



Osaamista
ja oivallusta
tulevaisuuden
tekemiseen

Anna Mannerkoski

Leikkauspotilaiden tupakoimattomuutta edistävien käytäntöjen kartoitus Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiirin operatiivisilla aloilla

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoidaja (YAMK)

Terveystieteiden koulutusohjelma

Opinnäytetyö

12.01.2021

Tekijä(t) Otsikko	Anna Mannerkoski Leikkauspotilaiden tupakoimattomuutta edistävien käytäntöjen kartoitus Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiirin operatiivisilla aloilla
Sivumäärä Aika	35 sivua + 3 liitettä 12.01.2021
Tutkinto	Sairaanhoidtaja YAMK
Tutkinto-ohjelma	Sosiaali- ja terveystieteiden ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Suuntautumisvaihtoehto	Terveyden edistäminen
Ohjaaja(t)	TtT, lehtori Sari Haapio
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoidopiirin (HUS) erikoissairaanhoidon operatiivisten yksiköiden tämänhetkiset käytännöt tupakoimattomuuden edistämiseksi leikkauspotilailla. Tutkimuksen tavoitteena on saada tietoa, miten leikkausta tarvitsevien potilaiden tupakoimattomuutta edistetään Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoidopiirin operatiivisten alojen yksiköissä.</p> <p>Tupakointi lisää kuolleisuutta, sairastavuutta ja leikkauspotilaiden komplikaatoriskejä aiheuttaen merkittäviä kustannuksia terveydenhuollolle, yksilöille ja yhteiskunnalle. Aktiivisilla toimilla näihin pystytään kuitenkin vaikuttamaan. Uudellamaalla on käynnistetty vuonna 2019 Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoidopiirin Perusterveydenhuollon yksikön toimesta terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen projekti Hyvä Kierre. Projektin yhtenä tavoitteena on tupakoimattomuuden ja nikotiinittomuuden edistäminen, mm. Tupakoimattomana leikkaukseen (TupLei) toimintamallin vakiinnuttamisen kautta. Opinnäytetyöstä saadun tutkimustiedon avulla pyritään edistämään Tupakoimattomana leikkaukseen (TupLei) toimintamallin kehittämistä ja vakiinnuttamista osaksi operatiivisten yksiköiden toimintaa osana Hyvä Kierre-projektia.</p> <p>Tutkimus toteutettiin anonymyminä sähköisenä kyselynä HUS operatiivisten polikliinisten ajanvarausyksiköiden yli- ja vastuulääkäreille, osastonhoitajille ja apulaisosastonhoitajille syyskuussa 2020. Tutkimusta varten luotu kyselymittari perustui TupLei-toimintamalliin ja KäypäHoito-suositukseen. Kyselyllä pyrittiin selvittämään, kuinka hyvin tupakoivat potilaat yksiköissä tunnistetaan, miten yksiköissä tuetaan tupakoivia potilaita pyrkimyksissä tupakoimattomuuteen ja kuinka tupakasta vieroitus on organisoitu yksiköissä.</p> <p>Tutkimuksen johtopäätöksiä voidaan todeta, että tupakoivat potilaat tunnistetaan yksiköissä hyvin, heitä kannustetaan lopettamaan tupakointi ja tupakoimattomuuden edistämistä pidetään tärkeänä. Tupakoinnin lopettamiseksi potilaille kuitenkin tarjotaan melko vähän apuvälineitä. Kirjallista ohjausmateriaalia ja lääkehoitoa tarjotaan jonkin verran, mutta vieroitusohjaus ja vieroitusyksiköiden käyttö on vähäistä. Selkeä toimintamalli ja hoitopolku tupakasta vieroituksen organisoimiseksi puuttuu.</p>	
Avainsanat	Tupakointi, tupakasta vieroitus, Tupakoimattomana leikkaukseen, tupakoimattomuuden edistäminen

Author(s) Title	Anna Mannerkoski The current practices of the operational units of the Hospital District of Helsinki and Uusimaa to promote non-smoking in surgical patients
Number of Pages Date	35 pages + 3 appendices 12 January 2021
Degree	Master of Health Care
Degree Programme	Master of Health Care and Social Services
Specialisation option	Health Promotion
Instructor(s)	Sari Haapio, Senior Lecturer, PhD
<p>The purpose of this thesis was to map the current practices of the operational units of the Hospital District of Helsinki and Uusimaa (HUS) in order to promote non-smoking in surgical patients. The aim of this study was to obtain information on how non-smoking among patients in need of surgery in the operational units of the Hospital District of Helsinki and Uusimaa is promoted.</p> <p>Smoking increases mortality, morbidity and complication risks for surgical patients, causing significant costs for health care, individuals and society. However, active measures can be used to influence these. In 2019, a project on promoting health and wellbeing, Hyvä Kierre, has been launched in Uusimaa by the Primary Health Care Unit of the Hospital District of Helsinki and Uusimaa. One of the aims of the project is to promote non-smoking and nicotine-free, e.g. to establish Non-Smoking for Surgery – operating model (TupLei). The research data obtained from the thesis aims to promote the development and consolidation of the Non-Smoking for Surgery (TupLei) operating model in operational units as part of the Hyvä Kierre project.</p> <p>The study was carried out as an anonymous electronic survey. The questionnaire was sent to chief doctors, ward nurses and assistant ward nurses of HUS operational out-patient units in September 2020. The survey meter created for the study was based on TupLei operating model and the current care recommendations. The survey aimed to find out how well smoking patients are identified in units, how units support smoking patients in their efforts to stop smoking, and how smoking cessation is organized in units.</p> <p>The results showed that smoking patients are well identified in units and encouraged to stop smoking. The participants considered the promotion of non-smoking important. However, patients are offered relatively few aids to stop smoking. Written material and pharmacological interventions are offered occasionally, but smoking cessation counseling exists seldom and smoking cessation units are rarely used. There is no clear approach to organize smoking cessation.</p>	
Keywords	Smoking, smoking cessation, Non-smoking surgery, Promoting non-smoking

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Tupakoivan leikkauspotilaan terveyden edistäminen	2
2.1	Tupakoinnin haitat leikkauspotilaalle	3
2.2	Tupakoinnin yhteiskunnalliset kustannukset	4
2.3	Tupakoinnin lopettaminen	6
2.4	TupLei-toimintamalli	9
2.5	Yhteys työelämään – Hyvä Kierre-projekti	11
3	Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset	12
4	Tutkimuksen toteuttaminen	13
4.1	Tutkimusmenetelmä ja tutkittavat	13
4.2	Aineiston keruu	15
4.3	Aineiston analysointi	16
4.4	Eettisyys	18
5	Tutkimustulokset	19
5.1	Vastaajat	19
5.2	Tupakoivien potilaiden tunnistaminen	19
5.3	Potilaan tukeminen tupakoimattomuuteen	21
6	Pohdinta	23
6.1	Tulosten tarkastelu	23
6.1.1	Tupakoivien potilaiden tunnistaminen ja tunnistetietojen kirjaaminen	23
6.1.2	Potilaan tukeminen tupakoimattomuuteen	24
6.1.3	Tupakasta vieroituksen organisointi	25
6.2	Luotettavuus	27
7	Johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet	29
	Lähteet	31
	Liitteet	
	Liite 1. Kyselylomake	
	Liite 2. Ennakkokirje	
	Liite 3. Saatekirje	

1 Johdanto

Tupakointi on merkittävä kansanterveydellinen ongelma maailmanlaajuisesti. Tupakointi lisää merkittävästi kuolleisuutta, sairastavuutta ja terveydenhuollon kustannuksia. Keskimäärin joka toinen tupakoitsija kuolee tupakan aiheuttamiin sairauksiin. Länsimaissa 14% kuolemista johtuu tupakan aiheuttamista sairauksista, ja Suomessa tupakan aiheuttamiin sairauksiin kuolee vuosittain n. 4 300. (Vähänen 2015.) Toisaalta tupakointi on myös tärkein estettävissä oleva ennenaikaisen kuolleisuuden aiheuttaja (Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito. Käypä hoito -suositus 2018, GBD 2015 Risk Factors Collaborators).

Terveyden ja Hyvinvoinnin laitoksen julkaiseman Tupakkatilaston mukaan vuonna 2018 Suomessa tupakoi päivittäin 14 % työikäisestä väestöstä ja 7 % eläkeikäisistä. Aikuisväestön tupakointi on vähentynyt tasaisesti viime vuosikymmenten aikana, mutta tupakoinnin vähenemiskehitys näyttää pysähtyneen vuonna 2018. (Jääskeläinen - Virtanen 2019.) Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) alueella 20-64-vuotiaista päivittäin tupakoi 13% ja yli 65-vuotiaista 8% vuonna 2018 (Sotkanet.fi 2020). Vaikka tupakointi on vähentynyt, aiheuttaa se edelleen merkittävät määrät sairauksia. On tutkittu, että joka kolmas syöpä on tupakan aiheuttama ja joka viides sydänperäinen kuolema johtuu tupakoinnista (Patja 2016). Tupakoinnin aiheuttama sairastelu lisää mm. sairaalahoitojaksoja, sairauspoissaoloja ja työkyvyttömyyseläkejaksoja. On arvioitu, että tupakoinnin aiheuttamat välittömät ja välilliset kustannukset yhteiskunnalle ovat 1,5 miljardia euroa vuodessa. (Vähänen 2015.)

Uusimman tupakkalain (549/2016) tavoitteena on savuton ja nikotiiniton Suomi. Tämän tavoitteen saavuttaminen vaatii kuitenkin moniammatillista yhteistyötä, yhteiskunnan tukea sekä toimivia palveluketjuja terveydenhuollossa (Ruokolainen - Ollila 2019). Sosiaali- ja terveysministeriön ehdotuksen (2018) mukaan lopettamisen tukea sekä perustettua erityispalveluissa on kehitettävä. Suurin osa tupakoitsijoista (63%) haluaisi lopettaa tupakoinnin, mutta tarvitsisi siihen terveydenhuollon ammattilaisten apua (Jääskeläinen - Virtanen 2019). Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisystä ja hoidosta annetun Käypä Hoito-suosituksen (2018) mukaan terveydenhuoltoalan ammattilaisten velvollisuus on tunnistaa tupakointi ja tarjota tukea lopettamiseen. Samainen Käypä Hoito-suositus antaa myös suositukset tupakoinnin ehkäisyn ja vieroituksen organisoimiseksi. Myös Suomen terveyttä edistävät sairaalat ja organisaatiot ry (STESO ry) on laatinut

Maailman tupakkavapaa terveydenhuolto-verkoston ohjeiden ja suomalaisen Käypä hoito- suosituksen pohjalta laatuksiteerit tupakka- ja nikotiinituotteiden käyttäjien tunnistamiseksi, riippuvuuden arvioimiseksi ja vieroitushoitujen järjestämiseksi terveydenhuollossa (Krogerus – Ekblad – Heikkinen – Korhonen 2017).

STESO ry on ollut myös mukana kehittämässä Tupakoimattomana leikkaukseen -toimintamallia, joka onkin jo useissa sairaanhoitopiireissä käytössä (Krogerus ym. 2017). Tupakoinnin aiheuttamien sairauksien lisäksi tupakointi heikentää myös hoitotuloksia. Leikkauspotilailla tupakointi lisää mm. keuhkokomplikaatioiden ja haavainfektioiden riskiä, kuolleisuutta sekä riskiä joutua tehohoitoon. Aktiivisella tupakoinnista vieroituksella komplikaatoriskejä voidaan vähentää. Leikkauskomplikaatiot lisäävät merkittävästi sairaanhoidon kustannuksia ja aiheuttavat inhimillistä kärsimystä. (Kyrö 2017).

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Perusterveydenhuollon yksikön toimesta on käynnistetty vuonna 2019 terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen projekti Hyvä Kierre. Projektin yhtenä kohteena on tupakoimattomuuden ja nikotiinittomuuden edistäminen kuntien ja sairaanhoitopiirin alueella ja tavoitteena on Tupakka ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito – Käypä hoito suosituksen jalkauttaminen. Teemoina ovat mm. Tupakoimattomana leikkaukseen (TupLei) toimintamallin vakiinnuttaminen, mielenterveyskuntoutujien tupakasta vieroitus, odottavien äitien tupakasta vieroitus ja vieroitushoitajien verkostotoiminta. (Hyvä kierre 2019.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa tämän hetkiset leikkauspotilaiden tupakoimattomuutta edistävät käytännöt Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoitopiirin alueen erikoissairaanhoidon operatiivisilla aloilla. Tutkimus toimii Hyvä Kierre-projektin alkukartoituksena, jota voidaan hyödyntää Tupakoimatta Leikkaukseen-toimintamallin kehittämisen ja vakiinnuttamisen tukena.

2 Tupakoivan leikkauspotilaan terveyden edistäminen

Tupakointi lisää huomattavasti leikkauskomplikaatioiden riskiä. Vakavien leikkauskomplikaatioiden riskin katsotaan olevan 1,7-kertainen verrattuna tupakoimattomiin (Turran - Mascha - Roberman 2011). Tupakoivilla esiintyy merkittävästi enemmän sairaalakuolleisuutta, sydän- ja keuhkokomplikaatioita, sepsistä, heikentyntä luutumista ja

haava-alueen tulehduksia (Grönholm – Karhunen-Enckell – Liira 2017; Kyrö 2017; Wong – Lam – Abrishami – Chan – Chung 2012). Terveellisillä elämäntavoilla voidaan kuitenkin vaikuttaa leikkaustuloksiin ja leikkauksesta toipumiseen. Tupakoinnin lopettaminen ennen leikkausta vähentää komplikaatioita keskimäärin 30-40%:a ja lyhentää samalla hoitoaikoja sekä vähentää tarvetta leikkauksen jälkeisille poliklinikkakäynneille. Tällä on jo suuri vaikutus leikkaustuloksiin ja kustannuksiin. (Grönholm ym. 2017; Kokki – Porela-Tiihonen 2017; Mills – Eyawo - Lockhart 2011; Wong ym. 2012.)

Potilaalle koituvien leikkaushaittojen minimoimiseksi tupakointi tulisi kuitenkin lopettaa hyvissä ajoin, 1-2 kuukautta ennen suunniteltua leikkausta. Lyhyemmän ajan tupakoimattomuuden hyödyistä leikkauriskien vähentämiseksi ei ole selkeää tutkimusnäyttöä (Leikkausta edeltävä arviointi. Käypä Hoito-suositus 2014). Aina pitkä vieroitus ei ole mahdollisista, mutta usein leikkaukseen pääsyä joutuu kuitenkin odottamaan ja mahdollinen jonotusaika olisi mahdollista käyttää hyödyksi tupakoimattomuuden edistämiseksi. Vuonna 2019 kiireettömään leikkaukseen jonotti Suomessa yli 30 000 potilasta (Häkkinen - Vuorio 2019). Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin vuoden 2019 toimintakertomuksesta (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2020) käy ilmi, että vuoden 2019 lopussa kirurgista hoitoa odotti 8692 potilasta, joista 2338 oli jonottanut yli kolme kuukautta. Tehokas tupakoinnin vieroitushoito näyttää lisäävän pysyvää tupakoimattomuutta, vaikka tupakoinnin lopetus tapahtuisikin alle 4 viikkoa ennen leikkausta, joten potilaiden tupakoimattomuuteen tulee pyrkiä aina ennen leikkausta riippumatta leikkausajankohdasta. (Leikkausta edeltävä arviointi. Käypä Hoito-suositus 2014.)

2.1 Tupakoinnin haitat leikkauspotilaalle

Tupakoinnilla on monia haitallisia vaikutuksia leikkauksesta toipumiseen. Yleisesti voidaan sanoa tupakoinnin heikentävän elimistön immunologista puolustusjärjestelmää, huonontavan ihon verenkiertoa ja kudosten hapensaantia sekä lisäävän verisuonten tukostaipumusta (Kyrö 2017). Tupakansavussa on yli 4000 erilaista kemiallista ainetta, joista nikotiini, häkä ja vetysyanidi erityisesti vaikuttavat kudosten paranemiseen (Grönholm ym. 2017). Tupakasta johtuvien haittojen ja sairauksien todennäköisistä mekanismeista on runsaasti tutkimusnäyttöä ja ne tunnetaan jo melko hyvin (Vähäkangas 2017).

Tupakan sisältämä nikotiini supistaa ääreisverisuonia ja vaurioittaa verisuonten seinämää. Tupakan sisältämä häkä myös syrjäyttää happea hemoglobiinista. Tämä johtaa heikentyneeseen ihon ja leikkausalueen verenkiertoon, vähentää kudosten hapensaantia ja aiheuttaa pienten verisuonten tukkeutumista. Tupakointi heikentää myös osteoblastien eli luunmuodostajasolujen toimintaa ja haittaa kalsiumin imeytymistä. Myös D-vitamiinitaso on tupakoivilla usein alhaisempi. Näin ollen leikkaushaavan paraneminen hidastuu ja mm. luukudoksen luutuminen heikkenee tai estyy. Tupakoivilla potilailla on nilkkanivelen jäykistysleikkauksessa havaittu 16-kertainen riski luutumattomuuteen. Tupakoivilla on myös noin kuusinkertainen riski leikkaushaavan tulehdukseen tupakoimattomiin verrattuna. Plastiikkakirurgiassa haavakomplikaation riski on vielä suurempi, jopa 9-kertainen. (Kyrö 2017, Kokki – Porela-Tiihonen 2017; Kyrö – Elomaa – Lehtinen 2013.)

Tupakoinnista johtuvat keuhko- ja kardiovaskulaariset komplikaatiot lisäävät tehohoidon tarvetta 1,5-kertaiseksi tupakoimattomiin verrattuna. Myös septisen sokin riski on yli 1,5-kertainen. (Grönholm ym. 2017.) 30-päivän leikkauksenjälkeisen kuolemanriskin on havaittu olevan 17 % suurempi tupakoivilla kuin tupakoimattomilla (Musallam – Rosendaal – Zaatari 2013). Tupakoinnin tiedetään myös lisäävän potilaan kokeman kivun voimakkuutta (Kyrö 2017).

2.2 Tupakoinnin yhteiskunnalliset kustannukset

Tupakan katsotaan olevan syynä joka viidennessä aikuisväestön kuolemassa Suomessa. Tämä tarkoittaa, että noin 5000 suomalaista kuolee vuosittain tupakan aiheuttamiin sairauksiin. Tupakka on riskitekijänä 20% sydän- ja verisuoniperäisissä sairauksissa ja niiden aiheuttamissa kuolemissa. Syöpäkuolemista joka kolmas on tupakan aiheuttama. Joka toinen tupakoitsija kuolee tupakan aiheuttamiin sairauksiin, ja tilastollisesti tupakointi lyhentää elämää keskimäärin kahdeksan vuotta. (Murto ym 2017.)

Tupakoinnin aiheuttamat yhteiskunnalliset kustannukset ovat vaikeasti arvioitavissa. Miikka Vähänen (2015) on laatinut laskentakehikon, jonka avulla voidaan arvioida tupakan aiheuttamat välittömät ja välilliset kustannukset. Välittömiin kustannuksiin katsotaan kuuluvaksi tupakoinnista aiheutuvat todelliset kustannukset, kuten terveydenhuollon kustannukset. Lisäksi tupakointi aiheuttaa tulonsiirtoja sairauspäivärahan sekä perhe- ja

työkyvyttömyyseläkkeiden osalta. Vuonna 2012 tupakan aiheuttamien välittömien kustannusten suuruudeksi Vähänen (2015) arvioi n. 290 miljoonaa euroa. Olettaessa tulonsiirrot mukaan olivat välittömät taloudelliset haitat n. 620 miljoonaa euroa.

Välilliset kustannukset tarkoittavat tupakkatuotteiden käytöstä johtuvia epäsuoria laskennallisia kustannuksia, kuten sairauspoissaolojen ja tupakkataukojen aiheuttamia työpaanosmenetyksiä. Välillisten tupakoinnin aiheuttamien kustannusten Vähänen (2015) arvioi olleen 840-930 miljoonaa euroa. Yhteensä Vähänen arvioi siis tupakoinnin aiheuttaneen 1,5 miljardin euron haitat vuonna 2012, mikä vastaa 0.75% Suomen bruttokansantuotteesta. Suoraan terveydenhuoltoon kohdistuvien kustannusten arvioidaan olleen yhteensä noin 277 miljoonaa euroa vuonna 2012. Somaattisen erikoissairaanhoidon osuus tästä oli 176 miljoonaa euroa. (Vähänen 2015.)

Tupakoinnin lopettaminen ennen leikkausta on kustannusvaikuttavaa (Grönholm ym. 2017). Suomessa tehdään vuosittain noin 340 000 elektiivistä leikkausta, joista arviolta noin 40 000 tupakoitsijoille (Kokki ym. 2017; Grönholm ym. 2017). Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä leikkauksia vuonna 2019 tehtiin noin 90 000 (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2020). Näistä arviolta noin 11 700 on kohdistunut tupakoiviin, jos ajatellaan potilaiden edustavan keskimäärin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin työikäistä väestöä (Sotkanet.fi 2020). Tupakoimattomuuden edistämällä ennen leikkausta voidaan vaikuttaa merkittävästi terveydenhuollon kustannuksiin (Kyrö ym. 2013). Laskennallisesti on arvioitu, että tehokkaalla tupakasta vieroituksella olisi esimerkiksi Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyhtymässä säästetty pelkästään ortopedian ja traumatologian leikkauksissa vuositasolla puoli miljoonaa euroa vuosina 2008-2009 ja koko Suomen tasolla 14 miljoonaa euroa (Kyrö ym. 2013). Säästöä tulee komplikaatioiden vähentymisestä, mikä lyhentää hoitoaikoja, vähentää tarvetta uusintaoperaatioihin ja poliklinikkakäynneille sekä lyhentää tehohoidon tarvetta (Grönholm ym. 2017; Kyrö ym. 2013; Kyrö 2017). On myös yritetty selvittää, kuinka paljon tupakasta vieroitukseen kannattaa rahallisesti panostaa, jotta se on kustannusvaikuttavaa. Yhdysvaltaistutkimuksen (Gaskill ym. 2017) mukaan vieroitushoito saa maksaa enintään 304 dollaria (271 euroa) potilasta kohden, jotta sillä saavutettu hyöty on edelleen kustannusvaikuttavaa.

2.3 Tupakoinnin lopettaminen

Tupakoinnin lopettamista tukemalla voidaan saavuttaa merkittäviä kustannussäästöjä yksilötasolla, terveydenhuollossa ja koko yhteiskunnassa. Terveydenhuollon henkilöstön tulisikin tietää potilaan tupakoinnista ja nikotiiniuotteiden käytöstä sekä niiden aiheuttamista riippuvuuksista, jotta tuen antaminen mahdollistuu. Tiedon tulisi olla helposti löydettävissä potilastiedoista. (Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito. Käypä hoito -suositus 2018.) Tupakointitietojen kirjaaminen edistäisi tiedon kulkemista ja hoidon jatkuvuutta sekä myös vaikutusten arviointia. Tupakointitietojen kirjaaminen sähköiseen potilastietojärjestelmään mahdollistaa tiedon jakamisen nopeasti kaikille potilasta hoitaville tahoille. Kirjattu tieto myös kiinnittää terveydenhuollon ammattilaisten huomion ja edesauttaa näin heitä toteuttamaan vieroitusta. (Boyle – Solberg – Fiore 2014.) Tupakointistatuksen ja interventioden liittäminen leikkaustuloksiin ja komplikaatioihin antaa arvokasta tietoa tupakoinnin vaikutuksista. (Grönholm ym. 2017.)

Tupakoinnin lopettaminen voi olla haastavaa, ja vaatii tietoa, taitoa sekä motivaatiota niin lopettajalta kuin hoitohenkilökunnaltakin (Rouhos 2015). Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisystä ja hoidosta annetun Käypä Hoito-suosituksen (2018) mukaan terveydenhuoltohenkilöstön tulisi aina kehottaa potilasta lopettamaan tupakointi sekä auttaa ja kannustaa häntä tupakasta vieroittumisessa. Lopettamiskehotuksella on todettu olevan vaikutusta potilaan tupakoinnin lopettamiseen (Stead – Buitrago – Preciado – Sanchez - Hartmann-Boyce – Lancaster 2013). Potilaat, jotka olivat saaneet lääkäriltä kehotuksen lopettaa tupakointi, lopettivat tupakoinnin 66% todennäköisemmin kuin ne, jotka eivät kehotusta olleet saaneet. Lääkärin antama kehotus on todettu olevan hoitajan kehotusta tehokkaampi, mutta myös hoitajan kehotuksella on selkeä tupakoimattomuutta edistävä vaikutus. Lyhytkin interventio, esimerkiksi muutaman minuutin keskustelu, jonka aikana terveydenhuollon ammattilainen tuo esiin huolestumisensa tupakoinnista, kannustaa lopettamiseen ja tarjoaa tukea, on todettu tehokkaaksi. (Rice – Heath – Livingstone-Banks – Hartmann-Boyce 2017; Absetz – Winell 2017; Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito. Käypä hoito -suositus 2018.)

Vieroitusohjaus on todettu tehokkaaksi menetelmäksi tupakoinnin lopettamisessa (Kilpeläinen – Sandström - Vasankari 2017; Stead – Carroll - Lancaster 2017). Potilaalle tulisi tarjota joko ryhmä- tai yksilövieroitushoitoa (Krogerus ym. 2017). Yksilöterapia on todettu tehokkaaksi keinoksi tupakoinnin lopettamiseen (Lancaster – Stead 2017). Yksi-

löhoidolla tarkoitetaan tupakasta vieroitukseen perehtyneen terveydenhuollon ammattilaisen antamaa ohjausta ja tukea yksittäiselle henkilölle. Sitä voidaan toteuttaa sekä kasvotusten että puhelimitse tai verkon välityksellä, ja yleensä se sisältää useita tapaamiskertoja. (Kilpeläinen ym. 2017.) Myös ryhmäterapien hyödyistä on löydetty vahvaa näyttöä tupakoinnin lopettamisessa ja ryhmähoito voikin kaksinkertaistaa tupakoinnin lopettamisen todennäköisyyden (Kilpeläinen ym. 2017). Ei kuitenkaan pystytä sanomaan, onko ryhmäterapia hyödyllisempää tai kustannustehokkaampaa kuin yksilöterapia. (Stead ym. 2017.) Keskustelun lisäksi myös kirjallisen ohjausmateriaalin käyttö on hyödyllistä (Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito. Käypä hoito -suositus 2018.; Livingstone-Banks - Ordóñez-Mena - Hartmann-Boyce 2019).

Leikkaukseen valmistautuminen on hedelmällinen hetki tupakasta vieroitukselle, koska silloin potilaat ovat halukkaampia lopettamaan tupakoinnin. Potilaalle tulisi kertoa tupakoinnin ja tupakoinnin lopettamisen vaikutuksista juuri omassa tilanteessa. (Kyrö – Elomaa - Lehtinen 2013; Shi – Warner 2010.) Grönholmin ym. (2017) tekemässä selvityksessä kävi ilmi, että potilaat eivät usein tienneet tupakoinnin aiheuttamista leikkaus- ja komplikaatoriskeistä. Edessä oleva leikkaus voi olla ns. teachable moment, eli tapahuma, joka spontaanisti motivoi ihmisiä vähentämään riskikäyttäytymistään (Shi – Warner 2010). Tuleva leikkaus voi nostaa tupakoinnin lopettamistodennäköisyyden kaksinkertaiseksi (Kokki – Porela-Tiihonen 2017). ”Teachable moment” ei ole vain odottamaton hetki, vaan se voidaan myös luoda interaktion ja vuorovaikutuksen avulla, ja tätä tulisi hyödyntää pre-operatiivisessa hoidossa (Lawson – Flocke 2009). On havaittu, että nimenomaan leikkaukseen tulevat potilaat usein myös toivovat intensiivistä vieroitusta (Tonnesen – Lauridsen 2017).

Terveyden edistämisen näkökulmasta kannattaa keskittyä tupakoinnin lopettamisen positiivisiin vaikutuksiin ja vahvistaa siten potilaan motivaation syntymistä tupakoimattomuuteen (Rouhos 2015). Yksi suositeltu keino lopettamismotivaation synnyttämiseksi on motivoivan keskustelun käyttö (Absetz – Winell 2017). Motivoivan keskustelun tavoitteena on auttaa potilasta pohtimaan omaa tupakointiaan, syitä tupakoinnille ja esteitä lopettamiselle, ja sitä kautta löytää sisäinen motivaatio ja olemassa olevat voimavarat tupakoinnin lopettamiseen. Motivoivassa keskustelussa pyritään auttamaan potilasta tekemään päätös ja valinta itse omista lähtökohdistaan, eikä niinkään kertomaan, mitä potilaan pitäisi tehdä. (Lindson – Thompson – Ferrey – Lambert – Aveyard 2019.) Tärkeää motivaation vahvistamisessa on luoda luottamuksellinen ja hyväksyvä vuorovaikutus-

suhde asiantuntijan ja potilaan välille sekä tukea potilaan pystyvyyden tunnetta muutokseen (Absetz – Hankonen 2017). Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisystä ja hoidosta annetun Käypä Hoito-suosituksen (2018) mukaan motivoivaa keskustelua voi käyttää myös muutoshalukkuuden herättelemisessä, ja vieroitusta on joka tapauksessa tarjottava kaikille muutoshalukkuudesta riippumatta.

Tupakka aiheuttaa vahvaa riippuvuutta, josta on vaikea päästä eroon. Nikotiiniriippuvuus on sairaus, joka useimmiten vaatii hoitoa. Nikotiiniriippuvuuteen suositellaan neuvonnan lisäksi nikotiinikorvaushoitoa ja lääkehoitoa. (Winell – Heloma – Korhonen – Kiiänmaa 2017; Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito. Käypä hoito -suositus 2018.) Nikotiinikorvaustuotteilla tupakoinnin lopettamisen onnistumisen todennäköisyys on 1,5-2 -kertainen ja vieroituslääkkeillä jopa 2-3-kertainen (Rouhos 2015). Tärkeimmät vieroituslääkkeet ovat varenikliini, bupropioni ja nortriptyliini. Kaikilla lääkkeillä suositeltu hoitoaika on tavallisesti 8-12 viikkoa ja parhaan tuloksen saavuttamiseksi lääkehoitoa tulisi käyttää tuo aika. (Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito. Käypä hoito -suositus 2018.) Tällä hetkellä varenikliini vaikuttaa tehokkaimmalta. Sen on huomattu olevan 2,2 kertaa lumelääkettä, 1,3 kertaa nikotiinikorvaushoitoa ja 1,4 kertaa bupropionia tehokkaampi. (Davies – Taylor – Taylor ym. 2020.)

Suomalaisille lääkäreille tehdyn kyselyn (Keto, Jokelainen, Timonen, Linden, & Ylisaukko-oja 2015) perusteella harva lääkäri tarjoaa potilailleen lääkkeellistä vieroitushoitoa. Tuossa kyselyssä vain noin 4% lääkäreistä ilmoitti systemaattisesti määräävänsä lääkehoitoa tupakoinnin lopettamisen avuksi (Keto ym. 2015). Lääkehoidon lisäksi potilaat tarvitsevat usein tuekseen myös muita tupakasta vieroituksen tukitoimia. Lääkehoidon yhdistäminen käyttäytymisen muutosta tukeviin interventioihin lisää tupakoinnin lopettamisen onnistumista (Stead – Koilpillai – Fanshame – Lancaster 2016). Kasvokkain tai puhelimitse annettavan ohjauksen määrän lisääminen lääkehoitoa saaville potilaille nostaa tupakoinnin lopettamisen todennäköisyyttä (Hartmann-Boyce – Hong - Livingstone-Banks – Wheat – Franshane 2019).

Tupakoinnin lopettaminen ilman apua onnistuu vain 3–8 prosentilla potilaista. Tehokkaalla terveydenhuollon tarjoamalla vieroituksella lopettamisen todennäköisyys on 3–4-kertainen ja parhaimmillaan noin 40% tupakoitsijoista onnistuu lopettamaan tupakoinnin. (Kokki – Porela-Tiihonen 2017; Rouhos 2015.)

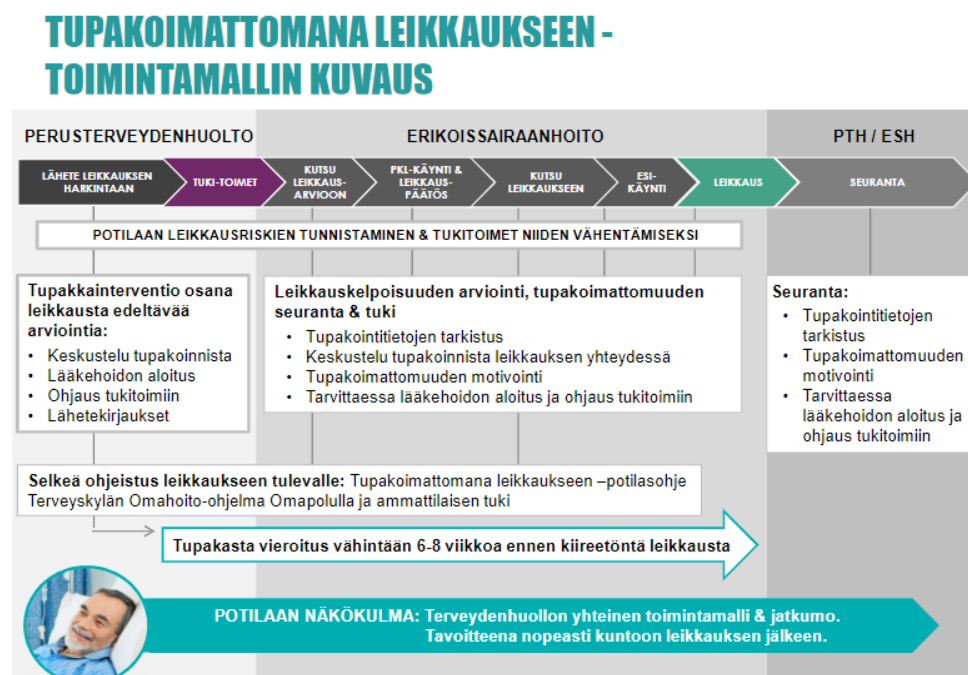
Tehokkaan tupakasta vieroituksen tarjoaminen vaatii terveydenhuollon henkilökunnalta tietoa ja osaamista sekä tupakoinnin haitoista että vieroitusmenetelmistä ja -mahdollisuuksista. Terveydenhuoltohenkilökunnan kouluttamisella näyttäisikin olevan vaikutusta potilaiden tupakoinnin lopettamiseen. Koulutetut ammattilaiset tunnistavat tupakoivat paremmin ja toteuttavat tupakoimattomuuteen tähtääviä toimenpiteitä enemmän. Tällaisia toimenpiteitä ovat esimerkiksi lopettamispäivän asettaminen, ohjaus ja seurantakäyntien järjestäminen. (Carson ym. 2012.) Terveydenhuollon ammattilaiset, jotka tuntevat hyvin hoitosuosituksia ja paikalliset hoitomahdollisuudet, uskovat enemmän omaan kykyihinsä vieroitusosaajina ja kokevat vieroitusohjauksen tärkeäksi, tarjoavat vieroitushoitoa herkemmin (Keto ym. 2015; Kurko – Kentala – Mesiäislehto-Soukka – Sandström 2009). Kedon ym. (2015) tutkimuksessa ilmeni, että lääkärit kyllä ottavat usein tupakoinnin puheeksi potilaiden kanssa, mutta eivät osaa tarjota käytännön tukea tupakoinnin lopettamiseen. Koulutuksen merkitystä vieroituksen onnistumisen takaamiseksi pidetään merkittävänä (Grönholm ym. 2017).

2.4 TupLei-toimintamalli

Tupakoimattomana leikkaukseen- toimintamalli (kuvio 1) on perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteinen toimintamalli tupakasta vieroitukseen ennen kiireetöntä leikkausta. Toimintamallissa oleellista on tunnistaa potilaan leikkausriskit jo varhaisessa vaiheessa ja aloittaa tukitoimet riskien vähentämiseksi. Mallin mukaan tupakoinnista tulisi kysyä jo perusterveydenhuollossa leikkausta suunniteltaessa tai potilasta leikkausarvion lähetettäessä, kannustaa tupakoinnin lopettamiseen, ohjata potilas tarvittaessa vieroituksen tukitoimiin ja aloittaa lääkehoito. Potilaan tupakointitiedot ja hoitosuunnitelma tulisi kirjata läheteeseen, jotta tieto välittyisi erikoissairaanhoidon. (Liira 2019; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL, Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri & Kuusiokuntien terveystyöryhmä 2016.)

Tupakoinnin huomiointi ja tupakoimattomuuteen kannustaminen tulee toimintamallin mukaan jatkua erikoissairaanhoidossa, jossa myös varsinainen leikkauspäätös tehdään. TupLei-toimintamallin mukaan erikoissairaanhoidossa potilaan tupakointitiedot tulee aina tarkistaa. Leikkauspäätöksen yhteydessä on kerrottava tupakoinnin vaikutuksista leikkaukseen ja pyrittävä motivoimaan potilas tupakoinnin lopettamiseen. Asiantuntijat

ovat huomanneet, etteivät potilaat useinkaan tiedä tupakoinnin aiheuttamista leikkauksiriskeistä (Grönholm ym. 2017). Tupakoinnin lopetus tulisi tapahtua vähintään 6-8 viikkoa ennen leikkausta. Tarvittaessa potilaalle tulisi tarjota ohjausta tupakoinnin lopettamiseen, mahdollistettava vieroitushoito ja aloitettava lääkehoito. Potilaan tulisi myös saada Tupakoimattomana leikkaukseen-potilasohje. Leikkauksen jälkeen potilaan tupakoimattomuutta on seurattava ja tuettava joko perusterveydenhuollossa tai erikoissairaanhoidossa. (Liira 2019; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos THL ym. 2016; Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito. Käypä hoito -suositus 2018.)



Kuvio 1. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) Tupakoimattomana Leikkaukseen –toimintamalli (Liira, H. 2019).

Leikkaukspotilaan tupakoimattomuuden tärkeydestä on keskusteltu jo pitkään terveydenhuollon ammattilaisten toimesta. Muun muassa Lääkärilehden pääkirjoituksessa (Vikartmaa – Hersio – Olkkola 2017) anestesia- ja leikkauksilääkärit painottivat tupakkavalistuksen tärkeyttä leikkaukspotilaille. STESO ry on myös suositellut Tupakoimattomana Leikkaukseen- toimintamallin käyttöönottoa kaikkiin sairaaloihin, ja yhdistyksen mukaan 80 %:ssa sairaan-

hoitopiireistä toimintamalli jo onkin käytössä tai suunnitteilla (Grönholm ym. 2017; Krogerus ym. 2017). Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä on dosentti Karin Blomgrenin (20.11.2019) mukaan leikkauspotilaan tupakoimattomuutta pyritty edistämään jo vuonna 2018 HUS-hallituksen kärkihankkeena. HUS:n vuonna 2018 toimineen Tupakatta Leikkaukseen -työryhmän puheenjohtajana Blomgren selvitti tuolloin sähköpostikyselyllä HUS-alueen operatiivisten alojen ylilääkäreiltä sen hetkisiä käytössä olevia järjestelmiä tupakoimattomuuden edistämiseksi. Kyselyn vastausten perusteella vain Porvoossa oli tuolloin selkeä toimintamalli leikkauspotilaiden tupakoimattomuuden edistämiseksi. Blomgrenin mukaan kyselyn vastausaktiivisuus oli ollut matala, joten kovin selkeää kokonaiskuvaa HUS-alueella käytössä olevista järjestelmistä ei onnistuttu saamaan.

2.5 Yhteys työelämään – Hyvä Kierre-projekti

Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä HUS Hyvä Kierre-projektin kanssa. Idea opinnäytetyön aiheeseen saatiin Hyvä Kierre-projektin tiimiltä. Hyvä Kierre on HUS Perusterveydenhuollon yksikön vetämä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen projekti Uudellamaalla vuosina 2019-2021. Projektin tavoitteena on ottaa käyttöön vaikuttavia terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen toimintamalleja. Hyvä Kierre-projektin taustalla on ajatus tehdä terveyden ja hyvinvoinnin kokonaisvaltaisen edistämisen näkökulma entistä keskeisemmäksi kuntien ja sairaanhoitopiirien työssä. Projektin lähtökohta perustuu WHO:n Ottawa Charterin mukaiseen ajatteluun terveyden edistämisestä, jossa viisi toiminta-alueita ovat: terveyttä edistävän yhteiskuntapolitiikan rakentaminen, terveyttä tukevien ympäristöjen luominen, yhteisöllisen toiminnan vahvistaminen, yksilöllisten taitojen kehittäminen ja terveystalvelujen uudelleen suuntaaminen hyvinvoinnin edistämiseen. (Hyvä kierre 2019)

Projektilla on neljä pääkohdetta: tupakoimattomuuden ja nikotiinittomuuden edistäminen, osallisuuden vahvistaminen, terveyserojen kaventaminen sekä kaatumisten ehkäisy. Hyvä Kierre-projektissa näitä osa-alueita kutsutaan koreiksi. Niissä osallistujat (HUS-yksiköt, kunnat, järjestöt) voivat kehittää toimintaansa ja tuottamia palveluita yhteiskennittämisen menetelmin ja projektin tarjoamaa verkostoa hyödyntäen. Koreilla on keski-

näisiä tapaamisia 2-3 kertaa vuodessa ja lisäksi on koko projektin yhteisiä asiantuntija-tapaamisia, joissa voidaan jakaa kokemuksia terveyden edistämisen toiminnoista. (Hyvä Kierre 2019.)

Tupakoimattomuuden ja nikotiinittomuuden edistämisen korissa yhtenä painopistealueena on Tupakoimattomana leikkaukseen (TupLei) -toimintamallin vakiinnuttaminen HUS-alueella sekä perusterveydenhuoltoon että erikoissairaanhoidon. (Hyvä Kierre 2019). Implementoinnin suunnittelun tueksi ja toimintamallin kehittämiseksi tarvittiin kartoitus erikoissairaanhoidon operatiivisten yksiköiden tupakoimattomuuden edistämisen nykykäytännöistä.

Hyvä Kierre-projektin puolelta yhteyshenkilöinä olivat projektipäällikkö, terveyden edistämisen ylilääkäri Helena Liira, kehittämispäällikkö Katrimaija Luurila ja terveyden edistämisen ylilääkäri Kaisa Sotamaa.

3 Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoidon operatiivisten yksiköiden käytännöt tupakoimattomuuden edistämiseksi leikkauspotilailla. Tutkimuksen tavoitteena on saada tietoa, miten leikkausta tarvitsevien potilaiden tupakoimattomuutta edistetään Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoidon operatiivisten alojen yksiköissä. Saadun tutkimustiedon avulla pyritään edistämään TupLei-toimintamallin kehittämistä ja vakiinnuttamista osaksi operatiivisten yksiköiden toimintaa osana Hyvä Kierre-projektia.

Tutkimuskysymykset:

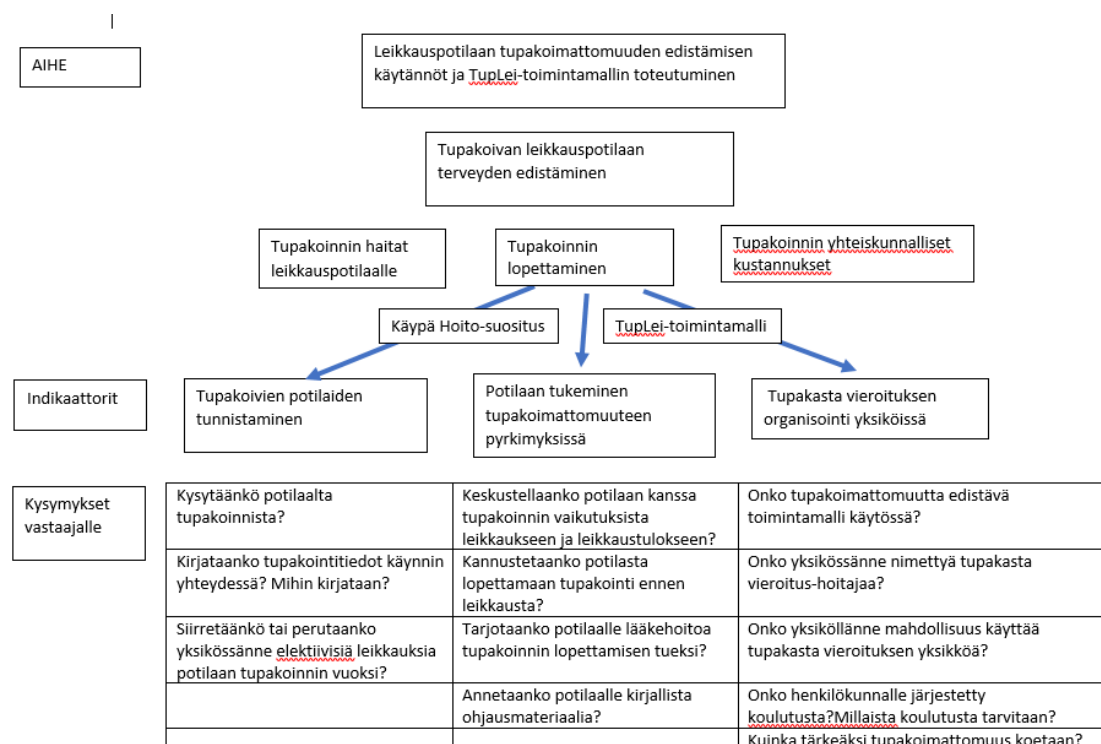
1. Kuinka hyvin tupakoivat potilaat tunnistetaan ja tunnistetiedot kirjataan?
2. Millä keinoin potilaan pyrkimyksiä tupakoimattomuuteen tuetaan?
3. Miten tupakasta vieroitus on yksiköissä organisoitu?

4 Tutkimuksen toteuttaminen

4.1 Tutkimusmenetelmä ja tutkittavat

Tutkimusotteena tässä opinnäytetyössä on määrällinen poikittaistutkimus, joka toteutetaan sähköisenä kyselytutkimuksena. Poikittaistutkimuksessa aineisto kerätään vain kerran ja tarkoituksena on tarkastella tutkimusilmiötä juuri sillä hetkellä (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2017). Tässä tutkimuksessa pyritään selvittämään tämänhetkisiä toimintakäytäntöjä kohdeyksiköissä. Tutkimukselle haettiin tutkimuslupa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin ohjeiden mukaisesti, ja se myönnettiin 13.8.2020 tutkimusjohtaja Anne Pitkärännän toimesta.

Tutkittavaan ilmiöön liittyvät käsitteet pohjautuvat TupLei-toimintamalliin (kuvi1) ja Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito Käypä Hoito-suositukseen. Käsitteet operationalisoitiin eli muutettiin mitattavaan muotoon kuvion 2 mukaisesti. Kyselyllä pyrittiin mittaamaan, toteutetaanko yksiköissä näyttöön perustuvia tupakoimattomuuden edistämisen käytäntöjä.



Kuvio 2. Käsittekartta tutkimusaiheen, tutkimuskysymysten ja kyselylomakkeen kysymysten muodostumisesta

Tutkimuksessa oli mukana Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoidon operatiiviset yksiköt (Neurokeskus, Vatsakeskus, Tukielin- ja plastiikkakirurgia, Syöpäkeskus, Naistentaudit ja synnytykset, Sydän- ja keuhkokeskus, Pää- ja kaulakeskus, Lohjan operatiivinen tulosyksikkö, Hyvinkään operatiivinen tulosyksikkö, Porvoo ajanvaraukselliset palvelut ja Länsi-Uusimaan operatiivinen tulosyksikkö). Kysely kohdennettiin ajanvarauspoliikkayksiköihin (kirurgia 19, naistentaudit 5, pää- ja kaulakeskus 7 ja sydän- ja keuhkokeskus 2 = yhteensä 33), joissa pääsääntöisesti tehdään leikkauspäätökset (taulukko 1). Kysely lähetettiin 39 lääkärille (11 operatiivisten yksiköiden linjajohtajalle ja 28 ajanvarauspoliikkoiden yli-/vastuulääkärille) ja 34 hoitajalle (23 osastonhoitajalle ja 11 apulaisosastonhoitajalle) (taulukko 2).

Taulukko 1. Yhteenveto kyselyssä mukana olleista ajanvarauspoliikkoina erikoisaloittain

Ajanvarauspoliikkayksiköt erikoisaloittain	n
Kirurgia ; syöpäkeskus, Tukielin- ja plastiikkakirurgia, vatsakeskus, neurokeskus	19
Naistentaudit ja synnytykset	5
Sydän- ja keuhkokeskus	2
Pää- ja kaulakeskus	7
Yhteensä	33

Taulukko 2. Yhteenveto kyselyn saaneista tulosyksiköittäin.

Sairaala / Tulosyksikkö	Lääkärit (n)	Osastonhoitajat/apulaisosastonhoitajat (n)
Hyvinkään operatiivinen tulosyksikkö	3	3
Lohjan operatiivinen tulosyksikkö	4	3
Länsi-Uudenmaan operatiivinen tulosyksikkö	5	2
Porvoon ajanvaraukselliset palvelut	2	2
HYKS	25	24
Yhteensä	39	34

Kyselylomakkeelle tehtiin pilottitestaus kahdessa osassa. Ensin kysely lähetettiin joulukuussa 2019 kolmelle operatiivisen yksikön osastonhoitajalle, jotka ovat kyselyn kohde-ryhmää. Tällä pyrittiin varmistamaan, että kysymykset ovat ymmärrettäviä ja yksiselitteisiä. Saadun palautteen perusteella kyselylomaketta muotoiltiin selkeämmäksi ja muun muassa vastausvaihtoehtoja yhdenmukaistettiin. Esitestaamalla saatiin myös arvio kyselyyn vastaamiseen tarvittavasta ajasta. Toisessa vaiheessa (8/2020) kysely vielä testattiin sähköisessä muodossa ennen lähettämistä vastaanottajille, millä varmistettiin sen tekninen toimivuus.

4.2 Aineiston keruu

Tutkimus toteutettiin sähköisenä kyselynä hyödyntäen Webropol-aineistonkeruuhjelmaa. Sähköiseen kyselyyn päädyttiin, koska se oli nopea ja helppo tapa tavoittaa vastaajat. Aineisto kerättiin itse tehdyllä kyselylomakkeella (liite 1), joka kehitettiin yhteistyössä Hyvä Kierre-projektin edustajien kanssa. Aineisto kerättiin syyskuussa 2020.

Ennen varsinaisen kyselyn lähettämistä tutkimuksesta tiedotettiin sähköpostitse HUS vastuuhenkilön toimesta (liite 2). Varsinaisen kyselyn sisältävä sähköposti lähetettiin viikko ennakkokirjeen jälkeen, ja se toimi samalla saatekirjeenä (liite 3). Sähköpostivies-

tissä oli linkki kyselyyn. Vastausaikaa annettiin yksi viikko, jonka jälkeen lähetettiin muistutusviesti ja vastausaikaa viikko lisää. Koska vastauksia oli tuolloin tullut niukasti, jatkettiin vastausaikaa vielä muutamalla päivällä ja tästä lähti ilmoitus jälleen sähköpostitse. Viimeisimmän muistutuksen jälkeen soitettiin kyselyn perillemenon varmistamiseksi vielä 15 vastaajalle, joista kahdeksan tavoitettiin. Kaikki sähköpostit lähetettiin HUS Perusterveydenhuollon toimesta tietoturvasyistä. Sähköpostin saatekirjeessä kerrottiin kyselyn tulosten käytöstä opinnäytetyöhön ja vastaamalla tutkimukseen vastaaja antoi suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta. Näin ollen erillistä tutkittavan suostumuslomaketta ei käytetty. Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista ja siihen vastattiin anonyymisti.

4.3 Aineiston analysointi

Kyselyn strukturoidut kysymykset koskien tupakoimattomuutta edistävien käytäntöjen yleisyyttä analysoitiin tilastollisin menetelmin ja tarkasteltiin jakaumatietojen avulla (frekvenssi ja %). Tuloksia tarkastellaan lähinnä jakaumien kuvailulla. Avointen kysymysten vastaukset kuvataan, mutta varsinaista sisällön analyysia ei vastausten vähäisyyden vuoksi pystytä tekemään. Taustamuuttujan (aseman) vaikutusta vertaillaan ristiintaulukoinnilla.

Kysymyksillä haluttiin selvittää, tunnistetaanko tupakoiva potilas yksikössä, tuetaanko potilasta tupakoimattomuuteen ja miten vieroitus on organisoitu. Käytetty mittari on esitetty taulukossa 3. Kyselylomake sisälsi yhden taustatietokysymyksen, kolme strukturoitua kysymystä tupakoivan potilaan tunnistamisesta, neljä strukturoitua kysymystä tupakoimattomuuteen tukemisesta ja viisi strukturoitua kysymystä vieroituksen organisoinnista ja tärkeydestä. Lisäksi tupakasta vieroituksen organisointiin liittyen kysyttiin henkilökunnan koulutustarpeista yhdellä avoimella kysymyksellä. Viimeisenä vastaajilla oli mahdollisuus vapaasti kertoa tupakasta vieroitustoiminnasta omissa yksiköissään.

Taulukko 3. Tutkimuksessa käytettyjen muuttujien esittely

Mittari	Asteikko	Luokittelu
Asema organisaatiossa	1-2	1= lääkäri; 2=hoitaja
Tupakoivien potilaiden tunnistaminen		
Tupakoinnista kysyminen	1-4	1= usein; 2=joskus; 3= ei koskaan; 4= ei tietoa
Tupakointitietojen kirjaaminen	1-4	1= usein; 2=joskus; 3= ei koskaan; 4= ei tietoa
Leikkausten siirtäminen tai peruminen	1-4	1= usein; 2=joskus; 3= ei koskaan; 4= ei tietoa
Tukeminen tupakoimattomuuteen		
Keskustelu tupakoinnin vaikutuksista leikkaukseen	1-4	1= usein; 2=joskus; 3= ei koskaan; 4= ei tietoa
Kannustaminen tupakoinnin lopettamiseen	1-4	1= usein; 2=joskus; 3= ei koskaan; 4= ei tietoa
Kirjallisen ohjausmateriaalin käyttö	1-4	1= usein; 2=joskus; 3= ei koskaan; 4= ei tietoa
Lääkehoidon tarjoaminen	1-4	1= usein; 2=joskus; 3= ei koskaan; 4= ei tietoa
Tupakasta vieroituksen organisointi		
Tupakoimattomuutta edistävä toimintamalli	1-3	1=kyllä; 2= ei; 3= ei tietoa
Vieroitushoitaja yksikössä	1-3	1=kyllä; 2= ei; 3= ei tietoa
Vieroitusyksikön käyttömahdollisuus	1-3	1=kyllä; 2= ei; 3= ei tietoa
Tupakoimattomuuden tärkeys	1-5	1= ei yhtään tärkeä – 5= erittäin tärkeä
Koulutusta tupakasta vieroituksesta <12kk	1-3	1=kyllä; 2= ei; 3= ei tietoa

4.4 Eettisyys

Tutkimuksen teossa on pyritty noudattamaan suositusten mukaisesti hyvää tieteellistä käytäntöä (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2010; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012). Opinnäytetyötä tehdessä on vaalittu rehellisyyden ja avoimuuden toteutumista suunnittelu-, toteutus- ja raportointivaiheissa. Aineistohankinta on suoritettu tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisilla tiedonhakumenetelmillä ja toisten tutkijoiden työtä on kunnioitettu asianmukaisilla viittauksilla. Tutkimuksen tulosten tallennuksessa, analysoinnissa, esittämisessä ja arvioinnissa on noudatettu rehellisyyttä, tarkkuutta ja huolellisuutta Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeiden (2012) mukaisesti. Opinnäytetyön alkuperä on tarkistettu Turnitin-järjestelmällä.

Tutkimuksen tarve lähti työelämäyhteistyökumppani HUS Perusterveydenhuollon yksikön Hyvä Kierre-projektin tavoitteista ja tutkimusta suunniteltiin yhdessä projektin työryhmän kanssa. Tutkijalla oli aito kiinnostus aiheeseen oman työ- ja opiskelutaustansa kautta. Tutkija on työskennellyt mm. verisuonikirurgisten potilaiden parissa ja opiskellut sekä terveydenedistämistä että kansanterveystieteitä, ja näiden kautta on herännyt kiinnostus selvittää ja tehostaa leikkauspotilaiden tupakoimattomuuden edistämistä.

Tutkimusaihe sinällään ei ole kovin sensitiivinen. Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä kartoitus ja kertoa havainnoista tupakoinnin edistämiskäytännöistä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoidossa. Tutkimus ei ota kantaa vallitseviin käytäntöihin eikä yksiköiden toimintaa arvioida tai arvostella. Tutkittavat yksiköt voivat hyödyntää tutkimustuloksia oman työnsä kehittämisessä.

Tutkimuksessa tulee hyvän käytännön mukaisesti olla aina lähtökohtana ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen sekä turhaa haitan aiheuttamista tulee välttää (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019; Hirsjärvi ym. 2010). Tämän periaatteen mukaisesti osallistuminen kyselyyn on ollut vapaaehtoista. Tutkittaville on kerrottu sekä ennakokiestissä että saatekirjeessä tutkimuksesta, sen kestosta ja vapaaehtoisuudesta. Vastaamalla sähköiseen kyselyyn tutkittava antoi suostumuksensa osallistua tutkimukseen. Kyselyyn vastattiin anonymisti eikä tunnistetietoja (IP- tai sähköpostiosoitteita) kerätty. Kyselyt lähetettiin sähköpostitse niin, ettei vastaanottajat nähneet muiden vastaanottajien tietoja. Anonymiteetin varmistamiseksi päädyttiin taustatietona keräämään ainoastaan vastaajan asema (lääkäri/hoitaja), joita molempia oli suurin piirtein yhtä paljon otok-

sessä. Kyselyssä ei kysytty vastaajien toimi- tai erikoisalaa eikä yksikköä. Näiden kysyminen olisi aiheuttanut vastaajan anonymiteetin vaarantumisen, koska eri toimialoilla ja yksiköillä on rajallinen määrä vastuuhenkilöitä, joille kysely osoitettiin. Osalla erikoisaloista on vain yksi yksikkö, jolloin vastaajan henkilöllisyys olisi ollut helposti arvattavissa. Toimi- tai erikoisalan kysymisen pelättiin myös vaikuttavan vastausaktiivisuuteen, mikäli sen olisi koettu aiheuttavan negatiivista leimautumista tai arvostelua. Opinnäytetyöraportti on julkinen ja kaikkien halukkaiden vapaasti luettavissa, joten tutkija ei halunnut ottaa riskiä eri yksiköiden tai henkilöiden tunnistettavuudesta tai leimautumisesta. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää koko HUS:n operatiivisten alojen tämänhetkisiä toimintakäytäntöjä, ja yksikkökohtaisten tietojen arvioitiin olevan vähempiarvoisia kuin edellä mainitut syyt jättää yksikkötiedot kysymättä.

Tutkimusaineisto on kerätty, käsitelty ja säilytetty luottamuksellisesti. Aineisto analysoitiin huolellisesti ja pyrittiin raportoimaan selkeästi ja totuudenmukaisesti. Aineistoa on säilytetty opinnäytetyöprosessin ajan huolellisesti, ja opinnäytetyön valmistuttua paperiaineisto tuhoetaan.

5 Tutkimustulokset

5.1 Vastaajat

Kysely lähetettiin yhteensä 73:lle operatiivisen yksikön vastuuhenkilölle. Näistä 12 vastasi määräaikaan mennessä, joten vastausprosentiksi muodostui 16. Vastaajista 50% (n=6) oli lääkäreitä ja 50% (n=6) hoitajia.

5.2 Tupakoivien potilaiden tunnistaminen

Vastaukset liittyen yksiköiden toimintatapoihin tupakoivien potilaiden tunnistamiseksi on esitetty taulukossa 4. Suurimmassa osassa vastaajien yksiköistä kysytään potilaan tupakoinnista usein (75%) ja lopuissa ainakin joskus (25%). Hoitajat vastasivat heidän yk-

siköissään kysyttävän hieman useammin potilaan tupakoinnista (usein-vastauksia hoitajista 83,3%, lääkäreistä 66,7%). Eron merkittävyyttä ei pystytä luotettavasti osoittamaan pienen otoskoon vuoksi.

Tupakointitietoja kirjataan potilaskäyntien yhteydessä kaikkien vastaajien yksiköissä (usein 67%, joskus 33%) (taulukko 4). Vastaajia pyydettiin vielä tarkentamaan avoimella tekstillä, mihin tiedot kirjataan. Avointenvastausten perusteella tiedot kirjataan pääasiassa joko sairauskertomukseen tai hoitokertomukseen. Lisäksi vastauksissa mainittiin esitietolomake, toimenpideilmoitus ja laaturekisteri. Vastaajista viisi kertoi käyttävänsä Apotti-potilastietojärjestelmää ja Uranus-järjestelmän mainitsi kaksi vastaajaa.

Elektiivisiä leikkauksia ei peruta tai siirretä potilaan tupakoinnin vuoksi missään vastaajien yksiköissä usein, mutta niitä siirretään tai perutaan joskus noin puolissa vastaajien yksiköistä (46%, n=5). Vastaajista neljäsosan (27%, n=3) mukaan heillä ei peruta tai siirretä leikkauksia koskaan tupakoinnin vuoksi. (taulukko 4.)

Taulukko 4. Frekvenssitaulukko tupakoivien potilaiden tunnistamisen toimintatavoista (kysymykset 5, 10 ja 11)

Vastausvaihtoehto	Tupakoinnista kysyminen % (n)	Tupakointitietojen kirjaaminen % (n)	Leikkausten siirtäminen/peruminen % (n)
Usein	75 (9)	67 (8)	0 (0)
Joskus	25 (3)	33 (4)	46 (5)
Ei koskaan	0 (0)	0 (0)	27 (3)
Ei tietoa	0 (0)	0 (0)	27 (3)
Yhteensä	100 (12)	100 (12)	100 (11)

5.3 Potilaan tukeminen tupakoimattomuuteen

Vastaajien edustamissa yksiköissä on melko laajasti käytössä tupakoimattomuuteen tähtäviä tukitoimia (taulukko 5). Erityisesti potilaiden kannustus tupakoimattomuuteen ja keskustelu tupakoinnin vaikutuksista leikkaukseen korostuvat. Tupakoivia leikkauspotilaita kannustetaan lopettamaan tupakointi ennen leikkausta kaikkien vastaajien mukaan joko usein (83%, n=10) tai joskus (17%, n=2). Tupakoinnin vaikutuksista leikkaukseen ja leikkaustulokseen keskustellaan useimpien tupakoivien potilaiden kanssa. 75% (n=9) vastaajista ilmoitti, että heidän yksiköissään asiasta keskustellaan usein ja 25% (n=3) joskus.

Neljännes (25%, n=3) vastasi heillä tarjottavan kirjallista ohjausmateriaalia usein. Suurimmassa osassa vastaajien yksiköistä tarjotaan kirjallista materiaalia tupakoinnin lopettamisen tueksi joskus (58, n=7) ja 17% (n=2) ei koskaan. (Taulukko 5.) Lääkäreistä 50% (n=3) ilmoitti heidän yksiköissään annettavan kirjallista ohjausmateriaalia usein, kun taas hoitajista ei yksikään.

Kaksi kolmasosaa vastaajista (67%, n=8) kertoi yksikkönsä tarjoavan lääkehoitoa tupakoinnin lopettamisen tueksi joskus. 17% (n=2) mukaan lääkehoitoa tarjotaan usein, 8% (n=1) ei koskaan ja 8% (n=1) ei tiedä, tarjotaanko heillä lääkehoitoa. (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Frekvenssitaulukko yksiköissä käytetyistä tupakoimattomuuteen tähtävistä tukitoimista (kysymykset 6, 7, 8 ja 9)

Vastausvaihtoehdot	Keskustelu tupakoinnin vaikutuksista % (n)	Kannustus tupakoinnin lopettamiseen % (n)	Lääkehoidon tarjoaminen % (n)	Kirjallinen ohjausmateriaali % (n)
Usein	75 (9)	83 (10)	17 (2)	25 (3)
Joskus	25 (3)	17 (2)	67 (8)	58 (7)
Ei koskaan	0 (0)	0 (0)	8 (1)	17 (2)
Ei tietoa	0 (0)	0 (0)	8 (1)	0 (0)
Yhteensä	100 (12)	100 (12)	100 (12)	100 (12)

5.4 Tupakasta vieroituksen organisointi yksiköissä

Tupakoimattomuutta edistävä toimintamalli on käytössä joka toisessa vastaajien edustamista yksiköistä (50%, n=6) (taulukko 6). Kyselyssä pyydettiin tarkentamaan käytössä olevaa toimintamallia. Tarkentavissa vastauksissa mainitut toimintamallit sisälsivät erilliselle vastaanotolle ohjaamisen, suullisen informoinnin ja keskustelun sekä kirjallisen ohjausmateriaalin jakamisen.

Suurimmassa osassa vastaajien edustamissa yksiköissä ei ole nimettyä vieroitushoitajaa (83%, n=10). Ainoastaan kahdesta vieroitushoitajasta löytyy. Vastanneista neljäsosalla (25%, n=3) on mahdollisuus käyttää tupakasta vieroituksen yksikköä tukena leikkauspotilaan tupakasta vieroituksessa. Käytettävissä olevat vieroituksen yksiköt sijaitsivat keuhkosairauksien poliklinikalla ja vastaajan omassa yksikössä. Yli puolet vastaajista (58%, n=7) ei osaa sanoa, onko heillä mahdollisuutta käyttää erillistä tupakasta vieroituksen yksikköä. (Taulukko 6.)

Valtaosan (Ei 58% n=7, Ei tietoa 25% n=3) vastaajista mukaan heillä ei ole järjestetty omassa yksikössä henkilökunnalle koulutusta tupakasta vieroituksen osaamisen vahvistamiseksi viimeisen vuoden aikana. Vain kaksi vastaajaa (17%) ilmoitti koulutusta olleen. Taulukossa 6 esitetään tupakasta vieroituksen organisointiin liittyvät vastaukset.

Taulukko 6. Frekvenssitaulukko tupakasta vieroituksen organisoinnista yksiköissä (kysymykset 2, 3, 4 ja 12)

Vastausvaihtoehdot	Tupakoimattomuutta edistävä toimintamalli % (n)	Nimetty vieroitushoitaja % (n)	Mahdollisuus vieroitusyksikön käyttöön % (n)	Koulutusta tupakasta vieroituksesta % (n)
Kyllä	50 (6)	17 (2)	25 (3)	17 (2)
Ei	42 (5)	83 (10)	17 (2)	58 (7)
Ei tietoa	8 (1)	0 (0)	58 (7)	25 (3)
Yhteensä	100 (12)	100 (12)	100 (12)	100 (12)

Tupakoinnin lopettaminen on kaikkien vastaajien mielestä erittäin tärkeää (50%, n=6) tai tärkeää (50%, n=6) leikkaustulosten kannalta (taulukko 7). Lääkärit arvioivat tupakoinnin vieroituksen hieman hoitajia tärkeämmäksi.

Taulukko 7. Frekvenssitaulukko tupakasta vieroituksen tärkeyden kokemisesta aseman mukaan tarkasteltuna.

Kuinka tärkeäksi koet tupakasta vieroituksen yksikössäsi?	Lääkäri % (n)	Hoitaja % (n)	Yhteensä % (n)
1= ei yhtään tärkeä	0 (0)	0 (0)	0 (0)
2	0 (0)	0 (0)	0 (0)
3	0 (0)	0 (0)	0 (0)
4	60 (4)	40 (2)	50 (6)
5= erittäin tärkeä	40 (2)	60 (4)	50 (6)
Yhteensä	100 (6)	100 (6)	100 (12)

6 Pohdinta

6.1 Tulosten tarkastelu

6.1.1 Tupakoivien potilaiden tunnistaminen ja tunnistetietojen kirjaaminen

Kyselyn tulosten perusteella yksiköissä tunnistetaan tupakoivat potilaat pääasiassa hyvin. Tupakoinnin vaikutus leikkausriskeihin ja leikkaustuloksiin tiedostetaan ja tupakointimattomuuden edistämistä pidetään tärkeänä. Valtaosalta potilaista kysytään tupakointitilastusta ja se useimmiten myös kirjataan potilastietoihin. Kuitenkin kolmasosa vastaajista ilmoitti, että potilaan tupakointitiedot kirjataan vain joskus. Tiedon kirjaaminen edistää

tiedon kulkemista ja hoidon jatkuvuutta (Grönholm ym. 2017). Tupakointitietojen kirjaaminen on tärkeää, jotta tieto sekä tehdyistä että suunnitelluista toimenpiteistä tupakoimattomuuden edistämiseksi siirtyy muille hoitaville yksiköille. Aiemmin kirjattu tieto myös muistuttaa ja ohjaa seuraavaa terveydenhuollon ammattilaista toteuttamaan tupakasta vieroitusta. (Boyle ym. 2014.)

Tupakointitiedot kirjataan yksiköissä sähköiseen potilastietojärjestelmään osaksi sairaskertomustietoja. Vastausten perusteella tupakointistatus kirjattiin yleisimmin joko sairaskertomukseen, hoitokertomukseen tai esitietoihin. Monissa vastauksissa kuitenkin mainittiin vain tietojärjestelmä (Apotti/Uranus), eikä tarkemmin eritelty, mihin kohtaan tupakointitiedot siellä kirjataan. Oleellista kirjaamisessa on, että tieto olisi helposti kaikkien sitä tarvitsevien löydettävissä (Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito. Käypä hoito -suositus 2018).

Potilaan tupakointistatus vaikuttaa kyselyn perusteella myös leikkauspäätöksiin. Vajaa puolet kyselyn vastaajista ilmoitti yksikössään peruttavan tai siirrettävän kiireettömiä leikkauksia tupakoinnin vuoksi joskus. Neljäsosassa vastaajien yksiköistä leikkauksia ei koskaan peruttu tai siirretty tupakoinnin takia ja neljäsosa ei tiennyt, vaikuttaako tupakointi heidän yksikkönsä leikkauspäätöksiin. Potilaan tupakoinnin tiedetään lisäävän merkittävästi leikkauskomplikaatioita ja heikentävän leikkaustuloksia, ja näin ollen on katsottu olevan perusteltua tietyissä tilanteissa pidättäytyä tai siirtää leikkausta potilaan tupakoinnin vuoksi (Grönholm ym. 2017; Kyrö 2017; Wong ym. 2012). Leikkaukset ovat toki hyvin erilaisia eri erikoisaloilla, ja myös niihin liittyvät riskit ovat erilaisia sekä vakaumuudeltaan että esiintyvyydeltään. Tupakointi kuitenkin yleisesti lisää erikoisalasta riippumatta haavakomplikaatioiden ja -infektioiden määrää sekä leikkauskomplikaatioita ja huonontaa toipumista (Kyrö 2017, Kokki - Porela – Tiihonen 2017; Kyrö ym. 2013, Grönholm ym. 2017).

6.1.2 Potilaan tukeminen tupakoimattomuuteen

Tässä tutkimuksessa kaikkien vastaajien yksiköissä kannustetaan potilasta lopettamaan tupakointi joko usein (83%) tai joskus (17%). Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisystä ja hoidosta annetun Käypä hoito-suosituksen (2018) mukaan terveydenhuollon henkilöstön tulisi aina kehottaa tupakoivaa potilasta lopettamaan tupakointi. Hoitajien ja

lääkärien antamalla kannustuksella on todettu olevan suuri vaikutus potilaiden tupakoinnin lopettamisen todennäköisyyteen (Stead ym. 2013; Rice ym. 2017). Kyselyn perusteella potilaiden kanssa myös keskustellaan tupakoinnin vaikutuksista leikkaukseen ja leikkaustulokseen, mikä onkin todettu erittäin tärkeäksi potilaan motivoimisessa tupakoimattomuuteen (Prestwich – Moore – Kotze – Budworth – Lawton – Kellar 2017; Kyrö ym. 2016). Aiemmassa selvityksessä (Grönholm ym. 2017) todettiin, etteivät potilaat useinkaan tienneet tupakoinnin vaikutuksista leikkausriskeihin.

Kirjallista ohjausmateriaalia oli yksiköissä saatavilla huomattavasti harvemmin kuin suullista kannustusta, mutta kuitenkin suurimmassa osassa yksiköistä kirjallista materiaalia tarjottiin potilaille ainakin joskus (usein 25%, joskus 58%). Sekä Tupakoimattomana leikkaukseen – toimintamallissa että Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito Käypä hoito -suosituksessa (2018) kannustetaan kirjallisen potilasohjausmateriaalin käyttöön. Kirjallisen ohjausmateriaalin hyödyistä on kuitenkin hieman ristiriitaista tutkimusnäyttöä. Kirjallisen ohjausmateriaalin on todettu olevan hyödyllistä lähinnä silloin, kun muuta tupakasta vieroituksen tukea ei ole saatavilla. Kirjallisella ohjausmateriaalilla on vain pieni lisähyöty potilaan saadessa suullista kannustusta terveydenhuollon ammattilaiselta tai lääkkeellistä hoitoa. (Livingstone-Banks ym. 2019).

Kaksi vastaajaa (17%) ilmoitti heidän yksikössään tarjottavan potilaille tupakasta vieroituksen tueksi lääkehoitoa usein, valtaosassa yksiköistä lääkehoitoa tarjotaan joskus (67%). Lääkehoidon tiedetään lisäävän tupakoinnin lopettamisen todennäköisyyttä ja sen käyttöä suositellaan tupakoinnin lopettamisen tukena (Rouhos 2015; Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito. Käypä hoito -suositus 2018). Aiemmassa koko Suomen lääkäreille suunnatussa kyselyssä (Keto ym. 2015) vain 4% lääkäreistä ilmoitti systemaattisesti tarjoavansa lääkehoitoa tupakoinnin lopettamiseen. Tässä kyselyssä lääkehoidon käyttö näyttäisi olevan yleisempää, mutta ei edelleenkaan kovin systemaattista.

6.1.3 Tupakasta vieroituksen organisointi

Puolet vastaajista ilmoitti heidän yksikössään olevan tupakoimattomuutta edistävä toimintamalli käytössä, mutta vastauksista ei selkeästi tullut esiin millaisista toimintamalleista on kyse. Esimerkiksi TupLei-toimintamallia ei suoraan maininnut kukaan, vaikka

sen käyttöä suositellaan sekä Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus Käypä hoito – suosituksessa (2018) että Suomen terveyttä edistävät sairaalat ja organisaatiot (STESO) ry:n tupakasta vieroituksen laatukriteereissä (Krogerus ym. 2017). Vieroitushoitaja löytyy vain kahdesta vastaajien edustamasta yksiköstä ja kolmella (25%) on mahdollisuus hyödyntää tupakasta vieroitusyksikköä. Useimmiten käytettävissä oleva vieroitusyksikkö sijaitsi keuhkosairauksien poliklinikalla. Yli puolet vastaajista ei tiennyt, onko heillä vieroitusyksikköä käytettävissä. Sekä yksilö- että ryhmäterapian on todettu olevan tehokasta tupakasta vieroituksessa (Stead ym. 2017; Lancaster – Stead 2018). STESO ry:n määrittämien tupakasta vieroituksen laatukriteerien (Krogerus ym. 2017) mukaan vieroitusta haluaville tulisi yksilö- ja ryhmäterapiaa olla tarjolla. Tällaisen toteutuminen vaatii yleensä kuitenkin koulutetut ammattilaiset, esimerkiksi vieroitushoitajat, ja organisoidun toimintamallin, useimmiten vieroitusyksikön. Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito Käypä hoito –suositus (2018) edellyttääkin tupakasta vieroitusyksikköä jokaiseen keskussairaalaan. Mikäli vieroitusta ei sairaalassa ole saatavilla, tulee potilas ohjata terveyskeskuksen vieroitushoitoon läheteellä (Krogerus ym. 2017).

Leikkauspotilaan tupakoimattomuuden edistäminen koettiin vastausten perusteella tärkeäksi. Tämä vastaa hyvin aiempia selvityksiä, joissa myös todettiin terveydenhuollon ammattilaisten asenteen vieroitustyöhön olevan myönteinen (Sandström – Leppänen – Simonen 2010). Kyselyn vastausten perusteella selkeää hoitopolkua potilaiden tupakasta vieroitukseen ei vastaajien yksiköissä ole. Vastaajat kaipaivat selkeää toimintamallia ja työnjakoa sekä erikoissairaanhoidossa että erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Epäselvyyttä on siitä, kuka antaa ja missä annetaan ohjausta ja ohjausmateriaalia. Yksiköillä ei ole nyt tietoa, mihin ohjata potilaat saamaan tarvitsemaansa apua tupakasta vieroituksessa, eikä heillä ole itsellään resursseja tai osaamista järjestää vieroitusta. Avoimissa vastauksissa mainittiin mm. tiedon puute eri kuntien tarjoamista palveluista. Vastaajat myös painottivat kirurgisen hoidon nopeatempoisuutta, ja selkeä toimintamalli perusterveydenhuollon kanssa olisikin tärkeää, jotta tupakasta vieroitus pystyttäisiin aloittamaan riittävän ajoissa ja myös järjestämään tupakoimattomuuden seuranta leikkaushoidon jälkeen. Hoitoketjun toimimattomuus, resurssipula ja työkalujen puute on todettu merkittäviksi esteiksi tupakasta vieroituksen tehokkaalle toteutukselle (Sandström ym. 2010).

Tähän kyselyyn vastanneista koulutusta tupakasta vieroituksen osaamisen vahvistamiseksi on järjestetty kahdessa yksikössä viimeisen vuoden aikana. Koulutuksen tiedetään auttavan terveydenhuollon ammattilaisia tunnistamaan tupakoitsijat. Koulutus myös

lisää todennäköisyyttä, että terveydenhuollon ammattilainen toteuttaa vieroitustoimenpiteitä, kuten antaa ohjausta, järjestää seurantaa, tarjoaa itsehoitomateriaalia ja asettaa tupakoinnin lopettamispäivämäärän yhdessä potilaan kanssa. Tämän on todettu lisäävän tupakoinnin lopettavien määrää. (Carson ym. 2012.) Elintapamuutosta tukevien ohjausmenetelmien tunteminen auttaa tupakasta vieroituksen toteuttamisessa (Luhta 2019). Vastausten perusteella osa yksiköistä ei koe tarvitsevansa koulutusta, koska heillä on oman arvion mukaan tietoa jo riittävästi. Moni vastaaja kuitenkin toivoi koulutusta tupakasta vieroituksen organisoinnista ja käytettävissä olevista palveluista sekä saatavilla olevasta kirjallisesta materiaalista. Epätietoisuus hoitomahdollisuuksista ja hoitosuosituksista voikin olla este tupakasta vieroitushoidon tarjoamiselle. Vastaavasti hyvin hoitosuositukset tuntevat ammattilaiset tarjoavat herkemmin käytännön tukea tupakoinnin lopettamiseen. (Keto ym. 2015; Kurko ym. 2009; Sandström ym. 2010.) Toimivan vieroitushoidon organisoimiseksi tarvitaan kuitenkin koulutuksen lisäksi myös hallinnollisia ohjeita, resursseja ja toimiva hoitopolku, jotta käytäntöjä voitaisiin muuttaa (Sandström ym. 2010).

6.2 Luotettavuus

Kvantitatiivinen tutkimus edellyttää teoriaa ja laajaa esiyymmärrystä tutkimusaiheesta (Kananen 2015). Tässä opinnäytetyössä tutkimusilmiöön on tutustuttu laajasti ja monipuolisesti etsimällä aiheesta kirjallisuuskatsauksen avulla jo olemassa olevaa tietoa. Tupakoinnin ja nikotiinin haitalliset vaikutukset leikkauspotilaan hoitotuloksiin ja riskeihin tunnetaan hyvin. Samoin tiedetään leikkausta edeltävän tupakoinnin vieroitushoidon vähentävän leikkauskomplikaatioita. Käypä Hoito-suosituksen näytönastekatsauksen (2018) mukaan tästä on A-tason näyttö perustuen Cochrane-katsaukseen. Erilaisista tupakoinnin vieroitusmenetelmistä, kuten motivoiva keskustelu, ryhmävieroitus, hoitajien antama ohjaus, mini-interventio lääkärin toteuttamana, nikotiinikorvaushoito, lääkehoito ja opasmateriaali, on Käypä Hoito-suositusten näytönaste-katsausten mukaan myös A-tason näyttö (Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito. Käypä hoito -suositus 2018).

Tutkimuksessa käytetyt käsitteet on muodostettu kirjallisuuden, Käypä hoito -suositusten ja Tupakoimatta leikkaukseen - mallin perusteella. Käsitteet on pyritty operationalisoimaan mitattavaan muotoon, joista on johdettu kyselylomakkeen kysymykset. Aineisto

kerättiin kyselylomakkeella, jolloin tutkija itse ei vaikuta vastaustuloksiin. Kyselylomake on itse laadittu yhteistyössä työelämäkumppanin kanssa. Lomake on kaikille vastaajille samanlainen ja kysymykset on pyritty laatimaan mahdollisimman yksiselitteisiksi, ettei vastaajalle jää tulkinnanvaraa. Kysymykset ovat pääosin strukturoituja, mutta lomakkeessa on myös avoimia kysymyksiä. Kyselylomake testattiin ennakkoon luotettavuuden lisäämiseksi. Kysely lähetettiin henkilöille, joilla on tietämys kyselyn aiheesta ja pätevyys vastata kysymyksiin. Tutkija ei kuitenkaan voi koskaan olla täysin varma, vastaavatko vastaajat todenmukaisesti.

Kysely toteutettiin sähköisesti verkkopohjaisen aineiston keruuhjelman avulla. Linkki kyselyyn lähetettiin sähköpostitse. Verkkokysely on vastaajalle helppo ja nopea, mutta usein vastausprosentti jää silti hyvin alhaiseksi (Kananen 2015). Vastausprosentti pyrittiin saamaan mahdollisimman hyväksi panostamalla ennakkoinformointiin, saateviestiin, viestin otsikkoon ja kyselyn pituuteen. Selkeällä saateviestillä ja ”kutsu”-sanon käyttämisellä otsikossa on todettu olevan vastausprosentin lisäävää vaikutusta (Kananen 2015). Kysely lähetettiin myös uudelleen ja vastausaikaa pidennettiin. Uskottavuuden ja luottamuksellisuuden lisäämiseksi kirjeissä olivat sekä HUS Perusterveydenhuollonyksikön että tutkijan yhteystiedot. Kysely pyrittiin luomaan lyhyeksi ja helpoksi vastata, ja tämä myös tuotiin ilmi saateviesteissä. Kaikista näistä toimenpiteistä huolimatta vastausprosentti jäi huomattavan alhaiseksi. Muutamalta vastaajalta saadun palautteen perusteella nykyaikana sähköpostien valtava määrä ja lukuisat kyselyt laskevat vastaajien osallistumisinnokkuutta.

Kysely lähetettiin kaikkiin HUS:n operatiivisiin yksikköihin, jotta saataisiin mahdollisimman kattava kuva leikkauspotilaiden tupakoimattomuutta edistävästä käytännöstä koko sairaanhoitopiirin alueella. Otokseksi valikoitui yksiköiden esimiehet, joilla on käsitys yksiköidensä toimintatavoista. Kyselyä ei lähetetty koko henkilökunnalle, koska ei oltu kiinnostuneita yksittäisten ammattihenkilöiden toteuttamista työskentelytavoista vaan nimenomaan yksiköiden toimintamalleista. Kyselyyn vastanneita on 12, joten kaikista tavoitelluista yksiköistä (n=33) ei saatu vastausta. Näin ollen otos ei kuvaa kaikkien HUS:n operatiivisten yksiköiden toimintakäytäntöjä. Ei voida myöskään olla varmoja, onko osa vastaajista samasta yksiköstä, joka vielä supistaisi edustettujen yksiköiden määrää. Vastauksissa mainittujen käytössä olevien potilastietojärjestelmien perusteella voidaan kuitenkin päätellä, että vastaajia on eri sairaaloista. Yksikön tai erikoisalnan kysyminen taustamuuttujana olisi antanut tiedon eri yksiköiden tai erikoisalojen toimintatavoista, mutta samalla lisännyt riskiä vastaajien tunnistamiseen. Tässä kyselyssä oleellista oli saada

yleiskäsitys HUS:n alueella vallalla olevista käytänteistä eikä niinkään yksittäisten yksiköiden toiminnan arviointi. Matalan vastausprosentin vuoksi käytänteistä ei kuitenkaan saada kattavaa kuvaa. On mahdoton tietää, edustavatko vastanneiden yksiköiden toimintatavat yleistä linjaa HUS:ssa. Vastanneiden yksiköiden toimintatavat ovat melko samansuuntaisia, joten on mahdollista, että molemmat ääripäät, tupakoimattomuutta erityäin aktiivisesti edistävät ja tupakoimattomuuteen vähän huomiota kiinnittävät yksiköt, eivät kenties osallistuneet.

7 Johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet

Tutkimuksen vastausaktiivisuuden ollessa pieni, on mahdotonta tehdä yleispäteviä johtopäätöksiä koskien koko Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin operatiivisia yksiköitä. Saatujen vastausten perusteella esitän kuitenkin seuraavat johtopäätökset:

1. Tupakoivat potilaat tunnistetaan hyvin, tupakoinnin haitat leikkauspotilaille tiedostetaan ja tupakoimattomuuden edistämistä pidetään tärkeänä.
2. Tupakointitiedot kirjataan melko säännöllisesti, mutta kirjaamiskäytännöt vaihtelevat yksiköittäin. Merkintäkäytännöt olisi hyvä yhdenmukaistaa tiedon kulun turvaamiseksi.
3. Potilaita kannustetaan lopettamaan tupakointi, mutta tupakasta vieroituksen tuki on suosituksiin nähden puutteellista. Kirjallisen ohjausmateriaalin ja lääkehoidon käyttöä tulisi lisätä.
4. Riittämättömät resurssit (mm. henkilökunnan koulutus, vieroitusohitajien vähyys ja vieroitusyksiköiden puute) ja selkeän tupakoimattomuuteen tähtäävän hoitopolun puuttuminen ovat suurimpina esteinä leikkauspotilaiden tupakoimattomuuden edistämässä.

Jatkossa olisi hyvä luoda selkeä hoitopolku tupakoimattomuuden edistämiseksi, jotta potilaat saisivat tarvitsemaansa tukea tupakasta vieroittumisessa. Tärkeää olisi selvittää, mitä tupakasta vieroituksen toimintoja on sairaanhoitopiirin alueella jo olemassa, ettei luoda päällekkäisiä toimintoja. Tärkeää olisi kartoittaa palvelut kuntatasolla, jotta potilaita

osattaisiin ohjata oikeisiin hoitopaikkoihin. Jatkossa tulisikin käydä keskustelua yhdessä perusterveydenhuollon kanssa siitä, miten tupakoivien vieroitushoito Helsingissä ja Uudellamaalla organisoidaisiin tehokkaasti. Mahdollisista uusista hoitopoluista tulisi tiedottaa alueellisesti sairaanhoitopiirin henkilökuntaa.

Lisäksi voisi olla mielenkiintoista selvittää leikkauspotilaiden kokemuksia saamastaan tuesta ja ohjauksesta tupakoimattomuuteen sekä potilaiden toiveita ja odotuksia vieroitukseen liittyen. Mikäli uusia tupakoimattomuuden edistämisen toimintamalleja otetaan yksiköissä käyttöön, tulisi niiden vaikutuksia myös seurata.

Lähteet

Absetz, P. & Hankonen, N. 2017. Miten auttaa potilaita omaksumaan ja ylläpitämään terveellisiä elämäntapoja? *Duodecim* 2017;133:1015–21. Tulostettu 11.12.2019. <http://hdl.handle.net/10138/232065>

Absetz, P. & Winell, K. 2017. Lopettamisen tukeminen. Teoksessa Heloma A, Kiianmaa K, Korhonen T & Winell K. (toim.). *Tupakka- ja Nikotiiniriippuvuus*. Kustannus Oy Duodecim 1. painos, 2017

Blomgren, K. 2019. Tupakatta leikkaukseen -hanke HUS-alueella /Kysely ylilääkäreille. Email kaisa.sotamaa@hus.fi 21.11.2019. Tulostettu 26.11.2019.

Boyle, R., Solber, L. & Fiore, M. 2014. Use of electronic health records to support smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014. Issue 12. Art. No.: CD008743. DOI: 10.1002/14651858.CD008743.pub3.

Carson, KV, Verbiest, MEA., Crone, MR., Brinn, MP., Esterman, AJ., Assendelft, WJJ., Smith, BJ. 2012. Training health professionals in smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 5. Art. No.: CD000214. DOI: 10.1002/14651858.CD000214.pub2.

Davies NM, Taylor AE, Taylor GM ym. 2020. Varenicline versus nicotine replacement therapy for long-term smoking cessation: an observational study using the Clinical Practice Research Datalink. *Health Technology Assessment* 2020;24(9):1–46. doi: 10.3310/hta24090

Gaskill, C., Kling, C., Varghese, T., Veenstra, D., Thirlby, R., Flum, D., Alfonso-Cristancho, R. 2017. Financial Benefit of a Smoking Cessation Program Prior to Elective Colorectal Surgery. *J Surg Res.* 2017 July ; 215: 183–189.

GBD 2015 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 2016;388:1659-1724.

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

Hartmann-Boyce, J., Hong, B., Livingstone-Banks, J., Wheat, H., Fanshawe, TR. 2019. Additional behavioural support as an adjunct to pharmacotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2019, Issue 6. Art. No.: CD009670. DOI:10.1002/14651858.CD009670.pub4.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. HUS hallitus 23.3.2020. Tilinpäätös ja toimintakertomus 2019. <https://husinvuosi.fi/wp-content/uploads/2020/05/tilinpaatos-ja-toimintakertomus-2019.pdf> Viitattu 6.10.2020.

Hirsjärvi, S., Remes, H. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. 16. painos. Helsinki. Tammi.

Hyvä Kierre. 2019. HUS Perusterveydenhuollon yksikkö. Hyvä Kierre-projekti 2019-2021. www.hyvakierre.fi Viitattu 07.11.2019.

Häkkinen, P. & Vuorio, S. 2019. Hoitoonpääsy erikoissairaanhoidossa 31.8.2019 -tilasto. THL. <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/ohjeet-tietojen-toimittamiseen/hoitoonpaasy-erikoissairaanhoidossa> Viitattu 9.12.2019.

Jääskeläinen, M. & Virtanen, S. 2019. Tilastoraportti 44/2018. Suomen virallinen tilasto, Tupakkatilasto. THL. 11.12.2019 <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019121046603> Tulostettu 12.12.2019.

Kananen J. 2015. Opinnäytetyön kirjoittajan opas. Näin kirjoitan opinnäytetyön tai pro gradun alusta loppuun. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 202. Liiketoiminta ja palvelut –yksikkö

Kankkunen, P., Vehviläinen-Julkunen, K. 2017. Tutkimus hoitotieteessä. 5.painos. Sanoma Pro Oy.

Keto, J., Jokelainen, J., Timonen, M., Linden, K & Ylisaukko-oja, T. 2015. Physicians discuss the risks of smoking with their patients, but seldom offer practical cessation support. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* (2015) 10:43 Tulostettu 11.12.2019. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186%2Fs13011-015-0039-9.pdf>

Kilpeläinen M, Sandström P & Vasankari T. Ryhmähoito tupakasta vieroituksessa. Teoksessa: Heloma A, Kiiänmaa K, Korhonen T & Winell K. (toim.). Tupakka- ja Nikotiiniiriippuvuus. Kustannus Oy Duodecim 1. painos, 2017

Kokki, H. & Porela-Tiihonen, S. 2017. Potilas pitää vieroittaa tupakasta ennen kirurgisia toimenpiteitä. *Duodecim* 2017;133:1257–63.

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

Kurko, T., Kentala, J. Mesiäislehto-Soukka, H. & Sandström, P. 2009. Terveydenhuollon ammattilaiset tupakasta vieroituksen tukena – Tutkimuskatsaus. Teoksessa: Patrick Sandström, Anu Leppänen, Olli Simonen (toim.). Tupakasta vieroituksen organisointi ja käytännöt. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:15 Tulostettu 2.9.2019. www.stm.fi /Julkaisut

Kyrö, A. 2017. Tupakoinnin vaikutus leikkauspotilaisiin, hoitomenetelmän valintaan ja hoitotuloksiin. Teoksessa Heloma, A., Kiiänmaa, K., Korhonen, T. ja Winell, K. (toim.) Tupakka- ja nikotiiniiriippuvuus. Kustannus Oy Duodecim 1. painos, 2017

Kyrö, A., Elomaa V-V. & Lehtinen, V. 2013. Ortopedisten ja traumatologisten potilaitten vieroittaminen tupakoinnista Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymässä. Suomen Ortopedia ja Traumatologia 2013;36(3), 250-254.

Lancaster, T., Stead, LF. 2017. Individual behavioural counselling for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 3. Art. No.: CD001292. DOI: 10.1002/14651858.CD001292.pub3.

Lawson, P & Flocke S. 2009. Teachable moments for health behavior change: a concept Analysis. Patient Educ Couns. 2009 July ; 76(1): 25–30.

Leikkausta edeltävä arviointi. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Anestesiologiyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014 (viitattu 11.12.2019). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

Liira, H. 2019. Tupakoimattomana leikkaukseen- toimintamalli. HUS Perusterveydenhuollon yksikkö. Hyvä kierre –projekti 2019-2021. Luento 23.4.2019.

Lindson N, Thompson TP, Ferrey A, Lambert JD & Aveyard P. 2019. Motivational interviewing for smoking cessation (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2019, Issue 7. Art. No.: CD006936. www.cochranelibrary.com

Livingstone-Banks, J., Ordóñez-Mena, JM., Hartmann-Boyce, J. 2019. Print-based self-help interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2019, Issue 1. Art. No.: CD001118. DOI: 10.1002/14651858.CD001118.pub4.

Luhta, Reetta-Maija. 2019. Suomen terveyttä edistävät sairaalat ja organisaatiot STESO ry:n alaisuudessa toimivan Savuton sairaala -verkoston itseauditoinnin yhteistulokset 2018. Luentodiat 8.1.2019. https://asiakas.kotisivukone.com/files/stesotesti.kotisivukone.com/Savuton_sairaala_auditointi_2019.pdf Luettu 16.5.2019.

Mills E, Eyawo O, Lockhart I ym. Smoking cessation reduces postoperative complications: a systematic review and meta-analysis. Am J Med 2011;124:144-154. Tulostettu 12.12.2019. [https://www.amjmed.com/article/S0002-9343\(10\)00906-X/pdf](https://www.amjmed.com/article/S0002-9343(10)00906-X/pdf)

Murto J, Kaikkonen R, Pentala-Nikulainen O, Koskela T, Virtala E, Härkänen T, Koskeniemi T, Jussmäki T, Vartiainen E & Koskinen S. Aikuisten terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimus ATH:n perustulokset 2010-2017. www.thl.fi/ath Viitattu 9.11.2019.

Musallam KM, Rosendaal FR, Zaatari G ym. 2013. Smoking and the Risk of Mortality and Vascular and Respiratory Events in Patients Undergoing Major Surgery. JAMA Surg 2013;148:755–62.

Patja, K. 2016. Tupakka ja sairaudet. Duodecim. 5.12.2016. <http://www.terveyskirjasto.fi> Viitattu 9.12.2019.

Prestwich, A., Moore, S., Kotze, A., Budworth, L., Lawton, R. & Kellar, I. 2017. How Can Smoking Cessation Be Induced Before Surgery? A Systematic Review and Meta-

Analysis of Behavior Change Techniques and Other Intervention Characteristics. *Frontiers in Psychology*. 2017;8:915 www.frontiersin.org

Rice V., Heath, L., Livingstone-Banks, J., Hartmann-Boyce, J. 2017. Nursing intervention for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 12. Art. No.: CD001188. DOI: 10.1002/14651858.CD001188.pub5.

Rouhos, A. 2015. Lisää tehoa tupakasta vieroitukseen. *Yleislääkäri* 8/2015, vsk30, 19-22. Tulostettu 5.12.2019. <https://www.lukusali.fi/?p=Suo-men%20yleisl%C3%A4%C3%A4k%C3%A4rit%20GPF%20ry&i=15b0ee0e-a7d1-11e5-a700-00155d64030a>

Ruokolainen O. & Ollila H. 2019. WHO:n tavoite tupakkatuotteiden käytön vähenemisestä voidaan saavuttaa, kansallista tavoitetta ei nykykehityksellä saavuteta. *Tutkimuksesta tiiviisti* 33, 2019. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. <http://www.julkari.fi/handle/10024/138512>

Sandström, P., Leppänen, A., Simonen, O. (toim.). 2010. Tupakasta vieroituksen organisointi ja käytännöt. *Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:15*. Yliopistopaino, Helsinki 2010.

Shi, Y. & Warner, D. 2010. Surgery as a Teachable Moment for Smoking Cessation. *Anesthesiology* 2010; 112:102–7.

Sjöholm, M. 2019. Sairaaloiden ja sairaanhoitopiirien tammi-joulukuu 2018. Yhteenve-toa kysynnästä, tuotannosta ja taloudesta Kuntaliitto 31.3.2019. Tulostettu 12.12.2019. <file:///C:/Users/100041363/Downloads/Sairaaloiden%20ja%20sairaanhoitopiirien%20tammi-joulukuu%202018.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2018. Tupakka- ja nikotiinipolitiikan kehittäminen. Työryh-män toimenpide-ehdotukset. *Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 21/2018*. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3934-9>

Sotkanet.fi. 2020. Päivittäin tupakoivien osuus Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä 2018. Sotkanetin tulostaulukko. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Ilmaisee päivittäin tupakoivien osuuden (%) 20-64-vuotiaissa ja 65 vuotta täyttäneissä. Viitattu 8.12.2020. Saatavilla: Tulostaulukko - Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi

Stead, L., Buitrago, D., Preciado, N., Sanchez, G., Hartmann-Boyce, J., Lancaster, T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 5. Art. No.: CD000165. DOI: 10.1002/14651858.CD000165.pub4.

Stead LF, Carroll AJ & Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;3:CD001007

Stead LF, Koilpillai P, Fanshawe TR, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 3. Art. No.: CD008286. DOI: 10.1002/14651858.CD008286.pub3.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL; Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri; Kuusiokuntien terveystyöntekijäryhmä. 2016. Tupakoimatta leikkaukseen : tupakoinnista vieroittaminen kirurgiassa. Tulostettu 20.8.2019. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201602176290>

Tonnesen, H., Lauridsen, S. 2017. Patient insight - perioperative smoking and alcohol cessation intervention? *Clin Health Promot* 2017; 7:18-21

Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2018 viitattu 09.09.2019. www.kaypahoito.fi

Tupakkalaki 549/2016. Sosiaali- ja terveysministeriö. Voimaantullut 15.8.2016. Saatavilla <http://www.finlex.fi>

Turan A, Mascha EJ, Roberman D, Turner, P., You, J., Kurz, A., Sessler, D. & Saager, L. 2011. Smoking and perioperative outcomes. *Anesthesiology* 2011;114:837–46.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2019. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 3/2019.

Vikatmaa, L., Hersio, K., Olkkola, K. 2017. Tupakkavalistus on olennainen osa leikkauksen valmistelua. Pääkirjoitus. *Lääkärilehti* 5/2017 vsk 72, s. 255.

Vähäkangas, K. 2017. Nikotiinin vaikutukset. Teoksessa Heloma, A., Kiiänmaa, K., Korhonen, T. ja Winell, K. (toim.) Tupakka- ja nikotiiniriippuvuus. Kustannus Oy Duodecim 1. painos, 2017

Vähänen, M. 2015. Tupakoinnin yhteiskunnalliset kustannukset ja niiden arviointimenetelmät. Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy 2015.

Winell, K., Heloma, A., Korhonen, T. & Kiiänmaa, K. 2017. Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden hoidon merkitys ja mahdollisuudet. Teoksessa Heloma, A., Kiiänmaa, K., Korhonen, T. ja Winell, K. (toim.) Tupakka- ja nikotiiniriippuvuus. Kustannus Oy Duodecim 1. painos, 2017

Wong J, Lam DP, Abrishami A, Chan MT & Chung F. 2012. Short term preoperative smoking cessation and postoperative complications: a systematic review and meta-analysis. *Can J Anaesth* 2012;59:268-79.

Kyselylomake

Ohje: Vastaa kysymyksiin oman näkemyksesi mukaan koskien **työyksikkönne** käytäntöjä.

1. Asemasi organisaatiossa
Lääkäri / hoitaja
2. Onko yksikössäsi käytössä tupakoivien leikkausta tarvitsevien potilaiden tupakoimattomuutta edistävää toimintamallia?
Kyllä / Ei / Ei tietoa
Jos kyllä → mikä?
3. Onko yksikössäsi nimettyä vieroitushoitajaa?
Kyllä / Ei / Ei tietoa
4. Onko yksiköllänne mahdollisuus käyttää tupakasta vieroituksen yksikköä?
Kyllä / Ei / Ei tietoa
Jos kyllä → mihin ohjataan?
Jos ei → miksi?
5. Kysytäänkö yksikössäsi potilaalta tupakoinnista?
Usein, joskus, ei koskaan, ei tietoa
6. Keskustellaanko yksikössäsi potilaan kanssa tupakoinnin vaikutuksista leikkaukseen ja leikkaustulokseen?
Usein, joskus, ei koskaan, ei tietoa
7. Kannustetaanko yksikössäsi potilasta lopettamaan tupakointi ennen leikkausta?
Usein, joskus, ei koskaan, ei tietoa
8. Annetaanko yksikössäsi potilaalle kirjallista ohjausmateriaalia tupakoinnin lopettamisen tueksi?
Usein, joskus, ei koskaan, ei tietoa
9. Tarjotaanko yksikössäsi potilaalle lääkehoitoa tupakoinnin lopettamisen tueksi?
Usein, joskus, ei koskaan, ei tietoa
10. Kirjataan yksikössäsi potilaan tupakointitiedot käynnin yhteydessä?
Usein, joskus, ei koskaan, ei tietoa
- Mihin kirjataan?
11. Siirretäänkö tai perutaanko yksikössäsi elektiivisiä leikkauksia potilaan tupakoinnin vuoksi?
Usein, joskus, ei koskaan, ei tietoa
12. Onko yksikössäsi järjestetty henkilökunnalle koulutusta tupakasta vieroituksen osamisen vahvistamiseksi viimeisen vuoden aikana?
Kyllä / Ei / Ei tietoa

13. Kuinka tärkeäksi koet tupakkavieroituksen leikkaustulosten kannalta omassa yksikössä?
ei yhtään tärkeää 1 – 2 – 3 – 4 – 5 erittäin tärkeää
14. Minkälaista koulutusta näet työyksikkönne tarvitsevan henkilökunnan tupakasta vieroituksen osaamisen vahvistamiseksi?
15. Mitä muuta haluat kertoa tupakasta vieroitustoiminnasta yksikössä?

Ennakkokirje

Hyvä hoitotyön esimies / Hyvä kollega,

Olemme kartoittamassa Helsingin ja Uudenmaan (HUS) alueen operatiivisten yksiköiden käytänteitä leikkauspotilaiden tupakoimattomuuden edistämässä. Tupakoinnin tiedetään lisäävän merkittävästi kuolleisuutta, sairastavuutta ja terveydenhuollon kustannuksia. Tupakoinnin aiheuttamien sairauksien lisäksi tupakointi heikentää myös hoitotuloksia. Leikkauspotilailla tupakointi lisää mm. keuhkokomplikaatioiden ja haavainfektioiden riskiä, kuolleisuutta ja riskiä joutua tehohoitoon. Aktiivisella tupakoinnista vieroituksella komplikaatoriskejä voidaan vähentää.

Tavoitteena on tutkimuksen avulla edistää Tupakoimattomana Leikkaukseen (TupLei)-toimintamallin kehittämistä ja vakiinnuttamista HUS:ssa osana HUS Hyvä Kierre-projektia vuosina 2019-2021 (www.hyvakierre.fi). Tutkimuksen tuloksia voidaan käyttää myös apuna suunniteltaessa terveydenhuoltoalan ammattilaisten tupakoimattomuuden edistämistyötä tukevaa toimintaa ja koulutusta.

Kartoitus toteutetaan kyselytutkimuksena ja kyselyn vastaukset analysoidaan osana Metropolian YAMK opinnäytetyötä. Tutkimukselle on myönnetty tutkimuslupa 13.8.2020.

Tulette saamaan lähiaikoina sähköpostiinne kutsun tutkimukseen. Sähköpostissa on linkki kyselyyn. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista ja se toteutetaan täysin anonymisti. Kysely koskee työyksikkönne käytäntöjä. Aikaa kyselyn täyttämiseen menee noin 5 minuuttia. Kysely lähetetään operatiivisten yksiköiden linjaohjajille ja ajanvarauspoliklinikoiden ylilääkäreille, vastuulääkäreille, osastonhoitajille ja apulaisosastonhoitajille. Mikäli et kuulu tähän ryhmään, olisimme kiitollisia, jos ilmoittaisit meille asiasta ja voisimme ohjata kyselyn oikealle henkilölle.

Jokainen vastaus on tärkeä ja toivomme saavamme teiltä vastauksen kyselyyn.

Lisätietoja:

Ylilääkäri Helena Liira

HUS Perusterveydenhuollon yksikkö, Hyvä Kierre-projekti

Anna Mannerkoski

Terveyden edistämisen YAMK tutkinto, Metropolia ammattikorkeakoulu.

Ystävällisin terveisin,

Helena Liira

Terveyden edistämisen ylilääkäri, LT, dos.

HUS, Yhtymähallinto, Perusterveydenhuollon yksikkö

PL 705, 00029 HUS | Tukholmankatu 8 B, Helsinki

www.hus.fi

Saatekirje

Kutsu Tupakoimattomuuden edistämiskäytännöt leikkauspotilailla -kyselyyn

Arvoisa vastaanottaja,

Kutsumme Teidät vastaamaan alla olevaan kyselyyn. Kyselyn tarkoituksena on kartoittaa Helsingin ja Uudenmaan (HUS) alueen operatiivisten yksiköiden käytänteitä leikkauspotilaiden tupakoimattomuuden edistämiseksi. Kyselytutkimuksen avulla pyritään edistämään Tupakoimattomana Leikkaukseen (TupLei)-toimintamallin kehittämistä ja vakiinnuttamista osana HUS Hyvä Kierre-projektia vuosina 2019-2021 (www.hyvakierre.fi) sekä suunnitella terveydenhuoltoalan ammattilaisten tupakoimattomuuden edistämistyötä tukevaa toimintaa ja koulutusta.

Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista ja se toteutetaan anonyymisti. Kysely toteutetaan sähköisesti (linkki alla), suojattua yhteyttä käyttäen siten, että Sinua ei voida tunnistaa vastauksestasi. Suojattua yhteyttä käyttäen annettavat vastaukset ovat täysin anonyymeja eikä vastaamisen yhteydessä kerätä vastaajan IP- tai sähköpostiosoitetta. Vastaamalla kyselyyn annat suostumaksesi lähetettyjen tietojen käyttöön osana opinnäytetyön tutkimusaineistoa. Mikäli lähetät vastauksesi, ei niiden poistaminen tutkimusaineistosta ole enää mahdollista, koska tutkittavista ei kerätä identifioivia tietoja eikä vastaajien IP-osoitteita tallenneta. Voit kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen ilman, että siitä aiheutuu negatiivisia seuraamuksia.

Kysymyksiä on 16 kpl. Aikaa vastaamiseen menee n. 5 minuuttia. Pyydämme vastaamaan kyselyyn oman näkemyksenne mukaan koskien työyksikkönnne käytäntöjä. Kyselyn vastaukset analysoidaan osana Metropolian YAMK opinnäytetyötä. Tutkimuksen aineisto säilytetään ja häviötetään asianmukaisesti.

Tutkimusluvan on myöntänyt tutkimusjohtaja Anne Pitkäranta 13.8.2020.

Lisätietoja:

Anna Mannnerkoski
Terveyden edistämisen YAMK tutkinto, Metropolia ammattikorkeakoulu.

Ylilääkäri Helena Liira
HUS Perusterveydenhuollon yksikkö, Hyvä Kierre-projekti

Linkki kyselyyn.

Ystävällisin terveisin,

Anna Mannnerkoski ja Helena Liira