khorasani – Fatehi 2017).

Tupakoimattomana leikkaukseen -toimintamalli on rantautunut Suomeen alun perin Ruotsista. Suomessa ensimmäisenä mallin otti käyttöön Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, minkä jälkeen se on levinnyt muihinkin sairaanhoitopiireihin. Mallia on matkan varrella kehitetty edelleen. Alkuperäisen toimintamallin taustalla on Prochaskan ja DiClementen (1983) Muutosvaihemalli (kuvio 2). (Luhta 2020)



Kuvio 2. Muutosvalmius- ja vaiheet päihderiippuvuudessa. (Niemelä 2018)

TupLei -toimintamallissa käytetään apuna Motivoivaa haastattelua (Motivational Interviewing) (Miller – Rollnick 2013: 3–13; Kyrö 2016; Absetz – Winell 2018; Luhta 2020). Systemaattisen Cochrane -katsauksen mukaan Motivoivan haastattelun / keskustelun käyt-

tämisessä intervention apuna, voidaan parantaa mahdollisuuksia pyrkimyksissä savuttomuuteen (Lindson-Hawley – Thompson – Begh 2015; Kinnunen 2016; Käypä hoito 2018). Motivoivaa haastattelua kuvattu kuviossa 3.

Työkalu	Tavoite
Avoimet kysymykset	Avoimet kysymykset haastavat potilaan miettimään, koska niihin ei voi vastata kyllä tai ei. Kysymys voi olla esimerkiksi: "Mikä sai sinut huolestumaan tupakoinnistasi?" "Kerrotko, miksi tupakoit?"
Aktiivinen kuuntelu	Aktiivisesti kuuntelemalla ja havaitsemalla muutostekijät tupakoijan puheesta voidaan löytää hänen omat tupakoinnin lopettamiseen liittyvät vahvuutensa ja heikkoutensa. Etenkin aiemmat tupakoinnin lopettamisyriytykset tulisi käydä läpi ja kuunnella, missä ongelmia esiintyi, ja toisaalta, missä tupakoija onnistui.
Vahvistavat toteamukset	Kun potilas kertoo vahvuuksistaan, onnistumisistaan tai mahdollisuuksistaan tupakoinnin lopettamiseen, kuulija vahvistaa niitä. Näin vahvistetaan tupakoijan käsitystä siitä, että muutos on mahdollinen ja että hänellä on tietoa ja osaamista tupakoinnin lopettamiseen.
Yhteenveto	Yksi kuuntelijan rooleista on tehdä yhteenvetoa tekijöistä, jotka potilaan kertomuksessa tulevat esiin.

Kuvio 3. Motivoivan haastattelun (keskustelun) käyttäminen tupakkariippuvuuden hoidossa. (Mukaiillen Kinnunen 2016)

Motivoivan haastattelun tukena on käytetty kuuden K:n, sittemmin viiden A:n toimintamallia (Kuvio 4) (Luhta 2020).

Uusi toimintamalli (5 A:n mukaan)		Vanha toimintamalli (6 K:n mukaan)	
Vaihe	Sisältö	Toiminta	Vaihe
1. Ask	Kysy tupakan käytöstä	Dokumentoi tupakoinnin tila jokaisesta potilaasta ja joka käynnillä	1. Kysy tupakoinnista
2. Advice	Kerro, miksi lopettaminen olisi tärkeää, mieluiten nyt hoitamasi sairauden kannalta	Käskemisen ja määräämisen sijasta näytä, että välität ja olet huolissasi potilaasta	2. Keskustele lopettamisesta
			3. Kirjaa tiedot potilaskertomukseen
3. Assess	Arvioi halukkuus ja sovi lopettamisyrityksestä	Kysy, mitä potilas itse ajattelee tupakoinnistaan. Entä minkälaisia ajatuksia ja kokemuksia hänellä on lopettamisesta?	
4. Assist	Avusta lopettamisyritystä	Kerro, että olet apuna ja tukena – nyt ja tulevaisuudessa. Arvioi lääkeshoidon tarve ja keskustele siitä, ohjaa lopettamisryhmään ja/tai sähköiseen tukeen esim. www.stumpi.fi ja/tai mobiilisovellukset	4. Kehota lopettamaan
			5. Kannusta päätöksen pitämiseen
5. Arrange	Järjestä seuranta	Aikataulu: 1. käynti mieluiten viikon kuluttua lopetuspäivästä	6. Kontrolloinnin onnistumista

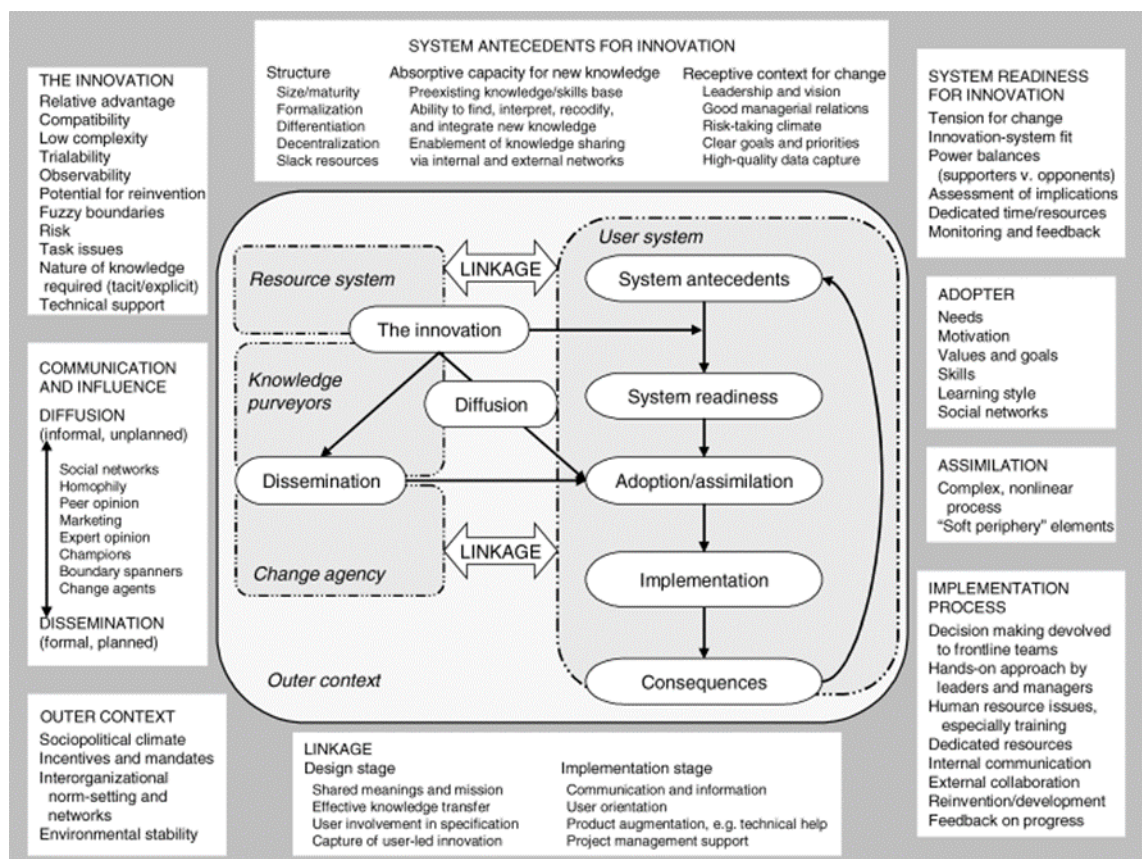
Kuvio 4. Motivoivan keskustelun mini-interventio 5A:n ja 6K:n mukaan. (Absetz – Winell 2018)

Yliopistollisten keskussairaaloiden ylläpitämä Terveyskylä.fi -verkkopalvelussa oleva Tupakoimattomana leikkaukseen -toimintamalli perustuu Hyväksymis- ja omistautumisterapeuttiseen viitekehukseen (HOT) (Kallio 2020). Malli on alkuperäiseltä nimeltään Acceptance and Commitment Therapy (ACT) ja se on kognitiivisen- ja käyttäytymismuutostherapie kolmatta aaltoa (Hayes 2004: 639–665). Malli on todettu käyttökelpoiseksi tupakasta vieroituksessa erilaisissa savuttomuusinterventioissa erityisesti digitaalisessa ympäristössä (McCallion – Zvolensky 2015; Bricker – Copeland – Mull – Zeng – Watson – Akioka – Heffner 2017; McClure - Bricker – Mull - Heffner 2018; Karekla – Savvides 2019). Näyttöä mallin käytöstä erityisesti leikkauspotilaiden tupakasta vieroituksessa ei ole tarjolla, joskin on huomioitava, että tämän ryhmän vieroitus ei poikkea muista tupakka- ja nikotiiniriippuvuutta sairastavista ryhmistä. Täysin aukotonta ei myöskään ollut

näyttö sen suhteen, onko ACT muita vastaavanlaisia käyttäytymisenmuutosteroita vaikuttavampaa.

2.3 Toimintamallien käyttöönottoon vaikuttavia taustatekijöitä

Toimintamallien onnistuneeseen käyttöönottoon liittyy suuri joukko tunnettuja tekijöitä (kuvio 5). Näiden tekijöiden tunnistaminen ja huomioon ottaminen vahvistaa implementaatiota (Greenhalgh ym. 2004). Useita näistä tekijöistä oli löydettävissä TupLei -toimintamallin implementaatiosta.



Kuvio 5. Tutkimustiedon toimeenpanoon liittyviä tekijöitä. (Greenhalgh ym. 2004)

Poimintoja toimeenpanoon liittyvistä osa-alueista, joiden kohdalla oli havaittavissa yhteisyyttä käyttöönotossa TupLei -toimintamallin ja Greenhalghin ym. (2004) mainitsemien tekijöiden välillä.

- **Innovaatio:** Yhteensopivuus, Selväpiirteisyys, Testattavuus, Havainnoitavuus, Epäselvät raja-aidat.

- **Systemin taustatekijät, jotka vaikuttavat innovointiin:**
 - (Rakenne)** Vapaat resurssit.
 - (Uuden tiedon omaksumiskyvykyys)** Esitietämys ja olemassa olevat kyvyt, Kyky löytää, muokata ja integroida uutta tietoa, Tiedonjakamisen mahdollistaminen sisäisten ja ulkoisten verkostojen kautta.
 - (Muutosalttius)** Johtajuus ja visio, Selkeät tavoitteet ja prioriteetti.
- **Systemin valmius innovaatiolle:** Paine muutokselle, Vallan tasapainot, Kohdistetut aika- ja muut resurssit.
- **Omaksuja:** Motivaatio, Arvot ja tavoitteet, Sosiaaliset verkostot.
- **Implementointiprosessi:** Päätöksenteko vietyä etulinjan tiimeille, Henkilöstöresursseihin liittyvät tekijät - erityisesti koulutus, Kohdistetut resurssit, Sisäinen kommunikaatio, Ulkoinen yhteistyö, (Uudelleen- ja jatkokehittäminen – suunnitelmassa osassa yksiköitä).
- **Yhteydet:**
 - (Suunnitteluvaiheessa)** Yhteiset merkitykset ja päämäärät, Tehokas tiedonvälitys, Käyttäjälähtöisten innovaatioiden hyödyntäminen.
 - (Implementaatiovaiheessa)** Kommunikaatio ja informaatio, Käyttäjäkeskeisyys, Lisäpalvelut esim. tekninen apu, Projektijohdon tuki.
- **Ulkoinen ympäristö:** Organisaatioiden välisen yhteistyön ja verkostotyön normit.
- **Kommunikaatio ja vaikuttaminen:**
 - (Leviäminen)** Sosiaaliset verkostot, vertaisten mielipiteet, markkinointi, asiantuntijan mielipide, esitaistelijat ja muutosagentit.
 - (Levittäminen)** Formaali, suunniteltu.

Uuden oppiminen ja omaksuminen edellyttää koulutusta. Koulutusten ulottaminen kaikkiin potilaita hoitaviin ammattiryhmiin voisi parantaa toimintamallin implementaatiota. Cochrane -katsauksen kirjoittajat tulivat kuitenkin siihen lopputulemaan, että huolimatta myönteisistä tuloksista tutkimusten vähäisyys, ja interventioiden sekä tulostamien

heterogeenisuuden vuoksi, ei ole mahdollista vetää yleisiä johtopäätöksiä toiminnan tehokkuudesta. (Reeves – Perrier – Goldman – Freeth – Zwarenstein 2013.)

Piirainen ym. (2019: 93-94) nostavat esiin toimintamallien ja hyvien käytänteiden perusedellytyksiä TKI-toiminnassa (kuvio 6). Yhteinen päämäärä ja yhteiseen toimintaan sitoutuminen tulee olla kaiken toiminnan kohde. Johdon sitoutuminen, riittävien resurssien kohdentaminen ja osaaminen ovat edellytyksiä tuloksekkaalle toiminnalle. Nämä perusedellytykset mahdollistavat ympäristöjen ja tarvittavien työkalujen tuloksekkaan hyödyntämisen uuden tiedon tuottamisessa ja kehittämisessä. Toiminnan tuloksena pidetään toimintamallin käyttöönottoa ja sen juurruttamista.



Kuvio 6. Tutkimus- ja kehittämistoiminnan yhteistyön perusedellytykset. (Piirainen ym. 2019).

3 Tupakoimattomuuden edistäminen

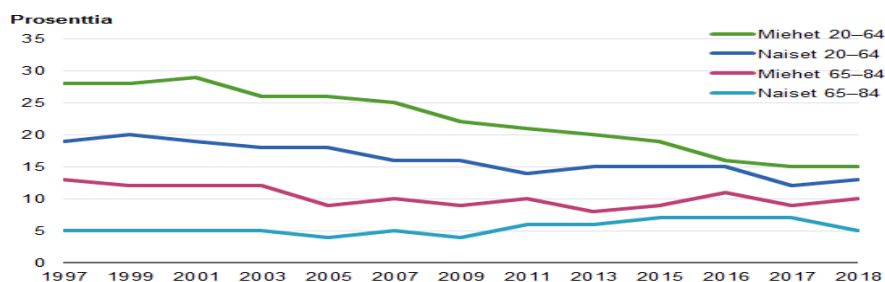
3.1 Tupakointi ja terveys

Tupakka on ainoa laillinen päihde, josta WHO:n arvion mukaan aiheutuu maailmanlaajuisesti vuosittain kahdeksan miljoonan ihmisen kuolema. Tähän määrään sisältyvät ne

n. 1,2 miljoonaa ihmistä, jotka kuolevat mm. passiivisesta tupakoinnista aiheutuviin sairauksiin. Erityisen alttiita ovat pienet lapset, jotka altistuvat tupakan myrkyille savun, mutta myös iho- ja limakalvokontaktien välityksellä (ns. Third Hand Smoke) (Peyton ym. 2016; TRDRP 2019). Lapset, jotka altistuvat tupakansavulle, sairastavat enemmän korvatulehduksia, hengitystieinfektioita ja astmaa (Patja 2020). Tupakan terveystenon ja tuottavuuden menetysten hinta globaalisti on noin tuhat miljardia dollaria (1 000 000 000 000 USD) vuodessa (WHO 2019c).

Euroopan alueella aikuisten tupakointi on yleisintä maailmassa. Päivittäin tupakoivien yhteenlaskettu osuus on 28 %. Eurooppalaisista miehistä 38 % ja naisista 19 % tupakoi päivittäin. Erityisesti naisten osuus on korkea verrattuna muihin maanosiin. On arvioitu, että 16 % kaikista yli 30-vuotiaiden ennenaikaisista kuolemista Euroopassa johtuu tupakoinnista. Maailmanlaajuisesti osuus on 12 %. (WHO 2015; WHO 2018.) WHO:n mukaan tupakointi tappaa eurooppalaisia enemmän kuin mikään muu vältettävissä oleva tekijä. Tupakan kulutus ja sen sosioekonominen eriarvoistavuus on Euroopassa suurta ja sen katsotaan yhä kasvavan. Tupakoinnin yleinen vähentäminen on ollut kansanterveystyön menestys, mutta sen vaikutukset on havaittu lähinnä keski- ja korkean tulotason ryhmissä. WHO:n Euroopan alueen Terveys 2020 -ohjelman mukaisesti tupakoinnin terveyshaittojen vähentäminen ja tätä kautta terveyserojen kaventaminen on keskeinen tavoite. (Loring 2014.)

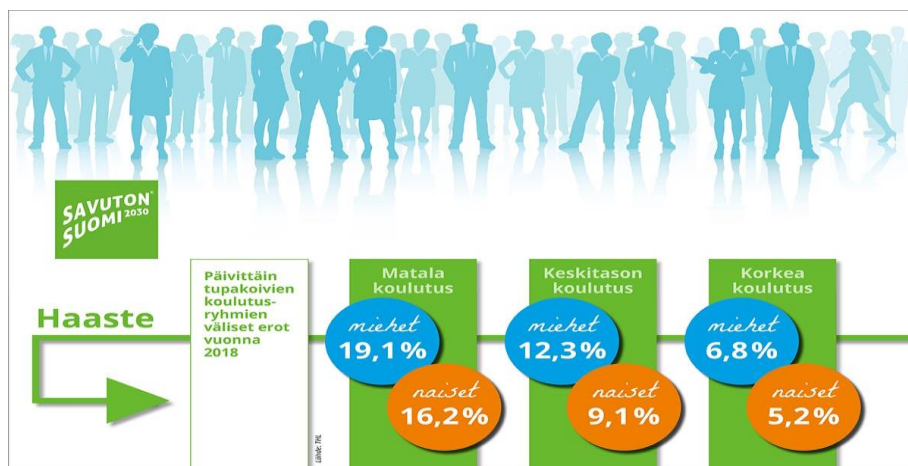
Suomessa työkäisten päivittäin tupakoivien osuus vuonna 2018 oli miehistä 15 % ja naisista 13 %. Eläkeläisistä (65-84-vuotiaat), joka kymmenes mies ja joka kahdeskymmenes nainen tupakoi päivittäin. Kuten kuviosta 7 näkyy, aikuisten tupakointi oli vähentynyt viimeisten kymmenen vuoden aikana, mutta suotuisa kehitys näyttää pysähtyneen. Nuorten (14-20-vuotiaat) päivittäinen tupakointi oli edelleen vähentynyt ollen pojilla 7 % ja tytöillä 6 %. (THL 2019c.)



Kuvio 7. Päivittäin tupakoivat ikäryhmittäin (THL 2019c).

Noin 4000 - 5000 aikuisikäisen henkilön - eli joka viides - kuolema vuosittain Suomessa johtuu tupakan aiheuttamista sairauksista. Syöpäkuolemista joka kolmas ja sydän- ja verisuonielinten sairauksista joka viides johtuu tupakasta. Tupakointi lyhentääkin elämää keskimäärin kymmenen vuotta. Tupakointi aiheuttaa myös merkittäviä kustannuksia terveydenhuollolle ja tätä kautta koko yhteiskunnalle. On laskettu, että tupakoinnista koituu 340 000 sairaalahoitopäivää ja välittömät kustannukset terveydenhuollolle vuosittain ovat 277 miljoonaa euroa, vuotuiset välilliset ja välittömät kokonaiskulut yhteiskunnalle nousevat 1,5 miljardiin euroon. Tupakkasairauksien hoitoon käytetäänkin vähintään yhden keskussairaalan työpanos vuosittain. (Murto ym. 2017; Käypä hoito 2018.)

Tupakointi liittyy vahvasti sosioekonomiseen asemaan. Alemmissa koulutusryhmissä tupakoidaan selvästi enemmän kuin korkeammin koulutettujen ryhmässä (Kuvio 8). Tupakointi on yksi keskeisistä terveyserojen selittäjistä väestöryhmien välillä. (THL 2019a.) Miehillä 25 % ja naisilla 13 % sosioekonomisista kuolleisuuseroista selittyy tupakoinnilla. Tupakoinnin katsotaankin olevan tärkein estettävissä oleva ennenaikaisen kuolleisuuden aiheuttaja. (STM 2018: 13,15.)



Kuvio 8. Päivittäin tupakoivien koulutusryhmien väliset erot 2018 (Savuton Suomi 2030).

Sosioekonomiset terveyserot ovat sosiaalisen aseman mukaisia systemaattisia eroja terveydentilassa, sairastavuudessa, toimintakyvyssä ja kuolleisuudessa (Rotko – Kauppinen 2016: 33). Terveyden ja hyvinvoinnin jakautuminen eri väestöryhmien välillä on epätasaista. Vaikka suomalaisten terveys on yleisesti kehittynyt myönteisesti, ovat sosioekonomiset terveyserot olleet varsin pysyviä tai jopa kasvaneet ollen kansainvälisestikin katsottuna suuria. Erityisesti kuolleisuuserot eri ryhmien välillä ovat kasvaneet. (Rotko – Hannikainen-Ingman – Murto – Kauppinen – Mustonen 2014: 92.)

Sosioekonomisilla tekijöillä on selvä yhteys somaattiseen terveyteen, sen riskitekijöihin ja koettuun terveydentilaan. Ryhmien välillä on myös selviä eroja terveystalouden käytössä ja haitallisissa elintavoissa. Terveyden riskitekijät kasautuvat alimpiin sosiaaliluokkiin periytyen herkästi seuraavalle sukupolvelle. Suuret terveyserot johtavat ennenaikaisiin kuolemiin, psyykkisiin ja somaattisiin sairastumisiin sekä toimintakyvyn menetyksiin. Lisäksi ne tulevat yhteiskunnalle kalliiksi. (Rotko ym. 2014: 92; Karvonen – Martelin – Kestilä – Junna 2017: 1–2; Stringhini ym. 2017.) Terveys 2015 -kansanterveysohjelman loppuraportin kirjoittajat (Rotko – Kauppinen 2016: 41) tuovat esiin myös sen, että terveyden eriarvoisuus uhkaa yhteiskunnan koheesiota, se tulee kalliiksi ja pahimmillaan se saattaa olla uhka yhteiskunnan turvallisuudelle.

Tupakoivien potilaiden osuus kaikista leikkauspotilaista Suomessa on eri lähteiden mukaan 17 ja 24 % välillä (Siiskonen 2017: 33; PPSHP 2018; Mäkelä – Numminen 2018: 24; Kainuun Sote 2019: 17). Osuus ylittää kansallisen keskiarvon tupakoivien osuudesta väestössä, joka on 14 %. Leikkauksia tehtiin vuonna 2019 Suomessa hieman yli 380 000 (Sjöholm 2020). Näin voidaan karkeasti arvioida, että tupakoivia leikkauspotilaita on 64 000–91 000/v, varovaisestikin arvioituna yli 40 000/v (Gröholm ym. 2017; Kokki – Porela-Tiihonen 2017). Tupakoinnin painoutuessa alempiin sosioekonomisiin ryhmiin painottuvat myös leikkaukskomplikaatioiden riskit näihin ryhmiin kuuluville. Tämä voi entisestään kasvattaa sosioekonomisia terveyseroja. Systemaattisella pre- sekä postoperatiiviseen toimintaan implemetoidulla TupLei -toimintamallilla voidaan tavoittaa kaikki tupakoivat potilaat. Toimintamallin avulla tavoitetaan niitä tupakoijia, joita tavanomainen tupakointiin liittyvä valistustyö ei saavuta. Näin pystytään myös pienentämään sosioekonomisia terveyseroja.

3.2 Tupakoinnin riskit leikkaukselle

Lähes 400 000 potilasta käsittävässä tutkimuksessa tarkasteltiin vuosien 2002-2008 välisenä aikana tupakoivien ja tupakoimattomien potilaiden 30 päivän komplikaatioesiintyvyyttä kirurgisen toimenpiteen jälkeen. Tupakoivilla potilailla esiintyi huomattavasti enemmän leikkauksen jälkeistä keuhkokuumetta, leikkausalueen infektioita ja kuolemantapauksia kuin tupakoimattomilla. (Hawn ym. 2011; Sørensen 2012.) Tupakoivien riskit leikkaukskomplikaatioihin ovatkin moninkertaiset savuttomiin verrattuna. Erityisesti ongelmat luun- ja haavanparanemisprosessissa lisäävät riskiä luutumattomuuteen sekä lisääntyviin haavainfektioihin. (Ovaska 2014; Kuhlefeldt 2016: 59–60; Gröholm ym. 2017.) Gröholm ym. (2017) nimeävät nikotiinin, hään ja vetysyanidin olevan erityisen haitallisia: ne aiheuttavat verisuonten supistumista, veritulppien muodostumista ja pahentavat

hapenpuutetta kudoksissa. Nämä tekijät altistavat potilaita myös sydän- ja keuhkokomplikaatioille. Alttius paikallisille ja systeemi-infektioille nostavat merkittävästi riskiä toimenpiteen jälkeiseen 30 päivän kuolleisuuteen. Tupakoinnin takia plastiikkakirurgisen uusintaleikkauksen ja luutumattomuuden riski on jopa nelinkertainen tupakoimattomaan verrattuna. Tupakointi heikentää myös monien lääkeaineiden tehoa (Rouhos 2018). Jokainen tupakoimaton viikko ennen leikkausta vähentää postoperatiivisten komplikaatioiden esiintyvyyttä 19 %:lla (Mills ym. 2011). Näin tupakoinnin lopettamista 1-2 kuukautta ennen leikkausta tuleekin vahvasti tavoitella. Tämä kannattaa, vaikka leikkaukseen olisi vähemminkin aikaa, koska tehokas vieroitus ennen leikkausta voi johtaa pysyvään savuttomuuteen. Sairaalahoidon aikana annettua vieroitusta tulee jatkaa vähintään kuukauden ajan kotiuttamisen jälkeen. (Møller – Villebro – Pedersen – Tønnesen 2002; Koivusipilä – Tarnanen – Jalonen - Mattila 2015; Grönholm ym. 2017; Käypä hoito 2018.)

Jopa neljä viidestä tupakoijasta on huolissaan tupakoinnin terveysvaikutuksista, Heistä kaksi kolmesta haluaisi lopettaa ja neljä kymmenestä yrittää sitä vuosittain. Varsin usein potilaat eivät ole tietoisia tupakoinnin riskeistä, jotka liittyvät leikkaukseen. Heidän tietonsa eivät ole ajantasaisia, ne ovat puutteellisia tai heillä saattaa olla epärealistisia uskomuksia liittyen omaan sairastumisriskiinsä. Sovittu leikkaus kaksinkertaistaa mahdollisuuden onnistua tupakoinnin lopettamisessa. (Heikkinen – Ollila – Patja 2010: 47; Kokki – Porela-Tiihonen 2017.) Tämä niin sanottu ”teachable moment” motivoi käyttäytymisen muuttamiseen ja toimii edistävänä tekijänä tupakoinnin lopettamisessa ennen leikkausta (Shi – Warner 2010). On myös vahvaa näyttöä siitä, että jos potilaat kykenevät lopettamaan tupakoinnin ennen leikkausta, suurin osa heistä jatkaa tupakoimattomuutta leikkauksen jälkeenkin saavuttaen jopa pysyvän abstinenssin (Glassman ym. 2000: 2608–2615; Lee – Landry – Jones - Buhrmann - Morley-Forster 2015: 582–587).

3.3 Kansalliset toimet tupakoinnin vähentämiseksi

STM:n (Sosiaali- ja terveysministeriö) asettaman asiantuntijatyöryhmän laki- ja toimenpide-ehdotukset tähtäävät tupakkatuotteiden (tupakka ja nikotiinituotteet) käytön loppumiseen vuoteen 2030 mennessä. Tavoitteeseen pääsemisen keinoina ovat muun muassa vaikuttaminen lainsäädäntöön, verotukseen, tupakoinnin aloittamisen ehkäisyyn, savuttomiin ympäristöihin, markkinointiin, viestintään, uusiin tuotteisiin ja tupakoinnin lopettamisen tukemiseen. Kautta linjan on huomioitu sosioekonomisten terveyserojen vä-

hentäminen ja poistaminen tupakan ja nikotiinituotteiden osalta. Työryhmän loppuraportin pohjalta on luotu toimenpideohjelma, joka on tarkoitus ottaa nykyiseen sekä tuleviin hallitusohjelmiin ja tarkastella käytettäviä keinoja sekä hienosäätää niitä matkalla kohti vuotta 2030. (STM 2018: 8, 10–12, 18–20.)

Suomen terveyttä edistävät sairaalat ja organisaatiot -yhdistys (Steso ry.) tukee sairaaloita ja muita organisaatioita terveyden ja hyvinvoinnin edistämässä ja sen sisällyttämisessä päivittäiseen toimintaan (kuvio 9). Yhdistykseen kuuluu kattavasti sairaanhoitopiirejä ja sotesektorin toimijoita kaikkialta Suomesta. Keskeisiä yhteistyökumppaneita ovat STM ja THL. (STESO 2019.)



Kuvio 9. Steso:n toimintaperiaate. (Ylitörmänen 2019)

Savuttomuuden edistäminen on keskeinen osa Steso:n toimintaa. Yhdistyksen alla toimii Suomen savuton terveydenhuolto -verkosto. Verkoston toimintaperiaatteet ja kriteerit on laadittu yhdenmukaisiksi Maailman tupakkavapaa terveydenhuoltoverkoston ja kansallisen Käypä hoito -suosituksen (Tupakointi ja nikotiiniriippuvuus) mukaisesti. Lisäksi Euroopan savuton terveydenhuolto -verkoston laatimat suositukset ja itsearviointit ohjaavat savuttomuuden edistämässä. (STESO 2019.) STESO:n laatimassa Tupakasta vieroituksen laatukriteerit terveydenhuollossa -asiapaperissa, yhtenä keskeisenä arviointikriteerinä on, että Tupakoimattoman leikkaukseen -toimintamalli tulee olla käytössä

(STESO 2017). Suomessa kaikki sairaanhoitopiirit ovat julistautuneet savuttomiksi. Tämän tavoitteena on edistää systemaattisesti työntekijöiden, potilaiden, asiakkaiden ja vierailijoiden tupakoimattomuutta sekä lisätä terveellisyyttä ja viihtyisyyttä.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on tärkeä osa kuntien ja sairaanhoitopiirien toimintaa. Tupakoimattomuuden edistäminen terveydenhuollossa on otettu yhdeksi painopistealueeksi niin kotimaassa kuin kansainvälisestikin. Helsingin yliopistollisen sairaalan (HUS) Perusterveydenhuollon yksikössä on käynnissä Hyvä Kierre -projekti, jonka tarkoituksena on hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen Uudellamaalla. Tavoitteena on tuoda hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen keskeisemmin kuntien ja sairaanhoitopiirien ytimeen. Projektilla on neljä pääkohdetta, josta yksi on tupakoimattomuuden edistäminen. Tupakoimattomuuden edistämiseksi TupLei -toimintamalli on yhtenä painopistealueena. Tarkoituksena on juurruttaa malli kiinteäksi osaksi terveydenhuollon toimintaa. (Hyvä Kierre 2019.) Suomessa toimii myös suuri joukko muita toimijoita, jotka työskentelevät tupakkatuotteiden käytön vähentämisen eteen. Näitä ovat muun muassa Suomen ASH (Action on Smoking and Health) ry., Filha (Finnish Lung Health Association) ry., EHYT (Ehkäisevä päihdetyö) ry., Hengityслиitto, Sydänliitto sekä syöpäjärjestöt.

3.4 Tupakoimattomana leikkaukseen toimintamalli

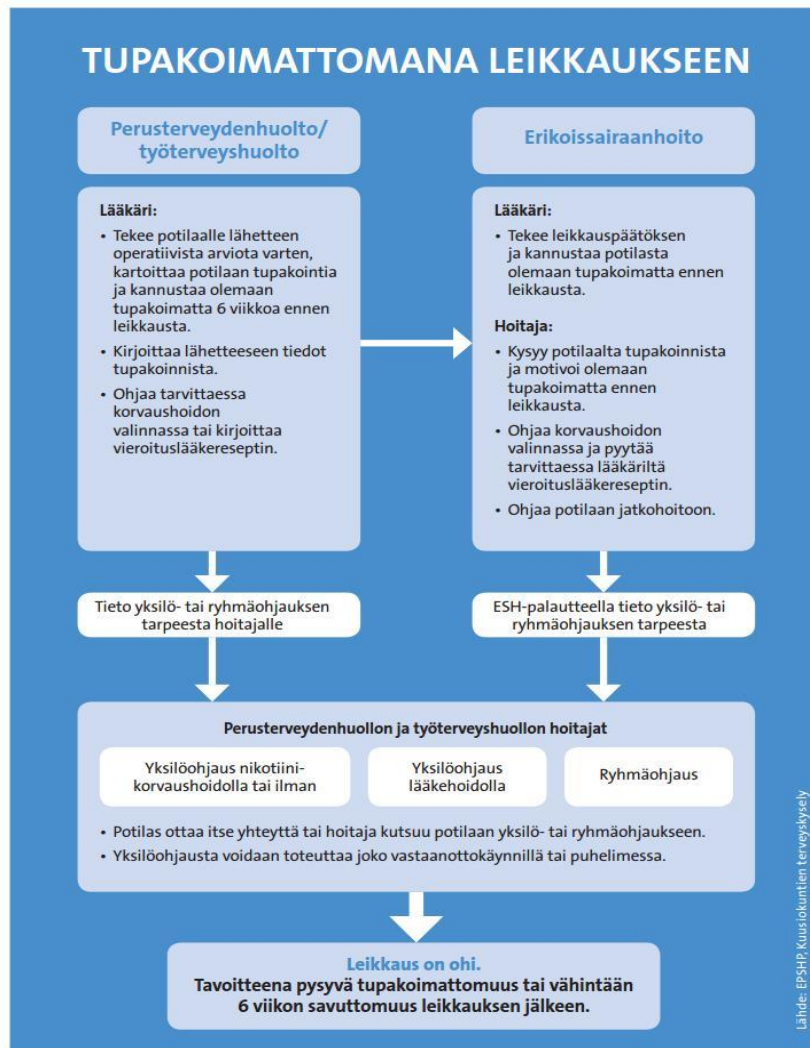
Tupakoimattomana leikkaukseen (TupLei) -toimintamallissa (kuvio 10) leikkausarvioon lähetettä tekevä lääkäri kartoittaa potilaan tupakointitatuksen, diagnosoi nikotiiniriippuvuuden ja kirjaa tiedot potilasasiakirjoihin. Lääkäri kannustaa potilasta savuttomuuteen ja sopii potilaan kanssa käytettävistä interventioista. Lääke, nikotiinikorvaustuotteet ja tuki yhdessä lisäävät savuttomuuden onnistumista. Lääkäri ohjaa potilaan vieroitusohjaukselle, joka tukee potilasta ja kartoittaa yksilölliset tarpeet, kuten vierotusryhmään osallistumisen. Rungas tukitilanteiden määrä ja niiden pitkä kesto parantavat tuloksia tupakoimattomuuden saavuttamisessa. (Grönholm ym. 2017.) Vieroituksessa voidaan käyttää apuna sähköisiä järjestelmiä, kuten Terveyskylä.fi -verkkopalvelun omahoito-ohjelmaa (Terveyskylä 2019).

Sairaalassa kirurgian poliklinikalla lääkäri tarkistaa potilaan tupakointitiedot saapuneesta läheteestä. Mikäli tietoja ei löydy, voidaan lähete palauttaa tietojen korjaamista varten tai pyytää tarkennusta puuttuviin tietoihin. Jos potilas edelleen tupakoi, on tupakointiin puututtava ennen kuin hän tulee vastaanotolle. Vastaanotolla selvitetään potilaan tupa-

kointistatus ja tuetaan vieroitushoitoa. Tässä vaiheessa voidaan vielä räätälöidä potilaalle suunnattavaa vieroitushoitoa. Tiedot kirjataan potilastietoihin. Leikkausaikaa annettaessa potilaalta tiedustellaan tupakointitietoja. Jos tupakointi jatkuu, annetaan potilaalle toimintaohjeet tupakoinnin lopettamiseksi. Leikkaava lääkäri päättää annetaanko aika leikkaukseen vai odotetaanko potilaan savuttomuutta. Jos päädytään leikkaukseen, kutsukirjeen mukana lähetetään savuttomuuteen liittyvää materiaalia. (TAYS 2018.)

Preoperatiivisella käynnillä selvitetään potilaan tupakointistatus. Mikäli potilas tupakoi, arvioidaan leikkauksen siirtämisen tarve. Potilaan kanssa käydään läpi tupakoinnin aiheuttamat haitat leikkaukselle sekä anestesariskit. Jos potilas edelleen tupakoi leikkauispäivänä, kirurgi varmistaa, onko potilas valmis ottamaan lisääntyneiden leikkaukskomplikaatioiden riskin. Tiedot kirjataan potilasasiakirjoihin. (TAYS 2018.) Eduskunnan oikeusasiamies on linjannut, että kehotuksista huolimatta tupakointiaan jatkavalta potilaalta voidaan tapauskohtaisesti evätä elektiivinen leikkaushoito (Jääskeläinen 2016: 3-4).

Postoperatiivisesti osastolla huolehditaan vieroitushoidosta, kirjataan annetut interventiot ja huolehditaan asianmukaisesta ohjeistuksesta sairaalahoidon jälkeen. Kotiutumisen jälkeen ohjataan potilas perusterveyden- tai työterveyshuollon kautta vieroitushoitoon. Tehdyt toimet kirjataan potilaskertomustekstiin. (TAYS 2018.)



Kuvio 10. TupLei -toimintamalli (Luhta, Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2018).

Potilaille tulee antaa samansisältöistä ja tutkittuun tietoon perustuvaa ohjeistusta ja tukea. Olennaista on, että potilaat sitoutuvat vieroitushoitoon ja elämäntapojen muutokseen. Toimintamallissa yhteistyö perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä on oltava saumatonta. TupLei -toimintamalli on olennainen osa leikkauksen valmistelua ja tähän tulisi osallistua koko hoitoketju. Lisäksi käytettävien toimien kirjaamisen tulee olla systemaattista ja vakioitua. (Grönholm ym. 2017.)

TupLei -toimintamallin käytännön työtä helpottamaan on tehty erilaisia pikaohjeita ja taskukortti tyyppeisiä ohjeita. Esimerkki HUSin kortista (kuvio 11).

Kaksipuolinen HUS Lääkärikortti TupLei-NikLei 9/2020

12 cm

18 cm

TUPAKOIMATTOMANA JA NIKOTIINIITTOMANA LEIKKAUKSEEN

Tavoitteena tupakka- ja nikotiini tuotteista vieroitus vähintään 6-8 viikkoa ennen kiireetöntä leikkausta, jatkuen vähintään 6 viikkoa leikkauksen jälkeen.

MIKSI TUPAKKA- JA NIKOTIINI TUOTTEIDEN KÄYTÖN LOPETTAMINEN ON TÄRKEÄÄ ENNEN LEIKKAUSTA?

TUPAKOINTI LISÄÄ LEIKKAUSKOMPLIKAATIOIDEN RISKIÄ*		LOPETTAMINEN PARANTAA LEIKKAUSTULOKSIA**
Leikkauksen ehyä tilasto +42 %	Kouluhoito +80 %	Vähentää kaikkia komplikaatioita 40-60 %
Ahdistavuus +73 %	Systämitarkat +80 %	
Leikkauksen jälkeinen kuolema +38 %	Leikkauksen jälkeinen sydämsyngäisy +57 %	

Tupakoin vs. tupakoinnottomat henkilöt

NIKOTIINIESTA VIEROITUS OSANA LEIKKAUKSEEN VALMISTAUTUMISTA

1. LÄHETTÄVÄ LÄÄKÄRI	2. HOITAJA & APTEEKKI	3. SAIRAALAN LÄÄKÄRI	4. SAIRAALA / TYÖTÄLÄÄKÄRI
<ul style="list-style-type: none"> Käykäisy tupakoinnista Päättö lopettaa tupakoinnista Hoitoa aloita 	<ul style="list-style-type: none"> Tukea tupakoinnista Hoitoa aloita Hoitoa aloita 	<ul style="list-style-type: none"> Leikkauksen jälkeisen vieroituksen Hoitoa aloita Leikkauksen jälkeisen vieroituksen 	<ul style="list-style-type: none"> Leikkauksen jälkeisen vieroituksen Hoitoa aloita Leikkauksen jälkeisen vieroituksen

Lähtö:
1. Käypä hoito -suositus: Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ennalty ja hoito. Duodecim 2018.
2. Taittö et al. Smoking and perioperative outcomes. Anesthesiology 2011;114: 837-42
3. Mittö et al. Smoking cessation reduces postoperative complications: a systematic review and meta-analysis. Am J Med 2011;124:144-54
4. Tomassen et al. Interventions for preoperative smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 3

Paikattaja: Hyvä Kierre -projekti, HUS Perusterveydenhuollon yksikkö

TUPAKOIMATTOMANA JA NIKOTIINIITTOMANA LEIKKAUKSEEN

Tavoitteena tupakka- ja nikotiini tuotteista vieroitus vähintään 6-8 viikkoa ennen kiireetöntä leikkausta, jatkuen vähintään 6 viikkoa leikkauksen jälkeen.

LYHYT INTERVENTIO

1. KYSY

- Keskustele tupakatuotteiden ja muiden nikotiini tuotteiden käytöstä ja leikkaukselpoisuudesta
- Tunnista nikotiiniriippuvuus
- Kirjaa tupakointituotteiden käyttö

2. ANNA TUKEA

- Sovi lopettamispäivä
- Aloita lääkitys tarvittaessa
- Kannusta ja auta hakemaan tukea
- Anna potilasotje

TUPAKKA- JA NIKOTIINI TUOTTEIDEN KÄYTÖN KIRJAAMINEN LÄHETTEESEEN

A) Kirjaa potilaan nikotiinin käyttö

- Ei käytä
- Käyttää → kirjaa **F17.29**
- Savukkeet
- Nuuska
- Irtotupakka
- Sikari
- Purutupakka
- Säukösavukkeet
- Savutomat savukkeet
- Vesipiippu
- Nikotiinikorvaushoito

B) Tupakoinnottomana leikkauksen interventio

- Keskusteltiin interventioista
- Sitoutuiko potilas lopettamaan
- Aloitettiin lääkehoito
- Suunniteltiin muuta tukea

Lähetteen lisäksi: SMI, ravitsemus, toimintakyky, diabetes, muut perussairaudet ja kotiäkäisy

TUKEA TUPAKOIMATTOMUUTEEN

- Oma terveyskeskus tai työterveyshuolto
- Apteekin henkilökunta
- Maksuton neuvonta numero
- Shoppa 0 9000 146 846
- Internet (esim. www.stumpi.fi, www.fressis.fi, Terveysyö ja sen omahoitopöytä www.terveysyö.fi)
- kuntoutumistalo

TUKEA VIEROITUSTYÖHÖN

- Terveystyö (PRON) ja Mielenterveyden Tupakoinnin lopettamisen -valmennuskurssit ammattilaisille
- Oppipöytä Motivoiva keskustelu - verkkokoulutus (Duodecim, Terveystyö)
- Fähä:n aineistopankki (www.fähä.fi/ammattilaisille)

8.10.2020 HUS Perusterveydenhuollon yksikkö

Kuvio 11. Lääkärikortti TupLei-NikLei (Hyvä Kierre -projekti, HUS Perusterveydenhuollon yksikkö 2020).

3.5 Tupakasta vieroituksen interventioiden vaikuttavuus ja tehokkuus

Tupakasta vieroittuminen vaatii elämäntapamuutosta. Uuden elämäntavan omaksumisessa terveydenhuollon ammattilaisen tarjoama elämäntapaohjaus, joka perustuu kognitiivis-behavioraaliseen sekä potilaan oman motivaation parantamiseen tähtääviin menetelmiin ovat olleet tehokkaita. Potilaan ohjaus- ja motivointikeskusteluissa motivoivan haastattelun tekniikka on havaittu toimivaksi. Ohjausta voidaan antaa yksilöllisesti tai ryhmässä. (Ziedonis – Haberstroh – Hanos-Zimmermann - Miceli – Foulds 2006; Absetz – Ollila - Winell 2018; Käypä hoito 2018.) Erilaiset kirjalliset ohjeet, sähköiset tukimateriaalit, puhelinneuvonta ja vertaistukiryhmä tukevat vieroitusprosessia. On vahvaa näyttöä siitä, että kombinoimalla vieroituslääke tai joissakin tapauksissa nikotiinikorvaushoitoa muuhun vieroitushoitoon päästään parhaimpaan lopputulokseen (Fiore ym. 2008; Käypä

hoito 2018). Absetz ym. (2018) viittaavat laajaan tutkimukseen, jonka mukaan suurin osa potilaista ei hae ohjausta tai lääkettä tupakasta vieroituksen tueksi. Tästä syystä terveydenhuollon ammattilaisten tulisikin aktiivisesti tarjota vieroitusohjausta, tukea ja rohkaisua sitä tarvitseville (Shiffman – Brockwell – Pillitteri – Gitchell 2008). Terveydenhuollon ammattilaisten tarjoama tuki ja erityisesti lääkäreiden ja hammaslääkäreiden tarjoama tupakoinnin vieroitushoito on todettu tehokkaaksi (Ramseier – Suvan 2014; Käypä hoito 2018).

Vastaavia positiivisia tuloksia savuttomuuden saavuttamisessa saivat West ym. (2015) meta-analyysillä väestötason interventioista (automaattiset tekstiviestimuistutukset, lääkärin antama tupakkainfo, kasvokkain tapahtuva vieroitusohjaus ryhmässä tai yksin, painetun omahoitomateriaalin jakaminen vieroitettaville, puhelinohjaus, nikotiinikorvaustuotteet ja eri vieroituslääkkeet) eri tulotason maissa. Tutkimuksen yhteenveto oli, että kaikki edellä mainitut tupakasta vieroittamistoimet voivat lisätä savuttomuutta. Vaikuttavin vieroitusyhdistelmä oli kasvokkain tapahtuva vieroitusohjaus yhdistettynä nikotiinikorvaushoitoon tai Varekliiniin (vieroituslääke) erityisesti keski- ja korkean tuloluokan maissa.

Kanadalaistutkijat tekivät samanlaisia johtopäätöksiä liittyen tupakoinnista vieroittamiseen. Satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessa vieroituslääkettä ja ohjausta tai neuvontaa saaneiden tupakointi väheni merkittävästi enemmän kuin lumelääkettä ja ohjausta tai neuvontaa saaneilla. Tulokset olivat parempia niin lyhyen aikavälin (2 viikkoa – 3 kk) kuin pitkänkin aikavälin (6 - 12 kk) tupakoimattomuudessa. Tutkijat päätyivätkin suosittelemaan kirurgisille potilaille Varekliinia ja tupakoimattomuuteen tähtäävää ohjausta ja neuvontaa ennen leikkausta ja sen jälkeen. (Wong ym. 2012.)

Satunnaistettuihin kontrolloituihin tutkimuksiin perustunut katsaus toi esille, että kaiken tasoiset tupakoinnin lopettamisen interventiot kirurgisille potilaille, kuten (neuvonta, muu tuki, nikotiinikorvaushoito) vähensivät leikkauskomplikaatioiden esiintymistä (Thomsen ym. 2009). Myös tämä tutkimus osoitti, että erityisesti intensiivinen neuvonta ja tuki nikotiinikorvaushoitoon yhdistettynä vähensi enemmän leikkauskomplikaatioita ja johti pitkäaikaiseen tupakoimattomuuteen kuin vähäisemmän intensiteetin interventiot.

Laajoissa kansainvälisissä tupakasta vieroitukseen keskittyvissä Cochrane -katsauksissa (2012 ja 2014) sekä osittain toteutetussa meta-analyysissä (2016) johtopäätökset olivat, että intensiivinen ohjaus, tukitoimet ja vieroituslääke ja/tai nikotiinikorvaustuote,

jotka jatkuivat sairaalasta kotiutumisen jälkeen, lisäävät savuttomuutta 70–100 % verrattuna pelkkiin tukitoimiin ja vähensivät samalla tupakoinnista johtuvien leikkauskomplikaatioiden esiintymistä. Terveystieteiden ammattilaisten tulisi tarjota kombinoitua vieroitusohjausta (lääke/nikotiinikorvaustuote sekä ohjaus/neuvonta) ja rohkaista potilaita ottamaan tätä vastaan. Toteutetut tupakkainterventiot auttoivat myös pysyvän abstinenssin saavuttamisessa. Interventioiden vaikutus ei ollut riippuvainen potilaiden sairaalassaolon syystä. (Rigotti – Clair – Munafò – Stead 2012; Thomsen – Villebro – Møller 2014; Stead – Koilpillai – Fanshawe – Lancaster 2016.)

Myös Suomesta on saatu samansuuntaisia hyviä tuloksia vieroitusohjauksen ja -lääkkeen yhdistelmästä potilailla. Ranta (2018: 24-34) tuo esiin omassa pro gradu -tutkielmassaan, että pitkäaikaistulokset niiden haastateltavien (15 henkilöä) kohdalla, jotka olivat kuuluneet tupakasta vieroitusryhmiin Porvoon sairaalassa vuosina 2002-2015 ja käyttäneet vieroituslääkettä olivat erinomaiset. Vieroituslääkettä käyttäneistä 88 % onnistui tupakoinnin lopettamisessa ja heistä yhtä lukuun ottamatta kaikki olivat edelleen tupakoimatta. Lääkehoidon loppumisen jälkeen tupakointia ei aloitettu uudelleen. Tupakoinnin vieroittamisryhmissä käyneet pitivät myös vertaistuen ja uuden tiedon saamista erittäin merkittävänä tekijänä savuttomuuden saavuttamisessa. Uutena ja merkittävänä tietona Ranta mainitsee sen, että osa niistä potilaista, jotka eivät olleet pystyneet lopettamaan tupakointiaan vieroitusryhmän aikana kykenivät siihen myöhemmin. Haastateltavat kokivat ryhmästä saadun tuen ja tiedon olleen merkittävä asia tupakoinnin lopettamisessa myös vieroitusryhmän loppumisen jälkeen.

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymässä on saatu leikkausinfektioiden määrä vähemmään tehostamalla ortopedisten ja traumatologisten leikkauspotilaiden systemaattista tupakasta vieroitusta. Vieroituksessa on käytetty ohjausta, tukiryhmiä ja vieroituslääkettä. Hoitointerventiot on kirjattu potilastietoihin ja tupakointistatus on tarkistettu kaikissa hoitokontaktin vaiheissa varmistuen siitä, että valittu hoitolinja toimii. Tulokset kerättiin sähköisen infektioirekisterin avulla vuosilta 2008-2013. On mahdollista, että muut potilaiden hoitoon liittyvät korjaavat toimet ovat osaltaan olleet myötävaikuttamassa positiivisiin tuloksiin, mutta eivät selitä niitä kokonaan. Myöhemmin tämä toimintamalli on laajennettu koskemaan muitakin operatiivisia erikoisalajoja. Vieroitushoidossa onnistumista tukee hyvä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välinen yhteistyö. (Kyrö – Elomaa – Lehtinen 2013: 250–253.)

Vaikka tutkimuksia vieroitusinterventioiden vaikuttavuudesta on paljon, niiden vertailu ja arviointi on hankalaa niiden erilaisten toteuttamistapojen vuoksi. Edellä mainittujen tutkimusten kohdalla voidaan kuitenkin yhteenvedona todeta, että intensiivinen tupakoinnin lopettamiseen tähtäävä vieroitusohjaus joko yksilö- tai ryhmätapaamisissa yhdistettynä vieroituslääkkeeseen, erityisesti VAREkliiniin tai nikotiinikorvaushoitoon, johtaa suurella varmuudella tupakoinnin lopettamiseen ennen toimenpidettä. Tämän lisäksi pysyvän saavuttomuuden saavuttamisen todennäköisyys moninkertaistuu. Leikkauspotilaisiin voidaan soveltaa samoja vieroitusinterventioita kuin muihinkin potilas- tai väestöryhmiin. Tupakkainterventioiden toimivuudesta on vahvaa näyttöä niin meiltä kuin maailmaltakin. TupLei on osoittautunut käyttökelpoiseksi ja vaikuttavaksi toimintamalliksi leikkaukseen odottavien potilaiden tupakoinnin lopettamiseksi.

4 Tutkimuksen toteuttaminen

4.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata TupLei -toimintamallin käyttöönottoa terveydenhuollon ammattilaisten näkökulmasta. Tarkoituksena oli nostaa esiin toimintamallin käyttöönottoa edistäviä ja estäviä tekijöitä. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan käyttää apuna TupLei -toimintamallin jalkauttamisen tehostamiseen jatkossa. Toiminnan tehostamisen päämääränä oli vähentää ja estää tupakoinnin aiheuttamien komplikaatioiden esiintymistä leikkausten yhteydessä ja niiden jälkeen sekä säästää kustannuksia ja vähentää inhimillistä kärsimystä.

Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä HUSin Perusterveydenhuollon yksikön kanssa. Yhteyshenkilönä ja tutkimusaineiston toisena lukijana ja analysoijana toimi erikoislääkäri / väitöskirjatutkija kyseisestä yksiköstä. Vastaavana tutkijana HUSissa toimi perusterveydenhuollon yksikön ylilääkäri. Haastattelumateriaalin rekisterinpitäjänä on HUS.

4.2 Tutkimusaineisto ja -menetelmä

Tutkimusmateriaali koostui loppuvuodesta 2018 puolistrukturoidusti tehdyistä puhelinhaastatteluista. Aineiston keräämiseen oli käytetty ennalta määriteltyjä kysymyksiä, mutta vastaamiseen oli jätetty väljyyttä mahdollistamaan haasteltavien aktiivinen rooli ja vapaa kokemusten ja mielipiteiden ilmaiseminen (Kananen 2008: 73; Haastattelukysymykset, liite 2.). Haastattelut oli nauhoitettu ja haastatteluiden jälkeen litteroitu tekstiksi.

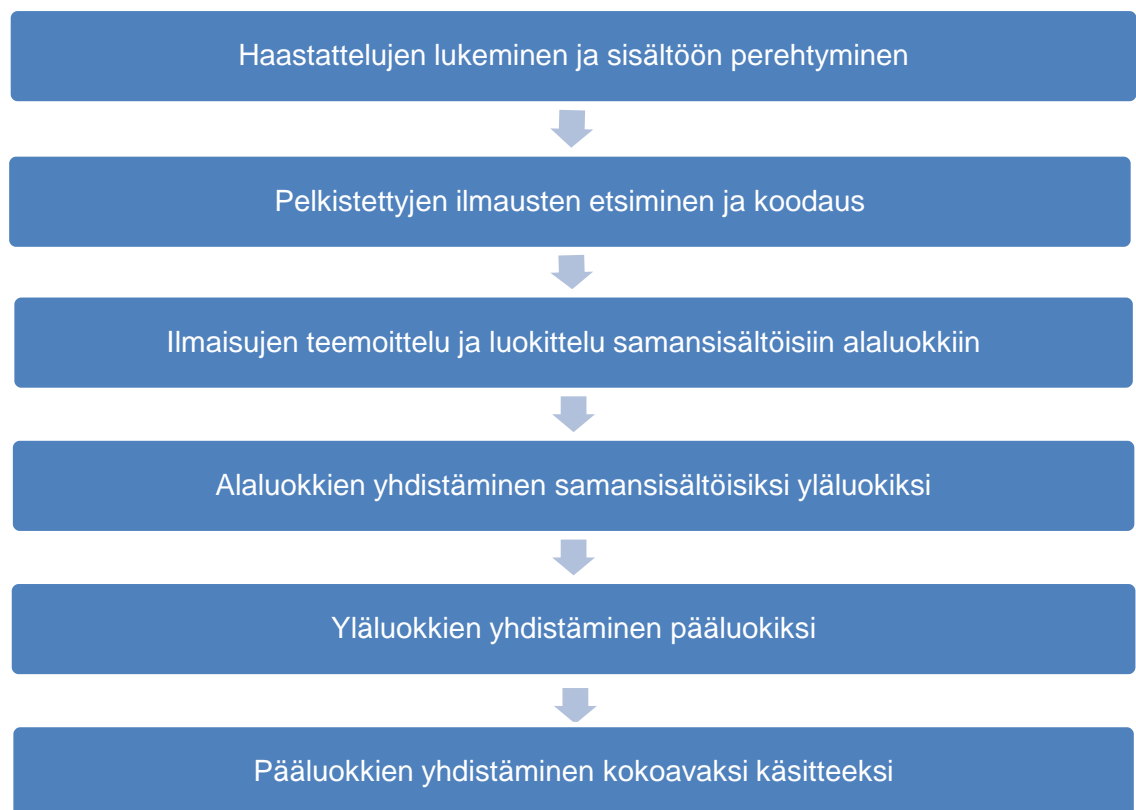
Materiaali oli kirjoitettu auki sanasta sanaan. Näin vältettiin liian suppean ja rajatun informaation mukanaan tuoma riski, että jotakin olennaista jäisi huomioimatta (Kananen 2008: 88; Hirsijärvi – Remes - Sajavaara 2008: 217; Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013:163–164).

Litteroitua materiaalia oli 222 sivua. Sanoja aineistossa oli 76 050. Aineiston riittävyys eli kylläntyminen oli arvioitu niin, että lisätieto ei tuottanut tutkimustehtävän kannalta enää uutta tietoa (Tuomi – Sarajärvi 2018). Opinnäytetyö toteutettiin analysoimalla (N=23) tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden litteroidut vastaukset. Haastattelut oli numeroitu luvuilla 1-23. Haastateltavat oli valittu harkinnanvaraisesti TupLei -toiminnan suunnittelussa ja käyttöönnotossa mukana olleista sotesektorin ammattilaisista. Haastateltavista kolme oli perusterveydenhuollosta ja 20 erikoissairaanhoidosta. Vastaajissa oli sairaanhoitajia, osastonhoitajia, ylihoitajia, suunnittelijoita, operatiivinen johtaja, verisuonikirurgeja, plastiikkakirurgia, terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen koordinaattoreita, ylilääkäri, keuhkolääkäri ja anestesioologi. Yhden vastaajan titteli/koulutus ei selvinnyt haastattelusta. Haastattelut oli tehty henkilöiden työajalla eikä haastateltaville ollut maksettu palkkiota. Informanttien yhteystiedot saatiin Suomen terveyttä edistävät sairaalat ja organisaatiot (Steso) ry:n kautta.

4.3 Aineiston analyysi

Tässä työssä käytettiin aineistolähtöisen laadullisen tutkimuksen perusprosessia eli sisällönanalyysiprosessia. Sisällönanalyysissä aineisto selkiytetään ja tiivistetään niin, että siinä olevia ilmiöitä voidaan kuvailla lyhyesti ja yleistävästi. Tavoitteena oli tuottaa sanallinen ja selkeä kuvaus ilmiöstä. Prosessissa merkitykseltään samansisältöiset lauseet ja fraasit kerättiin samaan luokkaan. Aineistosta etsittiin toimintamallia edistäviä ja estäviä ilmaisuja. Näiden analyysiyksiköiden keräämiseen alkuperäisaineistosta käytettiin värikoodausta. Koodien on tarkoitus kuvata sitä, kuinka aineisto on järjestetty. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 164–167.) Poimittuja ilmaisuja oli kaiken kaikkiaan 249, joista toimintamallin edistämistä kuvaavia oli 145 ja toimintamallin käyttöönoton estämistä kuvaavia 104. Yhdeltä vastaajalta saattoi nousta samoja teemoja esiin useammin kuin kerran haastattelun aikana. Vastaajan samaa aihetta ja teemaa sisältävät ilmaisut yhdistettiin yhdeksi kokonaisuudeksi. Tämän jälkeen aineisto pelkistettiin. Pelkistämisen jälkeen ilmaisuja oli 183, joista 98 toimintamallia edistäviä ja 85 toimintamallia estäviä.

Aineistoa pelkistämällä saatiin eroteltua tutkimukselle epäolennainen tieto ja löydettiin tutkimustehtävää kuvaavia ilmaisuja. Ilmaisuja teemoiteltiin ja yhdistettiin koodauksella siten, että samaa merkitsevät asiat merkittiin samalla värikoodilla. Näin samaan luokkaan koodatut lauseet muodostivat samansisältöisiä alaluokkia. (Kananen 2008: 88–90.) Luokat nimettiin sisältöä kuvaavilla käsitteillä ja kuvauksilla. Tämän jälkeen aineistosta muodostettuja samansisältöisiä alaluokkia yhdisteltiin niitä kuvaaviin yläluokkiin. Yläluokat taas muodostivat pääluokkia, jotka kerättiin kokoavan käsitteen alle (kuvio 12). (Janhonen – Nikkonen 2001: 28–29; Tuomi – Sarajärvi 2018.)



Kuvio 12. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen (mukaillen Tuomi – Sarajärvi 2018)

Taulukossa 1 esimerkinomaisesti aineiston analyysi ilmaisuista yhdistäviin luokkiin (mu-
kaillen Tuomi – Sarajärvi 2018).

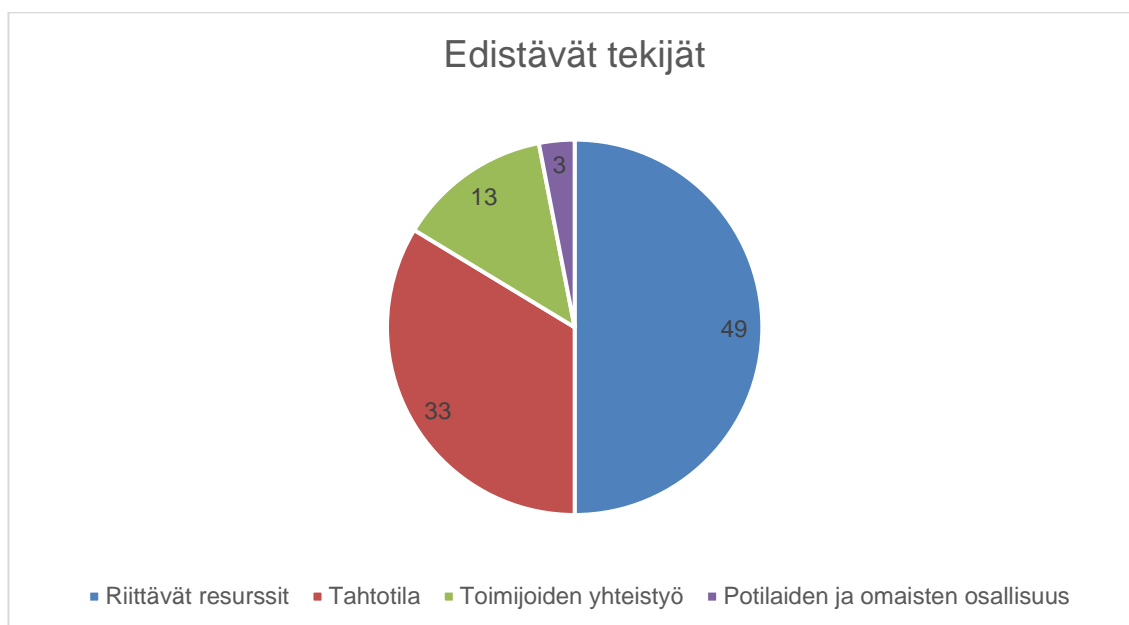
Alkuperäisilmaisut	Pelkistetyt ilmaisut	Alaluokat	Yläluokat	Pääloukat	Yhdistävät luokat
"No, me tietysti, me saatiin siis viime keväänä, niin saatiin sairaanhoidon johdolta tuki koko tälle toiminnalle, et siin mielessä on hyvä, et sairaanhoidon johtoryhmä seisoo täysin tän tuplein takana."	Ylilääkärit ja sairaanhoidon johtoryhmä seisovat täysin tuplein takana.	Johdon tuki.			Edistävät tekijät
"No, mä luulen, että tää lähti siitä toi silloinen kirurgian ylilääkäri XX oli niin kun innostunu ja kiinnostunut tästä aiheesta, niin sitä kautta sitten varmasti XX oli sitten mukana tässä pilotoimassa tätä sairaanhoitopiiriin hanketta hanketta. Varmasti sieltä niin kun kirurgian puolelta sitten lähti se innostus."	Ylilääkärin kiinnostus ja innostus asiaa kohtaan.	Aktiiviset vaikuttajat.			
"No, minun mielestä aika hyödyllistä oli se, ett katsottiin ihan ne faktat oikeestaan siinä, että millä kaikilla tavoilla tupakka vaikuttaa leikkauspotilaanhoidon kulkuun ja mitenkä se tupakasta pidättäytyminen taas, mitä vaikutusta sillä on. Mun mielestä ne on ihan nää käytännön esimerkit, tai faktat siitä, että mikä tupakoinnin vaikutus leikkauspotilaan siihen toipumiseen ja kaikkeen on. Niin minusta se on ollu sellanen, joka on auttanu sekä henkilökuntaa että asiakkaita ymmärtämään sen asian tärkeyden. Ja sitten kun sen asian tärkeyden ymmärtää, niin sittenhän se loppu onkin vähän helpompaa, koska motivaatio ratkaisee."	Tupakoinnin haittojen julkituominen kasvattivat potilaiden ja henkilökunnan motivaatiota toimintamallia kohtaan.	Tietoisuuden lisääminen, motivaation kasvattaminen.	Sitoutuminen yhteiseen tavoitteeseen.	Tahtotila	
"Ja sitten nää kaikki lääkäriin vastaanottajien sairaanhoitajat alueelta osallistuivat päivän kestoiseen koulutukseen ja 50 % heistä tuli vielä puolen vuoden sisällä puolen päivän mittaiseen jatkokoulutukseen. Ja osastotunteja mallin käyttöön otosta pidettiin sitten vielä lisäksi terveyskeskuksessa ja erikoissairaanhoidon yksiköissä 30 kappaletta ja niihin osallistui 300 henkilöä vuonna 2012 ja 13. Ja me päätettiin tää yliopistosairaalan hoitomallia mukaellen 2016 syksyllä ja sitten pidettiin kaikille kirurgille oma osastotunti."	Sairaanhoitajien ja lääkäreiden koulutus.	Henkilöstön kouluttaminen.	Toimintamallin mukainen ohjeistus ja kouluttaminen.		
"Eli sekä potilasohje että sitten tää malli, protokolla taikka tällöinen kirjallinen malli, niin tällaiset nyt oli ne ensimmäiset, mitä tuotettiin tähän. Ja nää ohjeet ja mallitahan on meillä ihan internetissä ja intrassa avoimesti saatavilla, että ne on sieltä hyödynnettävissä missä tahansa, ettei ne ole mitään piilotiedettä. Sen käyttöönotto on ikään kuin sujunut hyvin. Ne tiedostetaan ja tunnetaan."	Potilasohje ja toimintaohje henkilökunnalle ovat helposti ja avoimesti saatavilla ja lisäävät näin käytettävyyttä.	Ohjeistuksen/toimintamallin laatiminen ja käyttäminen.		Riittävät resurssit	
"Mulla on ainaki se, että mä itse on ollu tässä, niin ku teen 60 % työajastani tätä terveydenedistämistä ja tää on yks niistä semmosista alakohdista, mitä mä nyt sitten tietenkin vähän yritän edistää tässä ja olla sitte sillain, et pidän asiaa esillä ja sitten kaikkia niitä malleja tuunaan tässä ja muuta. Meil on hirveen vahvat ne rakenteet täällä olemassa, et meil on kyllä tekijöitä ja vastuuhenkilöitä eri tasoilla toimialueen vastuualueilla ja yksikkötasolla. Mut , eli meil on, ikään kun ne palikat on valmiina."	Luodut rakenteet ja henkilöstöressurssien allokointi terveyden edistämiseen.	Vastuuhenkilö(t)	Henkilöstön kompetenssi- ja työaikaresurssit.		
"Ehkä se, mikä nyt on ollu, niin enemmän ehkä pitäis tiedottaa, että se, mikä ei oo sujunu niin hyvin. Niin tavallaan näitä asioita pitäis vieläkin niin kun muistuttaa, että hei, että meillä on tää tällöinen juttu. Se on ehkä, jos mennään vaikka siihen seuraavaan kysymykseen, että mikä on haaste. Niin se, että jos viedään tällöistä mitä tahansa mallia, niin se ei välttämättä ihan sillä ensimmäisellä ja toisella kerralla mene, että sitä pitäis toistaa."	Puutteita säännöllisesti toistuvassa tiedottamisessa.	Systemaattisuuden puuttuminen.			
"Elikkä kirjaaminen on niin kun hyvin suuri ongelma, että ensinnäkin se, että asiaa ei muisteta kirjata, ei läheteteeseen, ei poilla ei sairauskertomus johonkin tällöiseen, mitä siellä ois semmosia kohtia, mihin sitä vois laittaa. Ja se on, kun nykyään on niin hirveesti sitä muutakin muistettavaa ja kirjattavaa, niin tää kirjaamishomma, se ontuu."	Ei muisteta kirjata.	Puutteellinen kirjaaminen.	Systemaattisen seuranta- ja arviointitiedon hyödyntämisen puute.	Seurannan ja arvioinnin puutteet.	
"No, siis seurantahan on tässä aika haasteellista, kun ei oo oikein kunnon seurantamenetelmiä. Kuitenkin se oma työ ja siihen ei oikein siihen seurantaan ollu mitään erillisiä järjestelmiä, että millä tavalla lopulta tapahtuu sitten."	Seuranta / arviointi hankalaa puutteellisten järjestelmien vuoksi.	Seuranta- ja arviointitiedon käsittelemättömyys.			
"Siin mieles me on päästy heidän kans tekemisiin, mut sitten, ikävä kyllä, niin yhdenkään lääkärin työaikaa ei tähän ole saatu."	Yhdenkään lääkärin työaikaa ei ole tähän resurssoitu.	Ajan ja/tai resurssien puute.			
"Ja, et se ongelma siel terveyskeskuksessa on se, et ku siel on niitä, mitä se ne on ne nyt ne lääkäri, eurolääkäreitä, jotka vaihtuu siellä. Niin sehän on tietenkin se, että no, jaksako ne seniorit siellä muistuttaa niitä nuoria lääkäreitä, jotka koko ajan vaihtuu."	Lääkäreiden vaihtuvuus aiheuttaa senioreille lisätyötä toimintamallista muistuttamisessa.	Henkilökunnan vaihtuvuus.	Resurssien vähäisyys.	Resurssihaasteet	
					Estävät tekijät

5 Tutkimuksen tulokset

Haastattelututkimuksesta nousi esiin useita TupLei -toimintamallin käyttöönottoa edistäviä ja estäviä seikkoja. Edistäviä pääluokkia on neljä ja estäviä pääluokkia kolme. Analyysin tuottamien ilmaisujen määrä vaihteli suuresti pääluokittain. Erot olivat paikoin jopa moninkertaisia. Mitä enemmän ilmaisuja pääluokkaan sisältyy, sitä enemmän kyseinen näkökulma painottui haastatteluissa toimintamallin käyttöönottoa edistävänä tai estävänä tekijänä.

5.1 Toimintamallin käyttöönottoa edistäviä tekijöitä

Vastauksista (kuvio 13) edistävästä tekijöistä suurimmaksi pääluokaksi nousi riittävät resurssit (n=49), sitä seurasivat tahtotila (n=33), toimijoiden yhteistyö (n=13) ja potilaiden ja omaisten osallisuus (n=3).



Kuvio 13. TupLei -toimintamallin käyttöönottoa edistäviä tekijöitä kuvaavien ilmaisujen osuus (lukumäärä) pääluokittain kaikista edistävien tekijöiden ilmaisuista (n=98).

5.1.1 Riittävät resurssit edistävänä tekijänä

Riittävät resurssit ja niiden merkitys puhuttivat vastaajia eniten. Tämä pääluokka piti sisällään kolme alaluokkaa, jotka olivat 1) henkilöstön kouluttaminen, 2) toimintamalliin

liittyvän ohjeistuksen laatiminen ja sen laajamittaisen käyttäminen, sekä 3) vastuuhenkilön/henkilöiden nimeäminen ja työajan resurssointi heille.

Henkilöstön eri ammattiryhmien mahdollisimman laajasti järjestetty kouluttaminen TupLei -toimintamalliin nähtiin tärkeänä jalkauttamisen osa-alueena. Osassa terveydenhuollon yksiköistä hoitajien ja lääkäreiden kouluttamiseen oli käytetty paljon resursseja. Kouluttaminen koski niin perusterveydenhuoltoa, erikoissairaanhoidtoa kuin työterveyshuoltoakin. Paikoitellen sidosryhmiä, kuten apteekkien henkilökuntaa oli kutsuttu mukaan koulutuksiin. Eräs vastaaja koki, että kouluttamisella voitiin lisätä toimintamallin tärkeäksi kokemista. Joissakin yksiköissä oli laadittu mediatiedotteita ja jaettu informaatiota intranetissä ja internetissä tunnettuuden lisäämiseksi. Säännöllisesti toistuvan koulutuksen katsottiin ylläpitävän toimintamallia.

(21) ”Me on järjestetty myös sitä koulutusta, joka vuosi on ollut vähintään yksi koulutus johonkin savuttomuusasiaan, jossa myös tämä TupLei -malli on ollut mukana sairaanhoitopiirissä, joka on siis koko maakunnan alueelle tarjottu. On kartoitettu nämä apteekit ja niitten kanssa on järjestetty yhteistyötä ja myös yhteiskoulutusta.”

(18) ”Ne on ollut juuri sen takia alueellisia koulutuksia, et me olisi saatu sitä avopuolen väkeä ja me on kutsuttu myös apteekkeja tähän.”

(12) ”Meillä on semmoinen henkilöstölehti ja siinä on ollut juttua. Me teimme semmoisen mediatiedotteen. Meillä on sellainen uutiskirje, jossa on mainittu tämä asia. Sitten laitettiin meidän intranettiin se kanssa ja internettiin.”

Selkeän ohjeistuksen laatimisen niin henkilökunnalle kuin potilaillekin ja sen systemaattisen käyttämisen katsottiin helpottavan toiminnan aloittamista ja sitouttavan henkilökuntaa. Valmis kirjaamisen työohje potilastietojärjestelmässä katsottiin antavan työkaluja vieroitustyöhön ja helpottavan toimintamallin käyttöä. Osassa yksiköistä oli käytetty menestyksellä valmiita verkossa tarjolla olevia vieroitukseen sopivia materiaaleja tai he olivat laatineet niitä yhteistyössä lääkeyhtiön kanssa. Katsottiin, että ohjeistuksen tuli olla yhtenäistä ja useammassa eri muodossa tarjottuna esim. taskukorttina, sähköisenä verkossa, kirjallisena, sairaalan seinillä julisteina ja näyttöruuduilla. Potilaille ennakoon lähetetyn materiaalin koettiin lisäävän tietoisuutta asiasta ja madaltavan puheeksi oton kynnystä.

(9) ”Hetki alkuun tehtiin selkeä toimintaohje ja sitä on helppo toteuttaa ja työntekijät ovat sitoutuneita siihen asiaan.”

(12) ”Minä uskoisin, että se meidän uusi potilasohjeemme ja tämä aulatelevisiojuttu on lähtenyt kyllä toimimaan hirveän hyvin.”

(14) ”Se on minun mielestäni hyvä, että se menee kaikille se tieto kutsukirjeissä automaattisesti. Potilas osaa odottaa sitä keskustelua. Tupakoitsijat tietävät, että siihen tullaan terveydenhuollon puolesta puuttumaan, niin se ei tule yllätyksenä ja sitä on voitu jo vähän prosessoida siellä kotona.”

(19) ”Ja kehitti niitä sellaisia lääkärin taskukorttia ja mietittiin, että minkälaista tiedotusta menee potilaallekin, että siinä oli lääkefirma alussa kovasti mukana, joka oli tosi hyvä, että saatiin se käyntiin.”

Vastuuhenkilön / henkilöiden nimeäminen koettiin käytännön implementaatiota edistäväksi asiaksi. Vastuuhenkilöiden tehtävänä oli koordinoida ja suunnitella toimintaa sekä toimia yhdyshenkilönä sidosryhmien välillä. Toimintamallia varten luodut tai jo olemassa olevat terveyden edistämistyötä tukevat rakenteet organisaatiossa helpottivat käyttöönottoa. Lisäarvoa ja uskottavuutta toimintamallia kohtaan toi vastaajien mukaan myös se, että henkilöstölle oli pystytty osoittamaan aikaa vieroitushoidon järjestämiseen potilaille.

(8) ”Minä olen itse saanut tähän hyvin työaikaa, että näitä vastaanottoja pystynyt hyvin järjestämään. Sen verran, kun on tarvinnut, niin olen pystynyt ottamaan (potilaita) vastaan, että se on ollut kyllä tosi positiivista.”

(11) ”Peräänkuulutan sitä, että joka paikassa pitäisi olla nimetty vastuuhenkilö, joka sitten siellä yksikössä sitä asiaa veisi. Ei se tarkoita, että hän yksin sitä tekisi, mutta olisi joku, joka ottaisi sen homman tietyllä tavalla siellä haltuun.”

(16) ”Pääroolissa oli hanketyöntekijät, jotka olivat 50-prosenttisella työajalla siinä. Ja meillä oli hankelääkäri 20-prosenttisella työajalla terveyskeskuksesta mukana. Voimakkaasti osallistu hankkeeseen meidän terveyskeskuksessamme oma kehitystyöryhmä, jossa istu terveyskeskuksen johtava lääkäri ja hoitotyönjohtaja.”

(18) ”Meillä on hirveän vahvat rakenteet täällä olemassa, että meillä on tekijöitä ja vastuuhenkilöitä eri tasoilla toimialueen vastuualueilla ja yksikötasoilla. Eli meillä ne palikat ovat valmiina.”

5.1.2 Tahtotila edistävänä tekijänä

Tahtotila -pääluokkaa kuvaavat ilmaisut jäsenyivät kolmeen alaluokkaan 1) johdon tuki, 2) aktiiviset vaikuttajat, sekä 3) tietoisuuden lisääminen ja motivaation kasvattaminen toimintamallia kohtaan.

Johdon sitoutumisella ja tuella koettiin olevan erittäin suuri merkitys toimintamallin jalkauttamisen onnistumisessa. Johdon hyväksyntä lisäsi uskottavuutta toimintamallia kohtaan ja antoi positiivista signaalia käyttöönotossa mukana olleille. Johdon myöntämä mandaatti takasi osaltaan resurssien kohdentamisen TupLei -toimintamallin käyttöönottoon.

(3) ”Se on ainakin ollut hyvä, että kun se (päättös) tulee riittävän ylhäältä lääkäripuolelta, että nyt tehdään näin ja on selkeät ohjeet, jotka tietää poliklinikka ja tietää leikkausosasto ja tämä ajananto, niin sehän tukee sitä asiaa.”

(6) ”Me kävimme esittelemässä tätä meidän pilottiajatustamme sairaanhoitopiirin ylilääkärien kokouksessa ja sieltä tuli sitten korkeimman johdon siunaus, että ehdottomasti tällainen pilotti laitetaan käyntiin.”

(9) ”Se oli niin vaikuttava luento, että samalta istumalta meidän ylilääkäri sanoi, että tämä on niin tärkeä asia, että klinikkaan tarvitaan niin sanottu tupakkalääkäri ja tupakkahoitaja.”

(13) ”Ylimmän johdon sitoutuminen erikoissairaanhoidossa, perusterveydenhuollossa ja työterveyshuollossa oli hyvää.”

(22) ”Sehän oli tosiaan hienoa, että oli se ylin johto täällä sairaanhoitoalueella sitoutunut tähän savuttomana leikkaukseen toimintaan ja he on tavallaan sen päätöksen tehnyt, että tällainen savuttomana leikkaukseen toiminta käynnistetään. Ja sehän on tietysti se tärkein lähtökohta.”

Aktiivisten vaikuttajien roolin ja heidän panostuksensa merkitys tuotiin esiin monissa vastauksissa. Aktiivisia vaikuttajia oli monissa ammattiryhmissä, erityisesti monilla lääkäreillä nähtiin olleen vahva ote ja innostuneisuus asiaan. Uuden toimintamallin käyttöönoton uskottiin vaativan asialleen omistautuneita henkilöitä ja aktiivisten auktoriteetti asemassa olevien henkilöiden vaikutuksen koettiin olevan suuri. Terveiden edistämisen ja erityisesti tupakoinnin vastaisen työn kokeminen tärkeäksi toimivat hyvänä motivaattorina.

(7) ”Meillä on ollut muutamia vahvoja lääkäreitä tässä, jotka on tämän asian puolesta puhunut.”

(16) ”Kimmoke lähti itse asiassa perusterveydenhuollon ja terveyden edistämisen yksikön suunnasta ja sen työntekijä oli niin kuin se suurin veturi, joka lähti tähän hankkeeseen mukaan. Meillähän oli tässä kaupungin kohdalla se hyvä puoli, että silloinen terveydenedistämisen johtaja oli tosi aktiivinen. Tupakka-asia oli hänellä oikeinkin keskiössä. Kirurgina on ollut sellainen oikein lippuhenkilö, joka on lähtenyt savutonta leikkausta eteenpäin viemään.”

(18) ”Me saatiin tällaisia spesialisteja (plastiikkakirurgi, keuhkolääkäri ja sairaanhoitaja), jotka ovat olleet tässä vahvasti mukana.”

(22) ”Kehittämisen- ja suunnitteluosastossamme työskentelee terveyden edistämisen erikoissuunnittelija ja hän on hyvin semmoinen aktiivinen. Hänellä on merkittävä rooli tässä terveyden edistämisen ylipäänsä. Hänen ja hallintoylihoitajan kautta asia oli lähtenyt alulle.”

Tietoisuuden lisäämisellä liittyen tupakoinnin riskeihin sekä motivaation kasvattamisella toimintamallia kohtaan katsottiin olevan positiivisia vaikutuksia toimintamallin käyttöönotossa. Tiedottaminen tietoisuutta lisäävänä tekijänä vaikutti positiivisesti asenteisiin ja lisäsi tärkeäksi kokemisen tunnetta toimintamallia kohtaan. Toistuva tiedottaminen toimintamallin olemassaolosta edesauttoi sen juurruttamista. Myös median käyttäminen apuna tiedon levittämisessä organisaatioiden ulkopuolelle koettiin hyvänä keinona tietoisuuden lisäämisessä.

(1) ”Kun alkoi tietoisuutta tulemaan lääkäreille lisää, että miten se tupakointi vaikuttaa, niin se lähti sitä kautta. Meillä oli täällä sanomalehti, niin siinä oli juttua, että sairaanhoitopiiri otti käyttöön tällaisen tupakoimattomana leikkaukseen toimintamallin. Sitten oli tuossa sairaanhoitopiirin henkilöstölehdessä myös sitä juttua. Kun sanomalehti kirjoitti, että tällainen toimintamalli on otettu käyttöön, niin silloin se vähentää sitä meidänkin painettamme täällä. Jotenkin ajattelen niin, että nämä ovat niitä onnistumisia. Luulen, että tästä alkoi tulla sitä tutkimustietoa lääkäreillekin, että ne vaativat sitä ja että ne teroittavat potilaalle, kuinka tärkeää se on, että toimenpide onnistuu.”

(4) ”Hyödyllistä oli se, että katsottiin faktat millä kaikilla tavoilla tupakka vaikuttaa leikkauspotilaan hoidon kulkuun ja mitenkä se tupakasta pidättäytyminen taas, mitä vaikutusta sillä on. Mielestäni ne on ollut sellaisia, jotka on auttanut sekä henkilökuntaa että asiakkaita ymmärtämään sen asian tärkeyden. Sitten kun sen asian tärkeyden ymmärtää, niin se loppu onkin vähän helpompaa, koska motivaatio ratkaisee.”

(15) ”Meillä on ollut TupLei:sta paikallislehdessä aikoinaan juttu. Jos yleisesti lähetään viemään eteenpäin, niin sitten se tarvitsee kyllä julkisuutta enemmän. Ja se vaatii henkilöitä, jotka käyvät sitten keskustelemassa muualla.”

(21) ”Positiivinen myönteinen asenne on ollut niin kun se. Aina kun tätä kysytään ja tätä kartoitetaan ja tästä puhutaan, niin kaikki on sitä mieltä, että tämä on hyvä asia.”

5.1.3 Toimijoiden yhteistyö edistävänä tekijänä

Tähän pääluokkaan kuuluvat ilmaisut liittyivät toimintaympäristöön ja siinä oleviin edistäviin tekijöihin toimintamallin käyttöönotossa. Toimijoiden yhteistyö -pääluokan kattoi alaluokat 1) sidosryhmien yhteistyö ja 2) merkinnät läheteissä.

Sidosryhmien yhteistyö kattoi eri instanssien, kuten perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, työterveyshuollon ja apteekkien, mutta myös eri ammattiryhmien välisen yhteistyön. Sidosryhmien välisen yhteistyön onnistuminen näkyi toimintamallin käyttöönottoa ja levittämistä tukevana. Sidosryhmien yhteistyön katsottiin olevan hyvää laaja-alaisena ja aktiivisena toimintana. Yhteydenpitoa pidettiin yllä tapaamisilla, koulutuksella,

sähköpostitse ja tiedotteiden jakamisella yhteistyökumppaneille. Monissa paikoissa oli koottu työ- tai ohjausryhmä suunnittelemaan ja edistämään TupLei:n käyttöönottoa.

(12) ”Meidän suunnitelmassamme oli, että apteekki on mukana. Se kaupunki oli meidän mielestämme hirveän hyvä pilottikohde, koska siinä oli niin kompaktisti sairaala, apteekki ja terveyskeskus fyysisesti erittäin lähellä toisiaan ja kaikki nämä ihmiset, jotka olivat vastuullisia niissä organisaatioissa, niin lähtivät mukaan.”

(16) ”Yhteistyö ja potilaan eteen yhdessä tehty panostus sekä perusterveydenhuollosta että erikoissairaanhoidolta. Tässä ei ole mitään raja-aitaa, vaan hyvän asian ja potilaan eteen tehty yhteistyö.”

(20) ”Hyvin tässä on sujunut yhteistyö meidän hoitajien kanssa, keuhkoklinikan ja tämän meidän savuttomuustyöryhmämme kesken. Yhteistyö ja ymmärrys on hyvällä tolalla.”

(23) ”Meidän kaikista suurin yksityinen työterveyshuolto ja sinne on aika hyvät yhteydet, niin sinne tämä malli vietiin. Yksityiset (toimijat) käytiin läpi ja tämä toimintamalli esiteltiin myös heille ja saatiin heidät siihen verkostoon mukaan.”

Merkinnät läheteissä edistävänä tekijänä nosti esiin yksi haastateltava. Vastaaja mainitsi, että kaikissa läheteissä oli merkintä tupakoinnista ja siihen liittyvästä keskustelusta. Tämän katsottiin edistävän toimintamallin käyttöönottoa. Haastateltavat toivat esiin, että tupakointitietojen merkinnässä läheteisiin oli paljon variaatiota. Kävi ilmi, että kirjaamisen systemaattisuutta potilastietoihin toivottiin ja sitä pidettiin tärkeänä etenkin läheteitä vastaanottavassa päässä. Laajalti oltiin sitä mieltä, että merkintä potilaan tupakointitiedoista edesauttaa toimintamallin ylläpitämistä ja helpottaa interventioiden suunnittelua, toimeenpanoa ja tehtyjen toimien arviointia. Tupakointimerkintöjen puutteellisen kirjaamisen katsottiinkin vaikeuttavan toimintamallin käyttöönottoa.

(5) ”Kaikissa läheteissä on maininta, että tupakan poltosta on keskusteltu.”

5.1.4 Potilaiden ja omaisten osallisuus edistävänä tekijänä

Potilaiden ja heidän omaistensa osallisuus nähtiin toimintamallin käyttöönottoa parantavana tekijänä. Osallisuuteen ja osallistamiseen liittyviä ilmaisuja oli määrällisesti varsin vähän. Osallisuuteen liittyvään pääluokkaan katsottiin kuuluvaksi alaluokat 1) kokemusasiiantuntijoiden mukanaolo ja 2) potilaiden kokemukset (motivaatiotekijä).

Kokemusasiiantuntijoiden rooli ja mukanaolo oli vähäistä (yksi ilmaisu). Moni vastaajista ilmaisi kuitenkin kiinnostuksensa ottaa jatkossa kokemusasiiantuntijoita avuksi TupLei-toimintamalliin.

(4) ”Meillä on tupakaton työryhmässä kokemusasiantuntija mukana.”

Potilaiden ja omaisten hyvät kokemukset olivat olleet omiaan parantamaan motivaatiota. Potilaiden hyvät kokemukset loivat uskoa ammattilaisille toimintamallin tarpeellisuudesta ja käyttökelpoisuudesta.

(17) ”Potilaat on kokenut sen positiivisena, että asiaan puututaan ja, että saa sitä apuvälinettä, lääkitystä tai sitten ihan konkreettistakin informaatiota mukaan. Se on ollut (positiivista). Tietyllä tavalla toimii sitten monelle myös motivaattorina, että saa semmoista asiallista tietoa. Sellaiset asiat kyllä toimivat.”

(20) ”Minä olen saanut meidän potilailtamme todella hyvää palautetta siitä, että on tartuttu asiaan, ja sitten omaiset ovat myös ilmoittaneet, että oli todella hienoa, että tähän asiaan puututtiin.”

5.2 Toimintamallin käyttöönottoa estäviä tekijöitä

Vastauksista nousseista ilmaisuista (kuvio 14) toimintamallin käyttöönottoa estävien seikkojen pääluokat olivat terveyden edistämistä ei mielletä omaksi tehtäväksi (n=38), seurannan ja arvioinnin puutteet (n=30), sekä resurssihaasteet (n=17).



Kuvio 14. TupLei -toimintamallin käyttöönottoa estäviä tekijöitä kuvaavien ilmaisujen osuus (lukumäärä) pääluokittain kaikista estävien tekijöiden ilmaisuista (n=85).

5.2.1 Terveyden edistämistä ei mielletä omaksi tehtäväksi

Ilmaisut, jotka käsittelevät terveyden edistämistä ja sen vähäistä mieltämistä omaksi tehtäväksi -pääluokka piti sisällään kolme alaluokkaa. Näitä alaluokkia olivat 1) asenteet ja/tai sitoutuminen, 2) yhteistyön ongelmat, ja 3) kokemusasiantuntijoiden käyttämättömyys.

Toimintamallin implementointiin estävästi vaikuttavat asenteet ja/tai sitoutumisen ongelmat olivat henkilöstön, erityisesti joidenkin lääkäreiden, muutosvastarinta ja vähättelevä suhtautuminen TupLei -toimintamallia kohtaan. Hoitohenkilökunnan asenteissa tällaista ei vastauksien perusteella ollut havaittavissa. Lääkäreiden merkityksellisyys osana savuttomuusketjua tiedostettiin, mutta tästä huolimatta tämän roolin sisäistäminen uupui. Parannettavaa nähtiin muun muassa esihenkilöiden sitoutumisessa toimintamalliin. Ratkaisuksi tähän ehdotettiin nimettyjä vastuuhenkilöitä, joille vastuu jalkauttamisesta kuuluisi. Yhtenäisessä linjassa savuttomuutta vaadittaessa ns. nollatoleranssin puuttuminen koettiin myös ongelmallisena. Osa epäi tupakoivilta potilailta kirurgisen hoidon ja osa ei. Ristiriitainen toimintalinja aiheutti ammattilaisissa hämmennystä ja vaikeutti toimintamallin toteuttamista. Epäröinti puuttumisessa potilaan elintapoihin ja tämän oikeutuksen kyseenalaistaminen toimivat estävinä tekijöinä toimintamallin käyttöönotossa. Unohtelu ja toimintamallin hiljalleen ”hiipuminen” kertoivat osaltaan asenteista liittyen toimintamallin jalkauttamiseen ja sen ylläpitämiseen. Systemaattisuuden puutteesta kielii myös toimintamallin hukkuminen muiden asioiden alle. Vastaajien ilmaisuista kävi myös ilmi, että osa ammattilaisista piti tupakasta vieroitusta vain tietyille ammattiryhmälle (hoitajille) kuuluvana asiana. Hoitajien ja lääkäreiden kyky tunnistaa vieroitushoitoa tarvitsevat potilaat ja toisaalta tarjota oikeanlaista hoitoa sitä tarvitseville kyseenalaistettiin.

(2) ”Jos potilaalle ei lääkäri sitä (tupakointikieltoa) määrää, niin ei hoitaja pysty sitten sanomaan, että ei sitä leikatakaan, jos lääkäri on luvannut leikata. Pitää kaikkien ammattiryhmien olla tässä asiassa takana.”

(14) ”Emmehän me voi ketään yksittäistä työntekijää tai lääkäriä pakottaa sitä noudattamaan. Ja selvästikin joissakin yksiköissä ollaan tarkempia ja joissakin ei. Sitä pitää toistaa sitä viestiä, kun se ehkä koetaan jossain määrin ylimääräisenä työnä niille potilaille käydä läpi sitä tupakoinnista lopettamista.”

(20) ”En ole nähnyt, että ensimmäinenkään lääkäri olisi halunnut tulla meidän näille koulutuspäiville. Joko se mielletään, että asiasta ei tarvitse välittää, tai sitten se mielletään liikaa tämmöiseksi hoitajatyypiksi asiaksi, että hoitajat ottakoot kantaa tähän asiaan. Minulla on ollut todella paljon tekemistä erikoissairaanhoidossakin, että minut mahdutetaan sinne puhujalistalle (aamumiitinkeihin). Kynnys on ollut todella kova ja kyllä minä olen saanut tämmöistä aika tiukkaa palautetta

siitä, että eikö minulla ole parempaa tekemistä. Ja kanssa on koettu epävarmuutta, että saako ottaa kantaa tähän asiaan (potilaan tupakointiin).”

Yhteistyön ongelmat ja puutteet näyttäytyivät ongelmina yhteydenpidossa sidosryhmien välillä, yhtenäisen toimintalinjan löytämisen ongelmina, ja viestintäkanavien sekä tietojärjestelmien yhteensopivuuden puutteina. Haasteet yhteistyössä tunnistettiin hyvin. Osassa paikoista yhteistyötä ja yhteydenpitoa ei käytännössä ollut ollenkaan tai se oli hyvin vähäistä. Tällöin usein yhtenäisen toimintamallin luominen ja vieroitushoitoketjun toteuttaminen organisaatioiden välillä oli myös puutteellista. TupLei -toimintamallin ”myyminen” sidosryhmille koettiin hankalana. Yhtenäisten tietojärjestelmien puuttuminen ja sen mukanaan tuomat haasteet tuotiin myös esille.

(9) ”Yhteistyö varsinkin perusterveydenhuollon kanssa on ollut hyvin vähäistä ja samoin oikeastaan työterveyshuollonkin kanssa.”

(14) ”Käytännössä meillä ei ole sellaista, että se olisi sovittu joku selkeä reitti, miten me ohjaamme sitten ne potilaat johonkin muualle.”

(18) ”Kaikki on kohdallaan ja laadukasta materiaalia ja viimeisimpään tietoon perustuvia malleja laaditaan, mutta sitten se heikko lenkki on tosiaan se, että me ei saada ikään kuin myytyä sitä erikoissairaanhoidon, sillä tavalla, että se otettaisiin vakavasti.”

(22) ”Työterveyshuolto ei ole vielä aktiivisesti tämän toimintamallin toteuttamisessa mukana. Siinä hankaloittaa hirveän paljon, kun on nämä potilastietojärjestelmätkin eri. Pitää vähän niin kuin palastellen mennä tässä asiassa eteenpäin.”

Kokemusasiiantuntijoiden mukana oleminen tai pikemminkin heidän puuttumisensa toistui lähes kaikkien vastaajien ilmaisuissa. Mahdollisuus heidän mukaan saamiseensa kyllä kiinnosti ja sen mukanaan tuomat mahdolliset hyödyt tuntuivat olevan selvillä. Moni vastaajista suhtautuikin kokemusasiiantuntijoiden käyttämiseen toimintamallin jalkauttamisessa positiivisesti ja oli valmis harkitsemaan sitä jatkossa.

(2) ”Siihen se on sitten jäänytkin sen toimintamallin kehittäminen, eli ei ole mitään ryhmiä, että kaikki vierotukset on tapahtunut yksilövastaanotolla eikä ole ollut mitään kokemusasiiantuntija ym. toimintaakaan.”

(6) ”Meillä ei ole ollut kokemusasiiantuntijoita. Mikä itse asiassa minusta oli hirveen hyvä kysymys ja josta pitäisi ottaa kappa, koska meillä polkee paikallaan tämä homma, niin se on erittäin hyvä vinkki.”

(13) ”Meillä aloitetaan nyt kokemusasiiantuntijakoulutus somatiikan puolella. Kokemusasiiantuntijaohjaajalta voisin kysyä, että voinko minä käyttää näitä kokemusasiiantuntijoita leikkaukseen menevien potilaitten kanssa vai koulutettaisiinko omia sitten somatiikan puolelle. Se olisi muuten aika hyvä idea.”

5.2.2 Seurannan ja arvioinnin puutteet

Seurannan ja arvioinnin puutteiden katsottiin olevan estäviä tekijöitä toimintamallin käyttöönotossa. Tämä pääluokka piti sisällään ilmaisut kolmesta alaluokasta, jotka olivat 1) systemaattisuuden puuttuminen toiminnasta, 2) puutteellinen kirjaaminen, ja 3) seuranta- ja arviointitiedon käsittelemättömyys.

Systemaattisuus ja sen puuttuminen toiminnasta näkyi koulutuksien järjestämisen ja niihin osallistumisen satunnaisuutena. Tässä vastausryhmässä korostui lääkäreiden toiminta ja puutteet niissä. Toimintamallin jatkuvuuden mahdollistaminen, jatkuva arviointi sekä kehittäminen oli toistuvasti unohdettu. Lisäksi systemaattisen toiminnan puutteet tulivat esiin esimerkiksi satunnaisena henkilöstä riippuvana toimintamallin toteuttamisena, unohteluna käytännön toimissa ja toimintamallin hukkumisena muun toiminnan jalkoihin. Systemaattiseen tiedottamiseen ja viestinnän toistuvuuteen toivottiin keinoja ja tätä kautta parannusta TupLei -toimintamallin juurruttamiseen.

(2) ”Juuri tämä tällainen jatkuvuus ja jatkuva kehittäminen on tavallaan päättynyt ja jäänyt muiden asioiden jalkoihin. On sovittu tietyt jutut, mutta sitten se on jäänyt siihen se kehittäminen, että sitä ei ole sitten viety pidemmälle.”

(9) ”Kontrollikäynnillä ei tahdota aina muistaa kysyä, että mikä on se tupakointitilanne potilailla, että ovatko edelleen olleet tupakoimatta ja niin pois päin.”

(10) ”He (lääkärit) eivät olleet kaikki edes tietoisia siitä (toimintamallista). Se on vähän katkennut siellä heidän alueella. Meilläkin on pitänyt tiedottaa, mutta se on varmaan jäänyt vähän puolitiehen se tiedottaminen. Enemmän olisi tarvinnut viedä eteenpäin ja sitä asiaa pitää yllä.”

(13) ”Kun lääkäri tekee lähetteen operatiivista arviota varten, niin hän ohjaa potilaan sairaanhoitajan luo yksilöohjaukseen. Tämä ei kyllä toteudu. Arjen kiireessä tämä malli hukkuu siellä terveyskeskuksessa, kun siellä aloitetaan innolla, mutta sitten se vaan unohtuu.”

Puutteellinen tupakointitietojen kirjaaminen läheteisiin ja muihin potilasasiakirjoihin koettiin osaltaan haittaavan toimintamallin käyttöönottoa ja juurruttamista. Kirjaaminen oli satunnaista eikä se ollut riittävän informatiivista. Puutteellisen kirjaamisen katsottiin vaikeuttavan toimintamallin vaikuttavuuden arviointia ja lisäävän työtä läheteitä vastaanotavassa päässä. Esiin tuotiin myös toiveita tupakointitietojen yhtenäisen ja rakenteellisen kirjaamisen mahdollistamisesta. Epäselväksi jäi, oliko kirjaamisen toteuttamisesta luotu yhtenäisiä ohjeita. Yhteistyötahojen ja eri organisaatioiden tietojärjestelmien erilaisuus vaikeuttivat kirjaamisen yhtenäistämistä.

(6) ”Kirjaaminen on hyvin suuri ongelma. Ensinnäkin se, että asiaa ei muisteta kirjata, ei läheteeseen, ei polilla, ei sairauskertomukseen, johonkin tämmöiseen, mitä siellä olisi semmoisia kohtia, mihin sitä voisi laittaa. Nykyään on niin hirveästi sitä muutakin muistettavaa ja kirjattavaa, niin tämä kirjaamishomma ontuu.”

(7) ”Aika paljon tulee huonoja läheteitä. Joudutaan moneen kertaan mahdollisesti soittamaan potilaalle ja kyselemään ja potilaspapereita tutkimaan hyvinkin tarkasti, että mitä sieltä löytyy. Hyvin puutteellisia on luvattoman paljon läheteistä.”

(21) ”Me olemme parina vuonna tehneet tämän selvityksen, että kuinka monella ylipäätänsä tämä tupakointitieto olisi kirjattuna läheteeseen tai ylipäänsä, että se olisi otettu puheeksi siellä lähettävällä tasolla, niin kyllä se aika vaatimatonta on. Ja myös niin päin, että jos ei sitä lue läheteessä eikä sinne kirjattuna niin sitten, että se toteutuisi täällä kirurgian klinikalla, niin siinäkin nyt ei paljon paremmat tulokset ole. Ehkä vähän systemaattisemmin sitä tupakointitietoa kysytään täällä meidän kirurgisilla klinikoilla pääsääntöisesti. Mutta, että sille jotain tehtäisi tai se olisi kirjattuna potilaan tietoihin, niin sitä juurikaan ei löydy.”

Systemaattisen seuranta- ja arviointitiedon puutteet tulivat ilmi vastauksissa. Systemaattisen kirjaamisen ja arviointijärjestelmän puuttuminen tekivät TupLei -toiminnan tulosten ja vaikutusten arvioinnista hankalaa. Tehtyjen toimien vaikuttavuus ja tehokkuus olivat jääneet selvittämättä tai ne oli tehty puutteellisesti valtaosassa yksiköistä. Arvioinnin tekeminen katsottiin sinällään kyllä tärkeäksi ja tähän toivottiin jatkossa parannusta.

(6) ”Ja sitten kolmas ongelma on tulosten mittaaminen, mikä on hyvin haasteellista, koska kirjaaminen ontuu.”

(12) ”Minä en tiedä kuinka hyvin se sitten käytännössä toimii, että meillä ei ole sellaista seurantaa ollut, että me olisimme katsoneet tämän koko prosessin alusta loppuun asti. Se kysely oli se kaikkein isoin haaste meillä siinä, että miten me saamme ikään kuin siitä pilotista palautetta seurantatiedon keräämisen kautta. Minä en oikeastaan osaa sanoa, että mikä on meidän alueella muuttunut. Se olisi varmaan semmoinen, joka kannattaisi meidän kanssa selvittää.”

(15) ”No, siis seurantahan on tässä aika haasteellista, kun ei ole oikein kunnan seurantamenetelmiä. Siihen seurantaan ei ollut mitään erillisiä järjestelmiä, että millä tavalla lopulta tapahtuu sitten.”

5.2.3 Resurssihaasteet

Resurssihaasteet ja niiden kielteiset vaikutukset toimintamallin käyttöönottoon liittyen kävivät ilmi haastateltavien ilmaisuista. Resurssihaasteet pääluokka muodostettiin kahden alaluokan 1) ajan tai resurssien puutteeseen ja 2) henkilökunnan vaihtuvuuteen liittyvistä ilmaisuista.

Ajan tai resurssien puute ilmeni vaikeutena löytää aikaa toimintamalliin liittyviin koulutuksiin pääsemiselle. Erityisesti lääkäreiden työaikaa oli huonosti allokoitu tätä varten. Tämä

koettiin vahvasti epäkohtana. Hoitohenkilökunnan koulutuksiin pääsyssä onnistuttiin paremmin. Lisäksi ajan ja resurssien puutteiden katsottiin vähentävän konkreettista vieroitushoidon saatavuutta sekä vaikeuttavan sidosryhmien välistä yhteistyötä. Haastateltavat kokivat, että työajan osoittaminen pelkäästään toimintamalliin liittyviin ja sitä tukeviin tehtäviin parantaisi TupLei -toiminnan juurruttamista. Toimintamalliin käytettävästä ajasta kilpailivat monet muutkin tärkeäksi koetut tehtävät. Resursseja toivottiin erityisesti perusterveydenhuoltoon, jonka rooli nähtiin keskeisenä toimintamallin onnistumisen kannalta.

(4) ”Ajan löytäminen sille (vieroitushajaukselle) on varmasti haaste. Ja toisaalta ajan löytäminen sille kouluttautumiselle.”

(5) ”Ongelma on tietysti, että lääkärit eivät sinne (koulutukseen) ehdi, kun ne ovat päiväsaikaan. Siellä on ollut hoitohenkilökuntaa, mikä on tietysti tärkeätä, mutta ne tuskin sitä asiaa vie eteenpäin siellä maakunnissa.”

(7) ”Ja siihen ohjaukseen, kuinka paljon pystytään käyttämään yhden potilaan kohdalla aikaa. Se on ainakin hoitohenkilökunnan puolella niitä isoja haasteita, että on niin paljon niitä erilaisia asioita. Toki tässä on sitten se, että erikoissairaanhoidokäynti saattaa olla se yksittäinen käynti vaan ja nämä asiat pitäisi tehdä perusterveydenhuollossa huomattavasti paremmin ja laajemmin, mitä tällä hetkellä siellä toimitaan. Ja tämä on varmasti sitten semmoinen resurssiasia.”

Henkilökunnan, niin lääkäreiden kuin hoitajienkin, tiheä vaihtuvuus loi TupLein levittämiseksi haasteita. Tiedonkulku, toimintamalliin liittyvä perehdyttäminen, kouluttaminen ja toimintamallin omaksuminen haastavassa henkilökuntatilanteessa koettiin ongelmallisena. Vaihtuvuuden vuoksi toimintamalliin liittyvää koulutusta oli tarpeen järjestää toistuvasti. Ilmaisujen mukaan lääkäreiden vaihtuvuus koettiin useammin ongelmana kuin hoitajien. Joko lääkäreiden vaihtuvuus hoitajiin nähden oli suurempaa tai heidän keskeinen roolinsa toimintamallissa aiheutti konkreettisempaa haittaa. Lääkäreiden suurempaan vaihtuvuuteen vaikuttivat osittain ammatilliseen koulutukseen ja erikoistumiseen liittyvät järjestelyt.

(6) ”Haaste on just tämä, että kun henkilökunta vaihtuu, niin pitäisi olla rummuttamassa ihan kuukausittain tästä asiasta.”

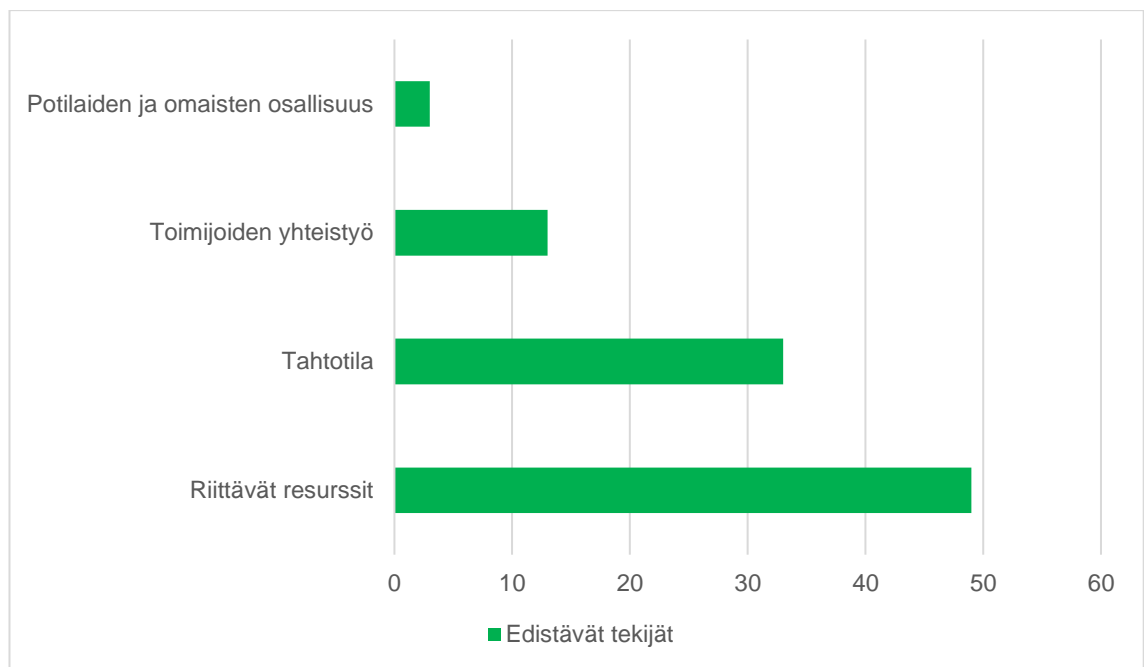
(13) ”Organisaatioissa on tosi vaikeaa tehdä tällaisia käytäntöjen muuttamisia, kun siellä on niin paljon toimijoita ja tulee uusia lääkäreitä ja vanhoja menee eläkkeelle, hoitajat melkein pysyvät paremmin paikallaan.”

(19) ”Ongelma siellä terveyskeskuksessa on se, että kun siellä on eurolääkäreitä, jotka vaihtuvat siellä. Niin jaksavatko ne seniorit siellä muistuttaa niitä nuoria lääkäreitä, jotka koko ajan vaihtuu.”

5.3 Yhteenveto tuloksista

5.3.1 Toimintamallin käyttöönottoa edistävät tekijät

Kuviossa 15 ilmaisujen lukumäärät pääluokittain. Kukin ilmaisuista sijoitettiin vain yhteen luokkaan sen keskeisimmän sisällön mukaisesti. Osa ilmaisuista oli laaja-alaisia ja niissä oli päällekkäisyyksiä. Näin ne olisivat sopineet sisällöltään useampaan kuin yhteen pääluokkaan.



Kuvio 15. Edistävät tekijät pääluokittain ilmaisujen lukumäärillä esitettyinä.

Tämän työn aineiston mukaan keskeistä TupLei -toimintamallin onnistuneessa käyttöönotossa olivat riittävät resurssit. Resursseja tulisi ohjata henkilöstön kouluttamiseen. Tärkeää oli myös sidosryhmien kouluttaminen hoitoketjun saumattomuuden ja toimintamallin toteutumisen kannalta. Kouluttamisella katsottiin voitavan kohottaa toimintamallin profiilia ja lisätä näin sen tärkeäksi kokemisen tunnetta. Toimintamallin tueksi toivottiin laadittavan ohjeistus ja sen levittäminen mahdollisimman laajalle yhteistyöverkostoissa. Ohjeistuksen levittämisen tulisi olla monikanavaista. Ohjeistuksen ja tietoisuuden levittämisellä tulisi tavoitella henkilöstöä, potilaita kuin heidän omaisiaan sekä suurta yleisöä. Tällä voidaan lisätä potilaiden ja heidän omaistensa tietoisuutta ja helpottaa puheeksi ottoa vastaanotolla. Sillä on myös vaikutusta yleisen mielipiteen muokkauksessa tupakoinnin vastaiseksi. Lisäksi resursseja tulisi ohjata implementaation kannalta olennaisten

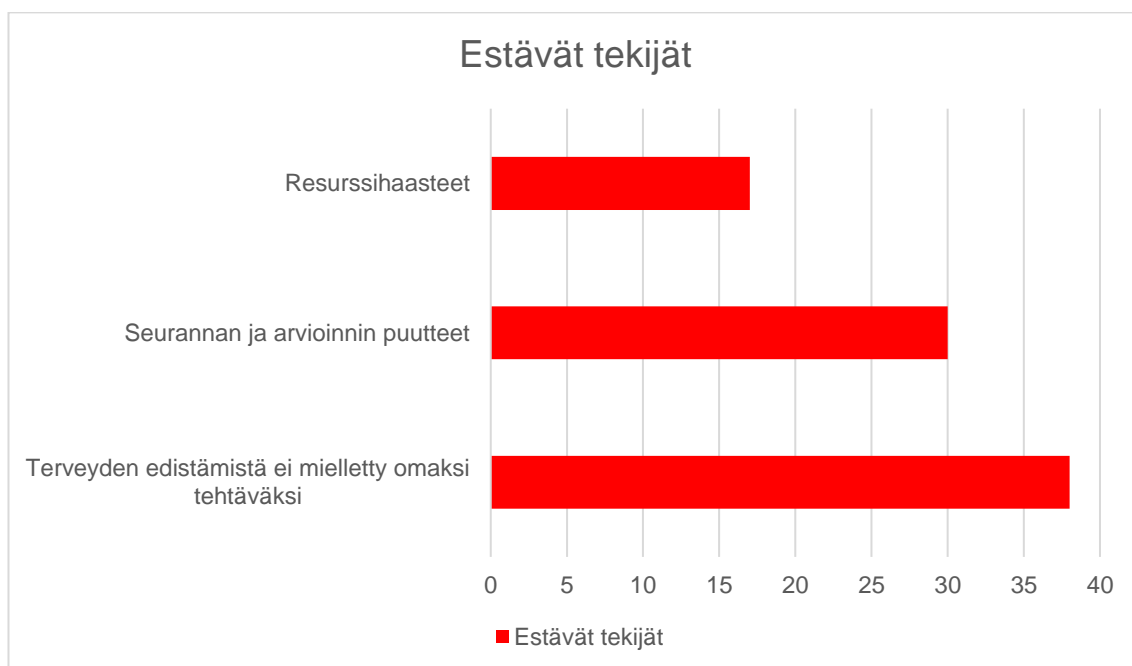
erikseen nimettyjen vastuuhenkilöiden työaikaan ja riittävän vieroitusohjauksen tarjoamiseen potilaille. Tällä on myös TupLei -toimintamallin uskottavuuteen positiivisesti lisäävää vaikutusta.

Toimintamallin käyttöönottoon osallistuvan henkilöstön tahtotilalla koettiin olleen merkittävä vaikutus onnistumisessa. Johdon tuki ja sitoutuminen olivat ensiarvoisen tärkeitä. Aktiiviset henkilövaikuttajat eri ammattiryhmistä ja heidän roolinsa tärkeys nostettiin esiin. Erityisesti lääkärivaikuttajien panos nousi esille. Tietoisuuden lisääminen liittyen tupakoinnin haittoihin ja motivaation kasvattaminen toimintamallia kohtaan näyttelivät olennaista osaa kokonaisuudessa. Tähän katsottiin tultavan pyrkiä koulutuksen ja tiedottamisen avulla. Toimintamallista tiedottamisen tärkeyden lisäksi sen säännöllisyyttä ja jatkuvuutta korostettiin.

Toimijoiden, niin organisaatioiden kuin ammattiryhmienkin väliset yhdyspinnat tulisi luoda mahdollisimman esteettömäksi yhteistyölle. Säännöllisen, moniammatillisen, laaja-alaisen ja aktiivisen yhteistyön katsottiin olevan hedelmällistä ja edistävän implementaatiota. Työ- tai ohjausryhmän olemassaolo ja sen tekemä suunnittelu- ja toimintamallin edistämistyö tukivat käyttöönoton onnistumista. Potilaan tupakointiin liittyvät asianmukaiset merkinnät läheteissä ja muissa potilaspapereissa helpottivat toimintamallin käyttöönottoa ja sitä arvostettiin läheteitä vastaanottavassa päässä. Kirjaamistapojen yhdenmukaistamisella saavutettaisiin hyötyjä ja se vähentäisi samalla ylimääräistä työtä. TupLei -toiminnan vaikuttavuuden arviointia helpottaa asianmukainen kirjaaminen. Potilaiden ja heidän omaistensa osallisuus ja osallistaminen koettiin olevan edistäviä tekijöitä toimintamallin implementaatioissa. Kokemusasiantuntijoiden käyttämiseen vieroitusohjauksessa suhtauduttiin positiivisesti ja tätä toivottiin jatkossa käytettävän laajalti.

5.3.2 Toimintamallin käyttöönottoa estävät tekijät

Kuviossa 16 ilmaisujen kappalemäärät pääluokittain. Kukin ilmaisuista sijoitettiin vain yhteen luokkaan sen keskeisimmän sisällön mukaisesti. Osa ilmaisuista oli laaja-alaisia ja niissä oli päällekkäisyyksiä. Näin ne olisivat sopineet sisällöltään useampaan kuin yhteen pääluokkaan.



Kuvio 16. Estävät tekijät pääluokittain ilmaisujen määrällä esitettyinä.

Keskeinen aineistosta esiin noussut TupLei -toimintamallia estävä tekijä oli, että terveyden edistämistä ei mielletty omaksi tehtäväksi. Se, että terveyden edistämistyötä ei mielletty omaksi tehtäväksi, kielii osaltaan asenteiden ja sitoutumisen ongelmista, mutta myös koulutuksellisista haasteista. Tämä ei voi olla heijastumatta toimintamallia kohtaan - erityisesti osalla lääkäreistä muutosvastarinnan ja vähättelevän suhtautumisen katsottiin haittaavan implementaatiota. Terveydenhuollon ammattihenkilön oikeus puuttua potilaan terveydelle haitallisiin elintapoihin myös kyseenalaistettiin. Yhtenäisen toimintalinjan puute vaatimuksissa savuttomuudelle, toimintamallin unohtelu ja hiipuminen kielivät myös suhtautumisen ongelmista. Esiin tuotiin myös mielipiteitä siitä, että tupakasta vieroitus ei kuuluisi lääkäreille, vaan että se olisi pikemminkin hoitohenkilökunnan tehtävä.

Yhteistyön ongelmat tai pikemmin yhteistyön puuttuminen näyttäytyivät yhteydenpidon, yhtenäisten toimintalinjojen ja vieroitushoitoketjun puutteellisuutena. Viestintäkanavien

ja yhtenäisten potilastietojärjestelmien puuttuminen vaikeutti osaltaan tiedon siirtämistä sidosryhmille. Kokemusasiantuntijoiden käytön puuttumisen katsottiin olleen epäsuorasti puute toimintamallin implementaatioissa ja jatkossa heidän osallistamisensa toimintamallin käytön yhteydessä olevan mahdollisesti toimintamallin onnistumisen kannalta positiivinen asia.

Systemaattisuuden puuttuminen näkyi toimintamallin käytännön toimien unohteluna ja toimintamallin hautautumisena muiden töiden alle. Systemaattiseen tiedottamiseen ja viestinnän toistuvuuteen toivottiin parannusta. Potilasasiakirjoihin kirjaamisen satunnaisuus ja informatiivisuuden vähäisyys vaikeuttivat toimintamallin jalkauttamista ja juurruttamista. Systemaattista seurantaa ei ollut tehty tai tehtyjen toimien vaikuttavuutta ja tehokkuutta ei ollut juurikaan arvioitu. Arvioinnin tekeminen katsottiin sinällään kyllä tärkeäksi. Toiveita rakenteisen kirjaamisen mahdollisuudesta tuotiin esille.

Resurssit ja niiden riittämättömyydestä johtuvat haasteet tuotiin ilmi vastauksissa. Ajallisten resurssien haasteet näkyivät toimintamalliin liittyviin koulutuksiin pääsemisen vaikeuksina erityisesti lääkäreillä. Ajallisten resurssien puutteen katsottiin vaikuttavan vähentävästi vieroitushoidon tarjoamiseen sekä sidosryhmien väliseen yhteistyöhön. Haastateltavat toivat esiin, että työajan allokointi tietyille henkilöille vain TupLei-toimintamalliin parantaisi toiminnan juurruttamista. Henkilökunnan tiheä vaihtuvuus yhdessä aika- ja henkilöstöresurssihaasteiden kanssa loivat tiedonkululle, toimintamalliin liittyvälle kouluttamiselle ja toimintamallin omaksumiselle haasteita. Ilmaisista päätellen lääkäreiden vaihtuvuus koettiin ongelmallisempänä kuin hoitajien.

6 Pohdinta

6.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Halukkuutta tutkimukseen osallistumiseen oli etukäteen tiedusteltu sähköpostitse. Osallistujat täyttivät suostumuslomakkeen ja palauttivat sen (Liite 1). Haastateltavat saivat alustavan kysymyslistan luettavakseen ennen haastattelua (Liite 2). Haastateltavat oli valittu harkinnanvaraisesti toimintamallin toteutukseen osallistuneista terveydenhuollon ammattilaisista erikoissairaanhoidosta ja perusterveydenhuollosta.

Tätä laadullista tutkimusta eivät sido samanlaiset tiukat tulkintasäädökset kuin määrällistä tutkimusta sitovat. Tälle tutkimustyyppille olennaista on sen ainutlaatuisuus ja aineiston tulkinta on myös sen mukainen. (Hirsijärvi ym. 2008: 160, 199–202.) Oma kokemus, tuntemus ja tulkintani aineistosta sekä siitä vetämäni johtopäätökset on raportoitu sellaisena kuin olen ne itse nähnyt. Tällä on vaikutusta myös siihen, kuinka lukijat tekemäni havainnot ymmärtävät. Samasta tutkittavasta ilmiöstä voidaan saada useita tulkintoja ja ne ovat kaikki oikeita. Olen kuitenkin pyrkinyt luotettavuuden takia perustelemaan tekemiäni ratkaisuja ja havaitsemiani ilmiöitä. (Kananen 2008: 96–97.)

Luotettavuuden kannalta olen tässä työssä pyrkinyt siihen, että analyysi ja tulokset esitetään niin selkeästi, että lukija saa käsityksen, miten analyysi on tehty ja hahmottaa mitkä ovat tutkimuksen vahvuudet ja heikkoudet. Uskottavuutta lisää myös se, että luodut kategoriat tai luokitukset kattavat juuri tämän tutkimuksen aineiston. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 197–198.) Tulokset kuvataan siten, että ne ovat linjassa haastateltujen antaman informaation kanssa (Kananen 2008: 39-40). Autenttisten, suorien lainauksien käyttäminen tämän tutkimuksen tulosten yhteydessä lisäävät osaltaan tutkimuksen luotettavuutta. Suoria lainauksia ilmaisuihin on muokattu yleiskielelle vastaajien anonymiteetin säilyttämiseksi ja toisaalta niiden paremman luettavuuden kannalta. Terveystieteiden yksiköiden, henkilöiden ja kaupunkien / sairaanhoitopiirien nimet on poistettu suorista lainauksista vastaajien ja yksiköiden tunnistettavuuden häivyttämiseksi. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 198.)

Vaikka tulkintani ovat riippuvaisia omista lähtökohdistani ja voivat vaihdella näin tutkijasta toiseen, tulisi myös muiden tutkijoiden olla yksimielisiä tuloksista ja päätyä samaan lopputulokseen. Tämän työn tulosten luotettavuutta parantaa ns. tutkijatriangulaatio, jossa aineiston on lukenut ja analysoinut kaksi eri henkilöä, opinnäytetyön tekijä ja HUSin Perusterveydenhuollon yksikössä Tuplei-toimintamallin parissa toimiva tutkija. Aineiston lukijoiden päätymistä samansuuntaisiin tulkintoihin alustavassa analyysissään voidaan pitää luotettavuutta lisäävänä tekijänä (Kananen 2008: 125–128; Tuomi – Sarajärvi 2018.) Aineiston lukemiselle ja analysoinnille voidaan lisäksi laskea yksimielisyyskerroin ja tässäkin valossa tulosta voidaan pitää niiltä osin luotettavana (Kyngäs – Elo – Pölkki – Kääriäinen – Kanste 2011: 140; Tuomi – Sarajärvi 2018). Luotettavuuden lisäämiseksi tutkimus dokumentoidaan tarkasti. Tällä mahdollistetaan ulkopuolisten arvioijien mahdollisuus seurata tutkimusprosessin eri vaiheita ja tarkistaa käytettyjen ratkaisujen virheettömyys. Tämän tutkimusaineiston pohjalta on tekeillä artikkeli, joka julkaistaan myöhemmin tiedelehdessä.

Yleistettävyydellä on pyritty mahdollistamaan tuloksien siirrettävyys tarvittaessa toiseen tutkimusympäristöön. Tästä syystä tutkimuskonteksti on kuvattu tarkasti, muun muassa osallistujat, heidän taustansa, sekä aineiston keruu ja analyysi on seikkaperäinen. Näin lukijan on helpompi seurata tutkimusprosessia. Tässä työssä aineiston kylläntyminen eli saturaatio parantaa tulosten yleistettävyyttä (Tuomi – Sarajärvi 2018).

Tässä tutkimuksessa on noudatettu Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) ja Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvoston (ARENE) ohjeita hyvän tieteellisen tutkimuksen tekemisestä (TENK 2012; ARENE 2020). Tutkimuksen yhteydessä kerätyt aineistot säilytetään hyvän tutkimustavan vaatimusten mukaisesti ja hävitetään sen jälkeen.

6.2 Tulosten tarkastelua

Tämän työn tarkoituksena oli kuvata tupakoimattomana leikkaukseen toimintamallin (TupLei) käyttöönottoon liittyviä edistäviä ja estäviä tekijöitä soteammattilaisten kokeamana eri puolilla Suomea. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, minkä avulla TupLei -toimintamallin implementointia voitaisiin jatkossa tehostaa. Ammattilaisten kokemukset asiasta oli kerätty haastattelemalla. Haastatteluaineisto analysoitiin sisällönanalyysin avulla. Aineiston analyysin avulla löydettiin keskeisiä edistäviä ja estäviä tekijöitä, jotka liittyivät TupLei -toimintamallin käyttöönottoon.

Tässä työssä käytetyn aineiston perusteella yksi keskeisimmistä asioista toimintamallin käyttöönoton onnistumiselle oli, että resursseja oli ohjattu riittävässä määrin henkilöstön kouluttamiseen. Henkilöstön koulutus ja osaaminen on tunnistettu yhdeksi toimintamallin onnistuneen käyttöönoton edellytykseksi (Grenhalg ym. 2004). Kouluttamisen on ulotuttava koskemaan kaikkia potilaiden hoitoon osallistuvia ammattiryhmiä. Henkilökunnan kouluttamisen tarpeellisuus tuodaan esille myös Steson Tupakasta vieroituksen laatukriteerit terveyden huollossa -raportissa (Krogerus – Ekblad – Heikkinen – Korhonen 2017:1,6) sekä Uusituvan ja Rautalahden (2017: 47.) konsensuslausumassa. Säännöllisen ja jatkuvuutta korostavan kouluttamisen unohtaminen johti ennen pitkää TupLei -toimintamallin hiipumiseen. Yhteiset kouluttamiset toimivat myös vuoropuhelun tavoin ja helpottavat kanssakäymistä eri organisaatioiden yhdyspinnoissa ja sidosryhmien kesken. Toimintamallin tärkeäksi ja toiminnan omaksi kokeminen ovat implementaatiossa oleellisia. Haastateltavat kokivatkin, että kouluttamisen avulla voitiin nostaa toimintamallin profiilia ja lisätä näin sen tärkeäksi kokemisen tunnetta. Asian tärkeäksi kokeminen

sitouttaa osaltaan toimijoita. Resurssien satsaaminen koulutukseen nostaa toimintamallin profiilia ja antaa signaalia sen merkityksellisyyden puolesta. Kouluttamisella parannettiin TupLei-toimintamallin tunnettavuutta. Henkilöstön muutosvastarintaan ja toimintamalliin väheksyen suhtautumiseen voidaan vaikuttaa kouluttamisella ja tietoisuutta lisäämällä. Tiedon lisäämisen tavoitteena on myös asenteisiin ja motivaatioon vaikuttaminen. Henkilökunnan vaihtuvuus on haaste toiminnan implementaation ja jatkuvuuden kannalta. Vaihtuvuus aiheuttaa tietokatkoksia ja hankaloittaa tiedon levittämistä sekä TupLein juurruttamista. Henkilökunnan vaihtuvuuteen vaikuttavat hyvin monet tekijät.

Erityisesti moniammatillisten koulutusten järjestäminen on tärkeää uusien toimintatapojen juurruttamisen ja terveydenhuollon kehittämisen takia (Kumpusalo-Vauhkonen – Järvensivu - Mäntylä 2016: 28–31, 37–39). Voitaneen myös katsoa, että laki terveydenhuollon ammattihenkilön täydennyskoulutusvelvollisuudesta ja jatkuvasta ammatillisesta kehittymisestä velvoittaa työntäjän tarjoamaan mahdollisuutta hankkia ammatillista täydennyskoulutusta, jollaiseksi TupLei-toimintamalliin liittyvä kouluttautuminen voidaan laskea (Finlex 2020). Ammattilaisten tupakka- ja nikotiinivieroitus osaamista tulee vahvistaa koulutuksen avulla (Uusitupa – Rautalahti 2017: 47).

Toimijoiden välisen luottamuksen ja sitoutumisen on katsottu tutkimusten mukaan parantavan kehittämistyön onnistumisen edellytyksiä. Hyvät tulokset mahdollistavat uusien yhteistyökumppaneiden mukaan saamisen. Tämä puolestaan lisää uutta käytettävissä olevaa tietoa mahdollistaen entistä paremmin toimintamallin levittämisen ja juurruttamisen. (Järvensivu – Nykänen – Rajala 2011: 369–392.) Toimintamallin käytännön toteuttamisen tueksi tulisi laatia työohje ja sitä tulisi levittää mahdollisimman laajalle yhteistyöverkostossa. Yhtenäisen työohjeen laatiminen voi helpottaa tupakasta vieroituksen käytännön toteutusta ja tehdä siitä mielekästä ja palkitsevaa (Kainuun Sote 2019: 17). Ohjeistuksen laatimisessa yhteistyö liike-elämän kanssa oli ollut hedelmällistä. Yhteistyötä voitaisiinkin lisätä ja toiminnan kehittäminen tulisi nähdä molemminpuolisena. Yhteistyössä huomion kiinnittäminen siihen, että toiminnalla tuotetaan lisäarvoa potilaalle ja tätä kautta yhteiskunnalle on tärkeää. (Piirainen ym. 2019: 97–98.)

Ohjeistuksen levittäminen sidosryhmille tulisi tapahtua monikanavaisesti. Yhteinen potilastietojärjestelmä parantaisi tiedon kulkua soteorganisaatioiden välillä (Gabutti - Mascia – Cicchetti 2017). Toimintamalliin liittyvän selkeän ohjeistuksen laatimisen ja käyttöönoton katsottiin edistävän implementaatiota. Tarvetta konkreettiselle ohjeistukselle oli niin ammattilaisilla kuin potilaillakin. Ohjeistuksen avulla toimintamallin toteuttaminen koettiin

helpommaksi ja systemaattisemmaksi. Laadittujen ohjeiden koettiin myös sitouttavan henkilöstöä käyttöönottoon. Potilaille laaditut ja heille kotiin lähetetyt tiedotteet valmistivat jo osaltaan savuttomuuteen tähtäävään toimintalinjaan. Näin annettiin aikaa prosessoida omaa tupakoinnin lopettamista ennen varsinaista hoitokontaktia. Ohjeissa käytännön toiminnan tukemiseksi oli variaatiota. Osa suunnitteli ohjeistuksen alusta alkaen omatoimisesti, kun taas joissakin yksiköissä ohjeistus rakennettiin yhteistyössä lääkeyhtiön kanssa ja toisaalla tukeuduttiin verkosta saataviin valmiisiin materiaaleihin. Kaikki vaihtoehdot vaikuttivat toimivilta. Ohjeistuksen katsottiin olevan tarkoituksenmukaista, jos se oli yhtenäistä. Yhtenäisen määritelmä jäi epäselväksi, mutta tällä lienee tarkoitettu samansisältöistä tai yhdenmukaista. Ohjeistusta oli tarjolla monessa eri muodossa: ammattilaisille taskukorttityyppisenä pikaohjeena, sähköisenä verkossa, kirjallisena erityisesti potilaille, julisteina ja sähköisenä näyttöruuduilla potilastiloissa terveydenhuollon toimipisteissä. Materiaalityypin tarjonnassa potilaille oli huomioitu muun muassa kohdeyhmän ikä. Katsottiin, että iäkkäämmät perehtyvät mieluummin paperisiin ohjeisiin, kun taas nuoremmat ovat ehkä tottuneempia verkossa tapahtuvan informaation vastaanottamiseen.

Vieroituspalveluja tulisi tarjota monipuolisesti asiakaslähtöisyys näkökulma edellä. Tarjolla olisi hyvä olla yksilö- ja ryhmävieroitusta, vertaistukea sekä verkko- ja mobiilipalveluita (Uusitupa – Rautalahti 2017: 47). Erilaisista puhelin- ja verkkoavusteisista tupakasta vieroituksen ohjelmista on maailmalta hyviä tuloksia. Etuina sähköisten järjestelmien käytössä ovat niiden nopea ja helppo päivitettävyyden sekä ajasta ja paikasta riippumaton saavutettavuus verrattuna perinteisiin menetelmiin. Näiden käytön lisäämisellä voitaisiin mahdollisesti lisätä vieroitushoitoon osallistuvien määriä. Verkkopohjaisista tupakasta vieroituksen tukimateriaaleista mainittakoon muun muassa [Terveyskylä.fi](http://Terveyskyla.fi) ja Omaolo.fi (Terveyskylä 2018; Omaolo 2020).

Tutkimustiedon levittämistä liittyen tupakointiin ja nikotiinin aiheuttamiin terveyshaittoihin tulisi lisätä soteammattilaisille, jotta he osaisivat suhtautua tupakoimattomuuden edistämiseen riittävällä vakavuudella (Uusitupa – Rautalahti 2017: 47). Savuttomuuteen tähtäävän ohjeistuksen ja informaation levittämällä voidaan lisätä myös potilaiden tietoisuutta. Potilaille jaettu tieto tukee tupakoinnin lopettamista (Ranta 2018: 28). Potilaiden ja omaisten tietoisuuden lisääntyminen helpottaa samalla tupakoinnin haitoista puheeksi ottoa vastaanotolla. Omaisten rooli on olla tukemassa pyrkimyksissä savuttomuuteen. Tupakoinnin väheneminen yhteiskunnassa vaatii osaltaan tietoisuuden lisäämistä ja viestinnän tehostamista tupakoinnin haitoista. Viestinnän tulee kohdistua väestön lisäksi

päättäjiin ja ammattilaisiin. (Uusitupa – Rautalahti 2017: 46.) Lisäksi resursseja, erityisesti henkilöstöresursseja tulisi käyttää implementaation kannalta olennaisten erikseen nimettyjen vastuuhenkilöiden työaikaan ja riittävään vieroitusohjauksen tarjoamiseen potilaille (Greenhalgh ym. 2004). Tällä koettiin olevan uskottavuutta lisäävä vaikutus Tup-Lei -toimintamallia kohtaan. Nimetyt vastuuhenkilöt ja erityisesti riittävä työajan resurssointi heille koettiin edistävän toimintamallin jalkauttamista. Vastuuhenkilöt koordinoivat toimintaa ja toimivat yhteyshenkilöinä sidosryhmien välillä. Vastuuhenkilöt huolehtivat jatkuvuudesta ja toimintamallin levittämisestä. Vastuuhenkilöt edustivat useampaa eri ammattiryhmää. Osalla työtehtäviin kuului potilaiden tupakasta vieroitusohjaus. Nimetyt vastuuhenkilöt tuovat samalla lisäarvoa ja uskottavuutta hanketta kohtaan.

Toimintamallin käyttöönottoon osallistuvan henkilöstön tahtotilan ja sitoutumisen nähtiin olevan merkittävässä roolissa juurruttamisen onnistumisessa. Johdon tuki ja sitoutuminen on ensiarvoisen tärkeää. Aktiiviset, innostuneet henkilövaikuttajat ja heidän roolinsa tärkeys nostettiin myös esiin. (Appelqvist-Schmidlechner - Savolainen - Nordling - Stengård 2011: 14–20; Piirainen ym. 2019: 93.) Lisäksi Piirainen ym. (2019) korostavat johtajuuden, koordinoinnin ja resurssien rakentumisen tärkeyttä toimijoiden koettujen tarpeiden ympärille. Nämä sitouttavat ja motivoivat toimijat toimintamalliin. Päämäärien ja haluttujen vaikutusten tulee olla jaettuina kaikkien kesken. Haasteita aiheuttavat helposti koordinaatio, omistajuus, rahoitus ja resurssit. (Piirainen ym. 2019: 92-93.)

Henkilöstön tahtotilalla ja terveyden edistämisen tärkeäksi kokemisen tunteella voidaan katsoa olevan yhteys. Toisin sanoen käsillä olevan asian tärkeäksi kokeminen parantaa tahtotilaa ja näin motivoi ja sitouttaa henkilöstöä toimintamalliin. Siellä missä tahtotila ja toiminnan tärkeäksi kokeminen ovat vahvaa, on toimintamallin onnistumisen edellytyksetkin paremmat. Tupakasta vieroitus kuuluu kaikille terveydenhuollon ammattihenkilöille. Terveydenhuoltolaki velvoittaa sekä perusterveydenhuoltoa että erikoissairaanhoidtoa edistämään terveyttä ja hyvinvointia (Terveydenhuoltolaki 1326/2010). Terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen liittyvä koulutus tulisikin sisällyttää koskemaan kaikkia terveydenhuollon ammattihenkilöitä. Haastattelujen perusteella osa lääkäreistä kuitenkin katsoo vieroituksen kuuluvan ensisijaisesti vain hoitajille. Tästä ajatusmallista tulisi päästä eroon, koska on olemassa vahvaa näyttöä siitä, että lääkäreiden rooli potilaiden tupakasta vieroituksessa on keskeistä (Käypä hoito 2018). Tähän ajatusmalliin saattaa olla osaltaan myötävaikuttamassa lääkäreiden heikompi pääseminen toimintamalliin liittyviin koulutuksiin. Joka tapauksessa asenteisiin ja sitoutumiseen pystytään vaikuttamaan kouluttamisella ja tietoisuuden levittämisellä.

Tietoisuuden lisäämisellä liittyen tupakoinnin aiheuttamiin haittoihin ja motivaation kasvattaminen toimintamallia kohtaan näyttelivät vahvaa roolia kokonaisuudessa. Sotesektorin työntekijöiden tietoisuuden lisääntymisen avulla tupakoimattomuuden edistämiseen osataan suhtautua riittävällä vakavuudella ja kaikkien toimijoiden tulisivin jakaa yhteinen tavoite ja päämäärä savuttomuuden suhteen (Uusitupa – Rautalahti 2017: 45, 47). Tiedottamisen systemaattisuuden tärkeyttä ja säännöllisyyttä korostettiin. Viestintä on olennainen osa toimintamallin juurruttamista. Viestintä luo merkityksellisyyttä ja on edellytys toiminnan onnistumiselle. (Vuorijärvi – Ruotsalainen – Hannula 2009: 44-48, 54-55.) Tiedottamisen ja tiedonkulun tärkeys juurruttamisessa korostui Appelqvist-Schmidlechnerin ym. (2011: 29) ja Piiraisen ym. (2019: 98) raporteissa toimintamallin levittämisen onnistumiseksi.

Toimintaympäristön luominen mahdollisimman esteettömäksi sidosryhmien väliselle yhteistyölle katsottiin edesauttavan implementointia. Aktiivisen yhteistyön säännöllisyys, sen laaja-alaisuus eri yksiköiden ja ammattiryhmien välillä auttoivat käyttöönotossa. Yhteistyön tärkeys toimintamallin käyttöönottoa tukevana tuli esiin myös Appelqvist-Schmidlechnerin ym. (2011: 15, 29) raportissa. Myös Greenhalgh ym. (2004) korostivat tiedonkulun, yhteistyön ja kommunikaation merkitystä implementointivaiheessa. Lisäksi työ- tai ohjausryhmän olemassaolo ja sen tekemä suunnittelu- ja koordinoitavuus tukivat käyttöönoton onnistumista.

Mäkelä ja Numminen (2018: 31–33) käsitelivät AMK-opinnäytteessään TupLei -toimintamallin toteutumista. He kävivät läpi potilasasiakirjoja ja etsivät merkintöjä potilaiden tupakoinnista ja siihen kohdennetuista interventioista. Aineiston perusteella todettiin, että merkinnät tupakoinnista, hoitointerventiot ja niiden kirjaaminen olivat vähäisiä. Lisäksi kirjaamiskäytännöt vaihtelivat. Tämä tuli ilmi tässäkin aineistossa.

Potilaan tupakointiin liittyvät asianmukaiset merkinnät läheteissä ja muissa potilaspapereissa helpottivat toimintamallin käyttöönottoa ja sitä arvostettiin läheteitä vastaanottavissa yksiköissä. Kirjaamisen tarkoituksenmukaisuus vähentää työmäärää yksiköissä, kun tietoa ei tarvitse myöhemmin etsiä ja tehdä tarkentavia kysymyksiä terveydenhuolonyksiköiden välillä. Asianmukaisten tupakointimerkintöjen perusteella pystytään ottamaan kantaa savuttomuuteen tähtäävään vierotushoitoon ja varautua mahdollisiin tupakoinnin aiheuttamiin riskeihin liittyen suunniteltuun toimenpiteeseen. Ellei kirjaaminen ole systemaattista, on tehtyjä toimia vaikea arvioida ja mahdollisia korjaavia toimenpiteitä

hankalaa kohdistaa oikeisiin kohtiin prosessissa. Yhtenäiset kirjaamiskäytännöt helpottavat vaikuttavuuden arviointia. (Grönholm ym. 2017; Ventola ym. 2018.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon laatua ja vaikuttavuutta tulee seurata myös tupakasta vieroituksen osalta. Yhtenäiset laatumittarit helpottaisivat arviointia. Onnistuneesta vieroitustyöstä voitaisiin myös palkita. Yhtenäisten kirjaamiskäytäntöjen ja tietojärjestelmien avulla on helpompaa tukea vieroitustyötä ja seurantaa (Uusitupa – Rautalahti 2017: 47.) Kirjaamisen rakenteellisuus saattaisi tuoda helpotusta ainakin osittain tähän ongelmaan. Tämä edellyttäisi yksiköiden välisten tietojärjestelmien yhdenmukaisuutta tai ainakin yhteensopivuutta tietyiltä osin. Systemaattisuus joka osa-alueella TupLei-toiminnassa parantaisi toimintamallin implementaatiota. Systemaattisuudella voitaisiin ehkäistä inhimillistä unohtelua ja toimintamallin hautautumista kilpailevien asioiden alle.

Potilaiden ja heidän omaistensa positiiviset kokemukset koettiin rohkaisevina. Heidän osallisuus ja osallistaminen katsottiin olevan toimintamallia edistävää. Omaisilta ja läheisiltä saatava tuki vahvistaa motivaatiota ja kannustaa tupakoijaa lopettamaan. Tupakasta vieroittautumisessa läheisten ja omaisten tuki on tärkeää, vaikka tulokset tästä ovatkin osittain ristiriitaisia (Park – Tudiver - Campbell 2012; Faseru – Richter – Scheuermann – Park 2018). Vaikka tämän asian esille tuoneita ei ollut monia, asian merkityksellisyys tupakoinnin lopettajille ja tätä kautta implementaation onnistumiselle sekä sen jatkuvuudelle voitaneen kuitenkin todeta. Potilaita osallistamalla voitaisiin parantaa heidän kokemaansa hoitokokemusta. Potilaiden ja heidän omaistensa mukaan ottamisella toimintamallin suunnitteluun voitaisiin kehittää heille tarjottavia palveluita asiakaslähtöisemmiksi ja ohjaamaan niitä paremmin kohderyhmän tarpeisiin sopiviksi. Tällaiselle palvelumuotoilulle olisi varmasti käyttöä tupakasta vieroittamisen keinoja suunniteltaessa. (Uusitupa – Rautalahti 2017: 17, 19; Fønhus ym. 2018.) Osallistamisesta ja palvelumuotoilusta on hyviä kokemuksia esimerkiksi Virtuaalisairaala 2.0 -hankkeessa, jonka lopputulos on Terveyskylä.fi -verkkopalvelu (Arvonen – Lehto-Trapnowski 2019).

Kokemus- ja vertaistukiasiantuntijoiden mukaan saaminen voisi parantaa vierotuksesta saatavia tuloksia (Ford – Clifford – Gussy – Gartner 2013; Shruthi – Niveditha – Punith – Krishna – Naveen 2017). Kokemusasiantuntijoiden käyttämiseen vieroitusohjauksessa suhtauduttiin positiivisesti, vaikka heitä ei vielä ollut rekrytoitu mukaan toimintaan. Vaikka Tupakoimattomana leikkaukseen -toimintamallin tiimoilta tätä mahdollisuutta ei oltu hyödynnetty, on vertaistukihenkilöitä koulutettu laajalti ympäri maan mukaan MITU-hankkeen tiimoilta (Mielenterveys- ja päihdepotilaiden tupakasta vieroitus) (Sandström 2018;

Eskelinen – Niemi – Niemelä – Vasankari 2020). Vertaistukitoimintaa ja siinä olevia henkilöitä voitaisiin mahdollisesti käyttää myös leikkaukseen odottavien potilaiden tukemiseen tupakoinnista vieroituksessa.

6.3 Johtopäätökset ja jatkotoimenpide-ehdotukset

Tupakan käyttöä tulee ehkäistä ja nikotiiniriippuvuutta hoitaa kaikissa terveydenhuollon yksiköissä. TupLei -toimintamallin käyttöönotossa tulisi kiinnittää erityistä huomiota riittäviin resursseihin niin käytettävissä olevan ajan kuin henkilöstönkin suhteen. Systemaattisella henkilöstön kouluttamisella varmistetaan toimintamallin sisäistäminen. Toimintamallin tueksi tulee laatia kirjallinen ohjeistus. Johdon varauksettomalla tuella ja henkilöstön kouluttamisella voidaan vaikuttaa myös sitoutumiseen, tahtotilaan ja motivaatioon. Vastuuhenkilöt tulee valita ja heille tulee osoittaa riittävästi aikaa toiminnan käyttöönottoon, kehittämiseen ja sen ylläpitoon. Ohjausryhmän nimeäminen ja sen säännöllinen, tiivis toiminta tukee käyttöönottoa. Toimintaympäristö tulee luoda esteettömäksi organisaatioiden väliselle yhteistyölle ja sidosryhmät tulee integroida tasavertaisiksi toimijoiksi, joilla on omat tarkasti määritellyt tehtävänsä. Kirjaamisen säännönmukaisuuteen tulee kiinnittää huomiota. Tulee luoda rakenteinen tai yhtenäiset kirjaamiskriteerit täyttävä kirjaamistapa liittyen potilaan tupakointistatukseen ja hänelle tarjottuun vieroitushoittoon. Jatkossa kirjattujen toimien avulla tulee analysoida TupLein toimivuutta, hienosäätää ja tehdä tarvittavia korjauksia siihen. Potilaita ja heidän omaisiaan tulee osallistaa ja vertaistukihenkilöitä rekrytoida mukaan toimintaan. TupLei -toimintamalli on erinomainen tapa tukea leikkauspotilaiden tupakasta vieroitusta ja pysyvän savuttomuuden saavuttamista. Terveydenhuollon yksiköiden tulisikin ottaa se laajamittaisesti käyttöönsä kaikkialla Suomessa. Samaa toimintamallia voidaan luultavimmin käyttää myös muiden sairaalassa hoidettavien potilaiden kohdalla. Tulevaisuudessa vastaavan kyselytutkimuksen voisi toistaa ja verrata tuloksia tässä työssä saatuihin tuloksiin.

Lähteet

Absetz, P. – Winell, K. 2018. Motivoivan keskustelun soveltaminen tupakoinnin lopettamisen tukena. Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito. Käypä hoito -suositus. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Verkkodokumentti. Luettu 8.9.20. <<https://www.kaypahoito.fi/nix00248#T1>>

Absetz, P. - Ollila, H. - Winell, K. 2018. Elämäntapaohjauksen muutos tupakasta vieroituksessa. Käypä hoito -suositus. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Verkkodokumentti. Luettu 3.2.20. <<https://www.kaypahoito.fi/nix01827#R9>>

Appelqvist-Schmidlechner, K. - Savolainen, M. - Nordling, E. - Stengård, E. 2011. Time out! Aikalisä! Elämä raiteilleen. Toimintamallin ja tukipalvelun implementoinnin arviointi. THL raportti 34/2011. Helsinki. Verkkojulkaisu. Luettu 6.6.20. <<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80373/a0f6f54c-28da-4995-8d95-be98753e1e1e.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>

ARENE 2020. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto ry. Verkkodokumentti. Luettu 2.11.20. <http://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULUJEN%20OPINN%C3%84YTET%C3%96IDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf?_t=1578480382>

Arvonen, S. - Lehto-Trapnowski, P. (toim.) 2019. Tekemisen meininki - Virtuaalisairaala 2.0 -kärkihankkeen yhteenveto. Julkaisija: Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Helsinki. Tekijänoikeudet: Kirjoittajat ja Helsingin ja Uudenmaan, Pirkanmaan, Pohjois-Pohjanmaan, Pohjois-Savon sekä Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. Verkkojulkaisu. Luettu 27.9.20. <<http://publish.psshp.fi/kokous/2020369340-11-1.PDF>>

Bricker, J. - Copeland, W. - Mull, K. - Zeng, E. - Watson, N. - Akioka, K. - Heffner, J. Single-Arm Trial of the Second Version of an Acceptance & Commitment Therapy Smartphone Application for Smoking Cessation. Drug Alcohol Depend. 2017 Jan 1; 170: 37–42. Verkkojulkaisu. Luettu 9.9.20. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5183543/>>

Crosby, R. - Noar, S. 2011. What is Planning Model? An Introduction to Precede-Proceed. Journal of Public Health Dentistry. Volume71, Issues1. Verkkodokumentti. Luettu 12.4.20. <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1752-7325.2011.00235.x>>

Dalum, P. - Lyng Brandt, C. - Skov-Ettrup, L. – Tolstrup, J. - Kok, G. 2016. The Systematic Development of an Internet-Based Smoking Cessation Intervention for Adults. Health Promotion Practice. Vol. 17, No. 4 (July 2016), pp. 490-500. Sage Publications, Inc.

ECDC 2014. Social marketing guide for public health programme managers and practitioners. European Centre for Disease Prevention and Control. Verkkojulkaisu. Luettu 12.4.20. <<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/media/en/publications/Publications/social-marketing-guide-public-health.pdf>>

Eskelinen, S. - Niemi, M. – Niemelä, S. – Vasankari, T. 2020. Mielenterveys- ja päihdepotilaiden tupakoinnin lopettamisen tukeminen. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 2020;136(1). Verkkojulkaisu. Luettu 26.9.20. <<https://www.duodecim-lehti.fi/duo15284>>

Faseru, B. – Richter, K. – Scheuermann, T. – Park, E. 2018. Enhancing partner support to improve smoking cessation. Cochrane Systematic Review – Intervention. Version published: 13 August 2018. Verkkojulkaisu. Luettu 26.9.20. <<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002928.pub4/full>>

Finlex 2020. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 1994/559. Finlex -verkkosivut. Luettu 11.5.20.<<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>>

Fiore, M. (toim.). A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. A U.S. Public Health Service Report. Verkkojulkaisu. Luettu 14.4.20. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4465757/>>

Ford, P. - Clifford, A. - Gussy, K. – Gartner, K. 2013. A Systematic Review of Peer-Support Programs for Smoking Cessation in Disadvantaged Groups. Int J Environ Res Public Health. 2013 Nov; 10(11): 5507–5522. Published online 2013 Oct 28. Verkkojulkaisu. Luettu 26.9.20. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3863857/>>

Fønhus, M. - Dalsbø, T. - Johansen, M. - Fretheim, A. - Skirbekk, H. – Flottorp, S. 2018. Patient-mediated interventions to improve professional practice. Cochrane Database Syst Rev. 2018 Sep; 2018(9). Verkkojulkaisu. Luettu 27.9.20. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6513263/>>

Gabutti, I. – Mascia, D. – Cicchetti, A. 2017. Exploring “patient-centered” hospitals: a systematic review to understand change. BMC Health Services Research, volume17, Article number: 364 (2017). Verkkodokumentti. Luettu 6.6.20. <<https://link.springer.com/article/10.1186/s12913-017-2306-0#Abs1>>

Ghaffari, D. – Khorasani, E. – Fatehi, Z. 2017. Smoking Cessation Interventions Based on Social Marketing Principles: A Review. Value in Health. Verkkojulkaisu. Luettu 12.4.20. <[https://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015\(17\)31860-0/fulltext?returnURL=https%3A%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS1098301517318600%3Fshowall%3Dtrue](https://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015(17)31860-0/fulltext?returnURL=https%3A%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS1098301517318600%3Fshowall%3Dtrue)>

Glassman, Steven - Anagnost, Steven - Parker, Andrew - Burke, Darlene - Johnson, John - Dimar, John. 2000. The effect of cigarette smoking and smoking cessation on spinal fusion. Spine (Phila Pa 1976) 2000, vol. 25, numb. 20. Verkkodokumentti. Luettu 31.12.19.citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.732.281&rep=rep1&type=pdf

Glanz, K. – Bishop, D. 2010. The Role of Behavioral Science Theory in Development and Implementation of Public Health Interventions. Annual Review of Public Health. Vol. 31:399–418. Verkkojulkaisu. Luettu 7.9.20. <<https://www.annualreviews.org/doi/full/10.1146/annurev.publhealth.012809.103604>>

Greenhalgh, T. - Robert, G. - Macfarlane, F. - Bate, P. - Kyriakidou, O. 2004. Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations. The Milbank Quarterly. Volume 82, Issue 4. Pages 581-629. Verkkodokumentti. Luettu 6.6.20. <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x?sid=nlm%3Apubmed>>

Grim, M. – Hertz, B. 2016. Theory in Health Promotion Programs. Teoksessa Fertman, C – Allensworth, D. Health Promotion Programs – From Theory to Practice. Verkkokirja. Luettu 7.9.20.

Grönholm, Anna - Karhunen-Enckell, Ulla – Liira, Helena. 2017. Tupakasta vieroitus ennen leikkausta. Lääkärilehti. 2017. Vol. 72 no. 5. Verkkodokumentti. Luettu 18.6.19. <<https://www-laakarilehti-fi.ezproxy.metropolia.fi/tieteessa/terveydenhuoltoartikkelit/tupakasta-vieroitus-ennen-leikkausta/>>

Hawn, Mary – Houston, Thomas - Campagna, Elizabeth – Graham, Laura - Singh, Jasvinder – Bishop, Michael – Henderson, William. 2011. The Attributable Risk of Smoking on Surgical Complications. Annals of Surgery. 254(6):914–920.

Hayes, S. 2004. Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. Behavior Therapy 35, 2004. Verkkojulkaisu 2004. Luettu 9.9.20. <<file:///C:/Users/K%C3%A4ytt%C3%A4j%C3%A4/Downloads/providing-a-rationale-on-different-treatments.pdf>>

Heikkinen, Hanne - Ollila, Hanna - Patja, Kristiina. 2010. Tupakka tupakoivan mielessä ja mielestä. Tupakasta vieroituksen organisointi ja käytännöt. Sosiaali- ja terveysministeriö. Yliopistopaino. Helsinki 2010. Verkkodokumentti. Luettu 23.6.19. <<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72734/URN%3ANBN%3Afi-fe201504226250.pdf?sequence=1>>

Hirsijärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula. 2008. Tutki ja kirjoita. Otavan Kirjapaino oy. Keuruu.

HPH 2019. Health Promotion Hospitals and Health Services. Verkkosivut. Luettu 22.12.19. <<https://www.hphnetwork.org/about-hph>>

HUS 2019. Tupakoimattomuus. Tupakoimattomana leikkaukseen -toimintamalli. Verkkosivut. Luettu 23.6.19. <<https://www.hus.fi/ammattilaiselle/hus-perusterveydenhuollon-yksikko/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistaminen/terveyden-ja-hyvinvoinnin-edistaminen/tavoitteena-tupakoinnin-lopettaminen/Sivut/default.aspx>>

Hyvä Kierre -projekti, HUS Perusterveydenhuollon yksikkö 2020. Lääkärikortti TupLei-NikLei. Sähköinen tiedoksianto. 20.10.20.

Hyvä Kierre 2019. Verkkosivut. Luettu 25.6.19. <www.hyvakierre.fi/#2>

Janhonen, Sirpa – Nikkonen, Merja. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WSOY. Helsinki.

Joseph, R. – Daniel, C. – Thind, H. – Benitez, T. – Pekmezi, D. 2016. Applying Psychological Theories to Promote Long-Term Maintenance of Health Behaviors. American

Journal of Lifestyle Medicine. Nov-Dec; 10(6): 356–368. Verkkodokumentti. Luettu 11.4.20. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5313056/>>

Järvensivu, T. – Nykänen, K. – Rajala, R. 2011. A Holistic Model of Innovation Network Management: Action Research in Elderly Health Care. Teoksessa Practice-Based Innovation: Insights, Applications and Policy Implications. Melkas, H. – Harmaakorpi, V. (toim.) E-kirja. Luettu 6.6.20.

Jääskeläinen, Petri. 2016. Tupakoivan potilaan leikkaamatta jättäminen. Eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisu. Dnro 4767/4/15. Verkkodokumentti. Luettu 28.12.19. <<https://www.oikeusasiamies.fi/rfi/ratkaisut/-/eoar/4767/2015>>

Kainuun Sote 2019. Savuttomana leikkaukseen- hankkeen loppuraportti. Kajaani 2019. Verkkodokumentti. Luettu 28.12.19. <<https://sote.kainuu.fi/sites/sote.kainuu.fi/files/documents/library/2019-12/Liite%2023%20Savuttomana%20leikkaukseen%20hankkeen%20loppuraportti%20%28ID%2077814%29.pdf>>

Kallio, A. 2020. Kirjallinen tiedoksianto. Terveyskylä.fi. Leikkaussalit, teho- ja kivunhoito. HUS. 7.9.20.

Kananen, Jorma. 2008. Kvali – Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, liiketalous. Jyväskylä.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. SanomaPro. Helsinki. E-kirja.

Karekla, M. – Savvides, S. 2019. Smoking cessation avatar-led Acceptance and Commitment Therapy digital intervention: feasibility and acceptability in young adults. Translational Behavioral Medicine, ibz128. 2019 Oct 19. Verkkojulkaisu. Luettu 9.9.20. <<https://academic.oup.com/tbm/advance-article-abstract/doi/10.1093/tbm/ibz128/5599754>>

Karvonen, Sakari – Martelin, Tuija – Kestilä, Laura – Junna, Liina. 2017. Tulotason mukaiset terveyserot ovat edelleen suuria. Suomen sosiaalinen tila- raporttisarja. THL. <www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135167/URN_ISBN_978-952-302-896-8.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Kinnunen, T. 2016. Tupakoinnin lopettamiseen tähtäävän motivoivan keskustelun perusta. Teoksessa Heloma, A (toim.): Tupakka- ja nikotiiniriippuvuus. Verkkodokumentti. Luettu 8.9.20. <<https://www-terveysportti-fi.ezproxy.metropolia.fi/dtk/pit/koti>>

Koivusipilä, A. - Tarnanen, K. – Jalonen, J. – Mattila, V. 2015. Leikkaukseen valmistautuminen – lisätietoa potilaalle. Duodecim. Verkkodokumentti. Luettu 28.12.19. <<https://www.kaypahoito.fi/khp00089>>

Kokki, Hannu – Porela-Tiihonen, Susanna. 2017. Potilas pitää vieroittaa tupakasta ennen kirurgisia toimenpiteitä. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2017;133(13):1257-63. Verkkodokumentti. Luettu 23.6.19. <<https://www.duodecim-lehti.fi/lehti/2017/13/duo13819>>

Krogerus, S. – Ekblad, M. – Heikkinen, A. – Korhonen, T. 2017. Tupakasta vieroituksen laatuksiteerit terveydenhuollossa. Suomen terveyttä edistävät sairaalat ja organisaatiot.

Verkkodokumentti. Luettu 23.5.20. <<https://savutonsuomi.fi/wp-content/uploads/2017/12/Tupakasta-vieroituksen-laatuksiteerit-16.5.2017.pdf>>

Kuhlefelt, Marina. 2016. Complications and Compromised Healing in Mandibular Bilateral Sagittal Split Osteotomies. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Unigrafia. Helsinki 2016. Verkkodokumentti. Luettu 23.6.19. <<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/161375/COMPLICA.pdf?sequence=1>>

Kumpusalo-Vauhkonen, A. – Järvensivu, T. – Mäntylä, A. 2016 (toim.). Moniammatillisuus ikäihmisten lääkkeiden järkevän käytön edistämässä – kansallinen selvitys ja suositukset. Fimea kehittää, arvioi ja informoi -julkaisusarja 8/2016. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea 2016. Verkkodokumentti. Luettu 23.5.20. <<https://www.julkari.fi/handle/10024/130794>>

Kyngäs, Helvi – Elo, Satu – Pölkki, Tarja – Kääriäinen, Maria – Kanste, Outi. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Hoitotiede 2011, 23(2). Verkkodokumentti. Luettu 1.12.19. <https://www.researchgate.net/publication/261723764_Sisallanalyysi_suomalaisessa_hoitotieteellisessa_tutkimuksessa>

Kyrö, Antti – Elomaa, Ville-Veikko – Lehtinen, Ville. 2013. Ortopedisten ja traumatologisten potilaitten vieroittaminen tupakoinnista Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymässä. Suomen Ortopedia ja Traumatologia. SOT 3/13. Vol 36. Verkkodokumentti. Luettu 2.11.19. <www.soy.fi/files/1sot_32013_ortopedisten_ja_traumatologisten.pdf>

Kyrö, A. 2016. Leikkauspotilaiden tupakasta vieroittamisen toteuttaminen. Teoksessa Heloma, A. (toim.): Tupakka- ja nikotiiniriippuvuus. Duodecim. Verkkojulkaisu. Luettu 8.9.20. <<https://www-terveysportti-fi.ezproxy.metropolia.fi/dtk/pit/koti>>

Käypä hoito 2018. Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito. Käypä hoito- suositus. Duodecim. Verkkodokumentti. Luettu 18.6.19. <www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus;sessinid=EFCC52B3C9829665C7995FCA6E1156A?id=hoi40020#K1>

Lee, Susan – Landry, Jennifer – Jones, Philip - Buhrmann Ozzie - Morley-Forster, Patricia. Long-Term quit rates after a perioperative smoking cessation randomized controlled trial. Anesthesia & Analgesia 2015, vol. 120, issue 3. Verkkodokumentti. Luettu 31.12.19. <https://stage-journals.lww.com/anesthesia-analgesia/Fulltext/2015/03000/Long_Term_Quit_Rates_After_a_Periooperative_Smoking.16.aspx>

Leikkausta edeltävä arviointi. Käypä hoito -suositus. 2014. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Anestesiologiyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014. Verkkodokumentti. Luettu 1.11.19. <<https://www.kaypahoito.fi/hoi50066#K1>>

Lindson-Hawley, N. – Thompson, T. – Begh, R. 2015. Motivational Interviewing for Smoking Cessation. Cochrane Systematic Review - Intervention Version published: 02 March 2015. Verkkojulkaisu. Luettu 8.9.20. <<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006936.pub3/full>>

Loring, Belinda. 2014. Tobacco and inequities. Guidance for addressing inequities in tobacco-related harm. WHO 2014. Verkkodokumentti. Luettu 28.9.19. <www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0005/247640/tobacco-090514.pdf>

Luhta, R-M. 2020. Tupakoimattoman leikkaukseen -toimintamallin käyttöönotto. Kirjallinen tiedoksianto 1.9.20.

McCallion, E. – Zvolensky, M. 2015. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for smoking cessation: a synthesis. *Current Opinion in Psychology*. Volume 2, April 2015. Verkkojulkaisu. Luettu 9.9.20. <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352250X15000962>>

McClure, J. - Bricker, J. - Mull, K. - Heffner, J. 2018. Comparative Effectiveness of Group-Delivered Acceptance and Commitment Therapy versus Cognitive Behavioral Therapy for Smoking Cessation: A Randomized Controlled Trial. *Nicotine & Tobacco Research*. Verkkojulkaisu. Luettu 9.9.20. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7297086/>>

Miller, W. – Rollnick, S. 2013. *Motivational Interviewing Helping People Change*. 3rd. edit. A Division of Guilford Publications, Inc. USA. E-kirja. Luettu 8.9.20. <https://books.google.fi/books?hl=fi&lr=&id=o1-ZpM7QqVQC&oi=fnd&pg=PP1&dq=Rollnick+S,+Miller+WR.+What+is+motivational+interviewing%3F&ots=c0JncOkjJX&sig=gkpeyFp3o5gPRw4KdvmRqMTmMg&redir_esc=y#v=onepage&q=Rollnick%20S%2C%20Miller%20WR.%20What%20is%20motivational%20interviewing%3F&f=false>

Mills, Edward - Eyawo, Oghenowede - Lockhart, Ian - Kelly, Steven - Wu, Ping - Ebbert, Jon. 2011. Smoking Cessation Reduces Postoperative Complications: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The American Journal of Medicine*. Volume 124, Issue 2, Pages 144–154.e8. Verkkodokumentti. Luettu 2.2.20. <[https://www.amjmed.com/article/S0002-9343\(10\)00906-X/fulltext](https://www.amjmed.com/article/S0002-9343(10)00906-X/fulltext)>

Murto, J. – Kaikkonen, R. - Pentala-Nikulainen, O. – Koskela, T. – Virtala, E. – Härkänen, T. – Koskeniemi, T. – Jussmäki, T. – Vartiainen, E. – Koskinen, S. 2017. Aikuisten terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimus ATH:n perustulokset 2010-2016. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. Luettu 18.6.19. <www.terveytemme.fi/ath/index.html>

Mäkelä, Ari – Numminen, Jaska. 2018. Savuton sairaalassa. Tupakoimattomana leikkaukseen –toimintamallin toteutuminen 2017–2018. Opinnäytetyö. Tampereen ammattikorkeakoulu. <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/152238/Makela_Ari_Numminen_Jaska.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Møller, Ann Merete – Villebro, Nete – Pedersen, Tom – Tønnesen, Hanne. 2002. Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications: a randomised clinical trial. *The Lancet*. Verkkodokumentti. Luettu 2.11.19. <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(02\)07369-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(02)07369-5/fulltext)>

Niemelä, S. 2018. Muutosvalmius- ja vaiheet päihderiippuvuudessa. Käypä hoito -suositus. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Verkkodokumentti. Luettu 1.6.20. <<https://www.kaypahoito.fi/nix02543>>

Nutbeam, D – Harris, E – Wise, M. 2010. *Theory in a Nutshell. A Practical guide to Health Promotion Theories*. 3rd Edition. The McCraw-Hill Companies. Australia.

Omaolo 2020. Tupakoinnin lopettamisen valmennusohjelma. Omaolo -verkkosivut. Luettu 26.9.20. <<https://www.omaolo.fi/palvelut/valmennukset/tupakka4>>

Ottawa Charter 1986. Five action areas of the health promotion. Verkkodokumentti. Luettu 13.1.20. <<https://www.publichealthnotes.com/ottawa-charter/>>

Ovaska, Mikko. 2014. Complications in Ankle Fracture Surgery. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Verkkodokumentti. Luettu 10.1.19. <<https://helda.helsinki.fi/handle/10138/135865>>

Park, E. – Tudiver, F. – Campbell, T. 2012. Enhancing partner support to improve smoking cessation. Cochrane Systematic Review - Intervention Version. Published: 11 July 2012. Verkkojulkaisu. Luettu 25.9.20. <<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002928.pub3/full>>

Patja, Kristiina. 2020. Tupakka ja sairaudet. Lääkärikirja Duodecim. Verkkodokumentti. Luettu 8.2.20. <https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01066>

Peyton, Jacob – Benowitch, Neal – Destailats, Hugo – Gundell, Lara – Hang, Bo – Martins-Green, Manuela – George, Matt – Quintana, Penelope – Samett, Jonathan – Schick, Suzaynn – Tallbot, Prue – Aquilina, Noel – Hovell, Melbourne – Mao, Jian-Hua – Whitehead, Todd. 2016. Thirdhand Smoke: New Evidence, Challenges, and Future Directions. US National Library of Medicine. Verkkodokumentti. Luettu 1.11.19. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5501723/>>

Pietilä, Anna-Maija (toim.). 2010. Terveystiedon edistäminen – teorioista toimintaan. Sanoma Pro oy. Helsinki.

Piirainen, K. - Järvelin, A-M. - Koskela, H. - Lamminkoski, H. – Halme, K. - Laasonen, V. - Talvitie, J. - Manu, S. – Ranta, T.- Haavisto, I. - Rissanen, A. – Leskelä, R-L. 2019. Toimintamalleja sosiaali- ja terveysalan tutkimuksen, kehittämisen ja innovaatiotoiminnan edistämiseen. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimus-toiminnan julkaisusarja 2019:55. Verkkojulkaisu. Luettu 6.6.20. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161810/55_2019_VTEAS.pdf>

PPSHP 2018. Ei nikotiinituotteita ennen leikkausta. Pohjois-pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Verkkosivut. Luettu 28.12.19. <<https://www.ppsHP.fi/Sairaanhoitopiiri/Ajankoh- taista/Pages/Leikkaukseen-ilman-tupakkaa-ja-nikotiinia.aspx>>

Prochaska, J. – DiClemente, C. 1983. Stages and Processes of Self-Change of Smoking:Toward An Integrative Model of Change. Journal of Consulting and Clinical Psychology1983, Vol. 51, No. 3, 390–395. Verkkojulkaisu. Luettu 8.9.20. <<https://cpb-eu-w2.wp.mucdn.com/mypad.northampton.ac.uk/dist/5/6345/files/2016/05/Stages-of-Change-Prochaska-1983-typs6q.pdf>>

Puska, Pekka – Laatikainen, Tiina – Korpelainen, Vesa – Vartiainen, Erkki. 2016. Contribution of the North Karelia Project to International Work in CVD and NCD Prevention and Health Promotion. Global Heart. June 2016. Vol. 11. Issue 2. Verkkodokumentti. Luettu 19.9.19 <<https://www.sciencedirect-com.ezproxy.metropolia.fi/science/article/pii/S2211816016306627>>

Ramseier, Christoph A. - Suvan, Jean E. 2014. Behaviour change counselling for tobacco use cessation and promotion of healthy lifestyles: a systematic review. Journal of Clinical Periodontology. Wiley Online Library. verkkodokumentti. Luettu 16.3.20. <

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jcpe.12351>>

Ranta, Petra. 2018. Vieroitusryhmien ja lääkehoidon pitkän aikavälin vaikutus tupakasta vieroitukseen ja potilaiden kokemukset ryhmistä. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Verkkodokumentti. Luettu 25.1.19. <https://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20181429/urn_nbn_fi_uef-20181429.pdf>

Reeves, S. – Perrier, L. – Goldman, J. – Freeth, D. – Zwarenstein, M. 2013. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes. Cochrane Systematic Review – Intervention. Verkkodokumentti. Luettu 6.6.20. <<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002213.pub3/full?highlightAbstract=profession%7Cpractic%7Ceduc%7Cpractice%7Ceducation%7Coutcom%7Cinterprofessional%7Chealthcar%7Cinterprofession%7Chealthcare%7Cprofessional%7Ceffects%7Cpractise%7Cpractis%7Coutcomes%7Ceffect>>

Rigotti, Nancy A – Clair, Carole – Munafò, Marcus R – Stead, Lindsay F. 2012. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. Cochrane Systematic Review – Intervention. Verkkodokumentti. Luettu 2.11.19. <<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001837.pub3/full>>

Rotko, Tuulia – Hannikainen-Ingman, Katri – Murto, Jukka – Kauppinen, Tapani – Mustonen, Niina. 2014. Terveyserojen kaventaminen käytännössä – alueellinen yhteistyö avuksi. Yhteiskuntapolitiikka. 79 (2014):1.

Rotko, Tuulia – Kauppinen, Tapani. 2016. Terveys 2015- kansanterveysohjelman loppuarviointi. THL. Helsinki. Verkkodokumentti. Luettu 24.9.19. <www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130313/TYÖ2016_8_Terveys%202015_WEB_korjattu%20ja%20linkitetty_6.4.16%20%283%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Rouhos, Annamari. 2018. Tupakointi ja lääkeaineinteraktiot. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Käypä hoito- suositus. Verkkodokumentti. Luettu 2.11.19. <<https://www.kaypahoito.fi/nix01829>>

Sandström, P. 2018. Mielenterveys- ja päihdekuntoutajat. Tupakoinnin lopettamisen tuki. 2017–2018 MITU-hanke. Kuntoutussäätiö. Verkkojulkaisu. Luettu 26.9.20. <https://kuntoutussaatio.fi/assets/files/2018/06/Sandstr%C3%B6m_Savuttomuuskoutsi_KP18_.pdf>

Savola, Elina – Koskinen-Ollonqvist, Pirjo. 2005. Terveysten edistäminen esimerkein. Käsitteitä ja selityksiä. Terveysten edistämisen keskuksen julkaisuja- sarja 3/2005. Edita Prima oy. Helsinki. 2005.

Savuton Suomi 2030. Tupakkalaki. 2020. Savuton Suomi verkkosivut. Luettu 27.7. 20. <<https://savutonsuomi.fi/kohti-savutonta-suomea/tupakkalaki/>>

Shi, Yo – Warner, David. 2010. Surgery as a Teachable Moment for Smoking Cessation. Anesthesiology, 112 (1), 102-7. Verkkodokumentti. Luettu 2.2.20. <<https://anesthesiology.pubs.asahq.org/article.aspx?articleid=1932466>>

Shiffman, S. - Brockwell, S. - Pillitteri, J. – Gitchell, J. 2008. Individual differences in adoption of treatment for smoking cessation: Demographic and smoking history charac-

teristics. Drug and Alcohol Dependence. Volume 93, Issues 1–2, 11. Verkkojulkaisu. Luettu 14.4.20. <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S037687160700364X>>

Siiskonen, Mari. 2017. Tupakoimattoman leikkaukseen- toimintamallin toteutumisen arviointi ja kehittämisehdotukset toimintamallin implementoinnin tehostamiseksi. Projektiraportti. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta, Terveystieteet, Hoitotiede, Tampereen yliopisto.

Sjöholm, M. 2020. Sairaanhoidopiirien tammi-joulukuu 2019. Kuntaliitto. Verkkojulkaisu. Luettu 8.9.20. <<https://www.kuntaliitto.fi/julkaisut/2020/2056-sairaanhoidopiirien-tammi-joulukuu-2019>>

Shruthi, P. – Niveditha, B. – Punith, S. - Krishna, C. - Naveen, K. 2017. Role of social support in tobacco cessation. International Journal of Community Medicine and Public Health. 2017 Nov;4(11). Verkkojulkaisu. Luettu 26.9.20. <<https://www.ijcmph.com/index.php/ijcmph/article/viewFile/2077/1545>>

Stead, Lindsay – Koilpillai, Priya – Fanshawe, Thomas – Lancaster, Tim. 2016. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. Cochrane Systematic Review – Intervention. Verkkodokumentti. Luettu 26.1.19. <<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008286.pub3/full?highlightAbstract=ces-sat%7Cpharmacotherapi%7Csmoke%7Cfor%7Cwithdrawn%7Cbehavioural%7Cintervention%7Cinterventions%7Cpharmacotherapy%7Cbehavioral%7Cfour%7Ccessation%7Csmoking%7Ccombin%7Cbehaviour%7Ccombined%7Cbehavior>>

STESO 2017. Tupakasta vieroituksen laatukriteerit terveydenhuollossa. Suomen terveyttä edistävät sairaalat ja organisaatiot ry. <https://www.filha.fi/wp-content/uploads/2015/09/tupakasta_vieroituksen_laatukriteerit_16.5.2017.pdf>

STESO 2019. Suomen terveyttä edistävät sairaalat ja organisaatiot ry:n verkkosivut. Luettu 1.11.19. <<https://www.steso.fi/>>

STM. 2018. Tupakka- ja nikotiinipolitiikan kehittäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 21/2018. Verkkodokumentti. Luettu 1.11.19. <julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160888/STM_rap_21_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

STM. 2019. Terveyden edistäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön verkkosivut. Verkkodokumentti. Luettu 15.9.19. <<https://stm.fi/terveyden-edistaminen>>

Ståhl, Timo. 2017. Terveyden edistämisen vaikuttaminen ja mittaaminen. Duodecim 2017;133-971-3. Verkkodokumentti. Luettu 19.9.19. <www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/134732/Duodecim-lehti_pääkirjoitus_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Stringhini, Silvia – Carmeli, Christian – Jokela, Markus – Avedano, Mauricio – Muennig, Peter – Guida, Florence. 2017. Socioeconomic status and the 25 × 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1,7 million men and women. The Lancet. Volume 389, issue 10075, P1229-1237. Verkkodokumentti. Luettu 24.9.19. <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)32380-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)32380-7/fulltext)>

Suojanen, Laura. 2018. Terveyskylään ensimmäinen digitaalinen omahoito-ohjelma - Tupakoimattomana leikkaukseen. Blogi- kirjoitus. Virtuaalisairaala 2.0. Verkkodokumentti. Luettu 31.10.19. <<https://www.virtuaalisairaala2.fi/fi/blogi/terveyskylaan-ensimmainen-digitaalinen-omahoito-ohjelma-tupakoimattomana-leikkaukseen>>

Suomen ASH. Tupakkalaki. Suomen ASH verkkosivut. Luettu 27.7.20. <<https://suomenash.fi/tupakkapolitiikka/tupakkalaki/>>

Sørensen, Lars Tue. 2012. Wound Healing and Infection in Surgery The Clinical Impact of Smoking and Smoking Cessation: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Surgery. Verkkodokumentti. Luettu 2.2.20. <<https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/fullarticle/1151013?resultClick=1>>

TAYS 2018. Tupakoimattomana leikkaukseen – toimintamalli kiireettömään hoitoon. Ohje terveydenhuollon ammattilaisille. Tampereen yliopistollinen keskussairaala. Verkkodokumentti. Luettu 11.7.19. <[https://www.tays.fi/fi-FI/Palvelut/Kirurgia/Tupakoimattomana_leikkaukseen_toimintam\(52663\)](https://www.tays.fi/fi-FI/Palvelut/Kirurgia/Tupakoimattomana_leikkaukseen_toimintam(52663))>

TENK 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeet. 2012. Verkkodokumentti. Luettu 3.11.19. <https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf>

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Finlex -verkkosivut. Luettu 30.8.20. <<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>>

Terveyskylä 2018. Tupakoimattomana leikkaukseen omahoito-ohjelma. Terveyskylän verkkosivut. Luettu 31.10.19. <<https://www.terveyskyla.fi/kuntoutumistalo/palvelut/tieto-kuntoutumistalosta/omahoito-ohjelmat/tupakoimattomana-leikkaukseen>>

THL 2019a. Hyvinvointi- ja terveyserot. Tupakka. THL:n verkkosivut. Verkkodokumentti. Luettu 18.6.19. <<https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/elintavat/tupakka>>

THL 2019b. Vieroitusohjaus. THL:n verkkosivut. Luettu 10.4.20. <<https://thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/tupakka/vieroitusohjaus>>

THL 2019c. Tupakkatilasto 2018. THL:n verkkosivut. Luettu 22.12.19. <<https://thl.fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/paihteet/tupakka>>

Thomsen, T. - Tønnesen, H. - Møller, A. M. 2009. Effect of preoperative smoking cessation interventions on postoperative complications and smoking cessation. British Journal of Surgery Society Ltd. Volume 96, Issue 5. Verkkodokumentti. Luettu 2.2.20. <<https://bjssjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/bjs.6591>>

Thomsen, Thordis – Villebro, Nete – Møller, Ann Merete. 2014. Interventions for preoperative smoking cessation. Cochrane Systematic Review – Intervention. Verkkodokumentti. Luettu 2.11.19. <<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002294.pub4/full>>

TRDRP 2019. Third Hand Smoke. Tobacco-Related Disease Research Program. Verkkosivut. Luettu 1.11.19. <<https://thirdhandsmoke.org/about/>>

Tukia, H. – Wilskman, K. – Lähteenmäki M. (toim.) 2012. Sosiaalisen markkinoinnin ABC. THL opas 18. Verkkojulkaisu. Luettu 12.4.20. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90857/URN_ISBN_978-952-245-513-0.pdf?sequence=1>

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi. E- kirja.

Tupakkalaki 549/2016. Finlex. Verkkodokumentti. Luettu 2.12.19. <<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2016/20160549>>

Tupakkavero 2019. Suomen Ash:n verkkosivut. Luettu 10.4.20. <<https://suomenash.fi/tupakkapolitiikka/tupakkavero/>>

Uusitupa, M. – Rautalahti, M. 2017. (toim.) Painopiste preventioon. Konsensuslausuma tarttumattomien sairauksien ehkäisystä 2017. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akatemia. Verkkojulkaisu. Luettu 10.6.20. <<https://www.duodecim.fi/wp-content/uploads/sites/9/2017/04/Konsensuslausuma-2017.pdf>>

Valvira 2015. Tupakointikiellot- ja rajoitukset. Valviran verkkosivut. Luettu 10.4.20. <https://www.valvira.fi/tupakka/tupakointikiellot_ja_rajoitukset>

Ventola, Hanna - Grönholm, Anna - Jokelainen, Jari - Ylisaukko-Oja, Tero - Bots, Sinikka - Halonen, Kimmo. 2018. Tieto leikkauspotilaan tupakoinnista on tärkeää kirjata systemaattisesti. Lääkärilehti. 42/2018 vsk. 73. Verkkodokumentti. Luettu 23.6.19. <<https://www-laakarilehti-fi.ezproxy.metropolia.fi/tyossa/raportit-ja-kaytannot/tieto-leikkauspotilaan-tupakoinnista-on-tarkeaa-kirjata-systemaattisesti/>>

Vuorijärvi, A. – Ruotsalainen, T. – Hannula, L. 2009. Viestinnästä vahvuutta hankkeeseen ja tulosten käyttöönottoon. Teoksessa Hankkeet hoitotyön korkeakoulutuksen ja työelämän yhteisenä muutosvoimana (toim. Eriksson, E. – Markkanen A. – Tast, M.). Diakonia AMK. Verkkodokumentti. Luettu 11.5.20. <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/10921/C_16_ISBN_9789524930819.pdf?sequence=1>

West, Robert - Raw, Martin - McNeill, Ann - Stead, Lindsay - Aveyard, Paul - Bitton, John - Stapleton, John - McRobbie, Hayden - Pokhrel, Subhash - Lester-George, Adam - Borland, Ron. 2015. Health-care interventions to promote and assist tobacco cessation: a review of efficacy, effectiveness and affordability for use in national guideline development. Addiction. Volume 110, Issue 9, Pages 1388-1403. Verkkodokumentti. Luettu 30.1.20. <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/add.12998>>

WHO 2015. Tobacco, Data and Statistics. WHO:n verkkosivut. Verkkodokumentti. Luettu 28.9.19. <www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/tobacco/data-and-statistics>

WHO 2018. Prevalence of Tobacco Smoking. WHO:n verkkosivut. Verkkodokumentti. Luettu 28.9.19. <https://www.who.int/gho/tobacco/use/en/>

WHO 2019a. Health Promotion. WHO:n verkkosivut. Verkkodokumentti. Luettu 15.9.19. <<https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>>

WHO 2019b. The Ottawa Charter for Health Promotion. WHO:n verkkosivut. Verkkodokumentti. Luettu 22.12.19. <<https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index1.html>>

WHO 2019c. WHO Tobacco. Verkkosivut. Verkkodokumentti. Luettu 28.9.19. <<https://www.who.int/health-topics/tobacco>>

Wong, Jean - Abrishami, Amir - Yang, Yiliang - Zaki, Amna - Friedman, Zeev - Selby, Peter - Chapman, Kenneth R. - Chung, Frances. 2012. A Perioperative Smoking Cessation Intervention with Varenicline: A Double-blind, Randomized, Placebo-controlled Trial. *Anesthesiology* 10 2012, Vol.117, 755-764. Verkkodokumentti. Luettu 2.2.20. <<https://anesthesiology.pubs.asahq.org/article.aspx?articleid=1933833>>

Ylitörmänen, T. 2019. Steso:n perehdytysdiat. Verkkodokumentti. Luettu 30.8.20. <<https://asiakas.kotisivukone.com/files/stesotesti.kotisivukone.com/kuvat/STESO-perehdytys-082018.pdf>>

Ziedonis, D. - Haberstroh, S. – Hanos-Zimmermann, M. - Miceli, M. – Foulds, J. 2006. Adolescent Tobacco Use and Dependence: Assessment and Treatment Strategies. Verkkojulkaisu. Luettu. 14.4.20. <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16814699/>>

Tiedote tutkimukseen osallistuville

TIEDOTE TUTKIMUKSESTA

27.11.2018

TupLei- toimintamallin arviointitutkimus

Pyyntö osallistua tutkimukseen

Pyydämme Teitä osallistumaan Tupakoimattomana leikkaukseen (TupLei)-toimintamallin arviointia koskevaan tutkimukseen. Tämä tiedote kuvaa tutkimusta ja Teidän mahdollista osuuttanne siinä.

Osallistumisen vapaaehtoisuus

Tähän tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen tai peruuttaa suostumuksenne syytä ilmoittamatta, milloin tahansa tutkimuksen aikana.

Lukekaa rauhassa tämä tiedote. Jos Teillä on kysyttävää, voitte olla yhteydessä tutkijalääkäriin tai tutkimuksesta vastaavaan henkilöön (yhteystiedot löytyvät asiakirjan lopusta). Jos päätätte osallistua tutkimukseen, Teitä pyydetään allekirjoittamaan viimeisellä sivulla oleva suostumus.

Tutkimuksen toteuttaja

Tämän tutkimuksen toteuttavat HUS ja Helsingin yliopisto ja vastaavana tutkijana toimii ylilääkäri Helena Liira. Tutkimuksen rekisterinpitäjä on HUS, joka vastaa tutkimuksen yhteydessä tapahtuvan henkilötietojen käsittelyn lainmukaisuudesta.

Tutkimuksen tausta ja tarkoitus

Tupakoinnin lopettaminen ennen leikkausta edistää paranemista ja vähentää leikkauskomplikaatioiden määrää. Tässä tutkimuksessa arvioidaan toimintamallin käyttöönottoa terveydenhuollossa toimivien ammattilaisten näkökulmasta. Tutkimuksessa haastatellaan eri puolilla Suomea perusterveydenhuollossa sekä erikoissairaanhoidossa toimivia ammattilaisia, kuten lääkäreitä ja sairaanhoitajia, puolistrukturoidun kyselyn avulla puhelinhaastatteluna.

Tutkimus kattaa tekijät, jotka ammattilaisten näkökulmasta ovat estäneet tai edistäneet TupLei-mallin käyttöönottoa. Lisäksi haastatteluissa kerätään ammattilaisten ideoita toimintamallin jalkauttamiseen jatkossa. Haastatteluja tehdään siihen saakka, kunnes uutta tietoa haastatteluista ei enää kerry. Arviolta tutkimus vaatii 30-40 terveydenhuollon ammattilaisen haastattelut. Heiltä pyydetään tutkimukseen osallistumiseen kirjallinen suostumus, joka on tämän tiedotteen viimeisellä sivulla.

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää TupLei-toimintamallin käyttöönoton esteitä ja edistäviä tekijöitä suomalaisessa terveydenhuollossa sekä koota osallistujien ideoita tupakkavieroituksen tehostamiseen leikkauksen yhteydessä.

Tutkimuksen kulku

Tutkijalääkäri ottaa yhteyttä haastateltaviin sähköpostitse ja sopii haastatteluajan. Haastateltavat saavat alustavan kysymyslistan etukäteen sähköpostissa. Puhelinhaastattelut nauhoitetaan ja litteroidaan. Ne analysoidaan laadullisin menetelmin teemoittain. Tutkimus auttaa tunnistamaan toimintakäytäntöjen kehittämistä estäviä ja edistäviä tekijöitä ja tuottaa konkreettisia ideoita tupakkavieroituksen tueksi leikkauspotilailla.

Tutkimuksen mahdolliset hyödyt

Tutkimukseen osallistumisesta ei makseta palkkiota. Tutkimuksen hyötynä on osallistuminen tupakkavieroituksen edistämiseen ja tällä työllä saavutettava terveyshyöty.

Tutkimuksen mahdolliset haitat ja epämukavuudet

Puhelinhaastattelu vie jonkin verran aikaanne. Haastattelun arvioitu kesto on noin 15-20 minuuttia haastattelua kohden.

Tietojen luottamuksellisuus, säilytys ja tietosuoja

Keräämme tietoa Teiltä haastattelemalla ja tutkimustuloksia käsitellään luottamuksellisesti lain edellyttämällä tavalla. Tutkimustuloksia käsitellään siten, että Teitä ei voida niistä tunnistaa. Tutkimustulokset raportoidaan siten, että Teidän tunnistamisenne lopullisesta raportista ei ole mahdollista. Tutkimuksen yhteydessä kerätyt tiedot säilytetään hyvän kliinisen tutkimustavan vaatimusten mukaisesti ja hävitetään sen jälkeen.

Lisätiedot

Voitte tarvittaessa esittää tutkimukseen liittyviä kysymyksiä tutkijalle/tutkimuksesta vastaavalle henkilölle.

Tutkijoiden ja tutkimuksesta vastaavan henkilön yhteystiedot

Tutkija

Elina Tulenheimo-Eklund

Tutkijalääkäri

puh. 040 636 0610

elina.tulenheimo-eklund@hus.fi

Tutkimuksesta vastaava henkilö

Helena Liira

ylilääkäri (LT), HUS

puh. 050 513 0448

helena.liira@hus.fi

Suostumus haastattelututkimukseen

Minua on pyydetty osallistumaan tutkimukseen Tupakoimattomana leikkaukseen -toimintamallin arviointi (HUS-tutkimusnumero Y7100SHA05).

Olen perehtynyt edellä olevaan selvitykseen ja saanut riittävästi tietoa tutkimuksesta ja sen yhteydessä suoritettavasta tietojen keräämisestä, käsittelystä ja luovuttamisesta. Minulla on ollut riittävästi aikaa harkita tutkimukseen osallistumista.

Ymmärrän, että tähän tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista.

Minulla on oikeus, milloin tahansa tutkimuksen aikana ja syytä ilmoittamatta keskeyttää tutkimukseen osallistuminen. Suostumuksen peruuttamisesta ei aiheudu minulle kielteisiä seuraamuksia. Olen tietoinen siitä, että suostumuksen peruuttamiseen mennessä kerättyjä tietoja käytetään osana tutkimusaineistoa.

Allekirjoituksellani vahvistan, että osallistun tässä asiakirjassa kuvattuun tutkimukseen ja suostun vapaaehtoisesti haastateltavaksi. Olen tietoinen siitä, että henkilötietojani voidaan käsitellä myös ulkomaisen viranomaisen suorittaman tarkastuksen sekä toimeksiantajan edustajan suorittaman laadunvarmistustoiminnan yhteydessä.

Allekirjoitus

Päiväys

Nimen selvennys

Syntymävuosi

Työpaikka /sairaanhoidopiiri

Suostumus vastaanotettu

Suostumuksen vastaanottajan allekirjoitus

Päiväys

Nimen selvennys

Alkuperäinen allekirjoitettu asiakirja jää tutkijalääkärin arkistoon ja kopio annetaan haastateltavalle.

TupLei ammattilaisten haastattelukysymykset

1. Milloin aloititte Tupakoimattomana leikkaukseen (TupLei) -toimintamallin käyttöönoton?
2. Mistä saitte kimmokkeen tähän?
3. Keitä teillä on osallistunut TupLei-toiminnan suunnitteluun ja toteuttamiseen? Onko teillä säännöllisesti kokoontuvaa TupLei-ohjausryhmää?
4. Miten toteutitte TupLei-mallin käyttöönoton?
5. Mitä materiaaleja olette tuottaneet työn tueksi?
6. Minkälainen Tupakoimattomana leikkaukseen -toimintamallinne on?
7. Miten olette järjestäneet terveyskeskusten, työterveyshuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyön TupLei-toiminnassa?
8. Miten olette ottaneet huomioon potilaiden toiveet toiminnassa, esim. kokemusasiantuntijoiden hyödyntäminen?
9. Mikä on sujunut hyvin käyttöönotossa?
10. Missä on ollut haasteita? Olisiko jotain mitä tekisitte nyt toisin?
11. Mikä on TupLein tilanne alueellanne tällä hetkellä? Mitä havaintoja olette tehneet toimintamallin vaikutuksista?
12. Miten aiotte ylläpitää toimintamallin käyttöä ja mitä jatkosuunnitelmia teillä on potilaiden tupakoinnin lopettamisen tuen ja toimintamallin kehittämiseksi?
13. Muita ideoita TupLei-toimintamallin käyttöönottoon?

