



Nikotiinittomuushoitopolun kehittäminen

Noora Smal

Julkaisuvuosi Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

Nikotiinittomuushoitopolun kehittäminen

Noora Smal

Voimavaraistavien työtapojen
kehittäminen ja johtaminen sosi-
aali- ja terveysalalla

Terveydenhoitaja YAMK

Opinnäytetyö

Kesäkuu 2024

Noora Smal

Nikotiinittomuushoitopolun kehittäminen

Vuosi

2024

Sivumäärä

66

Kohdeorganisaatio esitti pyynnön opinnäytetyöstä liittyen nikotiinittomuushoitopolun kehittämiseen. Hoitopolun tavoitteena on mahdollistaa tasavertaiset ja laadukkaat, käypä hoito -suositukseen perustuvat palvelut kohdeorganisaation asiakkaille. Tavoitteena on tuottaa katkeamaton ja yksilöllinen hoitopolkumalli kohdeorganisaation asiakkaiden ja ammattilaisten käyttöön ja joka tukee laadukasta, tasalaatuista ja kustannustehokasta hoitoa. Tavoitteena on, että kehitettävän hoitopolun ja siihen liittyvien toimintatapojen ja materiaalien avulla terveydenhuollon ammattilaiset pystyvät tukemaan asiakkaan/potilaan tupakoinnin lopetusta ja hyödyntämään asiakkaan/potilaan omia voimavaroja prosessin aikana.

Opinnäytetyössä on tutkittu, miten asiakkaan nikotiinittomuutta on tuettu nykyisissä toimintatavoissa, millaisia kehittämistarpeita hoitopolun ja ohjaamisen kohdalla nähdään ja millainen hoitopolku ja ohjausmalli materiaaleineen voidaan tulevaisuudessa ottaa käyttöön. Aihe on rajautunut koskemaan tupakka- ja nikotiinituotteita, niiden vieroitushoitoa ja kohderyhmäksi on rajautunut aikuisväestö. Lisäksi kehitettävää nikotiinittomuushoitopolkua tarkastellaan voimavaraistavan ja ratkaisukeskeisen työskentelymallin viitekehyksestä.

Tupakka- ja nikotiiniriippuvuus on vakava sairaus, johon liittyy vahvasti myös psyykkisiä ja sosiaalisia tekijöitä. Kuusi kymmenestä suomalaisesta tupakoijasta haluaisi lopettaa ja vuosittain noin neljä kymmenestä yrittää lopettamista. Suomessa kuolee vuosittain yli 6000 ihmistä tupakoinnin aiheuttamiin sairauksiin. Tupakointi on tärkein kuolleisuuden aiheuttaja, joka on ennaltaehkäistävissä ja tupakoinnin lopetusta tukemalla saadaan myös mittavia säästöjä terveydenhuollolle sekä koko yhteiskunnassa. Käypä hoito -suosituksen mukaan terveydenhuollon ammattilaisten tulee tunnistaa potilaan tupakointi sekä nikotiiniriippuvuus ja tukea häntä lopettamisessa.

Opinnäytetyössä toteutettiin teemahaastattelu fokusryhmälle, joka koostui kohdeorganisaation nikotiinittomuushoitoa toteuttavista terveydenhuollon ammattilaisista. Haastatteluun osallistuneet muodostivat kehittämistyön ydinyhmän, joka osallistui nikotiinittomuushoitopolun kehittämiseen yhteiskehittämisen työpajassa. Haastatteluiden perusteella nikotiinittomuushoitopolun kehittämiselle oli todellinen tarve kohdeorganisaatiossa. Vastauksissa korostui koulutuksen ja yhteisten ohjausmateriaalien tarve, sekä moniammatillisuuden lisääminen. Kaikki haastateltavat olivat sitä mieltä, että hoitopolun ja ohjauksen tulisi olla asiakaslähtöistä ja asiakkaan voimavarat huomioivaa. Motivoivan haastattelun tekniikat olivat laajalti jo käytössä.

Opinnäytetyön tuotoksena kehitettiin ehdotus nikotiinihoitopolusta kohdeorganisaatioon. Tämän nikotiinittomuushoitopolun jatkotoimenpiteinä ehdotan seuraavia asioita: koulutuksen järjestämistä ammattilaisille, yhteneväisten materiaalien kokoamista kohdeorganisaation ammattilaisten käyttöön sekä digitaalisten palveluiden kehittämistä osana nikotiinittomuushoitopolkua. Savuttomuuden edistämisen tulee olla suunnitelmallista sekä viestinnän selkeää ja johdonmukaista. Terveydenhuollolle asetetut tupakasta vieroituksen laatuksiteerit tulee ottaa käyttöön.

Asiasanat: tupakointi, nikotiini, nikotiinivieroitus, voimavaraistavat työskentelytavat, motiivoiva haastattelu, hoitopolku.

Noora Smal

Development of a Nicotine-Free Treatment Path

Year

2024

Pages

66

The target organization submitted a request for a thesis related to the development of a nicotine-free treatment path. The aim of the treatment path is to enable equal and high-quality services based on practical treatment recommendations for the target organization's customers. The goal is to produce an uninterrupted and individualized treatment path model for use by customers and professionals of the target organization, and which supports high-quality, consistent and cost-effective care. The goal is that with the help of the treatment path and related procedures and materials, healthcare professionals will be able to support the client/patient's smoking cessation and utilize the client's/patient's own resources during the process.

The thesis examined how the client's nicotine-free status has been supported in with the current operating methods, what kinds of development needs are seen in the treatment path and guidance, and what kind of a treatment path and guidance model with materials can be introduced in the future. The subject was limited to tobacco and nicotine products, their detoxification treatment, and the target group was limited to the adult population. In addition, the nicotine-free treatment path being developed is examined from the framework of an empowering and solution-oriented working model.

Tobacco and nicotine addiction is a serious disease, which is also strongly associated with psychological and social factors. Six out of ten Finnish smokers would like to quit, and every year about four out of ten try to quit. In Finland, more than 6,000 people die each year from diseases caused by smoking. Smoking is the most important preventable cause of death and supporting the cessation of smoking also results in significant savings for healthcare and society. According to the current treatment recommendation, healthcare professionals must identify the patient's smoking and nicotine addiction and support them in quitting.

In the thesis, a thematic interview was carried out for a focus group, which consisted of healthcare professionals implementing nicotine-free treatment in the target organization. The participants in the interview formed the core group of the development work, which participated in a development of the nicotine free treatment path in the co-development workshop. Based on the interviews, there was a real need for the development of a nicotine-free treatment path in the target organization. The responses emphasized the need for training and common guidance materials, as well as increasing multi-professionalism. All the interviewees believed that the treatment path and guidance should be customer-oriented and consider the customer's resources. Motivational interviewing techniques were already widely used.

As a product of the thesis, a proposal for a nicotine-free treatment path to the target organization was developed. As follow-up measures for this nicotine-free treatment path, the following things are proposed: organizing training for professionals, compiling consistent materials for use by professionals of the target organization, and developing digital services as part of the nicotine-free treatment path. The promotion of smoking cessation must be planned, and communication must be clear and consistent. The quality criteria for smoking cessation set for health care should be implemented.

Keywords: smoking, nicotine, nicotine withdrawal, empowering working methods, motivational interview, treatment path

Sisällys

1	Johdanto	7
2	Tietoperusta ja keskeiset käsitteet.....	9
2.1	Tupakka- ja nikotiniriippuvuus.....	11
2.2	Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden hoito.....	15
3	Terveyden edistäminen suunnittelu	18
4	Voimavaraistavat ja ratkaisukeskeiset työskentelytavat.....	22
4.1	Maslowin tarvehierarkia.....	26
4.2	Reissin motivaatioteoria	27
4.3	Itsemääräämisteoria	28
4.4	Motivoiva haastattelu.....	29
5	Aikaisempiin tutkielmiin, hankkeisiin ja hoitopolkumalleihin tutustuminen.....	31
6	Tutkimuksellisen kehittämistyön toteuttaminen	33
6.1	Teemahaastattelu.....	34
6.2	Yhteiskehittäminen	36
7	Aineiston analysointi.....	37
8	Tulokset.....	39
8.1	Pääteemat.....	39
8.2	Alateemat	40
8.3	Työskentelyorientaatio.....	44
9	Yhteiskehittämisen työpaja.....	45
10	Johtopäätökset ja pohdinta.....	46
11	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus.....	50
	Kuviot.....	57
	Taulukot.....	57
	Liitteet	58

1 Johdanto

Tupakka- ja nikotiiniriippuvuus on vakava sairaus, johon liittyy vahvasti myös psyykkisiä ja sosiaalisia tekijöitä. Kuusi kymmenestä suomalaisesta tupakoijasta haluaisi lopettaa ja vuosittain noin neljä kymmenestä yrittää lopettamista. Jopa kahdeksan kymmenestä on huolissaan tupakoinnin vaikutuksesta terveyteensä. Tupakointiin liittyy myös suuri sairastuvuus ja kuolleisuus, jonka vuoksi ennalta ehkäisy on hyvin tärkeää ja tupakointi onkin tärkein kuolleisuuden aiheuttaja, joka on ennaltaehkäistävässä. Tupakoinnin lopetusta tukemalla saadaan myös mittavia säästöjä terveydenhuollolle sekä koko yhteiskunnassa. Käypä hoito -suosituksen mukaan terveydenhuoltoalan ammattilaisten tulee tunnistaa potilaan tupakointi sekä nikotiiniriippuvuus ja tukea häntä lopettamisessa. Muutosta tukevien ohjausmenetelmien osaaminen on hoidon onnistumisen kannalta tärkeää ja etenkin lääkärin kannustus vieroituksessa on merkittävää. Käypä hoito -suosituksen mukaan terveydenhuollon organisaatioiden on tärkeää sopia ja kirjata omat nikotiinivieroituksen toimintamallinsa. (Käypä hoito -suositus 2024.

Suomen päihdepolitiikkaa ohjaa vuonna 2021 Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisema Päihde ja riippuvuusstrategia - yhteiset suuntaviivat vuoteen 2030. Strategia ohjaa kokonaisvaltaisesti alkoholiin, tupakkaan, huumausaineisiin ja rahapelaamiseen liittyviä riskejä, haittoja ja ongelmia, sekä mahdollisuuksia niiden ennaltaehkäisemiseksi ja hoitamiseksi. Strategian viisi painopistealuetta ovat päihteiden käyttäjien ja riippuvuushaittoja kokevien ihmisten oikeuksien tukeminen, asiantuntijuuden, yhteistyörakenteiden, tietoperustan ja tiedonkulun vahvistaminen sekä tuetaan toimivia ja etsitään uusia ratkaisuja, varmistetaan ehkäisevän päihdetyön ja päihde- ja riippuvuuspalveluiden laatu ja saatavuus sekä varmistetaan päihde- ja riippuvuusasiantuntijuus ja yhteistyö valtioneuvostasolla. (Kotovirta, Markkula, Pajula, Paavola, Honkanen & Tuominen 2021, 1.)

Suomen tupakkalainsäädäntöä ja -politiikkaa tarkastellaan sekä kehitetään jatkuvasti. Maailman terveysjärjestön WHO:n tupakoinnin torjunnan puitesopimus sekä Euroopan unionin tupakkapolitiikka on tärkeä rooli myös suomen tupakkapolitiikan kehityksessä. (Kotovirta ym. 2021, 19) Suomen tupakkalain tavoitteena on, että vain viisi prosenttia suomalaisista tupakoisi vuonna 2030. Tämän tavoitteen tueksi on tehty Savuton Suomi 2030 -verkosto, johon on sitoutunut laajasti suomalaisia järjestöjä ja viranomaistahoja. Savuton Suomi 2030 -ohjelman strategisina linjauksina vuosille 2023-2025 on korostaa toiminnassa nikotiinittomuuden hyötyjä myös kestäväen kehityksen tavoitteiden saavuttamisessa, tupakka- ja nikotiinituotteiden vieroituspalveluiden tehostamista ja saavutettavuutta ja niistä saatavia terveydellisiä ja taloudellisia hyötyjä, sekä uusien tupakka- ja nikotiinituotteiden ennaltaehkäisemisen edistämistä. (Savuton Suomi 2030.)

Suomessa on tarve osaaville tupakka- ja nikotiinivieroituksen ammattilaisille, sillä on arvioitu, että Suomen terveydenhuollon resurssit vieroitustyöhön ovat heikommat verrattuna useaan

muuhun EU-maahan. Savuton Suomi 2030-ohjelman tavoitteiden saavuttamisen kannalta onkin tärkeää, että tehokas tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden hoito saadaan järjestettyä. (Winell, Ollila, Korhonen 2022, 15.)

Kohdeorganisaatio on yksityinen terveystalouden yritys. Organisaatio tarjoaa monipuolisia työterveyshuollon, perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, sekä hyvinvoinnin palveluja yritys- ja yksityisasiakkaille ja julkiselle sektorille ja vuonna 2023 näitä terveystalouksia käytti yhteensä 1,2 miljoonaa yksittäistä asiakasta. Organisaatio työllistää 15 500 terveyden- ja hyvinvoinnin ammattilaista. (Kohdeorganisaation toimintakertomus 2023)

Organisaation strategisena tavoitteena on mm. myönteinen vaikutus koko yhteiskuntaan. Terveystalouden palveluissa tavoitteina on keskittyä integroituihin hoitoon hoitotulosten optimoimiseksi ja asiakasarvon maksimoimiseksi. Lisäksi organisaation tavoitteena on hyödyntää digitaalisia ratkaisuja hoidon jatkuvuuden parantamiseksi sekä ammattilaisten potilastyöhön käyttämisen ajan maksimoiminen älykkäiden työkalujen ja prosessien avulla. Kohdeorganisaatio on sitoutunut laatuun jatkuvaan kehittämiseen sekä asiakkaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen. (Kohdeorganisaation toimintakertomus 2023)

Kohdeorganisaatio esitti pyynnön opinnäytetyöstä liittyen organisaation nikotiinittomuushoitopolun kehittämiseen. Hoitopolun tavoitteena on mahdollistaa tasavertaiset ja laadukkaat, käypä hoito -suositukseen perustuvat palvelut kohdeorganisaation asiakkaille. Hoitopolku tukee yrityksen strategiaa vaikuttamalla sairauksien ennaltaehkäisyyn, tehokkaaseen ja kustannusvaikuttavaan hoitoon välttämällä päällekkäistä työtä. Tavoitteena on potilaan katkeamaton ja yksilöllinen hoito ja moniammatillisessa yhteistyössä.

Kohdeorganisaation yksi merkittävimmistä toimintakentistä on työterveyshuolto, jonka toiminnassa mahdollistuu vaikuttaminen niin yksittäisiin työntekijöihin kuin yrityksiin ja organisaatioihin. Työterveyden terveystarkastukset ja eri ammattilaisten vastaanotot tarjoavat hyvän mahdollisuuden ottaa tupakointi ja nikotiinituotteiden käyttö puheeksi potilaan kanssa. Yksittäisen potilaan hoidosta työskentely voi edetä myös koskettamaan koko yritystä mm. savuton työpaikka mallin muodossa. Savuton työpaikka tukee yksittäisten työntekijöiden tupakoinnin lopettamista. Työterveyshuollossa nikotiiniriippuvuuden hoidon lisäarvo tulee juuri siitä, että työterveyshuollolla on mahdollista saada koko yritys ja sen johto sitoutumaan savuttomuuteen. Tupakoinnin lopettaminen tukee työntekijän työkykyä ja työterveyshuollolla on tärkeä rooli tuoda esiin hyötyjä niin yksilö- kuin työpaikkatasolla, muun muassa talouden ja tuottavuuden näkökulmasta. On kehitetty laskentamalleja ja tulosten seurantamittareita, joilla voidaan laskea yksittäisen yrityksen talous- ja tuottavuusvaikutuksia savuttomuuden osalta. (Malin & Reijula 2022, 229-230.) Arvion mukaan tupakointi johti 530 työkyvyttömyyseläkkeeseen aiheuttaen yhteensä 126 miljoonan euron tuotantopanosmenetykset yrityksille.

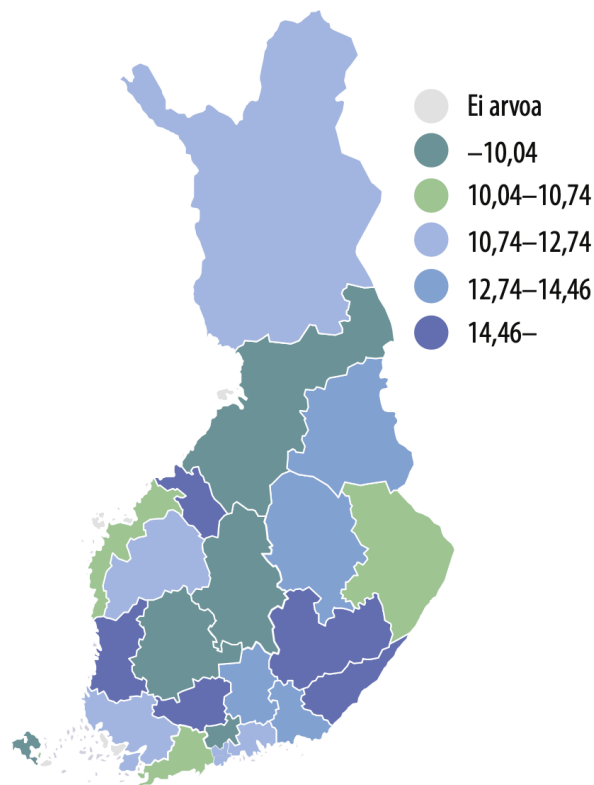
Vuoden aikana tupakkaehtoisia sairauspoissaoloja kertyy yhteensä 292 194 päivää. (Viljakainen, Jääskeläinen, Ruokolainen, Ollila & Laatikainen 2020.)

2 Tietoperusta ja keskeiset käsitteet

Suomessa tupakkatuotteiden käyttöä säädellään tupakkalailla, joka sisältää tupakkatuotteet, sähkösavukkeet ja niissä käytettävät nesteet, yrttisavukkeet, energianuuskan sekä tupakointivälineet (Valvira 2023).

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitoksen Tupakkatilaston mukaan noin 12 prosenttia suomalaisista tupakoi vuonna 2020. Vaikka aikuisväestön tupakointi on vähentynyt, on vähentyminen hidastunut muutaman viime vuoden aikana. Sähkötupakoinnin määrä on vuoden 2020 tilaston mukaan ollut miehillä noin prosentin ja naisilla alle prosentin luokkaa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2023, 1.) Vielä vuonna 1996 suomalaisista miehistä tupakoi päivittäin 28 prosenttia (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2023, 2). Nuuskan käyttö on puolestaan lisääntynyt suomalaisilla alle 50-vuotiailla miehillä 2000-luvun alusta alkaen. Nuuskan käyttö on yleisintä nuorilla 20-34-vuotiailla miehillä, joista jopa 22 prosenttia ilmoitti käyttävänsä nuuskaa päivittäin tai satunnaisesti (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2023, 3-4). Sähkösavukkeiden käyttö on Suomessa yleisintä nuorilla, alle 20-vuotiailla. Aikuisväestöstä sähkösavukkeita käyttää noin 2 prosenttia vuoden 2021 tilaston mukaan (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2023, 4).

Tuoreessa Sosiaali- ja terveysministeriön Tupakka ja Nikotiinista vieroitus -suositukset hyvinvointialueille (2024) julkaisussa on todettu, että päivittäinen tupakointi on yleisintä Etelä-Savon, Etelä-Karjalan, Kanta-Hämeen, Satakunnan ja Keski-Pohjanmaan hyvinvointialueilla. Vuoden 2023 tilaston mukaan 59 prosenttia yli 20 vuotta täyttäneistä miehistä ja 55 prosenttia naisista halusi lopettaa tupakoinnin. (Ylitörmänen, Markkula, Ollila, Ruokolainen, Sandström, Honkanen & Paavola 2024, 15.)



Kuvio 1: Päivittäin tupakoivien osuus (%) 20-64-vuotiaat (Ylitörmänen ym 2024. 16)

Tupakkaa saadaan kuivaamalla Pohjois- ja Etelä-Amerikasta lähtöisin olevien tupakkakasvien (*Nicotiana*) lehtiä. Tupakka sisältää nikotiinia, joka on kemialliselta rakenteeltaan pyridiiniikaloidi. Yleisimmin tupakkaa käytetään poltettavassa muodossa kuten savukkeissa, sikareissa, piipussa ja vesipiipussa. Savuttomilla tupakkatuotteilla tarkoitetaan suunuuskaa ja purutupakkaa. Ruotsia lukuun ottamatta nuuskan myynti on kielletty EU:ssa. (Heloma 2022, 28-29.) Nikotiinituotteilla tarkoitetaan muun muassa nikotiinikorvausvalmisteita, jotka ovat tarkoitettu tupakoinnin lopettamisen avuksi. Tällaisia nikotiinikorvaustuotteita on useita erilaisia, kuten purukumeja, laastareita ja sumuttimia. Markkinoilla on lisäksi tarjolla nikotiininuuskaa, joka poikkeaa tavallisesta nuuskasta siten, ettei se sisällä lainkaan tupakkaa ja sitä myydään myös tupakoinnin lopettamiseen, vaikka sen on todettu aiheuttavan voimakasta riippuvuutta. Lisäksi on olemassa erilaisia nikotiinia sisältäviä tuotteita, jotka ovat Suomessa kiellettyjä, kuten nikotiinia sisältävät energiajuomat. (Heloma 2022, 29.)

Sähkösavuke määritellään laissa tuotteeksi, jonka avulla voidaan hengittää sisään nikotiinipiipusta höyryä suukappaleen kautta. Sähkösavukkeissa voidaan käyttää myös nikotiinittomia nesteitä. Varsinaisesti sähkösavukkeita ei kuitenkaan luokitella tupakkatuotteisiin, mutta niitä koskee monilta osin samat säädökset kuin tupakkatuotteita, kuten myyntikielto alle 18-vuotiaille, markkinointikielto ja laissa säädetyt tupakointikiellot. Sähkösavukkeet tulivat Suomen tupakkalain piiriin vuonna 2016. (Heloma, Ruokolainen, Patja & Salminen 2022, 19, 29.)

Salmisen ja Lehdon (2022) mukaan sähkösavukkeiden tulo markkinoille näkyy nikotiinin käytön lisääntymisen suurentuneena uhkana. Sähkösavukkeiden kysyntä on lisääntynyt räjähdysmäisesti ympäri maailmaa ja etenkin nuoret käyttävät niitä aktiivisesti. Sähkösavukkeiden toiminta perustuu nikotiinimesteen kuumentamiseen, jolloin se muuttuu hengitettäväksi aerosoliksi. Elimistöön saatava nikotiinipitoisuus vaihtelee käyttäjän kokemuksesta, tekniikasta ja laitteen mallista riippuen, mutta nikotiinipitoisuus on verrattavissa tupakoinnista saatavaan nikotiinimäärään. Tupakkateollisuus mainosti alkuun sähkösavukkeita vähemmän haitallisena vaihtoehtona ja niitä markkinoidaan usein apuna tupakoinnin lopettamiseen, mutta niiden apu tähän on kiistanalaista ja usein käykin niin, että sähkösavukkeista siirrytäänkin, joko sähkösavukkeeseen ja tupakoinnin sekakäyttöön, tai pelkkään tupakointiin. Vaikka sähkösavuke ei sisälläkään savua, jota tulee normaalista tupakasta, niin koostuu hengitettävä aerosoli samoista ainesosista, kuten hiiliyhdisteistä, nitrosamiineista, VOC yhdisteistä, metalleista, polysyklisisistä aromaattisista hiilivedyistä ja pienhiukkasista. (Salminen & Lehto 2022.)

2.1 Tupakka- ja nikotiiniriippuvuus

Tupakoinnin- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito käypä hoito -suosituksessa (2024) tupakka- ja nikotiiniriippuvuus luokitellaan seuraavasti: Tupakkariippuvuudella tarkoitetaan tupakoinnin aiheuttamaa fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen riippuvuuden muodostamaa oireyhtymää. Nikotiiniriippuvuus on nikotiinin käytöstä syntyvä keskushermoston nikotiinireseptoreiden määrän ja toiminnan muutos, jonka seurauksena käytön lopettaminen johtaa fyysisiin vieroitusoireisiin. Se on farmakologisilta ja käyttäytymistä sääteleviltä tekijöiltään muiden aine-riippuvuuksien kaltainen ja täyttää kansainvälisen psykiatrisen luokituksen mukaan kemiallisen riippuvuuden kriteerit. (Käypä hoito -suositus 2024.)

Maaliskuussa 2024 päivitetyn Käypä hoito -suosituksen mukaan, Suomessa kuolee vuosittain yli 4600 ihmistä tupakoinnin aiheuttamiin sairauksiin ja maailman laajuisesti tupakointi aiheuttaa jopa 7 miljoonaa ennen aikaista kuolemaa. Tupakkatuotteet vaikuttavat koko kehoon ja vähentää ihmisen elinikää keskimäärin kymmenellä vuodella, ollen myötävaikuttamassa monien sairauksien syntyyn tai pahenemiseen. Tupakoinnin vaikutuksista tehdään laajoja seurantatutkimuksia, joissa tulee yhä edelleen esiin uusia haittavaikutuksia. (Käypä hoito -suositus 2024.)

Keuhkosityöpä aiheuttaa eniten syöpäkuolemia Suomessa vuosittain ja se onkin ehkä tunnetuin tupakoinnista aiheutuva sairaus. Sekä naisilla että miehillä keuhkosityöpä on kolmanneksi yleisin syöpäsairaus ja vuosittain siihen sairastuu 1600 miestä sekä 1600 naista. On todettu, että 70-80% keuhkosityövästä aiheutuu juuri tupakoinnista. (Aro 2023). Tupakointi haittaa keuhko- ja syöpäsairauksien hoitoa ja saattaa komplikaatoriskin suurenemisen vuoksi hidastaa leikkaukshoitoon pääsyä (Tupakoimattomana leikkaukseen-malli). (Eskelinen, Niemi, Niemelä & Vasankari 2020). Toinen merkittävä tupakoinnista aiheutunut sairaus on keuhkohtaumatauti eli COPD, jossa tupakoinnin savu vaurioittaa pieniä keuhkorakkuloita ja aiheuttamalla niiden

laajenemisen. Tämän vuoksi keuhkojen kaasujenvaihto häiriintyy ja elimistön hapensaanti heikkenee. (Aro 2023.) On arvioitu myös, että tupakointi tai tupakansavulle altistuminen aiheuttaa noin 30 % sydänkuolemista. Nikotiini supistaa verisuonia, jonka vuoksi syke ja sydämen työmäärä nousee. Tupakan sisältämät kemikaalit vaurioittavat verisuonten seinämiä aiheuttaen tukostaipumusta ja kehon tulehdustilan. Tupakointi haittaa myös useiden psykiatrisen- ja somaattisten sairauksien lääkehoitoa vaikuttamalla elimistöön ja lääkeaineiden aineenvaihduntaan. Mielen terveyden ja tupakoinnin välillä on monia yhteyksiä. Mielen terveyshäiriöt voivat altistaa tupakoinnille, mutta on todettu myös, että tupakointi saattaa lisätä esimerkiksi ahdistuneisuushäiriöihin, kuten paniikkihäiriöön sairastumista. Nuorena aloitettu tupakointi saattaa liittyä kohonneeseen riskiin sairastua psykoosiin ja äidin raskauden aikaisen tupakoinnin on havaittu liittyvän jälkeläisen suurentuneeseen skitsofreniarisktiin riippumatta vanhempien mielen terveyshäiriöistä tai sosioekonomisesta taustasta. (Eskelinen ym 2020.)

Taulukko 1: Tupakkatuotteiden aiheuttamia sairauksia (mukaan Aro 2023)

Sydämen ja verenkiertoelinten sairaudet	<ul style="list-style-type: none"> • Sepelvaltimotauti • Sydäninfarkti • Sydänperäinen äkkikuolema • Kohonnut verenpaine • Katkokävely
Keuhkosairaudet	<ul style="list-style-type: none"> • Krooninen ahtauttava keuhkoputkitulehdus (COPD) • Krooninen keuhkoputkitulehdus
Syöpäsairaudet	<ul style="list-style-type: none"> • Keuhkosyöpä • Virtsarakon syöpä • Kurkunpään syöpä • Ruokatorven syöpä • Haimasyöpä • Mahasyöpä • Maksasyöpä • Kohdunkaulan syöpä • Suusyöpä
Suusairaudet	<ul style="list-style-type: none"> • Ientulehdus ja hampaiden kiinnityskudoksen sairaudet
Raskauteen ja synnytyksen jälkeiseen aikaan liittyvät riskit	<ul style="list-style-type: none"> • Sikiön pienipainoisuus • Keskenmeno • Kohdun ulkopuoliset raskaudet • Ennenaikainen synnytys • Kätkytkuolema • Imetys- ja maidoneritysvaikeudet • Lapsen hidastunut kasvu • Lapsen huuli- ja kitalakihalkio
Hedelmättömyysongelmat	<ul style="list-style-type: none"> • Impotenssi • Hedelmättömyys
Muita terveyshaittoja	<ul style="list-style-type: none"> • Kohonnut tyypin 2 diabeteksen riski • Ihon ennenaikainen vanheneminen • Haavojen hitaampi paraneminen • Leikkaukseen liittyvät jälkitaudit • Silmän rappeumasairaus • Mahan ja pohjukaissuolen limakalvovaurioriskin kasvu • Osteoporoosi (luukato) • Kilpirauhasen vajaatoiminnan paheneminen • Selkärangan välilevyn rappeumat • Vaihdevuosien varhaistuminen • Autoimmuunisairaudet (esim. nivelreuma, MS-tauti, Basedowin tauti)

Sähkösavukkeet sisältävät mm. propyleeniglyolia, glyserolia ja makuaineita, joilla on todettu olevan haittavaikutuksia keuhkoihin hengitettynä. Osa sähkösavukkeiden makuaineista aiheuttaa ahtauttavaa ilmatiehyttulehdusta (bronchiolitis obliterans), sekä sähkösavukkeiden käyttöön on liitetty myös keuhkovaurioita (EVALI, e-cigarette or vaping use-associated lung injury). (Heloma ym. 2022, 19-20.) Kuumennettaessa sähkösavukkeen sisältämästä propyleeniglykolista ja glyseriinistä muodostu myrkyllisiä hiiliyhdisteitä kuten asetaldehydia, formaldehydia sekä akroleiinia. Aldehydit aiheuttavat muun muassa sydän- ja verisuonielimistölle oksidatiivista kuormitusta ja tulehdusta, akroleiinin tiedetään vahingoittavan endoteeliä, kiihdyttävän ateroskleroosia ja aiheuttavan trombien muodostumista. (Salminen & Lehto 2022.) Ver-rattuna savukkeisiin, on sähkösavukkeiden nesteissä- ja höyryissä havaittu vähäisempiä pitoisuuksia haitallisia aineita, mutta nikotiinin määrä niissä voi olla sama tai jopa korkeampi kuin

tavallisissa savukkeissa. Näin olleen elimistön jatkuva korkea nikotiinipitoisuus ylläpitää nikotiiniriippuvuutta. (Heloma ym. 2022, 19-20.) Vaikka sähkösavukkeiden pitkäaikaishaitat eivät ole vielä tiedossa, niin on viitteitä siitä, että ne lisäävät sydän- ja verisuonisairauksia. Salmisen ja Lehdon (2022) mukaan sähkösavukkeiden käyttäjillä on 1,79-kertainen ja tupakoijilla 2,72-kertainen riski sydäninfarktiin verrattuna tupakoimattomiin henkilöihin. Lisäksi nikotiini nostaa syketaajuutta ja verenpainetta. (Salminen & Lehto 2022.)

Tupakan savu luokitellaan syöpävaaralliseksi ja sille päivittäin altistuvilla on kaksinkertainen riski sydäninfarktiin. Myös passiiviselle tupakoinnille altistuvilla lapsilla on muita enemmän korvatulehduksia, astmaa ja hengitystieinfektioita. (Aro 2023.) Tupakkalaissa olevien tupakointikieltojen- ja rajoitusten tarkoitus on suojella väestöä, ettei kukaan altistu tahtomattaan tupakan savulle. Rajoituksiin sovelletaan myös työturvallisuuslainsäädäntöä sekä terveyden- suojelulakia. (Valvira 2023.)

Tupakkateollisuuden hiilijalanjälki oli vuonna 2019 yhteensä 84 megatonnia, joka vastaa 20 % koko maailman lentoliikenteen päästöistä samalla ajalla. Tupakan tumpit ovat myös maailman yleisin roska, jotka kuormittavat luontoa sisältämillään mikromuoveilla ja myrkyllisiä kemikaaleilla. Tupakan viljely tuhlaa luonnonvaroja ja köyhdyttää maaperää ja onkin laskettu, että jos tupakan viljelyn sijaan viljeltäisiin ruokakasveja, ruokkisi sillä määrällä yhteensä 10 miljoonaa ihmistä. (Aro 2023.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on vuonna 2020 arvioinut tupakoinnin tuottavan Suomessa välittömiä ja välillisiä kuluja yhteensä 1,3 miljardin euron verran sairauslomien, sairauksien hoidon, eläköitymisten ja kuolemien muodossa (Aro 2023). Epäsuoria kustannuksia, joihin lasketaan muun muassa tupakkataukoihin käytetty työaika, tupakoinnin aiheuttamat tulipalot ja tupakkavalvonnan ja ehkäisyn kustannukset ovat noin 900 miljoonaa euroa, joista tupakkataukoihin mennyt työaika aiheutti suurimmat kustannukset. (Heloma, Korhonen & Winell 2022, 23.) Suomessa erikoissairaanhoidon tupakoinnista johtuviksi kustannuksiksi on arvioitu 211,4 miljoonaa euroa, perusterveydenhuollon 61,9 miljoonaa euroa ja työterveyshuollon osuudeksi tupakkatautien osalta 6,1 miljoonaa euroa. Nikotiiniriippuvuuden hoidon kulut erikoissairaanhoidossa ovat 0,5 miljoonaa euroa ja perusterveydenhuollossa 0,1 miljoonaa euroa. (Viljakainen ym. 2020.)

Tupakoinnin lopettamisen terveyshyödyt alkavat näkyä välittömästi ja arjen toimintakyky paranee. Monesti tupakoitsijan ajattelevat lopettamisen lisäävän stressiä, mutta tutkimusten valossa lopettaminen ennemmin lievittää stressiä. Vieroitusoireiden jälkeen yönunen laatu paranee ja uni aika pitenee. Pitkällä aikavälillä myös ahdistus vähenee ja mieliala kohenee ja puolen vuoden kuluessa vaikutus näihin on samankaltainen, kuin niiden hoitamiseen tarkoitetuilla lääkkeillä. Myös positiivisuuden tunne lisääntyy ja elämänlaatu paranee. (Aro & Sandström 2022, 146.)

Tupakoinnin lopettaminen auttaa laskemaan verenpainetta ja sillä on suotuisia vaikutuksia koko elimistöön verenkierron ja hapetuksen parantumisen myötä, mikä on erityisen tärkeää esimerkiksi diabeetikoille. Tupakoinnin lopettaminen parantaa myös glukoosiaineenvaihduntaa ja näin ollen voidaan vähentää diabeteksen komplikaatioiden syntymistä. Myös keuhkojen puhdistuminen myrkyllisistä aineista helpottaa hengitystä, vähentää lääkkeiden tarvetta ja vähentää kuolleisuutta kroonisia keuhkosairauksia sairastavilla. (Aro & Sandström 2022, 147.) Lopettaminen parantaa myös merkittävästi lisääntymisterveyttä. Raskaaksi tulemisen todennäköisyys kasvaa, keskenmenot vähenevät ja syntyvän lapsen kasvun ja kehityksen häiriöt vähenevät. Siittiöiden laatu ja määrä kasvaa. Elimistön puolustuskyky paranee ja haavojen paraneminen ja leikkauksista toipuminen nopeutuu. Myös suun terveys paranee muun muassa ientulehdusten ja paradontiittien vähenemisen myötä. (Aro & Sandström 2022, 147.) On viitteitä myös siitä, että kaikkien syöpäsairauksien kuolleisuus pienenee tupakoinnin lopettamisen jälkeen ja syöpähoitojen ennuste paranee (Aro & Sandström 2022, 147).

2.2 Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden hoito

Hyvä hoitokäytäntö alkaa tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden tunnistamisesta sekä arvioinnista. Yleisimmin riippuvuuden tunnistamisessa käytetään kahden kysymyksen fyysisen riippuvuuden testiä (Heaviness of Smoking Index, HSI) ja nikotiiniriippuvuuden - ja sen vaikeusasteen tunnistamisessa käytettävää pidempää Fagerströmin nikotiiniriippuvuustestiä (FTND). Fyysisen riippuvuuden testiä käytetään lääkitystarpeen arvioinnissa ja Fagerströmin nikotiiniriippuvuustestiä lääkehoidon pituuden määrittelyssä. Fagerströmin nikotiiniriippuvuustestiä voidaan käyttää myös sähkötupakan käyttäjille. Nuuskan käyttäjille käytetään sovellettua versiota Fagerströmin testistä. (Winell, Patja, Korhonen & Ollila 2022, 151-152.) Psykkisen riippuvuuden (tapa- ja sosiaalinen riippuvuus) arvioimiseksi voidaan käyttää esimerkiksi tupakointipäiväkirjaa. Jos potilas on repsahtanut useita kertoja, tulee kaikki riippuvuuden tekijät selvittää erityisen huolella (tupakointitavat, ympäristö ja tilanteet, tunneriippuvuus). Myös sosiaalisen verkoston kartoittaminen on tärkeää tehdä hoidon alkuvaiheessa. (Winell ym. 2022, 151-152.) Suuriin leikkauksiin tai plastiikkakirurgisiin toimenpiteisiin meneviltä potilailta voidaan mitata nikotiinin metaboliitin kotiniinin pitoisuutta verestä ja etenkin savukkeita polttavilta potilailta voidaan mitata uloshengityksen häkäpitoisuutta, jolloin myös veren karboksihemoglobiinipitoisuuden (%COHb) prosentuaalinen osuus saadaan selville. Uloshengityksen häkämittausta käytetään muun muassa jo äitiysneuvoloissa. Kokonaisuuden arvioinnissa on hyvä myös kartoittaa asiakkaan askivuodet. (Winell ym. 2022, 152-153.)

Tupakka- ja nikotiinituotteiden käytön ennaltaehkäisy on erityisen tärkeää, sillä tupakka- ja nikotiiniriippuvuus on vakava sairaus, jonka hoito on vaikeaa. Nikotiini aiheuttaa fyysistä riippuvuutta ja lisäksi tupakointiin liittyy paljon psyykkisiä ja sosiaalisia tekijöitä. Terveystieteiden ammattilaisten tehtävänä on tunnistaa potilaiden tupakka- ja nikotiiniriippuvuus,

suositella lopettamista ja tukea potilasta tupakoinnin lopettamisessa. Yleensä lopettaminen vaatii ensin kolmesta neljään yritystä. (Käypä hoito -suositus 2023.)

Tupakka- ja nikotiiniriippuvuus luokitellaan krooniseksi sairaudeksi, kuten esimerkiksi diabetes. (Käypä hoito -suositus 2023, Winell ym 2022, 14). Riippuvuus tupakkaan ja nikotiiniin kehittyy nopeasti ja suurin osa tupakkariippuvaisista tarvitsee lopettamiseen hoitoa ja seuranta. Tupakoinnin lopetus onkin yksi vaikeimmista elintapamuutoksista, koska siihen liittyy voimakas psyykinen ja fyysinen riippuvuus. Intensiiviset lääke- sekä käyttäytymistieteelliset hoidot kuten ohjaus ja neuvonta sekä muutosta tukevat keskustelut, ovat tehokkaita tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden hoidossa, mutta nämä vaativat resursseja palvelujärjestelmältä. Lääkehoidon ja neuvonnan yhdistelmä ovat todettu tehokkaammaksi hoitomuodoksi, kuin mini-interventiot, mutta yleensä mini-interventioiden toteuttaminen on helpompaa ja ne tavoittavat suuremman potilasmäärän. Kaikki terveydenhuollon ammattilaisten tekemät interventiot ovat kuitenkin hyödyllisiä ja tärkeitä. (Winell ym 2022, 14-15.) Stead, Koilpillai ja Fanshawen 2016 Cochrane katsauksessa todetaan, että vieroitusohjauksen ja lääkehoidon yhdistelmä lisäsi nikotiinittomuuden onnistumista lähes 2 % verrattuna vähäisempään kontaktiin tai pelkkään kirjalliseen materiaaliin. Katsauksen mukaan tyypillisesti vieroitusohjaus oli vieroitukseen erikoistuneen henkilön toteuttamaa, ja kestoltaan 4-8 tapaamista. (Stead, Koilpillai, Fanshawe & Lancaster 2016). Samaa näkemystä vieroitusohjauksesta tuki myös Hartmann-Boyce, Hong & Livingstone-Banksin (2019) katsaus, jonka mukaan lääkehoidon tukena annettu intensiivinen vieroitusohjaus lisäsi tupakoinnin lopettamista merkittävästi, sekä Lancaster ja Stead´n (2017) katsaus, jonka tuloksena yksilöllinen vieroitusohjaus todettiin tehokkaammaksi, kuin lyhyt ohjeistus tai kirjallinen materiaali tilanteissa, jolloin asiakkaila ei ollut lääkkeellistä tai nikotiinikorvaushoitoa käytössä.

Tupakoinnin ja nikotiinituotteiden käytön lopettaminen vaatii pysyvää käyttäytymisen muutosta ja vaikka suurin osa käyttäjistä haluaakin lopettaa, niin vain osa heistä pystyy lopettamaan ilman apua. Winell ym. 2022 mukaan onnistunut vieroitus tuo mittavia terveydellisiä ja taloudellisia etuja sekä yksilölle että yhteiskunnalle ja on arvioitu, että tupakasta vieroitus on rokotusten jälkeen kustannustehokkainta terveydenhuollon toimintaa. (Winell ym 2022, 15.)

Lähes kaikilla tupakoitsijoilla on fyysisen nikotiiniriippuvuuden lisäksi myös psyykinen riippuvuus, joten vieroittuminen vaatii myös kattavaa käyttäytymisen muutosta kaikilla arjen osa-alueilla. Kaikille tupakoitsijoille tulee tarjota luotettavaa omahoitomateriaalia sekä tietoa nikotiiniriippuvuudesta ja tupakkasairauksista. Tupakointikäyttäytymistä voidaan seurata säännöllisillä kontakteilla potilaaseen joko lähivastaanotolla tai etäyhteyksin. Jo kevytkin seuranta lisää potilaan motivaatiota ja parantaa onnistumista vieroituksessa. Fyysinen riippuvuus helpottaa jo yleensä 1-3 kuukaudessa, mutta psyykinen riippuvuus voi kestää jopa vuosia, jonka vuoksi tarpeeksi pitkä seuranta ja tuki tulee varmistaa. (Patja, Korhonen, Winell ym 2022, 159-160.)

Nikotiiniriippuvuutta voidaan hoitaa muun muassa lääkeshoidolla, nikotiinikorvaushoidolla sekä käyttää hoidon tukena yksilöohjausta tai ryhmäohjausta. Nikotiiniriippuvuuden hoidossa pyritään käyttämään lääkehoitoa aina, kun riippuvuus on todettu eikä vasta-aiheita lääkeshoidolle ole todettu. Lääkärin tulee arvioida lääkkeen sopivuus tupakoitsijalle, joten lääkärillä tulee olla tiedossa hänen koko terveydentila, sairaushistoria sekä muut lääkitykset. Lääkehoito lisää vieroituksen onnistumista merkittävästi. Tupakoitsijalle tulee antaa riittävästi tietoa lääkeshoidon toteutuksesta, kestosta sekä mahdollisista haittavaikutuksista, sekä hänelle tulee painottaa että lääkehoitoa tulee toteuttaa koko se aika, joka hoitosuunnitelmassa on suunniteltu. (Ekroos & Kurko 2022, 202.) Suomessa nikotiinivieroitukseen on käytössä pääsääntöisesti kolme lääkevalmistetta: varenikliini, bupropioni sekä nortriptyliini. Varenikliini on näistä lääkevalmisteista tehokkain ja kahden muun teho on samaa luokkaa nikotiinikorvaushoidon kanssa. (Ekroos & Kurko 2022, 202.)

Nikotiinikorvaushoitoa käytetään vieroitusoireiden ennaltaehkäisemiseen. Nikotiini imeytyy korvaushoitotuotteista huomattavasti hitaammin kuin tupakan savusta, jolloin mielihyvän tunteita ei juurikaan korvaustuotteista tule. Nikotiinikorvaustuotteita on paljon erilaisia; purukumia, suuhun annosteltavia jauhepusseja, inhalaattorisumutteita, imeskelytabletteja sekä laastareita. Tuotteiden käyttö on turvallista oikein annosteltuina ja vaikeassa nikotiiniriippuvuudessa eri nikotiinikorvaustuotteiden yhdistelmähoito on suositeltavaa. Yleensä nikotiinikorvaustuotteita käytetään kahdesta kolmeen kuukauteen, mutta hoidon pituus arvioidaan aina yksilöllisesti. (Pietilä & Kilpeläinen 2022, 213-214.)

Yksilöohjausta toteuttaa tupakka- ja nikotiinivieroitukseen perehtynyt terveydenhuollon ammattilainen. Yksilöohjaus kohdistuu nimensä mukaisesti yksittäiseen henkilöön ja voi sisältää useita vastaanottokäyntejä tai etäkontakteja. Yksilöohjauksen tulee olla ennalta suunniteltua, etenevää ja tuki tulee suunnata yksilöllisesti. Hoidon vaikuttavuutta tulee arvioida jatkuvasti. Tupakoinnin- ja nikotiinivieroituksen yksilöohjaus koostuu yleensä mini-interventiosta, kartoituksesta, lopettamissuunnitelman tekemisestä, seurannasta/tuesta sekä arvioinnista. Käyntien määrät vaihtelevat yksilöllisen tarpeen mukaan, yleisimmin kahdesta kuuteen 30 minuutin käyntiin. (Kilpelä, Sandström & Vasankari 2022, 193-194.) Päivitetyn käypä hoito -suosituksen mukaisesti vieroituksen aloittaville tulisi järjestää seurantakontaktit 1-2 viikon, yhden kuukauden ja kolmen kuukauden päähän aloittamisesta. (Käypä hoito -suositus 2024).

Kilpelän, Sandströmin & Vasankarin (2022, 194-195) mukaan ryhmäohjaus lähes kaksinkertaistaa tupakoinnin lopettamisen mahdollisuuden. Ryhmäohjauksen sisältö on etukäteen suunniteltua, vaikka keskustelua tapaamisissa ohjaa osallistujien tarpeet ja vertaistuki. Ryhmä koontuu yleensä kuudesta kymmeneen kertaan ja tapaamistaajuus on noin kerran viikossa. Ennen viimeistä tapaamista voi välissä olla pidempi aika. Ryhmiä ohjaa yleensä tupakkavieroituskoulutuksen saanut terveydenhuollon ammattihenkilö. Tavanomaisesti ryhmiin osallistuu 8-12 henkilöä ja ryhmän toimivuutta voidaan tehostaa jos osallistujilla on jotain yhdistäviä

tekijöitä kuten ikä tai yhteinen työpaikka. Ryhmäohjauksen tueksi osallistujille suositellaan lisäksi vieroituslääkettä- tai nikotiinikorvaushoitoa. Ryhmäohjausta voidaan toteuttaa kasvokkain tapahtuvilla tapaamisilla tai etäyhteydellä. (Kilpelä, Sandström & Vasankari 2022, 194-195.)

3 Terveyden edistäminen suunnittelu

Terveyden edistämisen tarve on lisääntynyt nykypäivän teknistyvästä terveydenhuollosta huolimatta. Yksilöllisen hoidon lisäksi hyödynnetään teknologiaa yksilöllisen terveyden huolenpidossa. Elintapojen kohentaminen parantaa sairauksista toipumista ja lisää toimintakykyä. Ammattilaisten tehtävänä on välittää luotettavaa tietoa ja heiltä odotetaan yhä suurempaa osaaamista ja kykyä olla ihmisten tukena terveempien valintojen tekemisessä. Terveyden uhat ovat globaaleja, keinot puolestaan kansallisia ja kansainvälisiä ja terveydensuojelun ja edistämisen suunnitteluun tarvitaan asiantuntijuutta. Terveyden edistäminen tulee liittää myös vahvasti poliittisiin päätöksiin, esimerkiksi suojaamalla ihmisiä sairastumiselta ja yhdenmukaistamalla haitallisten tuotteiden veropolitiikkaa. (Patja, Absetz & Rautava 2022.)

Vuonna 1979 Aaron Antonovsky kehitti teorian terveyden edistämisestä, eli salutogeneesistä. Salutogeneesi ei pohdi sitä, mikä sairastuttaa ihmiset, vaan sitä, mikä saa heidät pysymään terveinä. Antonovskyn mukaan terveyteen vaikuttaa koherenssi, joka tarkoittaa ihmisen kykyä selviytyä kuormittavista tilanteista. Ihminen pystyy kokoamaan itsensä uudelleen vastoin käymisten jälkeen, kun hänen koherenssin tunteensa on vahva. Koherenssin tunne jaetaan vielä kolmeen osa-alueeseen: ymmärrettävyyteen (comprehensibility), hallittavuuteen tai hallinnoitavuuteen (manageability), sekä mielekkyyteen (meaningfulness), joka onkin keskeisin osa-alue, koska se edustaa motivaatiota tehdä asioita. (Patja ym. 2022.)

Pystyvyydellä tarkoitetaan sitä, että ihminen itse uskoo kykyihinsä suoriutua, vaikuttaa asioihin ja saavuttaa tavoitteita. Perinteinen terveystalustus perustuu siihen, että annetaan ihmisille tietoa terveysriskeistä ja sen jälkeen oletetaan heidän muuttavan riskikäyttäytymistään. Jos ihmisellä ei ole pystyvyyden tunnetta ja hän kokee ohjeet liian vaikeiksi ja omaan arkeen sopimattomiksi, saattaa hän kokea, ettei kannata edes yrittää. Intention-behaviour gap tarkoittaa käyttäytymisen tutkimuksessa tilannetta, jossa vakaa aikomus tehdä jotain ei tulekaan tehdyksi. Vain 40 % aikomuksista muuttuu käyttäytymiseksi, sillä usein ympäristö vaikeuttaa tavoitteisiin pääsyä. Tutkimukset osoittavat, että jos ihmisellä on arjen taitoja toteuttaa aikomus, se toteutuu varmemmin. Tätä varten tarvitaan myös konkreettinen toteuttamissuunnitelma, sekä suunnitelma sen varalle, ettei kaikki mene ennakoitun mukaisesti. (Patja ym. 2022.)

Terveyden edistämisen toimenpiteet tulee pohjautua systemaattiseen suunnitteluun, joka kattaa kohderyhmän tavoittamisen, suunnitelmalliset vaikuttamistoimenpiteet sekä niiden toteutuksen. Hyvä tahto ja tarkoitus eivät yksinään riitä tekemään terveydenedistämisestä tuloksellista toimintaa. Jotta toiminnasta tulisi vaikuttavaa, tulisi sitä toteuttaa yhteiskunnan, yhteisön sekä yksilön tasolla ja kohdejoukko tulisi tavoittaa kattavasti. Arviointia tulisi toteuttaa terveyden- ja hyvinvoinnin vaikuttavilla mittareilla ja toimenpiteiden tulisi olla laajasti käytteenotettuja keskeisten sidosryhmien ja ammattilaisten toimesta. Toimeenpanossa tulisi varmistaa laatu ja luotettavuus eli varmistaa että vaikuttavuuden kannalta oleelliset elementit pysyvät mukana. Käytettyjen menetelmien tulee perustua näyttöön. (Patja ym. 2022.)

Terveydenedistämisen suunnittelu perustuu kuuteen eri vaiheeseen (Patja ym. 2022):

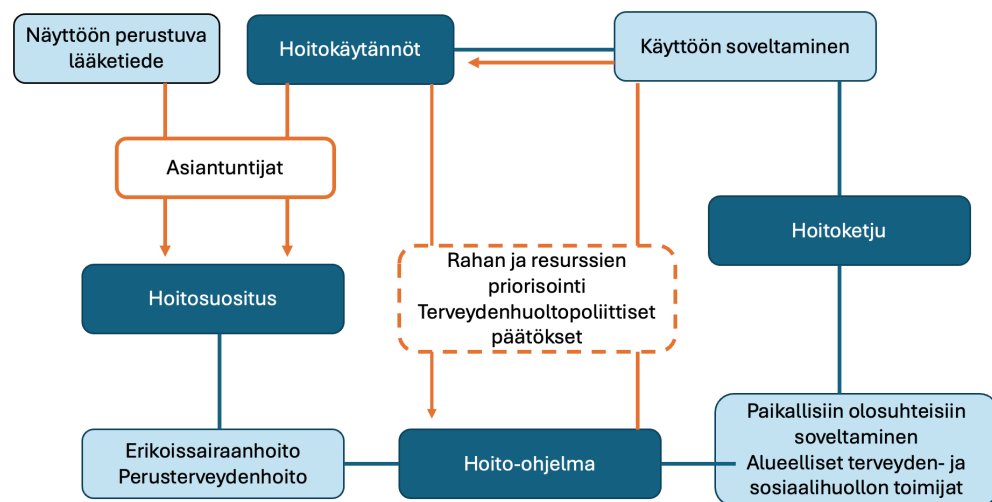
- 1) muutostarpeiden tunnistaminen ja kohderyhmän määrittely
- 2) tavoitteiden asettaminen
- 3) käyttäytymiseen ja sen muutokseen vaikuttavien (estävien ja tukevien) yksilöllisten ja ympäristöön liittyvien tekijöiden eli determinanttien tunnistaminen, sekä niistä tärkeimpien ja vaikutettavissa olevien tekijöiden valinta
- 4) valittuihin determinantteihin kohdennettavien käyttäytymisen muutostekniikoiden valinta
- 5) käyttäytymisen muutostekniikoiden toteutukseen tarvittavien käytännön keinojen valinta ja toimeenpanon suunnittelu
- 6) toimeenpanon tukitoimien suunnittelu

Kohderyhmän ja sidosryhmien osallistaminen on tärkeää ja jo suunnitteluvaiheessa tulee huomioida jokaisessa vaiheessa arvioitavat asiat sekä siihen soveltuvat menetelmät. (Patja ym. 2022.)

Leena Silvennoinen-Nuora määrittelee väitöskirjassaan hoitoketjun (care chain, disease based integrated care pathway, pathway of care, clinical pathway, seamless care) tarkoittamaan asiakkaan tiettyä ongelmakokonaisuuteen kohdistuvaa, sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatorajat ylittävää, suunnitelmallisesti ja yksilöllisesti toteutettavaa hoitoprosessien kokonaisuutta. Hoitoketjun ideaalimallia nimitetään hoitoketjumalliksi. Hoitoketjussa asiantuntijat toimivat suunnitelmallisesti ja ketjuuntuneesti keskenään. (Silvennoinen-Nuora 91-92.) Nordbackan, Salon & Holmberg-Marttilan mukaan

hoitoketju on työkalu, jonka avulla määritellään terveydenhuollon ja sosiaali-toimen eri toimijoiden työnjako ja yhteistyö tietyn sairauden tai terveysongelman hoidossa. Hoitoketju sisältää sosiaali- ja terveydenhuollon rajapinnat ylittävät suunnitelmalliset ja yksilölliset hoitoon liittyvät toiminnot. Hoitoketjussa kuvataan prosessia, joka alkaa asiakkaan palvelutarpeesta. Hoitoketjuun liittyvät toiminnot päättyvät, kun palvelun tarve loppuu. (Nordback, Salo & Holmberg-Marttila 2010.)

Hoitoketjut mielletään usein vaikeaselkoisiksi, hankalasti löydettäviksi, eikä niitä koeta kovinkaan asiakaskeskeisiksi. Lääkäri toimii nykypäivänä yhä enemmän potilaan ohjaajana ja valmentajana siten, että potilas voi annetun tiedon valossa päättää itse hoitovalinnoistaan. Tämän vuoksi hoitoketjujen tulisikin perustua tutkittuun tietoon ja ohjata potilasta luotettavan tiedon äärelle, olla asiakaslähtöisiä ja yksilöllisesti räätälöitävissä. Hoitoketjukuvauksissa keskitytään monesti liikaa eri toimijoiden väliseen työnjakoon. Parhaat edellytykset hoitoketjujen käyttöönotolle ja omaksumiselle luodaan, kun ne rakennetaan moniammatillisessa työryhmässä, jossa laaditaan myös hoitoketjun tiedotus-, juurrutus- ja arviointisuunnitelma. (Nuutinen 2017.)



Kuvio 2: Hoitosuosituksiin perustuvan hoitoketjun rakentuminen (mukailen Nuutinen 2017)

Hoitopolku (pathway) on puolestaan kansainvälisesti tunnettu käsite, joka viittaa suunnitelmattomampaan potilaan hoitokokonaisuuteen. Kun puhutaan saman asiakkaan tiettyyn ongelmakokonaisuuteen kohdistuvista hoitotapahtumien muodostamista suunnitelmallisista toimenpiteistä, puhutaan hoitoprosesseista, jotka ovat sosiaali- ja terveysalalla yleensä organisaatiokohtaisia. (Silvennoinen-Nuora 2010, 91-92.) Tässä kehittämistyössä käytetään nimitystä hoitopolku, koska se on organisaatiossa jo entuudestaan vakiintunut termi kuvaamaan asiakkaan hoitoprosessia.

Elintapamuutoksilla tarkoitetaan uusien toimintatapojen omaksumista ja vanhoista tavoista poisoppimista. Tutkimusnäyttö elintapojen vaikutuksesta erilaisiin sairauksiin ja niiden riskitekijöihin on vahva, mutta monet terveydenhuollon ammattilaiset kokevat keinoja potilaan vaikuttavaan ohjaukseen ja motivoitiin riittämättöminä. Ongelmana ovat kohderyhmän tavoittaminen ja interventioiden laadun ylläpitäminen. Sairastumisvaarassa olevien, tai jo sairastuneiden keskuudessa elintapamuutoksista on eniten hyötyä ja heidän kohdallaan voidaan saada muutoksia aikaan suhteellisen vähäisilläkin toimilla. Yksi tällaisista keinoista on esimerkiksi

motivoiva haastattelu, jonka tulokset ovat vaikuttavia verrattuna sen vaatimaan pieneen panostukseen. Lisäksi menetelmä sopii lähes kaikille potilaille ja useimpiin elämäntapoihin. Muita tehokkaaksi todettuja keinoja ovat ohjaaminen oman käyttäytymisen seurantaan täydennettynä muilla tavoitteellisen toiminnan elementeillä. Vaikuttavuutta lisää seuranta ja palautteenanto osana rutiinikäyntejä. (Absetz & Hankonen 2011.)

Absetz & Hankonen (2011) viittaa Stead ym. (2008) tutkimukseen, jossa lääkäriltä tupakoinnin lopettamiseen liittyvää neuvontaa saaneiden lopettamistodennäköisyys oli keskimäärin 66 % ja hoitajan neuvomien 28 % (Ricen ym 2008) suurempi kuin potilailla, jotka saavat tavanomaisen hoidon. Verrattuna yhteen käytiin lääkärillä, jokainen lisäkäynti ja kirjallinen opasmateriaali parantavat lopettamisen todennäköisyyttä 37 %. Neuvonnalla voidaan vähentää hengityselinsairauksista johtuvia kuolemia 30 %:lla. Stead (2008) ja Ricen (2008) mukaan erityisesti tupakoinnin lopettamisen osalta lääkärin antama neuvonta on tehokkaampaa kuin hoitajan. (Absetz & Hankonen 2011.) Stead, Buitrago & Preciado (2013) Cochrane katsauksessa arvioitiin lääkärin antamaa ohjausta tupakoitsijoille. Katsauksen tuloksena todettiin, että ohjauksen tulos parani, mitä enemmän lääkäri käytti aikaa ohjaukseen. (Stead, Buitrago & Preciado 2013). Myös Lancaster & Stead (2017) Cochrane katsauksen perusteella vieroitukseen erikoistuneen ohjaajan antama ohjaus on tehokkaampaa, kuin pelkkä kehoitus lopettamisesta tai asiakkaan itsehoito (Lancaster & Stead 2017).

Potilaan pystyvyyden tunteen vahvistamisella saadaan aikaan käyttäytymismuutosta, sillä omiin kykyihinsä uskova potilas panostaa muutokseen sinnikkäämmin, eikä lannistu niin helposti vastoinkäymisistä. Pystyvyyden tunnetta voidaan vahvistaa esimerkiksi antamalla palautetta potilaan omaa toimintaa koskien. Suostuttelu ja esteiden tunnistaminen sen sijaan voivat vähentää pystyvyyden tunnetta, vaikka ne ovatkin yleisesti käytössä. (Absetz & Hankonen 2011.)

Kaarina Mönkkönen (2018) kuvaa potilaskohtaamista tavoitteellisena ja monivaiheisena prosessina. Ammatilaisen tulee tunnistaa, että asiakkailla on erilaisia rytmejä edetä asioissa. Ammatilaisen on myös tärkeää osata tarkastella kriittisesti sitä, miten itse vie asioita eteenpäin tai muotoilee tavoitteita. Liiallinen kiire kohtaamisessa johtaa helposti liian tekniseen ohjaamiseen. Muutoksessa uudet sekä vanhat asiat kulkevat rinnakkain, eikä pidä olettaa, että asiakas pystyy etenemään aina johdonmukaisesti tavoitteesta toiseen. Jotta asiakkaan muutoksen liittyvät haasteet olisi helpompi tunnistaa, olisi myös ammatilaisen hyvä miettiä millaisia motiiveja, yrityksiä ja erehdyksiä on itse kohdannut yrittäessään muuttaa toimintatapoja. Motivoitaessa asiakasta muutokseen, tulee ammatilaisen suhteuttaa oma asiantuntijatieto asiakkaan henkilökohtaisiin arvostuksiin ja toimintakäytäntöihin ja vasta tämän jälkeen voidaan yhdessä miettiä keinoja elämäntapamuutokseen. (Mönkkönen 2018.)

Ihmissuhdealoilla työtehtäviä määrittää usein ihmisten erilaiset ongelmat ja jotta niitä pysyttäisiin ratkomaan, tulee niitä ensin ymmärtää. Yleensä asiakas luottaa siihen, että ammattilainen ratkaisee hänen ongelmansa ja ammattilainen puolestaan korostaa omaa asiantuntemustaan ja osoittaa omaa pätevyyttään selittämällä asioita. Tässä on vaarana se, että asiakkaan oma vastuu omasta tilanteestaan jää vähäiseksi. Vaikka ammattilainen pyrkisikin kaikin puolin tasavertaiseen kohtaamiseen, on ammattilaisen ja asiakkaan suhde aina epäsymmetrinen ja ammattilaisella on asiantuntijana aina tietynlainen auktoriteettiasema. Nykypäivänä asiakkailla itsellään on myös paljon tietoa, jota ammattilaisen tulee osata seuloa ja hyödyntää vastaanoton aikana. Myöskään pelkkä ymmärrys ja asiakkaan tilanteeseen eläytyminen ei aina johda asiakkaan kannalta parhaaseen lopputulokseen. Asiakas tulee ottaa tosissaan, mutta ammattilaisen tulee myös tunnistaa asian ymmärtämiseen liittyvät karikot. Auttajan rooli mielletään usein myönteiseksi ja monissa mielikuvissa auttajan tulee aina suhtautua asiakkaan aikeisiin positiivisesti, mutta tämä voi pahimmillaan johtaa siihen, että ikäviksi koetut asiat selitetään pois tai piilotetaan. Esimerkiksi päihdetyössä asiakkaat saattavat alkaa käyttää liian ”ymmärtäväistä” ammattilaista hyväkseen. Toisinaan myös ammattilaiselta puuttuu rohkeutta keskustella asioista. Ammattilaisen omaa neuvottomuutta on monesti hankala käsitellä ja etenkin aiheita, jotka ovat ammattilaiselle itselleen hankalia, saattaa olla vaikea lähestyä asiakkaan kanssa. Ammattilaisen rohkeus kohdata toinen vaikeissakin tilanteissa, saattaa toimia lähtölaukauksena hyvälle asiakassuhteelle. Täytyy kuitenkin muistaa, että asiakassuhteessa ei ole kyse ainoastaan ammattilaisen vuorovaikutustaidoista, vaan asiakkaallakin on vaikutusta vuorovaikutuksen sujuvuuteen. (Mönkkönen 2018.)

4 Voimavaraistavat ja ratkaisukeskeiset työskentelytavat

Voimavaraistavava työskentelyote on lähtöisin 1980-luvun lopulta Yhdysvalloista. Työskentelyote on alun perin kehitetty mielenterveys- ja päihdetyöhön ja sen tavoitteena oli tuoda vaihtoehtoinen lähestymistapa ongelmiin, poikkeavuuksiin, epänormaalisuuteen ja diagnooseihin keskittyvän lähestymistavan rinnalle. Voimavaraistavan työotteen kehittäjiä olivat Kansainvälisen yliopiston Dennis Saleebey, Charles Rapp ja Ann Weick. Jo varhaisemman vaiheen viitteitä voimavaraistavista lähestymistavoista voidaan löytää settlementiliikkeestä 1800- ja 1900-lukujen taitteesta ja 1979-luvun sorrettujen pedagogiikasta. Erving Goffman (1991) havaitsi tutkimuksissaan, että monet ammattilaisten antamat määrittelyt ja kieli pikemminkin edesauttoivat ongelmien jatkumista ja saattoivat jopa vahvistaa asiakkaiden epäonnistumisten kokemusta negatiivista kuvaa itsestään. (Kostilainen & Nieminen 2018, 85-86).

Voimavaraistavaseen ajattelutapaan kuuluu koherenssin tunteen vahvistaminen. Koherenssin tunne kertoo hallinnasta ja siihen kuuluu uskomus, että ihmisellä itsellään on voimia ja resursseja selviytyä vaikeuksista. Koherenssi koostuu ymmärrettävyydestä, hallittavuudesta sekä mielekkyydestä; elämän vaatimukset koetaan haasteiksi, jotka kannattaa ottaa vastaan.

(Ojanen 2007, 76.) Ymmärrettävyydellä tarkoitetaan sitä, kun ihminen löytää loogisia yhteyksiä asioiden ja ympäristön tapahtumissa, sekä kokee johdonmukaisuutta. Hallinnan tunne puolestaan paranee, kun ihminen uskoo voivansa vaikuttaa asioihin. Mielekkyyden tunne muodostuu siitä, kun ihminen kokee elämässään tapahtuvien asioiden vaikuttavan positiivisesti omaan arvojärjestelmäänsä. (Nordling & Rissanen 2020, 21-22.)

Voimavaralähtöinen ja ratkaisukeskeinen työskentely ovat lähellä toisiaan. Ratkaisukeskeisen työskentelymallin taustalta löytyy joukko erilaisia teoreettisia viitekehyksiä, kuten humanistinen ja positiivinen psykologia, systeemiteoria, kybernetiikka ja sosiaalinen konstruktionismi. (Mannström-Mäkelä 2008, 47.) Perinteinen psykologia keskittyy vahvasti sairauksiin, mutta sen rinnalla on alettu kiinnostua ihmisten vahvuuksien psykologiasta. Muun muassa Martin Seligman, Mihaly Csikszantmihályin ja Barbara Fredricksonin tutkiman positiivisen psykologian mukaan pyritään rakentamaan toiveikkautta, onnistumisia, luonteen vahvuuksia ja merkityksellisyden kokemuksia. Fredricksonin mukaan henkilökohtaiseen kasvuun ja kehittymiseen vaikuttavat myönteiset tunteet. Ihminen on luovempi ja näkee enemmän mahdollisuuksia, kun hän kokee iloa ja kiinnostusta. (Ruutu & Salmimies 2015, 26.)

Systeemiteoreettisen ajatusmallin lähtökohtana on, että kaikki vaikuttavat kaikkeen. Pienikin muutos jossain osa-alueessa voi saada alulle suuremman muutoksen. Pienillä, onnistuneilla muutoksilla pyritään luomaan positiivisuutta ja rohkeutta kokeilla myös uusia muutoksia jatkossa. Systeemisessä ajattelutavassa potilaan ja työntekijän kohtaaminen on jatkuvaa interventiota, jolla saattaa olla niin haitallisia kuin hyödyllisiäkin vaikutuksia. (Nordling & Rissanen 2020, 26.) Kybernetiikka on systeemiteorian osateoria, jossa päätelmät perustuvat aina havaintoihin. Ratkaisukeskeisyydessä tämä tarkoittaa, että pyritään löytämään toimintamalli, joka toimii, eikä niinkään keskitytä vanhoihin, ei-toimiviin toimintamalleihin. (Nordling & Rissanen 2020, 26.) Sosiaalinen konstruktionismi (Vivien Burr, Kenneth J. Gergen ym) on yleisnimitys teorioille, joiden lähtökohtana on ajatusmalli siitä, että tieto on aina sosiaalisesti rakentunut. Itsestään selvään tietoon tulee suhtautua kriittisesti ja havainnot ovat tulkintoja. Historia ja kulttuuri luo ihmisten käsityksiä, eikä niitä voida arvottaa toistaan peremmiksi tai oikeammiksi. Totuus muodostuu ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa ja siihen vaikuttaa se, mikä milloinkin totuudeksi tunnustetaan ja tunnustetaan. Tämän vuoksi tietoon sisältyy aina valan käytön mahdollisuus. Asioiden kielellisen rakentumisen tarkastelu on tärkeää konstruktionismissä. Yksi keskeinen käsite on diskurssi, joka tarkoittaa tapaa tuottaa puheessa tietty kuva asioista. (Nordling & Rissanen. 2020, 19-20.)

Ratkaisukeskeisten työskentelytapojen yhtenä merkittävimpänä taustavaikuttajana pidetään psykiatri Milton H. Erikssonia. 1970-1980 -lukuilla kehitystä veivät eteenpäin Steve De Shazer ja Insoo Kim Berg. Suomessa ratkaisukeskeisiä työskentelytapoja on kehittänyt psykiatri Ben Furman sekä sosiaalipsykologi Tapani Ahola. Ratkaisukeskeisyydessä kuullaan ongelmat ja muunnetaan ne uusiksi tavoitteiksi. Toimintatapaa on käytetty aluksi terapiassa, mutta

nykyään sitä käytetään laajasti työyhteisöjen kehittämässä ja työnohjauksessa, henkilöstöhallinnossa, valmennuksessa sekä muutosprosesseissa. Ajatellaan, että muutos on välttämättä, mutta ratkaisu ei välttämättä ole suoraan kytkettynä ongelmaan, eikä kysymys ”mistä ongelma johtuu?” välttämättä auta ratkaisemaan sitä. Pienet askeleet kohti tavoitetta ja poikkeukset, jolloin ongelmaa ei esiinny, ovat tärkeitä. Perinteisesti ajateltuna asiantuntija tietää aina hiukan enemmän sitä mikä asiakkaalle on hyväksi ja erityisesti auttamisammattissa työskentelevä usein kokee, että hänen tulee ratkaista asiakkaan ongelma, mutta ratkaisukeskeisyyden lähtökohtana onkin asiakkaan hyvissä ominaisuuksissa ja voimavaroissa, jolloin he löytävät itse omat ratkaisunsa. (Furman & Ahola 1993; Furman & Ahola 2007; Vuokila-Oikkonen 2014, 93-108). Ratkaisukeskeisyyttä voidaan pitää tapana ajatella, katsoa maailmaa ja elää maailmassa. Tärkeää on tapa, miten ollaan suhteessa ja vuorovaikutuksessa toisen ihmisten kanssa (Niemi-Pynttari 2013). Vuorovaikutuksen laatu asiakaskohtaamisessa vaikuttaa merkittävästi siihen, miten ohjattava sitoutuu ohjaukseen ja miten hän kokee ohjauksen. Ratkaisukeskeiset menetelmät soveltuvat hyvän vuorovaikutussuhteen luomiseen vaikeissakin tilanteissa. (Mannström-Mäkelä & Saukkola 2008.)

Ratkaisukeskeisen työtöteen olennaiset piirteet:

- Tulevaisuuteen suuntautuminen ja tavoitteellisuus
- Voimavarojen ja toiveikkuuden nostaminen keskipisteeksi
- Edistys tapahtuu pienin askelin
- Tasaveroisuus ja yhteistyö
- Arvostaminen
- Myönteisyys, luovuus, leikkisyys ja huumori keskustelussa ja ajattelussa
- Ongelmiin on monia vaihtoehtoisia ratkaisuja (Mannström-Mäkelä & Saukkola 2008.)

Taulukko 2: Voimavaralähtöisen prosessin käytännön eteneminen (mukailten Kostilainen & Nieminen 2018)

Vaihe	Prosessi	Toiminta
Dialogi, käynnistyminen	Luodaan kumppanuus	Luodaan voimaannuttava työntekijä-asiakas-suhde, lähtökohtana asiakkaan tavoitteet.
		Käydään läpi ja arvioidaan asiakkaan kokemuksia ja tulevaisuuden tavoitteita.
	Luodaan tilannekuva	Määritetään ensisijainen tavoite, vahvistetaan motivaatiota ja kartoitetaan resursseja.
Kartoitus ja arviointi	Tunnistetaan vahvuudet	Kartoitetaan asiakkaan toiminnalliset vahvuudet, toiminta haastavissa tilanteissa, kulttuurinen identiteetti ja vastoin käymisten voittaminen.
	Arvioidaan resurssit ja kyvyt	Kartoitetaan asiakkaan resurssit suhteessa ympäristöön: perhe, sosiaaliset ryhmät, organisaatiot ja yhteisöt.
	Kehystetään ratkaisut	Rakennetaan saavutettavissa oleva toimintasuunnitelma, jossa hyödynnetään ympäristössä olevia resursseja ja joka johtaa haluttuihin tavoitteisiin.
Interventio ja arviointi	Otetaan resurssit käyttöön	Toteutetaan toimintasuunnitelma hyödyntämällä olemassa olevia resursseja.
	Luodaan yhteistyösuhteita	Luodaan voimaannuttava suhde asiakkaaseen, tukiverkkoihin ja palvelujärjestelmään.
	Panostetaan uusiin mahdollisuuksiin	Käytetään hyväksi uusia toimintamahdollisuuksia.
	Tunnistetaan onnistuminen	Arvioidaan, miten muutospyrkimykset ovat onnistuneet ja mitä on saavutettu, arvioidaan, mitä kannattaa tehdä jatkossa.
	Vakiinnutetaan tulokset	Käydään läpi muutokset ja onnistumiset ja vakiinnutetaan myönteiset muutokset.

Ratkaisukeskeiset- ja voimavaralähtöiset työskentelytavat ovat siis asiakkaan elämänhallintaa kehittäviä menetelmiä, joiden avulla pyritään auttamaan häntä pääsemään asettamiinsa tavoitteisiin. Ammatillainen voi toimia tukijan, kannustajan, valmentajan, sparraajan ja terapeutin roolissa, mutta asiakkaalla on kuitenkin asiantuntijuus suhteessa omaan elämäänsä ja elämäntilanteeseensa. Ammatillaisen tehtävä on löytää asiakkaan omia voimavaroja pulmatilanteiden hallintaan ja myönteiseen prosessiin johtavia kysymyksiä (Mannström-Mäkelä 2008, 43-46.) Mikäli ammatillainen lukitsee omat ratkaisunsa ja ajatuksensa etukäteen ja keskittyy niiden oikeaksi todistamiseen, tai ei ole kiinnostunut asiakkaan mielipiteistä, kärsii rikastava dialogi. (Ruutu & Salmimies 2015, 25.)

Saleebey ja Healyn mukaan voimavaralähtöisyys korostaa asiakkaan epärealististenkin toiveiden ja haaveiden tärkeyttä, tulevaisuuteen suuntautumista, eikä niinkään menneisyyden ja nykytilan ongelmien vattvomista. Tavoitteet, vahvuuksien arviointi, asiakkaan ja ympäristön ja resurssien huomiointi, toivo, sekä valintojen mahdollistaminen asiakkaalle ovat voimavaralähtöisyyden kulmakiviä. (Keskitalo & Vuokila-Oikkonen 2018. 86.)

Fyysistä ja psyykkistä terveyttä edistävän ohjauksen tarkoituksena on muuttaa yksilöiden ja yhteisöjen toimintaa terveyttä tuottavaksi. Ohjauksen tulee rakentua tietopohjalle, voimavarojen käytön ja elinolojen vuorovaikutukseen. Pysyvät tulokset vaativat yksilön ja yhteisön omaa osallistumista, sitoutumista ja koherenssin tunteen vahvistamista, sekä tavoitteellista työskentelyä terveyden eteen. Yksilön ja yhteisön vastuunotto omista ratkaistuistaan ja aktiivisuus muutosten tekemisessä on keskeinen näkökulma kaikissa voimavaraistavissa työskentelytavoissa. Ammatilainen auttaa asiakasta tunnistamaan kuormitustekijöitä ja etsimään voimavaroja omassa elämässään. Ammatilaisen tehtävänä on myös kannustaa, motivoida ja löytää toivoa asiakkaan muutoksen tueksi. Keskusteleva vuorovaikutus onkin tärkeää voimavaraistavassa kohtaamisessa. (Harju, Lahtiluoma, Salakari 2022, 41.)

Ruutu & Salmimies (2015, 24) mukaan Scwarz & Rock (2015) ovat aivotutkimuksessa osoittaneet, että vaikka ongelmien puheeksi ottaminen ja nimeäminen ovat tärkeitä asioita, niin niihin, sekä ei-toivottuun käyttäytymiseen fokusointi lisää entisestään ongelmia. Nykyhetkeen ja tulevaisuuteen suuntautuvat kysymykset muuttavat aivoja muodostamalla uusia yhteyksiä hermosolujen välille ja mahdollistavat näin uudenlaisen ajattelun ja uuden oppimisen. Positiiviset odotukset ja vahvuuksista keskustelu saa aikaan myönteisen kierteen aktivoimalla aivojen mielihyvää käsitteleviä alueita. Myös mielen sisäinen puhe muuttaa aivojen yhteyksiä, ja niiden kautta vahvistuvat asiat ja tunteet, joihin keskitymme. Neuvominen ja käskeminen puolestaan tuottaa aivoissa ärsytyksen, joka hankaloittaa ajattelutoimintaa, ymmärtämistä ja estää asioiden jäsentelyä. Hermoyhteydet muodostavat mentaalisia karttoja todellisuudestamme ja esimerkiksi kuvat ja symbolit toimivat aivoja aktivoimalla, jolloin oivallusten löytäminen ja ratkaisujen tekeminen on helpompaa. Ajattelu avautuu entisestään, kun mukaan lisätään emootiot. (Ruutu & Salmimies 2015, 24.)

Voimavaralähtöisessä ohjauksessa on tärkeää keskittyä asiakkaan voimavaroihin ja myös menneisyys tulisi nähdä voimavarana. Ohjauksessa hyödynnetään asiakkaan omia kykyjä pulman ratkaisussa. Lisäksi huomioidaan poikkeukset ja edistys, sekä tarkastellaan erityisesti niitä ajankohtia, jolloin vaikeudet ovat olleet hallinnassa tai jokin tavoite on toteutunut, vaikka vain osittain. Osaava ja pystyvä ihminen on vahva humanistinen perusajatus voimavaralähtöisissä työskentelymenetelmissä. (Niemi-Pynttari 2013.)

4.1 Maslowin tarvehierarkia

Abraham Maslow´n (1970) tarvehierarkia koostuu viidestä ihmisen perustarpeesta, jotka etenevät portaittain. Alimpana portaisissa on ihmisen perustarpeet ja turvallisuus, tämän jälkeen liittyminen ja itsearvostus. Portaiden huipulla on itsensä toteuttamisen tarve. Portaita kuljetaan alhaalta ylöspäin siten, että perustarpeet tulee tyydyttää ensin. (Maslow 1970; Ojanen 2007, 72.) Maslow´n mukaan jokainen aloittaa keittymisprosessinsa kehon fysiologisista tarpeista ja saavutettuaan tämän ihminen siirtyy turvallisuuden tarpeen tyydyttämiseen. Näin

edetään porras kerrallaan, kunnes saavutetaan ylin taso, jota Maslow kutsui itsensä toteuttamiseksi. Ihmisen fysiologiset tarpeet ovat etusijalla ja jos ne jäävät tyydyttämättä, niin ihminen suuntaa huomionsa ja energiansa niiden tyydyttämiseen. Esimerkiksi työtä tekevä ihminen keskeyttää työnsä mennäkseen syömään. Kun fysiologiset tarpeet on tyydytetty, ihminen siirtyy turvallisuuden tarpeen tyydyttämiseen. (Maslow 1970; Reiss 2013, 80.)



Kuvio 3: Maslow´n tarvehierarkia

4.2 Reissin motivaatioteoria

Steven Reiss´n motivaatioprofiilin tavoitteena oli korvata Maslow´n tarpeiden pyramidi (Reiss 2013, 79). Hänen mukaansa Maslow´n pyramidimallin ongelmana oli se, ettei ihmisen tarpeet jakaudu viiteen kategoriaan. Kategoriat olivat jaoteltuna toisiinsa liittymättömin perustein, eivätkä huomioineet ihmisten yksilöllisyyttä. (Reiss 2013, 82-83.)

Reiss´n motivaatioprofiilissa (2013) esitellään motivaatiopsykologian seitsemän periaatetta. *Universaalien tavoitteiden periaatteen* mukaan tietyt tavoitteet ovat ihmiskuontoon kuuluvia kaikille yhteisiä. *Sisäiseksi motivaatioksi* kutsutaan sitä, kun ihminen kokee näitä universaaleja tavoitteita. Sisäistä motivaatiota voidaan myös nimittää perustarpeiksi. Sisäinen motivaatio sisältää kaksi ominaisuutta: mitä halutaan ja miten paljon halutaan. Se mitä halutaan, edustaa universaalia ominaisuutta ihmisen motivaatiossa ja se, miten paljon halutaan, on puolestaan ihmisen motivaation yksilöllinen ominaisuus. *Yhteensopivuuden periaate ihmishuhteissa* puolestaan tarkoittaa sitä, että pariskunnilla, joilla on samanlaiset perustarpeet, on myös samanlaiset arvot. *Vahvoilla perustarpeiden periaatteilla* viitataan ihmisen motivaatioon tyydytystä tuoviin kohteisiin. Esimerkkinä vaikkapa uteliaat ihmiset, jotka ovat

kiinnostuneita oppimaan laajasti erilaisia uusia asioita. Ihminen on menestyneempi sellaisissa asioissa, jotka tyydyttävät hänen keskeisimpiä perustarpeitaan ja *neuvonnan/valmennuksen periaate* tarkoittaakin sitä, että on helpompi tehdä asioita, jotka ovat valmiiksi helppoja, kuin tarvita neuvontaa niiden toteuttamiseen. *Omien tärkeiden tarpeiden yliarvostamisen periaatteesta* puhutaan silloin kun ajattelemme, että juuri meidän arvomme ovat parhaita myös muille. *Tärkeämmän motiivin periaatteita* on vain vähän, tai ei lainkaan ja ne liittyvät ihmisen persoonallisuuteen. Persoonallisuuden muuttaminen onnistuu ainoastaan silloin, kun muutosta motivoivat perustarpeet ovat tärkeämpiä kuin nykyisiä piirteitä motivoivat. (Reiss 2013, 15-16.)

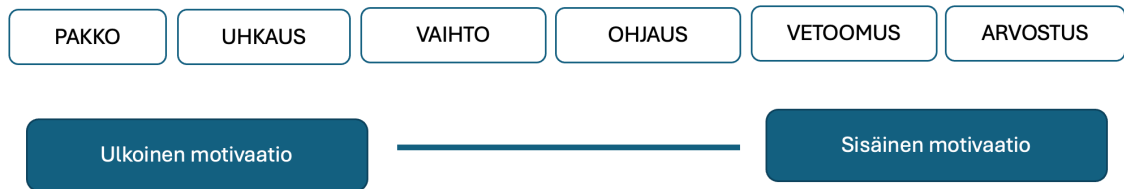
Reiss teki listan 16:sta perusmotiivista tavoitteineen. Hänen motivaatioteoriansa mukaan jokainen perustarve sisältää tavoitteita, jotka korreloivat keskenään. Reissin mukaan kaikilla paitsi kahdella motiivilla ei ole yhteyttä geeniperimään; nämä kaksi ovat idealismi sekä hyväksyntä. Myös arvot, kulttuuri ja kokemukset vaikuttavat motiiveihin. Ihmisten motivaatiot koostuvat yksilöllisesti motivaatioiden erilaisista yhdistelmistä ja niiden painopisteet vaihtelevat. (Mayor & Risku 2022, 34-39.) Reiss´n (2013, 83) teorian mukaan jokainen asettaa jo nuoruudessa 16 perustarvetta tärkeysjärjestykseen, joka kestää läpi heidän elämänsä.

- Valta, vaikuttamisen ja johtamisen universaali tarve
- Riippumattomuus, itseensä luottamisen tarve
- Uteliaisuus, ymmärtämisen tarve
- Hyväksyntä, positiivisen käsityksen tarve itsestä
- Järjestys, rakenteen tarve
- Säästäminen / Kerääminen, keräämisen tarve
- Kunnia, suoraselkäisen luonteen tarve
- Idealismi, sosiaalisen oikeudenmukaisuuden tarve
- Sosiaaliset kontaktit, vertaiskumppanuuden tarve
- Perhe, lasten kasvattamisen tarve ja tarve viettää aikaa sisarusten kanssa
- Status, sosiaaliseen asemaan perustuvan kunnioituksen tarve
- Kosto / Voittaminen, tasoihin pääsemisen tarve, kun on tullut loukatuksi
- Romantiikka, kauneuden ja seksin tarve
- Syöminen, ruuan tarve
- Fyysinen aktiivisuus, lihasten harjoittamisen tarve
- Mielenrauha, turvallisuuden tarve (Reiss 2013, 34.)

4.3 Itsemääräämisteoria

Itsemääräämisteorian (Ryan & Deci 2001) mukaan ihmisen motivaatio koostuu sisäisistä ja ulkoisista tekijöistä. Ulkoinen palkkio, aikarajat, valvonta ja arvioinnit usein laskee ihmisen

sisäistä motivaatiota. Paras lopputulos saavutetaan vapautta ja autonomiaa antamalla, sekä myönteisillä sosiaalisilla suhteilla.



Kuvio 4: Sisäinen ja ulkoinen motivaatio (mukaillen Ojanen 2007)

Pakottaminen johonkin tai uhkaukset tuhoavat varmimmin sisäisen motivaation. Vaihto tarkoittaa puolestaan sitä, että esimerkiksi jonkin asian tekemisestä saa rahaa tai muun palkkion, jolloin innostus luultavasti loppuu siihen, kun asiasta ei enää saa palkkaa. Ohjauksessa pyritään huomioimaan toimijan omaehtoinen halu tehdä jotakin, mutta ohjauskin voi olla ohjattavalle vastentahtoista. Vetoomuksessa on kyse velvollisuuksien täyttämisestä, mikä perustuu sisäiseen motivaatioon. Arvostuksella puolestaan tarkoitetaan jo ennakolta saatua arvostusta, jolloin henkilö tietää olevansa hyväksytty ja arvostettu ihminen, vaikka hän jättäisi jotain tekemättä. Kun ihmisellä on vahva itsearvostus, saa se hänet kokeilemaan ja yrittämään vaikeiltakin tuntuvia asioita. Myös ulkoinen motivaatio voidaan kokea omien tavoitteiden mukaisena ja mielekkäänä, jolloin se sisäistetään. Esimerkiksi jokin turhalta tuntuva tehtävä tuntuu mielekkäältä, jos se kyetään perustelemaan oikealla tavalla. Kun potilaalla on tunne, että hänen terveydestään välitetään aidosti, noudattaa hän saamiaan ohjeitaan paremmin. Tällöin tuetaan potilaan autonomiaa, eikä anneta ylhäältä tulevia käskyjä. (Ojanen 2007, 77-80.)

4.4 Motivoiva haastattelu

Motivoiva haastattelu on potilaan ja ammattilaisen väliseen vuorovaikutukseen perustuva haastattelutekniikka, jolla pyritään vahvistamaan potilaan motivaatiota elämäntapamuutokseen. Tavoitteena on, että potilas itse tunnistaa tarpeen muutokselle ja miettii itselle sopivia keinoja sen toteuttamiseksi ja näin ollen todennäköisyys muutoksen onnistumiselle kasvaa. Menetelmä on alun perin kehitetty päihderiippuvuuksien hoitoon, mutta nykyään sitä käytetään laajasti erilaisten elintapamuutosten toteuttamisessa. (Järvinen 2020; Harju ym 2022, 42.)

Suostuttelu ja taivuttelu yleensä hankaloittavat tilannetta, sillä mitä enemmän potilas keksii perusteluita vastustukseksi muutokseen, sitä enemmän hän itsekin niihin uskoo. Motivoitumista puolestaan ohjaa potilaan arvot, tavoitteet, tavoiteltavan muutoksen merkitys ja potilaan resurssit, jotka ovat tärkeää selvittää. Motivoivan haastattelun perusteisiin kuuluu empatian

osoittaminen, usko potilaan muutoskykyyn, vahvuuksien löytäminen ja edistysaskelien huomaaminen. Nykytilan ja tavoiteltavan tilan välistä ristiriitaa tulee korostaa tuomalla epäsuhtaa esiin ja auttamalla potilasta itse puhumaan muutoksen puolesta. (Järvinen 2020; Heloma ym 2022, 166-167.)

Keskusteluja tulee käydä henkilökohtaisella tasolla ja kuunnella mikä on potilaalle tärkeää ja mitä hän sairauksistaan, kokemuksistaan tai peloistaan kertoo. Hoitavan tahon aloitteellisuus seurannassa parantaa hoitotuloksia. Repsahduksiin tulee suhtautua lohdullisesti ja rohkaisevasti suositella jatkamaan vieroittautumista. (Heloma ym 2022, 166-167.) Potilaalla saattaa olla eriävä näkemys ammattilaisen kanssa, mutta ammattilaisen tulee olla provosoitumatta ja myötäillä myös vastarintaa. Potilaan reaktioita kohtaan annetaan ymmärrystä, eikä potilasta kritisoida niistä. Ammattilainen käyttää keskustelussa avoimia kysymyksiä tavoitteenaan saada potilas puhumaan enemmän kuin ammattilainen. Refleктоivan kuuntelun avulla viestitään potilaalle, että hän todella tulee kuulluksi. Keskustelun päätyttyä pyritään siihen, että potilaalla on konkreettinen suunnitelma elämäntapamuutoksen toteuttamisesta välietappeineen. (Järvinen 2020; Harju ym 2022, 42.)

Monet vahvat interventiot kuten kognitiivis-behavioraalinen-hoito, tai 12 askeleen ohjelma ovat todettu yhtä vaikuttaviksi motivoivan haastattelun kanssa. Motivoivan haastattelun etu on kuitenkin se, että sen toteuttamiseen kuuluu vähemmän aikaa. Motivan haastattelun välittömät vaikutukset säilyvät vielä vuoden kuluttua hoidon päättymisestä ja menetelmää voidaan täydentää palautteella potilaan omista testituloksista, niin kutsuttua MET-menetelmää (Motivational Enhancement Therapy) hyödyntäen. MET-menetelmän käyttö lisää merkittävästi motivoivan haastattelun vaikuttavuutta. (Absetz & Hankonen 2011.)

Myös ihmisten sisäistä ja ulkoista motivaatiota on tutkittu ja huomattu, että aikarajat, ulkoiset tavoitteet, valvonta ja arvioinnit heikentävät sisäistä motivaatiota. Myös ulkoiset palkinnot heikentävät sisäistä motivaatiota, koska ne luovat kokemuksen, ettei toiminta ole omaehtoista. Tällöin motivaatio on ulkoista, joka vähentää luovuutta, innostusta, intuitiota ja keskittymistä. Myös pakko tuhoaa sisäistä motivaatiota tehokkaasti. Vapauden ja itsenäisyyden antaminen sen sijaan lisää sisäistä motivaatiota, luovuutta sekä tuloksellisuutta. (Ojanen 2007, 77-78.)

Monen voimavaraistavan työskentelytavan viitekehys kulminoituu asiakkaan kohtaamiseen, kuunteluun, vuorovaikutukseen, kokemuksellisuuteen ja sanojen merkitykseen. Esimerkiksi motivoiva haastattelu on kehitetty autoritäärisen valistuksen tilalle. Potilaan oma valinnanvapaus ja oivallus on keskeisessä asemassa ja ammattilaisen tulee välttää autoritäärisenä asiantuntijana olemista. Ammattilainen voi kuitenkin tarjota neutraalisti tietoa keskustelun kohteena olevasta ilmiöstä sekä hoitovaihtoehtoista. (Harju ym 2022, 42.)

5 Aikaisempiin tutkielmiin, hankkeisiin ja hoitopolkumalleihin tutustuminen

Suomessa viime vuosina tehdyt nikotiinittomuushoitoon liittyvät tutkimukset ja hankkeet ovat pääosin opinnäytetyö ja pro gradu tasoisia. Aikaisemmin hoitoketjuja- ja polkuja on tehty sairaala- tai aluetasoisesti, mutta nyt hyvinvointialueiden hoitopoluista on vain niukasti tietoa saatavilla. Alle olen kerännyt tiivistetysti tietoa muutaman viime vuoden ajalta suomessa tehdyistä nikotiinittomuuden hoitoon liittyvistä pro gradu tutkielmista, opinnäytetöistä ja hankkeista.

Marjatta Hagelin (2014) on tutkinut omassa pro gradun tutkielmassaan tupakasta vieroituskäytäntöjä työterveyshuollossa. Hagelin haastatteli tutkielmassaan 11:sta työterveyshoitajaa. Hagelinin pro gradun mukaan tupakasta vieroituksen toimintamallia työterveyshuollossa edisti työterveyshuoltoyksikön hyvä resurssitilanne, mutta usein työtä kuvattiin tulipalojen sammuttamiseksi, eikä tarvittaville seurantakäynneille riittänyt aikaa. Esteinä koettiin myös potilaiden sitoutumattomuus suositeltuun hoitoon. Kehittämiskohteeksi tutkielmassa nostettiin moniammatillisen yhteistyön, yhteisten toimintatapojen kehittämisen sekä ammattilaisten osaamisen vahvistamisen koulutuksella. Hagelinin mukaan työterveyshoitajien ohjaustyylit vaihtelivat perustelevasta ja suosittelevasta tyylistä asiakasta kysymyksin osallistavaan tyyliin. Näyttöön perustuvia ohjaustyyliä kuten motivoivaa haastattelua ja muutosvaihemallia käytettiin vain vähän ja työterveysyksiköiden tupakasta vieroitus mallit olivat melko vieraita. Terveystarkastuksissa tupakointi otettiin esiin yleisesti, mutta sairausvastaanottojen kohdalla harvemmin. (Hagelin 2014.)

Vieroitusryhmien ja lääkehoidon pitkän aikavälin vaikutusta tupakasta vieroitukseen ja potilaiden kokemuksia ryhmistä on tutkinut Petra Ranta (2018) pro gradu tutkielmassaan. Ranta haastatteli tutkielmassaan Porvoon sairaalan tupakanvieroitusryhmissä käyneitä potilaita. Tutkielman mukaan vieroitusryhmään osallistuneet odottivat saavansa ryhmästä tukea ja tietoa tupakoinnin lopettamisesta. Odotusarvona oli, että tupakointi loppuisi ryhmään osallistumisen aikana. Ryhmästä saatu vertaistuki toimi tärkeimpänä tekijänä tupakoinnin lopettamisen onnistumisena ja mikäli lopettaminen ryhmän aikana ei onnistunut, koettiin tälle syyksi motivaation puute. Lääkehoidon ja vieroitusryhmän yhdistäminen koettiin toisiaan tukeviksi tekijöiksi. Tutkielmaan haastatellut kehittäisivät vieroitustyhmien toimintaa lisäämällä käytikertoja sekä parantamalla niistä tiedottamista. Myös ryhmien positiivinen ilmapiiri koettiin merkittäväksi asiaksi. (Ranta 2018.)

Kainuun Sote:n Savuttomana Leikkaukseen -hankkeessa (2019) päätavoitteena oli luoda toimintamalli ”Leikkaukseen savuttomana ja ilman nikotiinia Kainuun sotessa kiireettömään hoitoon” perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyönä. Toimintamallissa tupakasta vieroitus aloitetaan perusterveydenhuollossa ja potilaan tupakointiin olisi puututtu jo ennen kuin hän tulee leikkausarvioon erikoissairaanhoidon. Hankkeen tavoitteena oli lisätä myös

henkilökunnan ja potilaiden tietoisuutta tupakan vaaroista, sekä edistää ammattilaisten tupakasta vieroituksen osaamista. Hankkeessa tarkasteltiin tupakointitottumuksien ja nikotiiniriippuvuuden selvittämistä, sekä suunniteltiin tupakasta vieroituskäytänteiden yhdenmukaistamista ohjauksen, kirjaamisen sekä lähetekäytänteiden osalta. Hankkeessa toteutettiin myös pilotti, jossa selvitettiin toimintamallin sopivuutta käytäntöön. (Kainuun Sote 2019.)

Inga Linna on tehnyt (2020) pro gradu tutkielman Raskauden aikana tupakoineiden äitien kokemuksista neuvolan tupakkavieroituksesta. Pro gradu -tutkielmassaan Linna tarkasteli etelä-Pohjanmaan Savuton raskaus ja vanhemmuus -hoitoketjua sekä neuvolan tupakasta vieroitusta asiakkaan näkökulmasta. Tutkielman mukaan neuvolan antama tieto ja tuki savuttomuuden edistämiseksi koettiin merkityksellisenä. Neuvolassa toteutettiin häkämittauksia, jotka osataan koettiin motivoiviksi ja kiinnostaviksi, mutta tutkimuksen mukaan koki mittauksen myös yksityisyyttä loukkaavaksi. Johtopäätöksissä Linna toteaa, että neuvolan järjestämä tupakkavieroitus auttaa vähentämään raskaana olevien naisten tupakointia, mutta vieroituskäytännöt vaativat parannuksia etenkin tukimuotojen kehittämisen ja ajankäytön ja resurssien suunnittelun osalta. (Linna 2019.)

Yamk opinnäytetyössään Leikkauspotilaiden tupakoimattomuutta edistävien käytäntöjen kartoitus Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiiriin operatiivisilla aloilla Anna Mannerkoski (2021) toteaa, että tupakoivat potilaat osataan tunnistaa HUS:n operatiivisissa yksiköissä hyvin ja heitä kannustetaan tupakoinnin lopettamiseen. Apuvälineitä ja ohjausta savuttomuuden tueksi kuitenkin annetaan vain vähän. Mannerkoski nosti johtopäätöksissään esiin kirjauskäytäntöjen vaihtelevuuden, koulutuksen puutteen, sekä vieroitushoitajien vähyyden. Hoitopolkumallin uupuminen koettiin merkittäväksi puutteeksi. (Mannerkoski 2021.)

Muun muassa Pirkanmaan- ja varsinais-Suomen hyvinvointialueet ovat sitoutuneet savuton sairaala toimintamalliin, jossa edistetään potilaiden savuttomuutta ja kustannetaan potilaan nikotiinikorvaushoito sairaalassaolajakson aikana. Molempien hyvinvointialueiden malleissa toimintatapana on selvittää potilaan tupakointitottumukset jo ensikäynnillä ja tiedot kirjataan ylös potilaskertomukseen. Pirkanmaan mallissa nikotiinivieroitusta tarjotaan perusterveydenhuollossa, Varsinais-Suomen alueella puolestaan Turun yliopistollisessa keskussairaalassa toimii keuhkosairauksien poliklinikalla oma tupakastavieroitushoitaja. Roosa Rausio ja Karo Tela (2022) ovat tehneet AMK opinnäytetyönään savuttomuus- ja nikotiinittomuus potilasohjeen sydänpotilaalle Tyksin sydänkeskukseen. (Rausio & Tela 2022)

6 Tutkimuksellisen kehittämistyön toteuttaminen

Tässä luvussa käyn läpi yleisellä tasolla tutkimuksellista kehittämistyötä sekä tämän kehittämistyön tutkimussuunnitelmaa. Kehittämistoiminnan tavoitteena on tuoda konkreettista muutosta johonkin asiaan tai toimintatapaan ja siinä voidaan hyödyntää tutkimuksellisia menetelmiä (Salonen, Eloranta, Hautala & Kinos 2017). Kehittämistoiminta vaatii sitä, että tavoitteet on määritelty ja ongelmat ja visiot ohjaavat perusteluita. Lähtökohtana voi olla nykytilan ongelma tai tulevaisuuden ihannekuva. Tulevaisuuden kuva toimii motivaationa, mutta monesti ongelmakohtat toimivat kehittämistoiminnan syykkeenä. Usein paras lopputulos toimii dynaamisesti eli kumpaakin lähtökohtaa hyödyntäen. (Toikko & Rantanen 2009, 56-57.) Hirsjärven & Hurmeen (2020, 55) mukaan tutkimuksen tekeminen alkaa tutkimuksen ideasta, sekä tutkimussuunnitelman tekemisestä.

Kehittämistyön tavoitteena on tuottaa organisaation asiantuntijoille hoitopolku savuttomuuden hoitoon. Tällä tavoitellaan laadukasta, tasalaatuista ja kustannustehokasta hoitoa. Tässä hoitoprosessissa keskeistä on toimiva ja asiakasta tukeva ohjaus, jonka näkökulma on voimavaraistava ja ratkaisukeskeinen ja siinä hyödynnetään mm. motivoivaa haastattelua keskustelun tukena. Tavoitteena on, että kehitettävän hoitopolun ja siihen liittyvien toimintatapojen ja materiaalien avulla terveydenhuollon ammattilaiset pystyvät tukemaan asiakkaan tupakoinnin lopetusta ja nikotiinittomuutta, sekä hyödyntämään asiakkaan/potilaan omia voimavaroja prosessin aikana. Yhteinen tukimateriaali helpottaa myös yksittäisen työntekijän valmistautumista ohjaukseen.

Kehittämistyön tavoitteisiin vastataan seuraavien kehittämiskysymysten kautta:

1. Miten asiakkaan nikotiinittomuutta on tuettu nykyisissä toimintatavoissa?
2. Millaisia kehittämistarpeita hoitopolun ja ohjaamisen kohdalla nähdään?
3. Millainen hoitopolku ja ohjausmalli (materiaaleineen) voidaan ottaa käyttöön?

Aiheen rajaus:

- Aiheeksi rajautuu ainoastaan tupakka- ja nikotiinituotteet eli tupakka, nuuska, sähkösavukkeet ja nikotiinia sisältävät tuotteet.
- Kohderyhmä rajautuu aikuisväestöön.
- Ohjauksen viitekehyksenä toimii voimavaraistava/ratkaisukeskeinen työskentelymalli.

Opinnäytetyön menetelmällisinä toteutusratkaisuinä oli teoriaosuuteen perehtyminen huolellisesti kirjallisuuden ja aikaisempien tutkimusten perusteella. Perehtyminen olemassa oleviin hoitopolkuihin (ent. sairaanhoitopiirit/hyvinvointialueet), sekä tutustuminen omahoitomalleihin ja sähköisiin materiaaleihin esim. Terveyskylä, THL, Päihdelinkki, stumppi.fi ja OmaOlo. Tiedonkeruun ja aineistoon tutustumisen jälkeen toteutettiin teemahaastattelut

asiakasorganisaation asiantuntijaryhmälle ja myöhemmässä vaiheessa toteutettiin yhteiskehittämisyöpaja, jossa suunniteltiin ja koostettiin hoitopolkua sekä ohjausmateriaalia.



Kuvio 5: Kehittämistyön eteneminen

6.1 Teemahaastattelu

Kehittämistyön lähtökohtana oli tehdä teemahaastattelu asiakasorganisaation savuttomuushoitoa toteuttaville henkilöille. Teemahaastattelun perusteella kartoitetaan, millaisia ohjauskäytänteitä tällä hetkellä käytetään ja mikä niissä on toimivaa ja mikä ei.

Hirsjärven & Hurmeen (2020) mukaan haastattelu on yksi käytetyimmistä ja joustavimmista tiedonkeruumuodoista ja se sopii moniin eri tutkimustarkoituksiin. Haastattelun hyötynä on myös, että sen aikana voidaan suunnata tiedonhankintaa itse tilanteessa. Haastattelun huonoina puolina voidaan nähdä muun muassa haastattelun virhelähteiden mahdollisuudet sekä vapaamuotoisen haastattelun analysoinnin haasteet, koska valmiita malleja ei ole olemassa. (Hirsjärvi & Hurme 2020, 32-33.) Tässä tutkimuksessa haastattelu valittiin tiedonkeruumenetelmäksi koska toivottiin monitahoisia vastauksia, joita voitiin tarkentaa ja syventää tutkimuksen aikana. Haastattelu sopi tutkimukseen myös sen vuoksi, että sama fokusryhmä osallistuisi myöhemmin myös kehittämisyöpajaan.

Teemahaastattelu on puolistrukturoitu aineistonkeruumenetelmä, jossa haastattelut toteutetaan ennalta määrättyjen teemojen pohjalta ja se on yksi yleisimmistä laadullisissa tutkimuksessa käytettävistä aineistonkeruumenetelmistä. Teemahaastattelu soveltuu parhaiten melko tarkasti määriteltyihin tutkimusaiheisiin, kun tutkittavasta aiheesta tiedetään jo jonkin verran. Haastateltaviksi tavoitellaan henkilöitä, joilla on jo entuudestaan tietoa sekä kokemusta tutkittavasta aiheesta. Tutkija puolestaan voi ohjailta haastattelun kulkua valittujen teemojen mukaisesti. Teemahaastattelussa korostuu tutkijan ja haastateltavan vuorovaikutus ja väljät teemat antavat mahdollisuuden esittää kysymyksiä edellisten vastausten perusteella. (Palonen & Kylmä 2022, 281-288.)

Teemahaastattelun teemat valitaan perehtymällä tutkittavaan aiheeseen. Teemoja voidaan käsitellä missä tahansa järjestyksessä ja niistä pyritään keskustelemaan mahdollisimman

vapaasti. Teemahaastattelua ei tarvitse analysoida tietyllä tavalla, vaan analysointia voidaan tehdä kvantitatiivisesti, kvalitatiivisesti, näitä yhdistelemällä tai teemoittelun ja tyypittelyn avulla. (Hirsjärvi & Hurme 2020, 47-48, 66. Eskola & Suoranta 1998, 86-87.)

Haastattelu toteutettiin fokusryhmähaastatteluna. Ryhmähaastattelua voidaan pitää melko vapaamuotoisena keskusteluna, jossa haastateltava puhuu useille haastateltaville yhtä aikaa ja tekee välillä tarkentavia kysymyksiä yksittäisille haastateltaville. Haastateltavat kommentoivat spontaanisti, sekä tekevät huomioita keskustelun edetessä sekä tuottavat monipuolista tietoa tutkittavista teemoista. Ryhmähaastattelussa haastattelijan tulee huolehtia, että keskustelussa pysytään valituissa teemoissa ja että kaikki haastateltavat saavat puheenvuoron. (Hirsjärvi & Hurme 2020, 61-62.)

Haastattelu toteutettiin fokusryhmälle, joka koostui kohdeorganisaatiossa nikotiinittomuushoitoa tekevästä asiantuntijoista. Hirsjärven & Hurmeen (2020, 62-63) mukaan fokusryhmän koko on tavallisimmin kuudesta kahdeksaan henkilöä, ja he ovat yleisimmin alan asiantuntijoita, joiden mielipiteillä ja asenteilla on vaikutusta tarkasteltavaan ilmiöön ja ryhmällä on myös mahdollisuus saada aikaan muutosta. Fokusryhmähaastattelua käytetäänkin useimmiten silloin, kun kehitetään uusia palveluita ja ideoita. Ryhmällä on myös etukäteen tarkoin mietitty tavoite, joka on heillä tiedossa jo ennen haastattelua. Ryhmän puheenjohtajana toimii haastattelija, joka helpottaa ideoiden vaihtoa ryhmässä ja saamaan aikaan vapaata keskustelua. (Hirsjärvi & Hurme 2020, 62-63.)

Tässä kehittämistyössä pyyntö haastatteluun osallistumiseen toimitettiin useampaa eri kanavaa pitkin: esihenkilöiden kautta, yritysterveyden teams -ryhmässä sekä henkilökohtaisella sähköpostilla henkilöille, jotka olivat ilmoittaneet työntekijäprofiilissaan tekevänsä nikotiinittomuushoitoa. Haastatteluun osallistui 8 henkilöä joista 2 oli sairaanhoitajia, 1 lääkäri ja 5 työterveyshoitajaa. Haastateltavat edustivat viittä eri toimipistettä Etelä-Suomen alueelta. Haastateltavien kokemus nikotiinittomuushoidoista vaihteli nollostakymmeniin vuosiin. Sairaanhoitajilla oli astmahoitajan koulutus sekä he toimivat mm. haavanhoidollisissa tehtävissä yksiköissään.

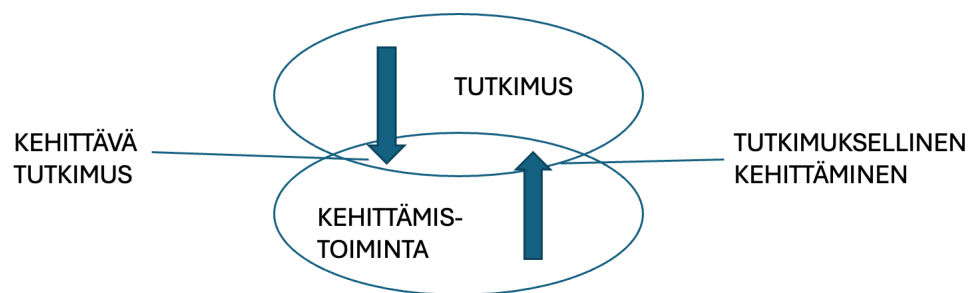
Haastattelut toteutettiin etäyhteydellä, teamsin välityksellä. Haastattelut toteutettiin aikalaulullisista syistä kahdessa samansisältöisessä fokusryhmähaastattelussa, joista ensimmäinen pidettiin 15.12. ja toinen 18.12. Molemmissa haastatteluryhmissä oli 4 haastateltavaa ja haastattelut kestivät 60-80 minuuttia. Haastatteluun oli valittu kolme pääteemaa: Nykytilanne, kehittämistarpeet ja tavoiteltu malli, sekä työskentelyorientaatio. Lisäksi pääteemoista oli johdettu alateemoja sekä tarkentavia kysymyksiä.

Pääteemat ja niiden tarkentavat kysymykset olivat haastattelun runkona PowerPoint esityksessä. Jokainen haastateltava osallistui aktiivisesti ja puheenvuorot jakaantuivat tasaisesti. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin teamsin automaattisella litteroinnilla, jotta pystyttiin

palaamaan niihin vielä jälkikäteen analysoinnin yhteydessä. Teams-ohjelmalla litteroitua tekstiä tuli noin 130 sivua.

6.2 Yhteiskehittäminen

Tässä opinnäytetyössä on hyödynnetty tutkimuksellista kehittämisotetta, jossa tutkimus ja kehittäminen integroituvat toisiinsa. Kehittämistoiminta saa lisäarvoa tutkimuksellisista asetelmista sekä tutkivasta työotteesta. Toikko & Rantasen (2009) mukaan tutkimustiedon sekä tutkimus menetelmien ja asetelmien hyödyntäminen voivat auttaa kehittämistoiminnan toteutusta. Tutkimuksellisuus myös parantaa kehittämistoiminnan käyttökelpoisuutta ja siirrettävyyttä. Käytännön ongelmat ja kysymykset ohjaavat tiedontuotantoa tutkimuksellisessa kehittämis toiminnassa ja tietoa tuotetaan aidoissa käytännön toimintaympäristöissä. Tutkimuksen reunaehdot määräytyvät konkreettisen kehittämis toiminnan mukaan. Kehittämistoiminnan tavoitteena ei ole ainoastaan ratkaista käytännön kysymyksiä ja ongelmia, vaan myös kuvata niitä ja välittää niitä laajempaan keskusteluun. (Toikko & Rantanen 2009, 11, 22.)



Kuvio 6: Tutkimuksellinen kehittäminen (mukaillen Toikko & Rantanen 2009)

Osallistavan kehittämisen päämääränä on muutos, jolloin tavoitteena on jokin parempi ja tehokkaampi toimintatapa kuin aikaisemmin. Tavoitteellisuus on keskeinen elementti kehittämistyössä. Nykytilanteen ongelmat tai puutteet voivat toimia kehittämistoiminnan lähtökohdina, tai yhtä hyvin se voi olla visio jostain uudesta. Kehittämisen suunta on tulevaisuutta kohden, jolloin asiantilat voivat muuttua määrällisesti laadullisesti tai rakenteellisesti. (Toikko & Rantanen 2009, 16)

Toimijoiden sitoutuminen ja aktiivinen osallistuminen luo pohjan kehittämis toiminnalle, vaikka toimijoilla olisikin erilaisia intressejä. Erilaiset näkemykset sovitetaan yhteen ja muodostetaan yhteistä ymmärrystä kehitettävän asian suhteen. Aito ja tasavertainen osallistuminen edellyttää erilaisten näkemysten hyväksyntää. Kehittäjä ei myöskään ole ulkopuolinen asiantuntija, vaan osallistuu yhtä lailla konkreettiseen kehittämis toimintaan ja pyrkii aitoon

dialogiin muiden toimijoiden kanssa. Yhteinen kehittäminen on ennen kaikkea yhteisen dialogin muodostamista. (Toikko & Rantanen 2009, 10)

7 Aineiston analysointi

Hirsjärvi & Hurmeen (2020, 143) mukaan silloin kun tutkija tekee itse haastattelun, alkaa analyysi usein jo haastatteluvaiheessa, jolloin haastattelija voi jo havaintoja ilmiöistä. Kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen analyysin ero on siinä, että laadullinen aineisto säilyy sanallisessa muodossa. Laadullisen analyysin tekemiseen on useita eri työskentelytekniikoita.

Aineistolähtöisen tutkimuksen haasteena on se, ettei havainnot ole aina täysin objektiivisia koska jo käytetyt käsitteet ovat tutkijan antamia ja vaikuttavat aina jonkin verran lopputulokseen. Tutkijan on tärkeää tiedostaa omat ennakkokäsityksensä ja suhtautua niihin tietoisesti analyysin aikana. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 108-109.) Teoriasidonnaisessa tutkimuksessa analyysi ei perustu suoraan teoriaan, mutta yhtäläisyydet siihen ovat havaittavissa. Teoria tukee ja vahvistaa aineistosta tehtyjä löydöksiä. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Koska aineistolähtöisyyttä on käytännössä vaikea toteuttaa edellä esitetyistä syistä johtuen, niin tässä opinnäytetyössä analyysi on toteutettu lähinnä teoriasidonnaisesti, jolloin havainnot ohjaa myös tietoperustassa käsitellyt näkökulmat.

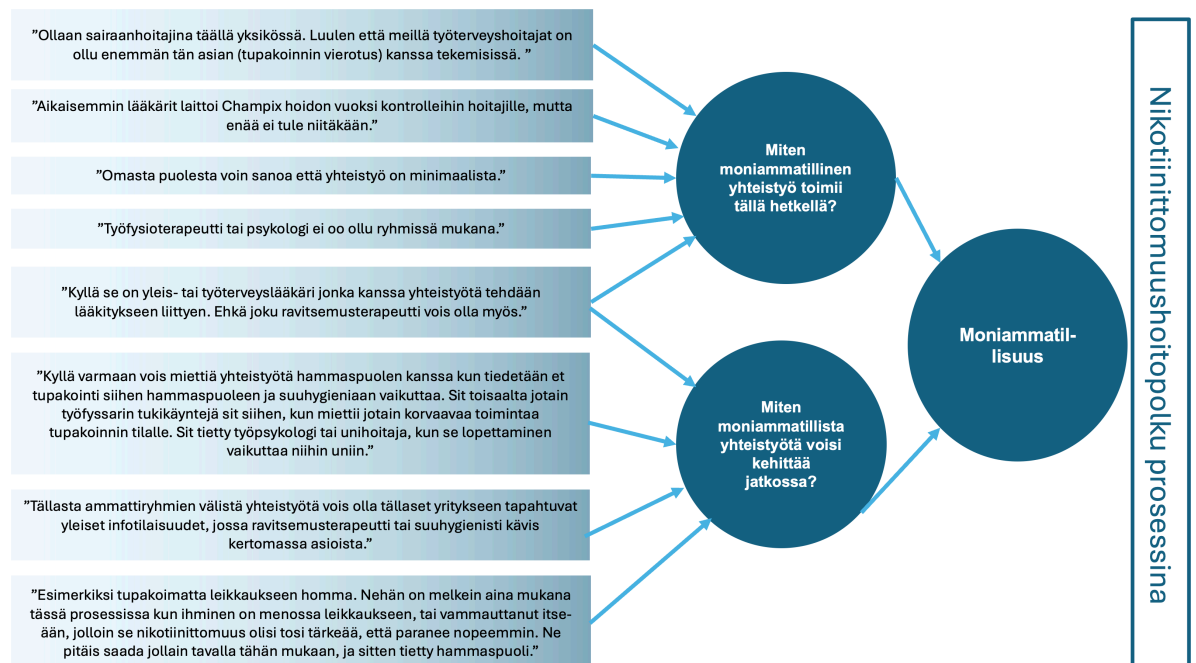
Teema-analyysi eli teemoihin perustuva analyysi ei ole oma tutkimustyyppinsä, vaan analyysitekniikka, jossa teemat auttavat myös aineiston purkamisessa teema-alueittain ja rinnastuvat haastattelun aihealueisiin. Eskolan ja Suorannan (1998) mukaan aineistosta voidaan nostaa esiin tutkimusongelmia valaisevia teemoja ja vertailla niiden esiintymistä tai nostaa esiin tutkimusongelman kannalta merkittäviä aiheita. Pelkästään teemoittain järjestetty aineisto ei vielä sisällä analyysiä ja johtopäätöksiä, vaan aineisto vaatii tarkastelua teoreettisen viitekehysten kautta. Teemoittelu sopii aineiston analyysitavaksi etenkin silloin, kun halutaan ratkaista jokin käytännöllinen ongelma. (Teräs & Toivainen 2014; Eskola & Suoranta 1998, 160, 174-180.) Braunin ja Clarken (2006) mukaan teema-analyysin etuna on sen joustavuus, eikä sen tekemiseen ole selkeitä ja ytimekkäitä ohjeita. He ovat kuitenkin tehneet listan teema-analyysin kuudesta vaiheesta.

- 1) Aineistoon tutustuminen: Litterointi, aineiston lukeminen yhä uudelleen ja alustavien koodien hahmottelu.
- 2) Alustavien koodien tuottaminen: Koko aineiston systemaattinen koodaaminen, aineiston kokoaminen relevanttien koodien mukaisesti.
- 3) Teemojen etsiminen: Koodien kokoaminen potentiaalisiksi teemoiksi.
- 4) Teemojen tarkistaminen: Tarkistetaan, että koodit ja teemat ovat suhteessa toisiinsa sekä aineistoesimerkkien (ykköstaro) että koko aineiston (kakkostar) tasolla.

- 5) Teemojen täsmentäminen ja nimeäminen: Teemojen täsmentäminen ja selkiyttäminen, kunkin teeman määrittely ja nimeäminen.
- 6) Raportin tuottaminen: Aineisto-otteiden esittely, tutkimuskysymysten ja aineiston sekä aiemman kirjallisuuden yhdistäminen, tieteellisen raportin kirjoittaminen. (Teräs & Toivainen 2014; Braun & Clarke 2006)

Tutkija tuntee aineistonsa yleensä niin hyvin, että hän tunnistaa teema-alueet aineistosta hyvinkin nopeasti (Hirsijärvi & Hurme 2022, 149). Kun tutkija tarkastelee aineistoa omasta ajatusmaailmastaan käsin ja pyrkii ymmärtämään ilmiöitä monipuolisesti (Hirsijärvi & Hurme 2022, 158). Teräksen ja Toivaisen (2014) mukaan teemoja voidaan tarkastella ajallisella jatkumolla. Analyysi etenee yksilöllisten erojen, teemojen sisäisten ja keskinäisten jännitteiden ja tutkitun toiminnan kehityshaasteiden tutkimiseen.

Aineiston analyysivaiheessa tarkasteltiin litterointia sekä katsottiin haastattelun nauhoitteet vielä uudelleen. Analyysin apuna käytettiin ajatuskarttoja ja värikoodausta. Teemojen valintaa ohjasi tutkimuskysymykset, ei niinkään niiden esiintymismäärä aineistossa. Vaikka ihanne-tilanteessa sama teema esiintyy aineistossa useamman kerran, mutta se ei tarkoita, että teema olisi tärkeämpi kuin vain kerran aineistossa esiintyvä yksittäinen teema (Braun & Clarke 2006).



Kuvio 7: Esimerkki aineiston analysoinnista

8 Tulokset

Tähän lukuun on koottu teemahaastatteluiden tulokset. Molemmissa haastatteluissa nostettiin esiin samankaltaisia vahvuuksia sekä haasteita nikotiinittomuushoidon osalta. Yhdeksi nikotiinihoidon toteuttamisen haasteeksi nousi molemmissa haastatteluissa kokemus ammattilaisten vähäisestä tai vanhentuneesta koulutuksesta. Kaikilla haastateltavilla löytyi jonkin verran koulutusta ja laajempaa osaamista nikotiinittomuuden hoidosta, mutta suurimmalla osalla koulutuksista oli kulunut jo aikaa ja hoitokontaktien vähäisyys aiheutti koulutusten päivittämisen tarvetta.

Nikotiinittomuushoidon vähentymiseen arveltiin osasyiksi hoidossa käytettävien lääkevalmisteiden saatavuusongelmat. Lääkehoidot ovat edellyttäneet hoidon seurantaan vastaanotoilla, mutta haastateltavien kokemusten mukaan lääkehoitojen vähentyminen oli myös vaikuttanut seurantakäytön vähentymiseen. Myös yhteistyö lääkeyritysten kanssa oli vähentynyt radikaalisti. Aikaisemmin haastateltavat asiantuntijat olivat saaneet materiaalia ja koulutusta mm. lääkeyritysten yhteyshenkilöiltä. Korona-pandemian myötä oli tullut taukoa myös tutkimustöiden tekemisessä, kuten spirometrioiden ja mikrospirometrioiden tekemisessä. Mikrospirometrioita ei olla otettu uudelleen käyttöön tiukentuneiden hygieniasuosituksen vuoksi.

8.1 Pääteemat

Kaikilla haastateltavilla oli yhtenäinen näkemys siitä, että nikotiinittomuuden tukeminen organisaatiossa on tärkeää ja sitä tulee kehittää. Tämänhetkinen nikotiinittomuushoidon osaaminen organisaatiossa oli haastattelun mukaan vähäistä ja selkeä strukturoitu hoitomalli puuttui. Haastateltavat toivat ilmi, että kokivat nikotiinittomuuden tukemisen olevan vahvasti organisaation strategiaan sopivaa toimintaa ja että sillä on kansanterveydellinen merkitys. Kaikilla nikotiinittomuushoitoa toteuttavilla haastateltavilla oli hieman erilainen koulutustausta nikotiinittomuuden hoitoon. Organisaatiossa ei tällä hetkellä ole omaa koulutusta nikotiinittomuuden hoitoon. Osaamisen laajuus oli osittain kiinni haastateltavan omasta innostuneisuudesta, perehtyneisyydestä ja aktiivisuudesta. Haasteeksi nikotiinittomuushoidon toteuttamisessa koettiin muun muassa yhtenäisen materiaalin ja toimintamallin puuttuminen, joka johti siihen, että vastaanottojen valmistelu oli aikaa vievää sekä hoito epätasalaatuista. Myös yhtenäisen kirjaustavan, niin kutsutun fraasiston puuttuminen johtaa siihen, ettei muun muassa hoidon vaikuttavuus ole tilastoitavissa.

Haastatteluiden pohjalta erottui kolme pääteemaa:

- Nikotiinittomuushoitopolku prosessina
- Koulutus ja materiaalit
- Työskentelyorientaatio

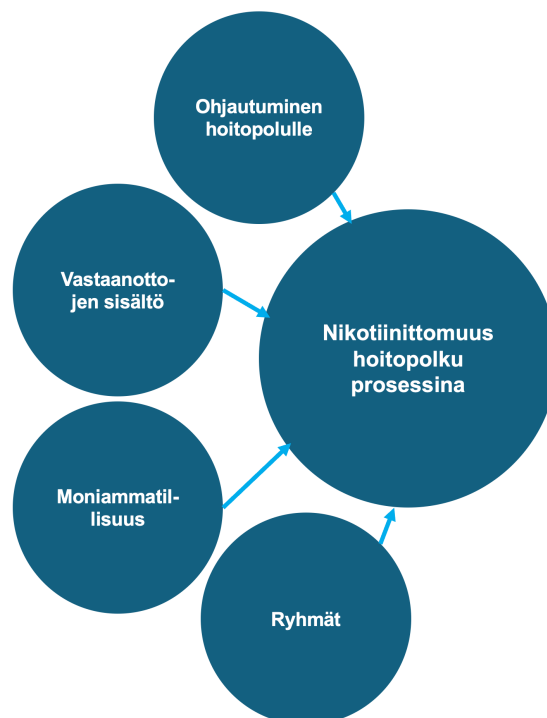


Kuvio 8: Pääteemat

8.2 Alateemat

Haastattelujen perusteella nikotiinittomuushoitopolun kehittämiseksi löytyi selkeä tarve. Haastatteluissa ilmeni neljä hoitopolun rakentumista ohjaavaa alateemaa:

1. Ohjautuminen hoitopolulle
2. Vastaanottojen sisältö
3. Moniammatillisuus
4. Ryhmät



Kuvio 9: Nikotiinittomuushoitopolun alateemat

Jos tästä asiasta (nikotiinittomuudesta) on puhuttu vastaanotolla, niin oon sitten ottanut heitä (potilaita) itselleni seurantaan, kun ei meillä oo ollut talossa mitään mihin näitä ohjaisi. Varmasti työterveyshuollossakin

terveystarkastuksissa tupakoinnista mainitaan, mutta ei ole mitään strukturoitua ohjetta, että tee näin.

Pääsääntöisesti haastateltavat kokivat, että lääkärit, terveydenhoitajat ja sairaanhoitajat ky-syivät terveystarkastusten ja sairausvastaanottojen yhteydessä aktiivisesti asiakkaan tupa-koinnista ja tämä koettiin tärkeäksi toimintatavaksi. Monesti kuitenkin keskustelu koski aino-astaan tupakointia ja nuuskan käyttöä, mutta muiden nikotiinituotteiden kuten sähkösavuk-keiden tai nikotiinipussien käytön kartoittaminen saattoi jäädä vähemmälle. Haastateltavat kuitenkin korostivat, että on tärkeää keskustella nimenomaan nikotiinituotteista, joka pitää sisällään kaikki alaryhmät. Haastatellut henkilöt olivat sitä mieltä, että nikotiinittomuuden mini-interventio toteutui mainittujen ammattiryhmien vastaanotoilla hyvin.

Haastateltavien kokemus muiden ammattiryhmien toiminnasta oli vähäisempi. Osalla haasta-teltavista oli kokemus, ettei esimerkiksi suunterveyden vastaanotoilla keskusteltu nikotii-nituotteiden käytöstä kovin laajasti, tai ainakaan sieltä ei säännönmukaisesti ohjattu asiak-kaita nikotiinittomuuden hoitoon. Haastateltavien joukossa ei ollut suun terveyden ammatti-laisia, joten täyttä varmuutta ei heidän prosesseistaan ole.

Yksi haastateltavista teki yhteistyötä alueensa kirurgien kanssa ja hänelle ohjattiin potilaita leikkaavien lääkärin toimesta, tarkoituksena saada asiakas vieroitettua nikotiinituotteista en-nen leikkaukseen menoa.

Esimerkiksi tupakoimatta leikkaukseen homma. Nehän on melkein aina mukana tässä prosessissa kun ihminen on menossa leikkaukseen, tai vammauttanut itse-ään, jolloin se nikotiinittomuus olisi tosi tärkeää, että paranee nopeemmin. Ne pitäis saada jollain tavalla tähän mukaan ja sitten tietty hammaspuoli.

Yhdellä haastatteluun osallistuneella oli myös kokemus siitä, että julkisen terveydenhuollon puolelta oli ohjattu asiakkaita nikotiinivieroitushoitoon, esimerkiksi lapsettomuushoitojen yh-teydessä. Hyvinvointialueella oli tehty linjaus, että lapsettomuushoitoihin pääsyn edellytyk-senä oli molempien vanhempien nikotiinittomuus ja asiakkaat oli ohjattu työterveyteen niko-tiinivieroitukseen. Kyseisen hyvinvointialueella tehtiin muutoinkin aktiivista yhteistyötä niko-tiinittomuusasioissa yli organisaatorajojen. Viimeisen vuoden sisään oli myös muutamia poti-laita hakeutunut vastaanotoille etsimällä tietoa kohdeorganisaation nettisivuilta.

Haastateltavien mukaan nikotiinittomuushoidon kesto olisi hyvä olla noin 6-12kk, riippuen asi-akkaan tilanteesta. Keskimääräiseksi vastaanottokäyntien määräksi kerrottiin 3-6 käyntiä. En-sikäynnin jälkeen seuraava vastaanotto olisi hyvä olla noin viikon kuluessa tupakoinnin lopet-tamisesta ja tämän jälkeen ainakin noin kuukauden ja puolen vuoden kohdilla. Ensimmäinen vastaanotto on kestoiltaan pidempi, noin tunnin mittainen, mutta jatko ajat voivat tarpeen olla lyhyempiä niin kutsuttuja kontrollikäyntejä.

Organisaatiossa ei ole tällä hetkellä käytössä fraasistoa nikotiinivieroituksen vastaanottokäyntiin. Osa haastateltavista kyseli keskustelun lomassa Fagerströmin nikotiiniriippuvuustestin kysymykset asiakkaalta, mutta harvemmin testejä annettiin asiakkaalle itselleen täytettäväksi. Asiakkaan tupakointitiedot tilastoitiin hoitajien vastaanotoilla säännönmukaisesti, mutta yleensä lääkärit eivät kirjanneet tietoa siten, että se saataisiin tilastoitua. Myös diagnoositietojen kirjaaminen tupakoinnin osalta jäivät usein vähäiseksi. Puutteeksi koettiin, ettei tällä hetkellä ole käytössä mm. mikrospirometriaa tai uloshengityksen häkämittaria.

Kun haastattelen potilasta, niin ne vastaukset tulee oikeastaan jo siinä, kun kysyy, että mikä on sun tärkein tupakka, milloin sä poltat? Niin en mä välttämättä asiakkaalle sano suoraan, että tehdään testiä. Mutta kyllä ne tulee läpi käytyä.

Haluaisin tehdä mahdollisimman matalan kynnyksen tähän puheeseen. Pelkään, että aika monet lääkärit lyö jarrut kiinni, jos niille alkaa puhumaan näistä testeistä. Niikun kuulostaa liian monimutkaiselta, en puhu, en kysy kun en tiedä tätä.

Yleisimmin nikotiinittomuuden hoitoa on organisaatiossa toteuttanut työterveyshoitajat, sairaanhoitajat ja lääkärit. Moniammatillisuuden osalta esille nousi etenkin ravitsemusterapeutin, suuhygienistin ja (työ)fysioterapeutin ottamisella osaksi hoitoketjua. Psykologin/työterveyspsykologin osaamisen hyödyntäminen puolestaan korostui nikotiinittomuusryhmien suunnittelussa. Haastateltavat kokivat, että näiden ammattiryhmien vastaanottoja voitaisiin hyödyntää tarvelähtöisesti vieroitushoidon aikana, ei niinkään valmiiksi integroituna hoitopolkuun; esimerkiksi ravitsemusterapeutin vastaanottoa silloin, jos asiakkaalla on painonhallinnan haasteita nikotiinivieroituksen yhteydessä. Myös univalmentajan osaaminen koettiin hyödylliseksi nikotiinivieroituksessa. Yhteistyö hoitajien ja yleis- tai työterveyslääkärien välillä koettiin hyväksi.

Kyllä se on yleis- ja työterveyslääkäri, jonka kanssa yhteistyötä tehdään lääkitykseen liittyen.

Nikotiinittomuusryhmiä ei kukaan haastateltavista ollut järjestänyt useaan vuoteen, käytännössä koronapandemian jälkeen. Ryhmät olivat aikaisemmin olleet vahvasti sidoksissa työterveyshuollon savuton työpaikka- tai savuton tehdas -projekteihin. Ryhmien toteutuksessa päävastuu oli usein työterveyshoitajalla, mutta usein suunnitteluun ja toteutukseen oli osallistunut myös lääkäri, fysioterapeutti, psykologi tai ravitsemusterapeutti. Nikotiinivieroitusryhmissä oli myös jaettu makunäytteitä nikotiinipurukumeista, ja asiakkaat olivat kokeneet tämän positiivisesti. Osa ryhmistä oli myös aikaisemmin toteutettu yhteistyössä esimerkiksi lääke-edustajan kanssa.

Yhtenäistä sabluunaa tai materiaalia ryhmien toteutukseen ei ole saatavilla, vaan jokainen ryhmä on suunniteltu yksilöllisesti. Haastatteluun osallistuneet henkilöt, jotka olivat nikotiinittomuusryhmien vetämiseen osallistuneet, kokivat että valmiit materiaalit ja valmis tarjouspohja helpottaisi työn tekoa ja madaltaisi kynnystä ryhmien tarjoamiseen asiakkaalle.



Kuvio 10: Koulutus ja materiaalit alateemat

Asiakas tietää enemmän, kun puhutaan vapettamisesta ja senkin kuulin asiakkaalta, että nykyään käytetään näitä nikotiinipusseja nuuskan tilalla.

Haastatteluun osallistuneet hoitajat kokivat pääsääntöisesti kaipaavansa koulutusta työnsä tueksi. Osalla nikotiinivieroituskoulutus oli useiden vuosien takaa. Viime vuosina tupakka- ja nikotiinituotteiden käytön ympärillä on ollut paljon muutoksia. Markkinoille on tullut erilaisia nikotiinituotteita kuten sähkösavukkeet (vape) sekä nikotiinipussit, joiden osalta koettiin, ettei koulutus ole pysynyt ajan tasalla. Lääkehoidoissa ja hoitosuosituksissa on tapahtunut muutoksia, eikä esimerkiksi mikrospirometrian käyttöön ole palattu enää koronapandemian jälkeen. Hieman oli eroa siinä, että koettiiniko nikotiinivieroitusosaaminen kaikkien terveydenhuollon ammattilaisten perustyöksi, vai ajateltiiniko että organisaatiossa olisi vieroitustyöhön perehtyneitä erityisosaajia.

Ohjantaa voi antaa kuka vaan, mutta jos meillä on nimetyt savuttomuushoitajat, niin pitäis heillä olla siihen jotain extraa antaa. Olen sen puolella, että koulutusta tarvitaan kyllä.

Nikotiinittomuushoidon haasteeksi koettiin myös materiaalien saatavuus. Internetistä löytyy paljon nikotiinittomuusmateriaalia, mutta vastaanottotilanteessa sen etsiminen koettiin työlääksi. Ammattilaiset toivoivat, että materiaali, jota ohjauksessa käytettäisiin, olisi koostettu yhteensä paikkaan helposti käytettäväksi, esimerkiksi organisaation intranettiin.

Silloin kun mä tulin taloon ja aloin tätä kyselemään, niin löytyi todella vanhoja, lähemmäs 10 vuotta vanhoja esitteitä. Kukaan ei oikein tiennyt keneltä lähden kysymään.

Haastattelun perusteella hoitajat käyttivät työssään erilaisia materiaaleja. Stumppi.fi sivusto sekä Terveyskylä.fi materiaalit olivat koettu hyväksi. Osa oli hyödyntänyt ohjauksessa myös

Sydänliiton OTA-ohjaus materiaalia, mutta nykyisin kyseessä olevaa materiaalia ei enää päivitetä. Organisaatiolla on käytössään digitaalinen oma suunnitelma -työkalu, mutta sen käyttöä ei koettu kovin hyväksi nikotiinivieroituksessa, sillä hoitajilla oli kokemus, ettei asiakkaat siihen enää palanneet vastaanotolta poistuttuaan. Kaikki haastateltavat korostivat, että materiaalien pitäisi olla helposti saatavilla, yhdenmukaisia sekä ajantasaisia. Toivottiin myös selkeästi näkyville tietoa siitä, kenellä nikotiinivieroitusosaamista on, jotta ohjaaminen heidän vastaanotoilleen olisi helpompaa ympäri suomen.

Mun haave olis, että olisi sivusto mistä löytyisi, että kenelle voi ohjata oli sitte Tampereelta, Rovaniemeltä tai Turusta. Ja että sieltä löytyis ihan oikeesti niitä nimiä, et kun yleensä se tökkää just siihen, että lääkärin vastaanotolla ei siinä ajassa ehdi löytämään tietoa. Et ehtis nopeesti katsoa ja jonka vois vaikka post-it lapulla antaa asiakkaalle, jos ei ehdi varaamaan aikaa tai muuta.

8.3 Työskentelyorientaatio

Jos ihminen on polttanut sen 30 vuotta niin sitä tupakkaa ei saa missään välissä vähätellä tai aliarvioida. Se on kuitenkin ollut sen ihmisen elämässä kaikessa mukana. Se on hyvässä mukana, huonossa mukana. Jos läheinen kuolee, niin tupakka. Jos on joku isompi riita, avioero, konfliktitilanne, niin tupakka on aina ensimmäinen.

Haastatteluissa korostui, että tärkeä osa nikotiinittomuushoitoa on asiakaslähtöinen työskentelymalli. Suurin osa haastateltavista oli käynyt motivoivan haastattelun koulutuksen ja käyttivät motivoivaa haastattelua vastaanoton perustana. Vastaanottotilanteissa, etenkin ensimmäisellä käynnillä, kartoitettiin myös potilaan voimavaratekijöitä. Tärkeänä osana haastateltavat kokivat myös potilaan erilaisten kuormitustekijöiden ja pelkojen tunnistamista.

Toisinaan se terveys ei soita (asiakkaalle) mitään kelloja. Sellastakin tullut vastaan, että jos on polttanut 30-40 -vuotta niin ne kokee, että niin he eivät voi lopettaa nyt, koska jos he lopettaa niin sitten he ainakin saavat syövän, koska just työkaverillekin kävi sillai. Kumma kiertymä siinä ajatuksessa, että se yhdistyy siihen lopettamiseen se syöpään sairastuminen.

Potilaan motivointi koettiin ajoittain haastavaksi. Haastateltavien mukaan pelkkä potilaan terveys ei yleensä ole riittävä motivaatiotekijä tupakoinnin lopettamiseksi. Motivaatiota kartoitettiin mm. motivaatiojanaan avulla, tai kysymällä potilaalta suoraan ”ajatteletko lopettamista vai haluatko oikeasti lopettaa?” Haastateltavien kokemusten mukaan myös erilaisten pienten palkintojen miettiminen ja asettaminen saattoi edesauttaa potilaan motivaation ylläpitämistä nikotiinittomuusprosessin aikana.

Mä oon mennyt aina ihan suoraan kysymään, et mikä se motivaattori on? Silloin kun hinnat nousi niin motivaattorina oli raha. Leikkaus on hyvä. Isovanhemmuus on hirvittävän hyvä, kun lapsenlapset sanoo, että haisee. Mutta terveys, se on meidän näkökannalta paras mahdollinen motivaattori, mutta valitettavasti se on asiakkaalle huonoin. Jos asiakkaalle menee sanomaan, että sun verenpaine

laskee, kun se ei välttämättä tunnu et se on koholla, niin se ei oo riittävän tehokas motivaattori.

Kolmekymppisissä miehissä on nyt yllättävän paljon ollut niitä, joilla on lapsihaaveet ja lapsettomuushoitoihin meno. Niille on sanottu polilla tai sairaalassa, et pitää olla nikotiiniton.

Kaikki haastateltavat olivat tutustuneet tai saaneet koulutusta motivoivaan haastatteluun, nimesivät vakituiseen käytössä olevaksi työskentelymalliksi. Haastateltavilla oli positiivisia kokemuksia työskentelymallin käytöstä ohjauksessa.

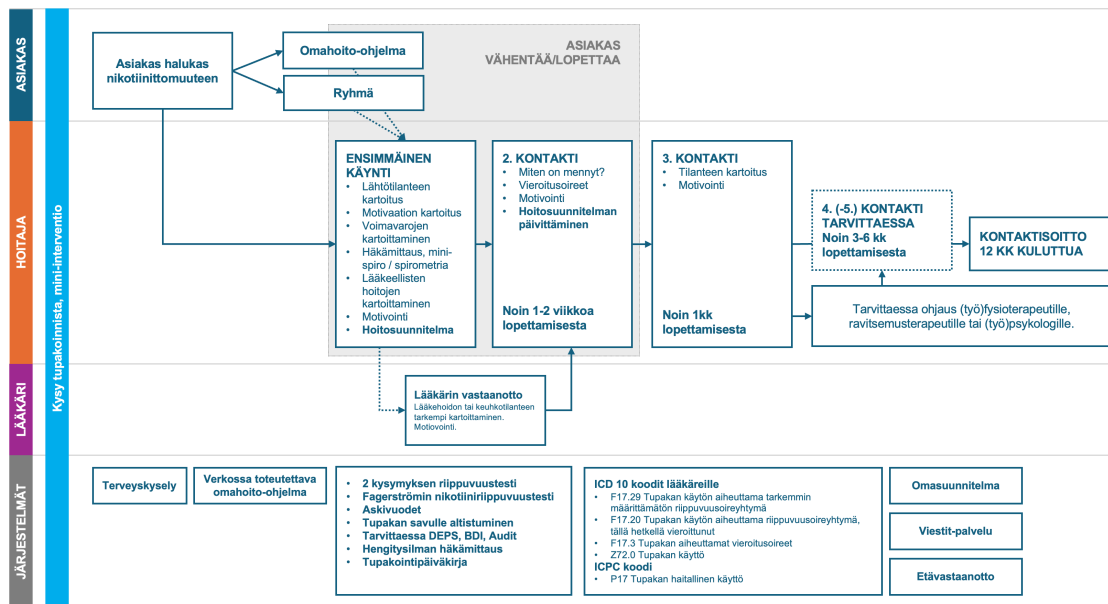
9 Yhteiskehittämisen työpaja

Haastatteluihin osallistuneet nikotiinittomuushoidon osaajat muodostivat haastatteluiden jälkeen niin kutsutun kehittämistyön ydinryhmän, joka jatkoi työskentelyä kehittämistyölle muodostetussa teams-ryhmässä, sekä kehittämistyöpajassa. Opinnäytetyön tekijä toimi ryhmän koollekutsujana sekä vastasi koordinoinnista sekä kehitysehdotusten kirjaajana. Ennen yhteiskehittämisen työpajaa opinnäytetyön tekijä laati alustava hahmotelmarunko nikotiinittomuushoitopolusta teoreettisen viitekehyksen sekä haastattelujen pohjalta. Kehittämistyöpajan tarkoituksena on muokata hoitopolkua käytännön työhön sopivaksi. Työpaja järjestettiin 5.2.2024 etäyhteydellä ja siihen osallistui opinnäytetyön tekijän lisäksi viisi aiemmin haastateltua nikotiinittomuushoidon osaajaa, jotka edustivat kolmea eri ammattiryhmää. Kehittämistyöpaja pohjautui pääasiallisesti keskusteluun ja yhteiseen dialogiin ja kehittämistyöpaja kesto oli 1h 32min.

Kehittämistyöpajan agendana olivat teemahaastattelujen tulosten läpikäynti ja haastateluista nousseiden kehittämistoimien tarkastelu. Lisäksi käytiin läpi Suomen terveyttä edistävät sairaalat ja organisaatiot ry:n (STESO) vuonna 2017 laatimat Tupakasta vieroituksen laatu-kriteerit terveydenhuollosta, jossa annetaan konkreettiset Käypä hoito -suositukseen perustuvat kriteerit nikotiinittomuushoidon toteuttamiseen sekä arviointiin. Koska hoitopolun tulee noudattaa käypä hoito -suosituksen ohjeita ja laatukriteerejä, määrittivät nämä selkeät raamit hoitopolun sisällölle. Kehittämistyöpajassa käytiin kohta kohdalta läpi alustava esitys hoitopolun kulusta ja täydennettiin sitä tarpeellisilta osin. Keskustelua syntyi etenkin nikotiinittomuushoitopolulle ohjaamisen käytännöissä eri ammattiryhmien kesken. Organisaatiolla on käytössä myös useita digitaalisia työkaluja, joiden avulla voidaan asiakkaita terveysperusteisesti ohjata nikotiinivieroitukseen, kuten sähköinen terveystarkastus ja verikokeisiin perustuva hyvinvointianalyysi, jossa seulotaan kroonisten sairauksien riskiä, muun muassa keuhkosyöpäriskiä. Näiden digitaalisten työkalujen tuomat mahdollisuudet nostettiin keskustelussa esiin.

Kehittämistyöpajassa muotoiltiin ehdotus nikotiinittomuushoitopolusta organisaatiolle. Ensimmäisessä versiossa nikotiinittomuushoitopolusta oli hahmoteltuna käyntien määrä, taajuus

sekä potilaan ohjautuminen polulle. Kehittämistyöpajan jälkeen tarkennettiin eri käyntien sisältöjä keskustelujen pohjalta. Viimeiseen versioon on täydennetty hoitopolun eri toimijat ja käytettävät järjestelmät sekä mittarit. Hoitopolun viimeistä versiota pyrittiin rakentamaan visuaalisesti selkeäksi, sekä huomioimaan polun kronologinen eteneminen. Viimeisen version hoitopolusta on koostanut opinnäytetyön tekijä, ja tämän jälkeen kehittämistyön ydinryhmä on saanut sen nähtäväksi ja kommentoitavaksi. Viimeiseen versioon (Kuvio: 11) ei tullut muutosehdotuksia.



Kuvio 11: Ehdotus nikotiinittomuushoitopolusta

Yhteiskehittämisen työpajassa käytiin keskustelua myös organisaatiossa työskentelevien terveydenhuollon ammattilaisten koulutustarpeesta. Yhteinen näkemys oli, että koulutusta tarvittaisiin lisää. Työpajassa tarkasteltiin myös muun muassa Filha ry:n internetsivustolta löytyvää ohjausmateriaalia terveydenhuollon ammattilaisille, mutta lopullista päätöstä materiaaleista ei muodostettu, koska siihen vaikuttaa kohdeorganisaation päätökset jatkokehittämisestä.

10 Johtopäätökset ja pohdinta

Kehittämistyön lähtökohtana oli selvittää kohdeorganisaatiossa olevaa nikotiinivieroitustyön nykytilannetta, sekä tarpeita tulevalle hoitopolkumallille. Näiden tulosten perusteella kehittämistyöpajassa luotiin ehdotelma nikotiinittomuushoitopolusta, joka voitaisiin ottaa kohdeorganisaatiossa käyttöön. Haastatteluiden perusteella tarve hoitopolkumallille oli todellinen.

Nikotiinittomuuden hoito sopii kohdeorganisaation vastuullisuusteemoihin ja strategiaan, joita ovat muun muassa tiedolla johdettu terveydenhuolto, vaikuttavin ennaltaehkäisy ja hoito, sekä kestävä kulutus ja ilmastotyö. Nikotiinittomuuden tehokas hoito tuo lisäarvoa muun muassa myös kohdeorganisaation asiakasyrityksille sekä kansanterveysnäkökulmasta. THL on vuonna 2020 arvioinut tupakoinnin tuottavan Suomessa välittömiä ja välillisiä kuluja yhteensä 1,3 miljardin euron verran sairauslomien, sairauksien hoidon, eläköitymisten ja kuolemien muodossa. Lisäksi nikotiinittomuuden hoito yhdistyy lähes kaikkiin kohdeorganisaation keskeisiin toimialoihin muun muassa työterveyshuoltoon, suunterveydenhoitoon ja leikkaustoimintaan.

Kaikkien terveydenhuollon ammattilaisten työhön kuuluu tupakoinnin sekä nikotiinituotteiden käytön puheeksi ottaminen, motivointi lopettamiseen sekä ymmärrys nikotiinikorvaushoidon periaatteista ja vieroituslääkkeiden mahdollisista haitoista. Erityisesti lääkäreiden tulee hallita lääkehoidon osaaminen. (Eskelinen ym 2020.)

Moniammatillisella tiimityöllä tarkoitetaan sosiaali- ja terveydenhoitoalan ammattilaisten toteuttamaa yhteistyötä, joilla on yhteiset arvopäämäärät, tavoitteet, yhteinen toimintamalli. Tiimityön vahvuuksia on osaamisen parempi hyödyntäminen, joustavuus, henkilöstön oppimismahdollisuudet, kustannussäästöt ja työviihtyvyyden paraneminen. Moniammatillisen tiimityön onnistumisen edellytyksenä on ammatilliset rajat ylittävä dialogi, jossa ylitetään asiantuntemuksen sisällölliset reviirirajat. Sote-alalla moniammatillisen tiimityön kokemukset ovat olleet positiivisia ja se on näkynyt muun muassa potilaiden yksilöllisempänä ja asiantuntevampana palveluna, potilasturvallisuuden parantumisena, onnistuneempana työnjakona ja henkilöstön työmotivaation ja oppimismahdollisuuksien lisääntymisenä. Moniammatillinen tiimityö lisää myös potilastyytyväisyyttä. (Silvennoinen-Nuora 2010, 67-68.) Vaikka moniammatillisuus oli yksi esiin nousseista teemoista, niin haastatteluryhmään ei kuitenkaan onnistuttu tavoittamaan esimerkiksi suunterveyden ammattilaisia, psykologeja, ravitsemusterapeutteja tai fysioterapeutteja. Näiden ammattiryhmien edustus hoitopolun kehittämässä olisi ollut tärkeää, jotta moniammatillisuus olisi aidosti näkynyt kehittämistyössä. Hoitopolun jatkokehittämisessä olisi tärkeää saada moniammatillisuutta paremmin hyödynnettyä.

Jo haastateltavia etsittäessä tuli esiin nikotiinittomuushoidon asiantuntijoiden vähäys organisaatiossa. Vaikka organisaatiossa työskentelee tuhansia terveyden- ja hyvinvoinnin ammattilaisia, niin fokushaastatteluryhmää oli vaikea saada kasaan. Tästä nousikin kaksi tärkeää kehittämiskohdetta haastatteluissa eli ammattilaisten koulutuksen lisääminen, sekä yhteisten materiaalien kehittäminen muun muassa siten, että nikotiinittomuushoidon asiantuntijoiden yhteystiedot olisivat helposti löydettävissä esimerkiksi potilasvastaanoton yhteydessä.

Ensimmäinen mini-interventio hoitopolulla on hyvin tärkeä kohta ja sen voi tehdä kuka tahansa potilaan hoitoon osallistuva ammattihenkilö. On tärkeää kysyä tupakoinnista sekä myös

muiden nikotiinituotteiden käytöstä. Koljosen ym. (2020) mukaan monet sähkö tupakoitsijat eivät miellä itseään tupakoitsijoiksi, eikä sähkö tupakoinnista kysytä systemaattisesti esimerkiksi ennen elektiivisiä leikkauksia samalla tavalla, kuin perinteisten tupakkatuotteiden käytöstä. (Koljonen, Leikola & Tukiainen 2020.) Kehittämistyön jatkuessa, olisi hyvä kiinnittää huomiota siihen, että ammattilaiset, terveystarkastukset, kirjauskäytännöt, sekä tilastointi huomioi myös muiden nikotiinituotteiden käytön tupakoinnin ohella.

Haastateltujen asiantuntijoiden käytännön kokemus nikotiinittomuushoidon vastaanottokäytien määrästä vaihteli noin kolmesta viiteen käyntiin ja hoidon alkuvaiheessa vastaanoton sopivaksi pituudeksi katsottiin noin tunti. Päivitetty käypä hoito -suositukseen mukaan nikotiinittomuushoidon tulisi sisältää vähintään neljä kontakta (ensikäynti, 1-2 vkoa, 1kk ja 3kk lopettamisesta). Kohdeorganisaatio on yksityinen terveys- ja hyvinvointipalvelujen tuottaja, jonka palvelut maksaa asiakas itse tai työterveyshuollon puolella asiakasyritykset, joten hoitopolun suunnittelussa tuli huomioida myös kustannustehokkuus. Kaikki haastateltavat noudattivat pääsääntöisesti motivoivan haastattelun tekniikoita vastaanottotyötä tehdessään ja olivat yhtä mieltä siitä, että vieroitushoidossa tulee olla voimavara- ja ratkaisukeskeinen näkökulma ja siinä tulee edetä asiakkaan tahtisesta. Tämän vuoksi eksaktia määrää, tiheyttä tai kestoja vastaanotoille oli vaikea määrittellä ja haastateltavat korostivat tässä asiassa potilaan yksilöllisiä tarpeita. Toimivana ratkaisuna kuitenkin koettiin, että hoidon alussa käyntejä oli tiheämmin ja ne olivat ajallisesti pidempiä. Hoidon loppuvaiheessa kontakteja voitiin harventaa ja lyhentää.

Kohdeorganisaatiossa on kehitetty digitaalisia palveluita laajasti. Kehittämistyöpajassa mietittiin myös digitaalisten palveluiden hyödyntämistä osana hoitopolkua. Tupakoitsijoita pystytään seulomaan sähköisellä terveystarkastuksella ja ohjata sitä kautta hoitopolulle. Suomessa on käytössä muutamia valtakunnallisia digitaalisia nikotiinittomuuden omahoito-ohjelmia kuten Oma Olo tai Terveystarkastuksen tupakoinnin itsehoito-ohjelmat. Alustavaan suunnitelmaan nikotiinittomuushoitopolusta liitettiin myös mahdollisuus hyödyntää näitä digitaalisia omahoito-ohjelmia, tai mahdollisesti myöhemmin organisaation on mahdollista kehittää oma itsehoito-ohjelma. Organisaatiolla on myös käytössään laaja valikoima muita digitaalisia palveluita kuten etävastaanotot, jotka mahdollistavat hoitoon pääsyn ympäri suomea. Hoitosuunnitelma voidaan kirjata potilaan digitaaliseen oma suunnitelmaan, jonka kautta voidaan seurata hoidon toteutumista. Haastatteluissa kuitenkin ilmeni tarpeita digitaalisen omasuunnitelman kehittämiseksi, sillä nykyisellään sitä ei koettu kovin toimivaksi.

Sosiaali- ja terveysministeriön kansanterveyden neuvottelukunnan alaisen mielenterveys-, päihde-, ja riippuvuusasioiden jaoston tekemän selvityksen mukaan tupakka- ja nikotiinituotteiden käytöstä tai niistä vieroituksesta ei mainita sote-alan toiseen asteen, tai ammattikorkeakoulututkintojen tutkinnon osissa. Joissakin yksittäisissä yliopistoissa terveystieteiden kandidaatin ja maisterin, tai lääketieteen lisensiaatin tutkintoon saattoi kuulua yksittäinen

opintojakso tupakka- ja nikotiiniteemasta, tai ne olivat mainittuna osana laajempaa opintojaksoa. (Ylitörmänen ym 2024, 27.) Koulutuksen tarve ja yhtenäiset materiaalit nousivat suurimmaksi kehittämiskohteeksi kohdeorganisaatiossa. Suurimmalla osalla kohdeorganisaation ammattilaisista on ammatillisen peruskoulutuksen tuomat niukat tiedot savuttomuuden ja nikotiinittomuuden hoidosta ja nikotiinivieroituksen asiantuntijoita on vain muutamia. Nikotiinivieroituksen koulutusta suomessa antavat mm. Filha ry, joka on keuhkosairauksien asiantuntijajärjestö, sekä 28-päivää ilman -palvelu, joka kuuluu Savuton kunta -projektiin. Pääasiallisesti haastatteluun osallistuneet nikotiinivieroituksen asiantuntijat olivat saaneet lisäkoulutusta jommankumman tahon kautta. Kaikilla oli kuitenkin kokemus siitä, että hoidon laadun ylläpitämiseksi ja kattavan nikotiinivieroituksen asiantuntijaverkoston aikaansaamiseksi koulutusta tarvittaisiin lisää. Kohdeorganisaatiolla ei myöskään ole käytössä yhtenäistä materiaalia nikotiinivieroitukseen, vaan jokainen haastateltu ammattilainen on joutunut etsimään tai kehittämään itse materiaalia, jota työssään käyttää. Tällä asialla on suuri vaikutus hoidon ja palvelun laatuun, sekä myös ammattilaisten ajankäyttöön. Kun yhtenäiset materiaalit olisivat helposti saatavilla, niin se vähentäisi ammattilaisten tiedon etsintään käyttämää aikaa ja parantaisi hoidon tasalaatuisuutta. Muun muassa Filha ry:n internetsivuilta on ladattavissa laadukasta tukimateriaalia terveydenhuollon ammattilaisten käyttöön.

Asiakastyytyväisyys- ja laatu ovat prosessin sujuvuuden ja henkilöstön aikaansaannoskyvyn ohella tärkeä edellytys vaikuttavuudelle. Asiakkaat haluavat tulla kuulluksi ja koska palveluiden laadulla tarkoitetaan palveluiden sopivuutta asiakkaalle, on tärkeää käyttää palvelun arvioinnissa asiakasta itseään. Potilaiden ja asiakkaiden kokemukset ja näkemykset ovat tärkeä elementti terveydenhuollon organisaation toiminnan arvioinnissa ja kehittämisessä. (Silvennoinen-Nuora 2010, 74-75.) Nikotiinittomuushoitopolun käyttöönoton jälkeen olisi hyvä kerätä asiakkailta palautetta ja kehittää hoitopolkua edelleen palautteen perusteella.

Toukokuussa 2024 julkaistun Sosiaali- ja terveysministeriön Tupakasta ja nikotiinista vieroitus-suositukset hyvinvointialueille julkaisussa nimetään tupakka- ja nikotiinivieroituksen osa-alueiksi rakenteet, tietojohtamisen, osaamisen vahvistamisen, viestinnän, hyvät käytännöt sekä erityisen tuen tarpeessa olevat. Käytännössä tässä kehittämistyössä nousi esiin samat teemat. Toimiva nikotiinivieroitusprosessi sisältää asiakkaan tupakka ja nikotiiniriippuvuuden tunnistamisen, sekä kannustamisen nikotiinittomuuteen. Lisäksi vieroituksen toteuttaminen edellyttää selkeitä rakenteita prosessiin, sekä ammattilaisten ajantasaisen tiedon saantia ja erityisosaamisen varmistamista, sekä erityisryhmien huomioimista. Myös viestinnän rooli on oleellinen. (Ylitörmänen ym 2024, 22.)

Valmis työ esitellään kohdeorganisaation substanssijohtoryhmälle, joka päättää jatkotoimenpiteiden toteuttamisesta. Tämän nikotiinittomuushoitopolun jatkotoimenpiteinä ehdotan seuraavia asioita: koulutuksen järjestämistä ammattilaisille, yhteneväisten materiaalien kokoamista kohdeorganisaation ammattilaisten käyttöön sekä digitaalisten palveluiden kehittämistä

osana nikotiinittomuushoitopolkua. Jotta muutos onnistuu, tulee organisaation sitoutua savuttomuusstrategiaan, tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden hoitoon sekä ehkäisyyn. Savuttomuuden edistämisen tulee olla suunnitelmallista sekä viestinnän selkeää ja johdonmukaista. Terveystienhuollolle asetetut tupakasta vieroituksen laatuksiteerit tulee ottaa käyttöön.

11 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyöprosessissa toteutetaan Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) laatimaa hyvän tieteellisen käytännön (HTK) ohjetta 2023 eli rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten esittämisessä. Muiden tutkijoiden töihin viitataan asianmukaisella tavalla (TENK 2023.) Kehittämistyön suunnittelussa on kiinnitetty huomiota tiedon luotettavuuteen, jotta lopputuloksesta saadaan laadukas. Opinnäytetyössä yhdistetään tutkittua tietoa lähdekriittisesti, sekä moniammatillista käytännön kokemusta.

Ennen kehittämistyön aloittamista on tutkija hankkinut kohdeorganisaatiolta tutkimusluvan kehittämistyön toteuttamiseen ja sen toteuttamisesta on sovittu kirjallisesti tutkimuslupa dokumenttien allekirjoituksilla. Tutkimukseen liittyvä tietoaineisto tallennettiin tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaisesti. Opinnäytetyössä ei käsitellä potilastietoja eikä toteuteta haastatteluja potilaille. Tämän kehittämistyön osalta eettistä ennakkoarviointia ei vaadita.

Kehittämistyön aihe nousi kohdeorganisaatiosta, jossa opinnäytetyön tekijä myös itse työskentelee. Kehittämistyöprosessi alkoi tutustumisella tutkittavaan aiheeseen kirjallisuuden kautta. Tutkija tutustui myös aikaisempiin tutkimuksiin aiheesta, sekä erilaisiin tutkimusmenetelmiin. Tähän tutkimukseen valittiin laadullinen lähestymistapa. Laadullinen tutkimuksen tulkinta ei koskaan perustu ainoastaan pelkkään tutkimusaineistoon vaan tulkintaan, joka muodostuu aineistosta, aikaisemmista tutkimuksista, teoriasta sekä julkisesta keskustelusta. (Vilka 2021, 151.)

Tutkimukseen osallistuvalla tulee olla tieto siitä, mihin tarkoitukseen hänen antamiaan tietoja käytetään ja miten tutkimustuloksia hyödynnetään palvelun kehittämisessä. Tutkimuksen läpinäkyvyyden vuoksi, on myös oleellista, että tutkimuksen osapuolet ja rahoittajat ovat mainittuna. (Vilka 2021, 150-151.) Pyyntö tähän tutkimukseen tuli kohdeorganisaatiolta, jossa kaikki haastateltavat työskentelivät. Kehittämistyö ei saanut erillistä rahoitusta, mutta haastateltavat saivat käyttää työaikaansa haastatteluun sekä kehittämistyöpajaan osallistumiseen. Haastateltavien osallistuminen tutkimukseen on ollut vapaaehtoista, ja he ovat saaneet ennen haastattelua saatekirjeellä tietoa opinnäytetyön tarkoituksesta ja toteutustavasta, sekä tietosuojasta. Saatekirjeen perusteella saamiensa tietojen perusteella haastateltavat

ovat saaneet valita osallistuvatko tutkimukseen. Haastattelut on litteroitu ja nauhoitettu, mutta opinnäytetyön valmistuttua kyseessä olevat dokumentit hävitetään asianmukaisesti keuhkoon 2024 mennessä. Haastatteluun osallistuvien tai kohdeorganisaation nimeä ei julkaista opinnäytetyössä.

Eskolan ja Suorannan (1998) mukaan laadullisen tutkimuksen luotettavuus tarkoittaa sitä, että tutkijan tulkinta ja käsitteellistäminen vastaa tutkittavan käsitystä asiasta. Luotettavuuden kriteerit perustuvat tutkijan rehellisyyteen koska arvioinnin kohteena ovat hänen tekemänsä ratkaisut ja teot. Tutkijan tulee arvioida luotettavuutta jokaisessa tutkimuksen vaiheessa ja valinnassa. Tutkijan tulee pystyä perustelemaan ratkaisunsa ja arvioimaan ratkaisujensa tavoitteenmukaisuutta ja toimivuutta tavoitteiden kannalta. (Vilkka 2021, 156-157.)

Vilkan (2021, 157) mukaan tutkimuksen teoreettinen toistettavuus tarkoittaa sitä, että tutkimusprosessissa käytetyt periaatteet ja prosessin kulku on kuvattu siten, että lukija päätyy samaan lopputulokseen kuin tutkija. Esimerkiksi aineistokatkelmien ei ole tarkoitus illustroida tekstiä, vai havainnollistaa tutkijan päättelyä ja tulkintaa. (Vilkka 2021,157.)

Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa tulisi ottaa huomioon puolueettomuusnäkökulma (Tuomi & Sarajärvi 2002, 133). Tässä tutkimuksessa sekä tutkija, että haastateltavat työskentelivät kohdeorganisaatiossa, mutta tutkija ja haastateltavat eivät kuuluneet samaan työyhteisöön. Haastateltavista suurin osa työskenteli organisaation eri toimipisteissä ympäri Etelä-Suomea. Tutkijan työskentely kohdeorganisaatiossa saattaa vaikuttaa ennako-odotuksiin kehittämisen prosessin kulun suhteen. Tämän tutkimuksen suhteen tutkija on pyrkinyt puolueettomuuteen ja varmistanut haastattelujen perusteella tehtyjen tulkintojen oikeellisuutta vielä kehittämistyöpajassa ja jatkotyöskentelyssä.

Lähteet

Painetut

Aro, M., Sandström, P., 2022. Lopettamisen terveysvaikutukset. Teoksessa Heloma, A., Korhonen, T., Patja, K., Salminen, O., Winell, K. (toim.) 2022. Tupakka- ja nikotiiniriippuvuus. Helsinki: Duodecim.

Braun, V. & Clarke, V. 2006. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* 3(2), 77-101.

Ekroos, H., Kurko, T. 2022. Tupakoinnin lopettamisessa käytettävien lääkkeiden käytön periaatteet, hoidon kesto ja käyttöaiheet, lääkkeiden haitat ja tehovertailu. Teoksessa Heloma, A., Korhonen, T., Patja, K., Salminen, O., Winell, K. (toim.) 2022. Tupakka- ja nikotiiniriippuvuus. Helsinki: Duodecim.

Furman, B. & Ahola, T. 1993. Muuttuset-terapiasta ratkaisuihin. Helsinki: Lyhytterapiainstituutti.

Furman, B. & Ahola, T. 2007. Onnistuminen on joukkuelaji. Reteaming-valmentajan käsikirja. Helsinki: Lyhytterapiainstituutti.

Heloma, A. 2022. Tupakkatuotteet ja niiden käyttö. Teoksessa Heloma, A., Korhonen, T., Patja, K., Salminen, O., Winell, K. (toim.) 2022. Tupakka- ja nikotiiniriippuvuus. Helsinki: Duodecim.

Heloma, A., Ruokolainen, O., Patja, K., Salminen, O. 2022. Sähkösavukkeet, nikotiini ja riippuvuus; Tupakkatuotteet ja niiden käyttö. Teoksessa Heloma, A., Korhonen, T., Patja, K., Salminen, O., Winell, K. (toim.) 2022. Tupakka- ja nikotiiniriippuvuus. Helsinki: Duodecim.

Heloma, A., Korhonen, T., Winell, K. 2022. Tupakan aiheuttamat haitat ja kustannukset Suomessa. Teoksessa Heloma, A., Korhonen, T., Patja, K., Salminen, O., Winell, K. (toim.) 2022. Tupakka- ja nikotiiniriippuvuus. Helsinki: Duodecim.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Kilpeläinen, M., Sandström, P., Vasankari, T. 2022. Yksilö- ja ryhmäohjaus; Ryhmäohjaus tupakasta vieroituksessa. Teoksessa Heloma, A., Korhonen, T., Patja, K., Salminen, O., Winell, K. (toim.) 2022. Tupakka- ja nikotiiniriippuvuus. Helsinki: Duodecim.

Koli, H. 2008. Verkko-ohjauksen käsikirja. Helsinki: Finn Lectura.

Malin, M., Reijula, K. 2022. Tupakkariippuvuuden hoito työterveyshuollossa. Teoksessa Heloma, A., Korhonen, T., Patja, K., Salminen, O., Winell, K. (toim.) 2022. Tupakka- ja nikotiiniriippuvuus. Helsinki: Duodecim.

Mannström-Mäkelä, L., Saukkola, K. 2008. Voimaannuttavan ohjaamisen käsikirja. Helsinki: Palmenia.

Maslow, A. 1970. *Motivation and personality*. 2. painos. New York: Harper & Row.

Nordback I, Salo M, Holmberg-Marttila D. 2010. Kehittämistyössä tarvitaan täsmällisiä termejä. *Suomen lääkirilehti* 2010; 65: 1549-51.

Ojanen, M. 2007. *Positiivinen Psykologia*. 2. uudistettu painos. Helsinki: Edita.

- Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2014. Kehittämistyön menetelmät: uudenlaista osaamista liiketoimintaan. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro.
- Palonen, M., Kylmä, J. 2022. Avoin haastattelu ja teemahaastattelu aineistonkeruumenetelminä laadullisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Hoitotiede.
- Patja, K., Korhonen, T., Winell, K. 2022. Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden hoitomuotojen valinta. Teoksessa Heloma, A., Korhonen, T., Patja, K., Salminen, O., Winell, K. (toim.) 2022. Tupakka- ja nikotiiniriippuvuus. Helsinki: Duodecim.
- Pietilä, K., Kilpeläinen, M. 2022. Nikotiinikorvaushoidossa käytettävien valmisteiden vaikutukset. Teoksessa Heloma, A., Korhonen, T., Patja, K., Salminen, O., Winell, K. (toim.) 2022. Tupakka- ja nikotiiniriippuvuus. Helsinki: Duodecim.
- Reiss, S., 2013. Reiss Motivation Profile: Mikä sinua motivoi? Suomen Motivaatiotalo.
- Ryan, R.M & Deci, E.L. 2001. On happiness and human potentials, A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. Annual Review of Psychology.
- Salonen, K., Eloranta, S., Hautala, T. & Kinos, S. 2017. Kehittämistoiminta ja kehittämisen menetelmiä ammatillisessa korkeakoulutuksessa. Tampere: Suomen Yliopistopaino.
- Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittäminen. Tampere: Tampereen Yliopistopaino.
- Tuomi, J., Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.
- Vuokila-Oikkonen, P. 2014. Ratkaisukeskeisyys, narratiivisuus ja dialogisuus työnohjauksessa kohtaavat toivon näyttämöllä. Teoksessa T. Heroja, A. Koski, P. Seppälä, P. Sääntti & A. Wallin (toim.), Parempaa työelämää tekemässä - tutkiva ote työnohjaukseen. Tallinna: United Press Global.
- Winell, K., Heloma, A., Korhonen, T., 2022. Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden hoidon merkitys ja mahdollisuudet. Teoksessa Heloma, A., Korhonen, T., Patja, K., Salminen, O., Winell, K. (toim.) 2022. Tupakka- ja nikotiiniriippuvuus. Helsinki: Duodecim.
- Winell, K., Ollila, H., Korhonen, T. 2022. Riippuvuuteen vaikuttavia tekijöitä. Teoksessa Heloma, A., Korhonen, T., Patja, K., Salminen, O., Winell, K. (toim.) 2022. Tupakka- ja nikotiiniriippuvuus. Helsinki: Duodecim.
- Winell, K., Patja, K., Korhonen, T., Ollila, H. 2022. Tunnistamismenetelmät. Teoksessa Heloma, A., Korhonen, T., Patja, K., Salminen, O., Winell, K. (toim.) 2022. Tupakka- ja nikotiiniriippuvuus. Helsinki: Duodecim.

Sähköiset

- Absetz, P., Hankonen, N. 2011. Elämäntapamuutoksen tukeminen terveydenhuollossa: vaikutavuus ja keinot. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 2011; 127(21): 2265-72. Viitattu 24.4.2024. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2011/21/duo99873>
- Aro, M. 2023. Tupakka ja sairaudet. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 24.4.2023. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01066>

- Eskelinen, S., Niemi, M., Niemelä, S. & Vasankari, T. 2020. Mielenterveys- ja päihdepotilaiden tupakoinnin lopettamisen tukeminen. Duodecim. Vuosikerta. 136, Nro 1, 69-77. Viitattu 10.5.2024. <https://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo15284.pdf>
- Eskola, J., Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. E-kirja. Tampere: Vastapaino.
- Hagelin, M. 2014. Tupakasta vieroituksen toimintamallien ja ohjauksen toteutuminen työterveyshuollossa, haastattelu työterveyshoitajille. Pro gradu. Itä-Suomen Yliopisto. Viitattu 22.4.2024. https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/13300/urn_nbn_fi_uef-20140447.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Harju, M., Lahtiluoma, E., Salakari, M. 2022. Voimavaralähtöisyys ja tarinallisuus terveyden edistämässä - menetelmäkirja kouluttajille. E-kirja. Turun Ammattikorkeakoulu.
- Hartmann-Boyce, J., Hong, B., Livingstone-Banks, J. Additional behavioural support as an adjunct to pharmacotherapy for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2019;6(6):CD009670
- Hirsijärvi, S., Hurme, H. 2020. Tutkimushaastattelu. E-kirja. Helsinki: Gaudeamus.
- Järvinen, M. 2020. Motivoiva haastattelu. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 24.4.2024. <https://www.kaypahoito.fi/nix02109>
- Kainuun Sote 2019. Savuttomana leikkaukseen -hankkeen loppuraportti. Kajaani. Viitattu 22.4.2024 <https://hyvinvointialue.kainuu.fi/sites/sote.kainuu.fi/files/documents/library/2020-05/Loppuraportti%20Savuttomana%20leikkaukseen%20fin.pdf>
- Keskitalo, E., Vuokila-Oikkonen, P. 2018. Voimavaralähtöisyys sosiaalisen kuontoutuksen viitekehityksenä. Teoksessa Kostilainen, H., Nieminen, A. (toim.) 2018. Sosiaalisen kuntoutuksen näkökulmia ja mahdollisuuksia. Diak ammattikorkeakoulun julkaisuja. Tampere: Juvenes Print. Viitattu. 22.4.2024. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/141721/Diak_Ty-oelama_13_verkko.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Koljonen, V. Leikola, J., & Tukiainen, E. 2020. Sähkösavukkeet ja haavan paraneminen, Suomen lääkärilehti. Vuosikerta. 75, Nro 41, 2133-2136. Viitattu 10.5.2024. <https://www.laakari-lehti.fi/pdf/2020/SLL412020-2133.pdf>
- Kotovirta, E., Markkula, J., Pajula, M., Paavola, M., Honkanen, R. & Tuominen, I. 2021. Päihde- ja riippuvuusstrategia, yhteiset suuntaviivat vuoteen 2030. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2021:17. Helsinki. Viitattu 3.6.2024. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/163002/STM_2021_17.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Käypä hoito -suositus 2024. Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 19.5.2024. <https://www.kaypa-hoito.fi/hoi40020#s2>
- Lancaster, T., Stead, LF. 2017. Individual behavioural counselling for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2017;3:CD001292
- Mannerkoski, A. 2021. Leikkauspotilaiden tupakoimattomuutta edistävien käytäntöjen kartoitus Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin operatiivisilla aloilla. Yamk opinnäytetyö. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Viitattu 22.4.2024. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/464165/Mannerkoski_Anna.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Mönkkönen, K. 2018. Vuorovaikutus asiakastyössä, asiakkaan kohtaaminen sosiaali- ja terveysalalla. E-kirja. Helsinki: Gaudeamus.

Niemi-Pynttari, M. 2013. Voimavara- ja ratkaisukeskeinen näkökulma ohjaustyössä. Jyväskylän Ammattikorkeakoulu. Viitattu 21.1.2023. <https://verkkolehdet.jamk.fi/elo/2013/06/07/voimavara-ja-ratkaisukeskeinen-nakokulma-ohjaustyossa/>

Nordling, E. Rissanen, P. 2020. THL työpäpaperi 40/2020. Mielenterveystyö uudistuu, toipumisorientaation teoreettiset lähtökohdat. Viitattu: 12.6.2023. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/140792/URN_ISBN_978-952-343-591-9.pdf?sequence=1&isAllowed=

Nuutinen, M. 2017. Sote-uudistus haastaa hoitoketjut Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim. 2017;133(13):1283-90. Viitattu 20.4.2024. <https://www.duodecimlehti.fi/duo13795>

Patja, K., Absetz, P., Rautava, P. 2022. Terveyden edistäminen. E-kirja. Duodecim. <https://www.oppiportti.fi/op/ted00001/do>

Rausio, R., Tela, K. 2022. Savuttomuus- ja nikotiinittomuus potilasohje sydänpotilaalle. Amk opinnäytetyö. Turku Ammattikorkeakoulu. Viitattu 20.4.2024. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/788703/Rausio_Tela.pdf?sequence=2

Saaranen-Kauppinen, A., Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovarantoo. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 2.6.2024. <https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/>

Savuton Suomi 2030 2024. Viitattu 26.2.2024. <https://savutonsuomi.fi/tietoa-verkostosta/tietoa-verkostosta-tata-teemme/>

Salminen, O. & Lehto, S. 2022. Mitä nikotiinin sydän- ja verisuonivaikutuksista tiedetään? Nikotiini paitsi koukuttaa myös lisää kansantautien riskikuormaa. Duodecim. Vuosikerta. 138. Nro 21. 1887-1893. Viitattu 10.5.2024. <https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo17099.pdf>.

Silvennoinen-Nuora, L., 2010. Vaikuttavuuden arviointi hoitoketjussa, mikä mahdollista vaikuttavuuden ja vaikuttavuuden arvioinnin. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Tampere. Viitattu 20.5.2024. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/66667/978-951-44-8251-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Stead, LF., Buitrago, D., Preciado, N. 2013. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2013;2013(5):CD000165

Stead LF., Koilpillai, P., Fanshawe, TR., Lancaster, T. 2016. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2016;3(3):CD008286

STESO Tupakasta vieroituksen laatukriteerit terveydenhuollossa. 2017. Viitattu 25.2.2024. https://www.filha.fi/wp-content/uploads/2015/09/tupakasta_vieroituksen_laatukriteerit_16.5.2017.pdf

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. 2023. Tilastoraportti 38/2020. Tupakkatilasto. Viitattu 11.5.2024. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/143281/Tupakkatilasto%202020%20full.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta TENK 2023. Viitattu 20.5.2024. <https://tenk.fi/fi/tiedevilppi/hyva-tieteellinen-kaytanta-htk>

Valvira 2023. Tupakka. Viitattu 14.5.2023. <https://valvira.fi/tupakka>

Viljakainen, A., Jääskeläinen, M., Ruokolainen, O., Ollila, H., Laatikainen, T. 2020. Tupakoinnin yhteiskunnalliset kustannukset vuonna 2020 ja vertailu vuoteen 2012. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 21.5.2024. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/145474/URN_ISBN_978-952-343-975-7.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Ylitörmänen, T., Markkula, J., Ollila, H., Ruokolainen, O., Sandström, P., Honkanen, R., Paavola, M. 2024. Tupakasta ja nikotiinista vieroitus, suositukset hyvinvointialueille. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2024:16. Helsinki. Viitattu 2.6.2024. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/165638/STM_2024_16_J.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Kuviot

Kuvio 1: Päivittäin tupakoivien osuus (%) 20-64-vuotiaat (Ylitörmänen ym 2024. 16)	10
Kuvio 2: Hoitosuositukseen perustuvan hoitoketjun rakentuminen (mukaillen Nuutinen 2017)	20
Kuvio 3: Maslow´n tarvehierarkia	27
Kuvio 4: Sisäinen ja ulkoinen motivaatio (mukaillen Ojanen 2007)	29
Kuvio 5: Kehittämistyön eteneminen	34
Kuvio 6: Tutkimuksellinen kehittäminen (mukaillen Toikko & Rantanen 2009)	36
Kuvio 7: Esimerkki aineiston analysoinnista	38
Kuvio 8: Pääteemat	40
Kuvio 9: Nikotiinittomuushoitopolun alateemat	40
Kuvio 10: Koulutus ja materiaalit alateemat	43
Kuvio 11: Ehdotus nikotiinittomuushoitopolusta	46

Taulukot

Taulukko 1: Tupakkatuotteiden aiheuttamia sairauksia (mukaillen Aro 2023)	13
Taulukko 2: Voimavara- ja lähtöisen prosessin käytännön eteneminen (mukaillen Kostilainen & Nieminen 2018)	25

Liitteet

Liite 1: Tiedoksi haastatteluun osallistujalle.....	59
Liite 2: Suostumus haastatteluun ja kehittämistyöpajaan osallistumiseen.....	60
Liite 3: Teemahaastattelun runko.....	61
Liite 4: Kehittämistyöpajan materiaalit.....	63

Liite 1: Tiedoksi haastatteluun osallistujalle

TIEDOKSI haastatteluun osallistujalle

Tervetuloa osallistumaan haastatteluun. Haastattelu on osa ”Nikotiinittomuushoitopolun kehittäminen [REDACTED]” ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyötä Laurea ammattikorkeakoulussa.

Opinnäytetyö toteutetaan kehittämistyönä kohdeorganisaation tarjoamien palveluiden kehittämiseksi ja kerätyn tiedon pohjalta koostetaan voimavaralähtöinen nikotiinittomuushoitopolku kohdeorganisaatioon.

Aineisto kerätään haastattelemalla yrityksen nikotiinittomuushoitoon osallistuvia ammattilaisia eri ammattiryhmistä. Haastattelut toteutetaan loppu- ja alkuvuodesta 2023-2024 sähköisiä etätyökaluja hyödyntäen.

Kehittämistyötä varten kerätty haastattelumateriaali säilytetään ja analysoidaan tutkimuseettisiä periaatteita noudattaen. Aineistoon ei kerätä tunnistetietoja, joten ketään vastaajaa ei voi tunnistaa aineiston perusteella. Haastatteluista saatu aineisto taltioidaan ja sitä käytetään vain tämän kehittämistyön tarkoituksiin. Aineistoa käsitellään luottamuksellisesti ja tietoturvallisesti siten, ettei se pääse ulkopuolisten käsiin eikä lopullisesta opinnäytetyöstä ole mahdollista tunnistaa yksittäisiä osallistujia. Opinnäytetyön valmistuttua kaikki taltioitu materiaali hävitetään tietoturvallisesti.

Valmis opinnäytetyö julkaistaan ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden Theseus-tietokannassa osoitteessa www.theseus.fi. Mikäli sinulle herää kysymyksiä kehittämistyön toteutukseen liittyen, vastaan sinulle mielelläni ja annan lisätietoja.

Ystävällisin terveisin,

Noora Smal puh. [REDACTED]

noora.smal@student.laurea.fi

Liite 2: Suostumus haastatteluun ja kehittämistyöpajaan osallistumiseen

SUOSTUMUS haastatteluun ja kehittämistyöpajaan osallistumiseen

Olen lukenut kehittämistyöhön liittyvän tiedotteen. Olen ymmärtänyt kehittämistyön tarkoituksen ja tavoitteen sekä saanut riittävästi tietoa aineiston keräämisestä, säilytyksestä sekä koko kehittämistyön etenemisestä.

Olen tietoinen siitä, että osallistumiseni kehittämistyöhön on vapaaehtoista. Halutessani voin keskeyttää tutkimukseen osallistumisen ilman, että minun täytyy perustella keskeyttämistäni.

Mikäli minulla tulee kysyttävää, voin olla yhteydessä kehittämistyön toteuttajaan, jonka yhteystiedot olen saanut.

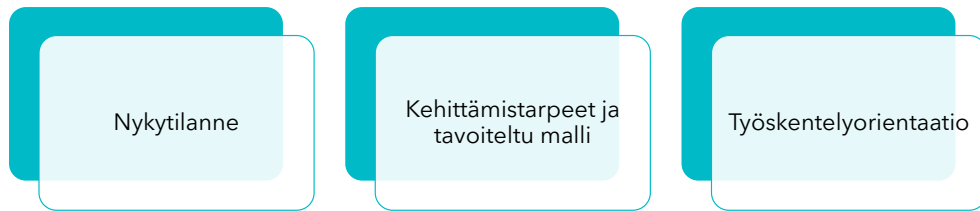
Tällä suostumuksella ilmoitan osallistumisestani kehittämistyön; ”Nikotiinittomuushoitopolun kehittäminen [REDACTED]” haastatteluun ja kehittämistyöpajaan, sekä annan luvan haastattelun nauhoitukseen Teamsin kautta.

Paikka ja päivämäärä

Suostumuksen antajan allekirjoitus

Liite 3: Teemahaastattelun runko

Teemat



Nykytilanne



Kehittämistarpeet ja tavoiteltu malli?

Mikä olisi hyvä hoitajakson kesto?

Kuinka usein kontakteja?

Digitaalisten työkalujen hyödyntäminen?

Mitä ammattiryhmiä nikotiinittomuus-hoitopolussa olisi hyvä olla mukana?

Miten ohjaus vastaanotoille toteutetaan?

Missä tieto savuttomuusosaajista?

Työskentelyorientaatio

Ohjaako omaa toimintaa esimerkiksi Motivoivan haastattelun periaatteet tai potilaan/asiakkaan voimavaroja tukeva työote?

Ja miten se näkyy käytännössä?

Pitäisikö jokin työorientaatio olla vahvemmin käytännössä?

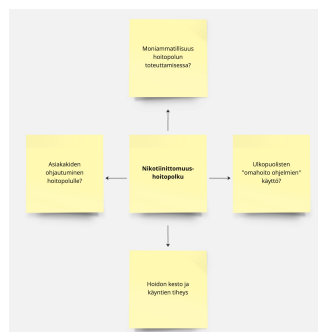
Liite 4: Kehittämistyöajan materiaalit



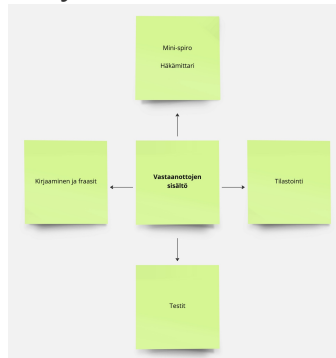
Haastattelussa nousseet teemat



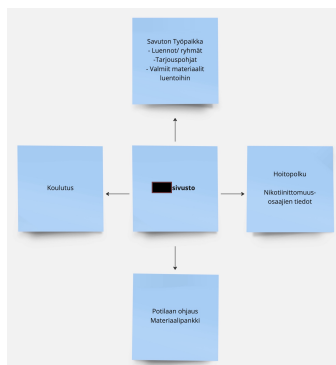
Hoitopolku



Vastaanottojen sisältö



Materiaalipankki



Tupakasta vieroituksen laatukriteerit 2017 STESO

Avopalvelut (terveysasema tai yksityinen terveyspalvelu, suun terveydenhuolto sekä työterveyshuolto)

1. Tupakoitsijoiden tunnistaminen:

Ennen ensikäyntiä potilas täyttää Omakantaan tai paperille seuraavan kyselyn:

Taulukko 1:

- Ei ole koskaan tupakoinut _____
- Tupakoinut aiemmin _____ vuotta, lopettanut _____ pvm tai vuosi, keskimääräinen savukemäärä/Ark _____
- Tupakoi _____ savuketta/päivä, muuta tupakkaa/nikotiiniluoetta esimerkiksi nuuska, sähkönuuske, nesteet värväys _____ vesipöytä, piippupakka, sikari, mitä _____ ja käyttökerrat _____ viikossa. Aloitusvuosi _____
- Alitietuu tupakansavulle toistuvasti (missä)

Kysely täytetään uudelleen, jos tupakointitavoissa on tapahtunut muutos. Tietokannassa on helposti täytettävä valikko ajankohdian tupakoinnin kirjaamiseksi Kantar-järjestelmän mukaisesti (Taulukko 2). Erikseen kirjataan käyttäjäko muuta tupakkaa/nikotiinivalmisteita. Kirjataan askivuodet FimOINIC- luokituksen mukaan kaikilta tupakoilta ja aikaisemmin tupakoinnilta.

Taulukko 2:

- Tupakoi päivittäin
- Tupakoi satunnaisesti
- Alitietuu tupakansavulle
- Ei tupakoi
- Ei tietoa

Tavoite: Täytetty kaikilla

2. Lähetä

Erikoissairaanhoidon lähettäessä valikon tiedot tulostuvat automaattisesti läheteeseen ja tehdään vain tilanteen päivitys.

Tavoite: Täytetty kaikissa elektiivisissä läheteissä (pakollinen kenttä) ja 75 % päivystysläheteistä.

3. Hoitoon ohjaaminen:

Tupakoivien kohdalla täytetään Heaviness of Smoking Index (HSI), joka sisältää Fagerströmin nikotiiniriippuvuustestin kaksi kysymystä. Ehdotetaan seurantaa ja hoitoa riippuvuusasteiden mukaisesti nikotiinikorvaushoidolla tai potilaan valinnan mukaan vieroituslääkkeellä. Riippuvuusasteet ja hoitosuunnitelma kirjataan samoin kuin kokemukset aiemmista lopettamisyrityksistä.

4. Hoitosuunnitelma

Vieroitusta haluaville tehdään kirjallinen hoitosuunnitelma, joka on hänen nähtävissään Kanta.fi-palvelun kautta. Siihen kirjataan, mitä tukkeinoja asiakkaan kanssa on sovittu käytettäväksi. Kaikissa palveluissa tulisi olla saatavissa yksilö- ja ryhmäohjausta. Ohjauksen tulee olla standardoituja ja aloittamisen yhteydessä sovitaan onnistumisen seurannasta heti hoidon jälkeen, 3 kk, 6 kk ja 12 kk intervention jälkeen, tulos kirjataan rakenteisesti. Keskenjääneeseen hoitoon on mahdollista palata sovitun ajan kuluttua. Häkämittausta suositellaan tehtäväksi, jos se on mahdollista.

Tavoite: kaikilla tupakoivilla potilailla on kirjattu halukkuus hoitoon ja potilaan hyväksymä hoitosuunnitelma

5. Keuhkotoiminnan mittaaminen

Mikrospirometrian käyttöä suositellaan kaikille tupakoiville aikuisille 15 askivuoden jälkeen. Keuhkotoiminnan mittaaminen on selvä viesti henkilölle tupakoinnin haitallisuudesta. Jos mikrospirometriassa todetaan alentunut keuhkofunktio: FEV1 alle 80 %, on syytä lähettää potilas spirometriaan. Hengitysoireiset potilaat lähetetään suoraan spirometriaan.

Vieroituksen tukipalvelut ja farmakologiset hoidot avopalveluissa:

1. Riittävä ja soveltuva valikoima vieroituksen tukipalveluja lopettamisen tueksi: yksilö- ja ryhmäohjaus, vertaistuki, sähköiset ja puhelinpalvelut.

Tavoite: Yksilöohjauksen lisäksi tarjolla on monipuolinen valikoima vieroituksen tukimuotoja

Vieroituskurssin tavoite: Vieroituskurssin suorittaneiden tyytyväisyysaste on 80 % ja 12 kk vieroituskurssin päättymisen jälkeen tupakoinnin lopettaneita 30–50 %. Onnistuminen kirjataan rakenteisesti.

2. Tupakkariippuvuuden hoitamiseksi on saatavilla tutkitusti parhaiden käytäntöjen (<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukses/suositus?id=hoi40020>) mukaista lääkkeitä ja ohjausta nikotiinikorvaushoitovalmisteiden käytöstä.

Tavoite: Vieroituksen farmakologisten hoitojen yleistäminen.

Mittari: Lääkärin määräämien vieroituslääkkeiden määrän kasvu (Kelan rekisteri). Onnistuneiden määrä rakenteisessa kirjaamisessa. Tupakoivien osuuden lasku Kanta-arkiston mukaisessa kyselyssä kts. taulukko 1

Suun terveydenhuollossa

Suunterveydenhuollon ammattilainen ottaa puheeksi lasten ja nuorten tupakkatuotteiden kokeilun ja käytön asetuksen mukaisissa suun ja hampaiden tutkimuksissa ja määräaikaistarkistuksissa 5.luokkalaisista alkaen. Näin suun terveydenhuollon ammattilaiset voivat antaa kehoituksen tupakoinnin lopettamiseen ja hammaslääkäri tehdään tupakasta vieroitusohitosuunnitelman myös sellaisille nuorille, jotka eivät muutoin käytä terveyspalveluita. Hammaslääkärin tekemässä suun ja hampaiden tutkimuksen yhteydessä tehdään vieroitusohitosuunnitelma tupakka- ja nikotiinituotteista yhteistyössä asiakkaan kanssa.

Aikuisten osalta kohdat 1-4 kuten muussakin avoterveydenhuollossa.

Tavoite: Suun terveydenhuollon tutkimuksissa ja määräaikaistarkistuksissa tupakkatuotteiden käytön kysyminen ja sen kirjaaminen kaikilta käyttäjiltä, ja kehoitus lopettaa tupakkatuotteiden käyttöä. Tupakka- ja nikotiinituotteiden vieroitusohitosuunnitelman käyttöönotto ja vieroituslääkehoidon yleistäminen.

Työterveyshuollossa

Kohdat 1-4 kuten muussakin avoterveydenhuollossa ja sen lisäksi:

- Spirometria tehdään paitsi niille, joilla on työperäisiä altisteita, myös tupakoiville 15 askivuoden jälkeen. Ennen spirometriaa tehdään häkämittäus tupakoiville. Samassa yhteydessä tarjotaan uudestaan mahdollisuutta yksilö- tai ryhmäohjaukseen, seuranta sovitaan 3 kk, 6 kk ja 12 kk intervention jälkeen.
- Työpaikkaselvityksiä tehtäessä huomioidaan tupakan ja siihen rinnastettavien tuotteiden käyttö ja tuetaan työpaikan ja työntekijöiden savuttomuutta/vapautta tupakkaa korvavista tuotteista.

Alustava suunnitelma hoitopolusta

