

Saana Eskelinen, Maija Niemi, Solja Niemelä ja Tuula Vasankari

## Mielenterveys- ja päihdepotilaiden tupakoinnin lopettamisen tukeminen

Tupakointi on vakavia mielenterveyden häiriöitä sairastavien potilaiden huomattavasti lisääntyneen somaattisen sairastavuuden ja kuolleisuuden kannalta merkittävin yksittäinen riskitekijä. Siksi tupakointi on hyvä ottaa puheeksi, ja kaikille tupakoiville mielenterveys- ja päihdepotilaille tulisi tarjota tukea lopettamiseen. Psykiatriassa vallinnut tupakointikulttuuri muuttuu: tupakoinnin mahdollistamisesta siirrytään tukemaan tupakasta vieroittautumista osana psykiatrista hoitoa. Ajattelu- ja toimintatapojen muutos vaatii organisaatioiden johdon tukea, toimintaedellytyksiä vieroitustyöhön, koulutusta sekä työntekijöiden näkökulman huomiointia. Suosittelemme moniammatillista savuttomuusvastuuhenkilöiden verkostoa sekä kokemusasiantuntijoiden mukaanottoa potilaiden tupakkavieroituksen tueksi. Terveyden- ja sosiaalihuollon yksiköiden tulisi Suomessakin suojata psykiatrisia potilaita sekä henkilökuntaa altistumasta tupakoinnille.

**P**sykiatrisen osaston potilasasiakirjamerkinnät tupakoinnista ovat keskittyneet pääasiassa tupakoiden riittävyteen tai järjestyshäiriöihin: ”äiti tuonut tupakkaa”, ”potilas pummaa tupakkaa poliklinikan aulassa”, ”tupakkaparvekkeella tullut riitaa”, ”rahat loppu ja tupakat loppu”. Tupakoinnin lopettamiskehotuksia on löytynyt kirjauksista vähemmän.

Tupakka- ja nikotiiniriippuvuus on tupakoinnin aiheuttama fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen riippuvuuden muodostama oireyhtymä, joka luokitellaan krooniseksi sairaudeksi (1). Tupakoitsijan lisäksi hänen lähiympäristönsäkin voi altistua passiivisesti tupakansavun haitallisille vaikutuksille. Espanjalaistutkimuksessa psykiatrisilla sairaalaosastoilla todettiin peräti 79 %:n henkilökunnasta ja potilaista altistuvan tupakansavulle (2).

### Tupakoinnin syyt ja seuraukset

Heikko koulutustaso, vähävaraisuus, syrjäytyminen, vertaisten esimerkki ja tupakointia suosivat ympäristöt altistavat mielenterveyspotilaat ja päihdeongelmaiset tupakoinnin

aloittamiselle (3). Mielenterveyspotilaiden 2–3-kertaiseksi suurentunut kuolleisuus johtuu suurelta osin tupakkasairauksista (4,5). He sairastavat muuta väestöä useammin erityisesti sydän- ja verisuonitauteja sekä suun ja keuhkojen sairauksia, joiden merkittävä riskitekijä tupakointi on (6).

Tupakointi haittaa esimerkiksi keuhkosairauksien ja syövän hoitoa sekä saattaa komplikaatioriskin suurenemisen takia vaikeuttaa potilaan pääsyä leikkaushoitoon (Tupakoimatomana leikkaukseen -toimintamalli). Tupakanpolton suorat vaikutukset elimistöön ja lääkeaineiden aineenvaihduntaan haittaavat useiden psykiatristen ja somaattisten lääkkehoidojen tehokasta ja turvallista käyttöä (7). Mielenterveys- ja päihdepotilaille tulee erityisen aktiivisesti tarjota apua tupakasta vieroitukseen (4,5,8).

Yhteydet tupakoinnin ja mielenterveyden häiriöiden välillä ovat monimutkaisia. Mielenterveyshäiriö voi lisätä tupakointiriskiä, mutta tupakointi saattaa myös lisätä mielenterveyshäiriöön sairastumisen todennäköisyyttä, esimerkiksi ahdistuneisuushäiriöihin kuten

paniikkihäiriöön sairastumisen riskiä (9). Nuoruusiän tupakointi saattaa liittyä suurempaan riskiin sairastua psykoosiin (10). Äidin raskaudenaikaisen tupakoinnin on myös havaittu liittyvän jälkeläisen suurentuneeseen skitsofreniariskiin riippumatta vanhempien mielenterveyshäiriöistä tai sosioekonomisesta taustasta (11). Perimän merkitys sekä tupakoinnin että mielenterveyden häiriöiden etiologiassa on kuitenkin merkittävä ja todennäköisesti selittää huomattavan osan näistä yhteyksistä (12).

Nikotiini vapauttaa aivoissa dopamiinia muiden riippuvuuksille altistavien aineiden ja toimintojen tavoin. Niin sanotun itselääkintähypoteesin mukaisesti mielenterveyden häiriöitä sairastavat tupakoivat lisätäkseen aivojen dopamiinineritystä, jotta erityisesti skitsofrenian kognitiiviset ja negatiiviset oireet sekä ensimmäisen polven psykoosilääkkeille tyypilliset liikehäiriöt helpottaisivat (5).

Itselääkintähypoteesi on vahvasti kyseenalaistettu. Tupakkateollisuuden on havaittu rahoittaneen tätä selitysmallia tukeneita tutkimuksia, ja psykoosioireiden on havaittu pikemminkin lisääntyvän tupakoinnin aloittamisen jälkeen sekä tupakoinnin lopettamisen liittyvän skitsofreniapotilaiden kognitiivisten oireiden vähenemiseen (13–16). Seurantatutkimuksissa tupakoinnin lopettamisen on todettu olevan yhteydessä psyykkisesti terveiden ja psykiatrisen diagnoosin saaneiden masennuksen, ahdistuksen ja koetun stressin vähenemiseen (17).

Tupakkatuotteet ja tupakkasairauksien lääkekustannukset muodostavat merkittävän kuluerän. Vuositasolla askin verran päivässä tupakointi maksoi vuonna 2019 lähes 2 800 euroa. Tupakoivien asunnonsaanti on aiempaa hankalampaa. Esimerkiksi Helsingin kaupunki on kieltänyt sisätupakoinnin uusilta vuokralaisiltaan eikä salli tupakointia lainkaan uusien ja peruskorjattujen vuokra-asuntokohteidensa sisätiloissa, parvekkeilla ja piha-alueilla.

## Halua ja kykyä tupakoinnin lopettamiseen löytyy

Suomalaisista tupakoi vuonna 2017 harvempi kuin yksi kahdeksasta ja tupakoivista suurin osa halusi lopettaa (8). Mielenterveys- ja päih-

depotilaiden tupakointi on muuhun väestöön verrattuna moninkertaista, sillä esimerkiksi masennusta sairastavista 40 %:n ja päihderiippuvuuksia sairastavista 80 %:n on arvioitu tupakoivan (5).

Psykiatriset potilaat haluavat lopettaa tupakoinnin keskimäärin yhtä usein kuin muikin väestö. Vuonna 2017 Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä 645 psykiatriselle avohoitaja sairaalapotilaille tehdyssä kyselyssä 33 % tupakoi, tupakoivista 66 % ilmoitti haluavansa lopettaa tupakoinnin ja 79 % yrittäneensä sitä (Reetta-Maija Luhta, henkilökohtainen tiedonanto). Skitsofreniaa sairastavien avohoitopotilaiden fyysistä terveyttä vuosina 2009–2013 kartoittaneessa MESTA-tutkimuksessa puolestaan 275 potilaasta 38 % tupakoi ja kolmannes oli onnistunut lopettamaan (6).

Päihderiippuvuuksiin, kuten alkoholi-, kanabis- ja opioidiriippuvuuteen, liittyy usein samanaikainen tupakka- ja nikotiiniriippuvuus (8,18). Päihdehoidossa tupakointiin ei välttämättä puututa, koska muut päihteet nähdään tupakointia vakavampina terveyshaittoina. Tupakointi vaarantaa myös päihdepotilaiden terveyden ja voi pahentaa heidän sosioekonomisia ongelmiaan. Tupakkariippuvuuden hoitoa tulisi tarjota osana päihdevieroitusta, sillä se on mahdollista, ei vaikeuta päihdevieroituksen onnistumista ja saattaa jopa parantaa päihdehoidon ennustetta (8).

Euroopan psykiatriyhdistys painottaa tupakkavieroituksen tarjoamista osana psykiatrista hoitoa (5). Mielenterveys- ja päihdepotilaiden tupakkavieroitukseen suositellaan psykologista tukea ja vieroitusvalmisteita (4,5,8). Vieroituksessa on tärkeää huomioida psykoosisairauksien yhteydessä yleiset kognitio-ongelmat, vähävaraisuus, tupakoinnin vaikutus lääkehoitoihin, tupakoinnille altistavat psykiatriset sairaalaympäristöt ja mahdollisesti aiemmin saatu viesti tupakoinnin hyödyistä (19). Erityisesti skitsofreniapotilaiden hoitosuhteet psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa ovat usein pitkäaikaisia. Tämän ja potilasryhmän erityishaasteiden ymmärtämisen takia tupakasta vieroitusta tulisi tarjota perusterveydenhuollon, järjestöjen ja vertaisohjauksen lisäksi psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa.

Valtakunnallisessa Mielen-terveys- ja päihdeongelmista kärsivien tupakoinnin lopettamisen tukemisen (MITU) -hankkeessa koulutettiin vuosina 2017–2018 henkilöstöä ottamaan tupakointi puheeksi ja tarjoamaan systemaattista tupakkavieroitusta. Hankkeessa laadittiin Mielen-terveystalon ammattilaisosioon verkkokurssi työn tueksi. Tupakkavieroitustyötä tehostettiin yhdessätoista sairaanhoitopiirissä kehittämällä kirjaamiskäytäntöjä ja palveluketjuja. Lisäksi psykiatrian erikoisalalle perustettiin moniammatilliset savuttomuus-työryhmät koordinoimaan savuttomuustyötä. Tärkeä osa MITU-hanketta oli vertaistojien eli ”savuttomuuskoutsien” kouluttaminen. Hankkeen hyvät käytännöt on koottu työkalupakiksi, joka sijaitsee Filha ry:n verkkosivuilla (20).

## Potilasohjaus

Kaikkien potilastyötä tekevien työhön kuuluu tupakoinnin puheeksi ottaminen ja motivointi vieroittautumiseen, pystyvyyden tunnetta tukeva savuttomuusohjaus sekä ymmärrys nikotiinikorvaushoidon periaatteista ja vieroituslääkkeisiin liittyvistä mahdollisista haitoista. Erityisesti lääkäreiden tulee hallita tupakkavieroituslääkkeiden käyttö.

Psykiatrisen hoitajan rooli tupakoinnin lopettamisen tukemisessa on keskeinen. Tupakointi otetaan puheeksi kerran vuodessa tai jokaisen hoitojakson aikana. Työntekijä valitsee sopivan hetken puheeksi ottamiselle ja potilas tupakoinnin lopettamiselle. Potilas voi pystyä lopettamaan tupakoinnin ilman tukihoitojaksin.

## Kysely tupakointitavoista

Nimi: \_\_\_\_\_ Pvm: \_\_\_\_\_

### Tupakointihistoria

Aloitusikä \_\_\_\_\_  
Tupakointivuodet \_\_\_\_\_  
Olen lopettanut, milloin? \_\_\_\_\_

### Haluaisitko lopettaa tupakoinnin?

Kyllä  Ehkä  En

### Saatko läheisiltäsi tukea tupakoinnin lopettamiseen?

Kyllä  Ehkä  En

### Nikotiiniriippuvuudesta (heaviness of smoking index) tupakoiville

#### 1. Kuinka pian (minuuteissa) herätyksi poltat ensimmäisen savukkeen?

alle 6 min.  3 p.  
6–30 min.  2 p.  
31–60 min.  1 p.  
yli 60 min.  0 p.

#### 2. Kuinka monta savuketta poltat päivittäin?

10 tai vähemmän  0 p.  
11–20 kpl  1 p.  
21–30 kpl  2 p.  
yli 30 kpl  3 p.

### Laske oma pistemääräsi:

0 – 1 pistettä = vähäinen nikotiiniriippuvuus  
2 pistettä = kohtalainen nikotiiniriippuvuus  
3 pistettä = vahva nikotiiniriippuvuus  
4 – 6 pistettä = erittäin vahva nikotiiniriippuvuus

### Nikotiinikorvaushoitosuositus nikotiiniriippuvuustestin mukaan

#### 1–2 pistettä

Valitse **yksi** tuote listasta ja käytä sitä 3–6 kuukauden ajan.

Valmistemuoto	Vahvuus	Kuinka usein otetaan?	Montako päivässä?
Purukumi (lyhytvaikutteinen)	2 mg (tarv. 4 mg yhdistelmähoitossa)	1 purukumi 1–2 t välein	8–12 kpl
Suusumute (lyhytvaikutteinen)	1 mg	1 annos (30 min – 1 t välein)	12–24 annosta
Kielenalus- tai imeskelytabletti (lyhytvaikutteinen)	1 tai 2 mg	1 tabletti 1–2 t välein	8–12 kpl
Inhalaattori (lyhytvaikutteinen)	10 mg kapseli (riittää 20 min käyttöön)	Esim. 10 min kerrallaan tunnin välein	4–6 kapselia
Laastari (pitkävaikutteinen)	14 mg/24 t * 2 kk 7 mg/24 t ** 1–4 kk	Kerran päivässä	1 laastari

\* vaihtoehto 15 mg/16 t

\*\* vaihtoehto 10 mg/16 t

#### 3–6 pistettä

Yhdistelmähoito:

**Laastari + yksi lyhytvaikutteinen tuote** yllä olevasta listasta 2–3 kk. Tämän jälkeen vähennä ja harvenna annoksia 1–3 kk ajan. Laastari kannattaa lopettaa viimeisenä.

Laastari (pitkävaikutteinen)	21 mg/24 t *	1 laastari päivässä	2–3 kk ajan vahvin laastari =1–2 kk 14 mg/24 t** laastari =1–2 kk 7 mg/24 t*** laastari
---------------------------------	--------------	---------------------	---

\* vaihtoehto 25 mg/16 t

\*\* vaihtoehto 15 mg/16 t

\*\*\* vaihtoehto 10 mg/16 t

On tärkeää opetella pakkausohjeista tai erillisestä oppaasta korvaustuotteiden käyttötekniikka. Ohjeita noudattamalla saat valmisteista parhaan tehon irti ja vältät mahdolliset haitat (esim. närästys, hikka).

**HUOMI!** Mikäli käytät kotsapiinia (Leponex, Clozapine, Froidir), kerro lääkehoidosta vastaavalle lääkärillesi tai psykiatriselle hoitajallesi tupakoinnin lopettamisesta. Lääkeaineipitoisuus on tarpeen tarkastaa 2–4 viikkoa tupakoinnin lopettamisen jälkeen.

## KUVA 1. Tupakointikysely.

**TAULUKKO 1.** Tupakoinnin puheeksi ottaminen ja tupakasta vieroitus psykiatrisessa potilastyössä.

### Kysy tupakoinnista

Tupakointistatus selvitetään kerran jokaisen hoitajakson aikana, vähintään vuosittain.

Potilas täyttää kyselylomakkeen tupakointitavoista<sup>1</sup>.

Tupakointistatus kirjataan potilastietoihin.

Tupakointi huomioidaan hoitosuunnitelmassa (jos hoitaja selvittää, lääkärille tieto).

### Kerro lopettamisen hyödyistä

Annetaan yksilöllisesti kohdennettua tietoa tupakoinnin lopettamisen tärkeydestä potilaan tilanteessa (muun muassa terveyshuoli, rahan säästyminen, vapautuminen riippuvuudesta).

### Arvioi halukkuus lopettaa

Kyselykaavakkeen<sup>1</sup> motivaatiokysymys

Myönteinen motivoivan haastattelun henki ja pystyvyyden tunteen vahvistaminen tärkeää keskustelussa

Lopettamishalukkuudesta riippumatta suositellaan tupakoinnin lopettamista.

Sovitaan, että palataan asiaan potilaan aloitteesta tai viimeistään vuoden kuluttua, mikäli lopettaminen ei ole ajankohtaista nyt.

### Avusta lopettamisessa

Potilas määrittelee tupakoinnin lopettamisen oikea-aikaisuuden.

Selkeä lopettamissuunnitelma tai kehoitus lopettaa heti sopivana hetkenä

Nikotiinikorvaushoitotuotteet<sup>2</sup>

Varenikliini, bupropioni<sup>3</sup>

Psykososiaalinen tuki: hoitosuhdetyöskentely, ryhmähoito, yksilötuki, vertaistuki

www.stumpi.fi, mobiilisovellukset

Kaikki eivät tarvitse tai halua tukihoidoja.

Osastolla tärkeää varmistaa hoitoon sitoutuminen

### Järjestä seuranta

Toteutuuko tuki?

Onko vointi muuttunut?

Onko tullut lipsahduksia tai retkahduksia?

Vähennetään nikotiinikorvausannoksia osastolla.

Klotsapiinin käytön yhteydessä lääkkeen pitoisuuden seuranta 2–4 viikon kuluttua tupakoinnin lopettamisesta

Kirjaukset seurannasta sairauskertomukseen

<sup>1</sup> Kyselykaavakkeessa mm. Heaviness of smoking -indeksi, motivaatiokysymys. Saatavana osana Mielenterveystalon verkkokurssia.

<sup>2</sup> Hoitaja voi ohjata käyttöä avohoidossa, sairaalassa merkitään lääkemääräyksiin.

<sup>3</sup> Käyttö vaatii lääkärin arvion ja reseptin.

**Keskustelu.** Ensimmäinen askel on kysyä tupakoinnista ja määrittää tupakoivien nikotiiniriippuvuuden vaikeus Heaviness of smo-

king -indeksin avulla (**KUVA 1**). Käyvän hoidon suositteleman SA-mallin mukainen interventio psykiatriselle ja päihdepotilaalle esitetään **TAULUKOSSA 1** (8). Potilaalle kerrotaan, miten tupakoinnin lopettamisen arvioidaan hyödyttävän häntä (esimerkiksi rahan säästyminen, yskän helpottuminen). Tupakoinnin lopettamishalua tuetaan motivoivan haastattelun hengessä heittäväällä muutospuhetta.

Potilaan omaehtoinen motivaatio on muutoksen avain, ja siksi sitä on tärkeää vaalia myönteisessä yhteistyöilmapiirissä (21). Keskkustelun tukena voidaan käyttää tukimateriaaleja, muun muassa tupakoinnin hyöty-haittanalyysia ja tupakointipäiväkirjaa. Potilaan aiemmat lopettamisyritykset, pelot ja ennakkokäsitykset kannattaa käydä läpi ja antaa hänelle tietoa, tukea sekä konkreettisia keinoja savuttomuuden saavuttamiseen.

Tupakoinnin lopettamishalukkuudesta riippumatta lopettamista suositellaan potilaille aina. Vaikka lopettaminen ei olisi keskusteluhetkellä ajankohtaista, motivaatio siihen voi ilmaantua myöhemmin. Elintapamuutosten tukemisessa aiemmin käytetty muutosvaihemalli ei ole universaali vakavia psykiatrisia häiriöitä sairastavienkaan osalta, ja tupakoinnin lopettamispäätös voi syntyä ilman pitkäaikaista psykologista muutostyöskentelyä (19).

Paikallisia mahdollisuuksia yksilö- ja ryhmävieroitukseen, vertaistukeen sekä ilmaiseen verkkotukeen on hyvä käyttää aktiivisesti (22). Mielenterveyshäiriöitä sairastaville on alettu kehittää verkkopohjaisia savuttomuusinterventioita, joista on saatu lupaavia tuloksia (23). Käytettävyyden kannalta sisältö ja ulkoasu on suunniteltava kohderyhmän tarpeet huomioon (23). Kotimaisen tupakkavieroitusnetite-rapian kehittäminen olisi tarpeen.

Psykiatrisissa sairaaloissa hoitoajat ovat oikeus- ja kuntoutuspsykiatrisia yksiköitä lukuun ottamatta usein lyhyitä eivätkä mahdollista pitkällistä savuttomuustukea. Tuki on hyvä suunnitella jatkumaan sairaalahoidon jälkeen, mikäli potilas tätä toivoo. Etenkin klotsapiinia käyttäviä potilaita on muistutettava seurannasta. Lääkeaineenvaihdunnan mahdollisen hidastumisen takia pitoisuus voi suurentua haitalliseksi, joten suosittelemme klotsapiinipitoisuuden

**TAULUKKO 2.** Tupakkavieroitusvalmisteiden käytössä huomioitavia seikkoja.

	Nikotiinikorvaushoito	Varenikliini	Bupropioni
<b>Potilasohjaus</b>	Vahvuus nikotiiniriippuvuuden mukaisesti, useimmiten alkuun yhdistelmäkorvaushoito Potilasohje ja käyttöohje	Oikein kirjoitettu resepti ja yksilöllinen tuki, jotta potilas saa Kela-korvauksen Potilasohje	Resepti ja potilasohje
<b>Mahdolliset haitat</b>	Närästys, hikka, laastarissa iho-ärsytys Haitat ja tehon puute, mikäli käyttö ei ole asianmukaista	Pahoinvointi, päänsärky ja uni-häiriöt	Unettomuus, ummetus, pahoinvointi, vatsavaivat ja suun kuivuminen, verenpaineen nousu Madaltaa kouristuskyynystä
<b>Seuranta</b>	Annoksen vähentäminen	Psykykinen vointi	Psykykinen vointi ja verenpaine
<b>Tärkeää</b>	Auta sopivan valmistemuodon ja annoksen valinnassa. Varmista, että potilas ymmärtää käyttöohjeet. Opasta toistuvasti, etenkin jos potilaalla on kognitiivisia ongelmia.	Kallis kertakustannuksena (jatkopakkaus noin 110 €) Varmista, onko potilaalla rahaa valmisteeseen.	Useita lääkeaineiden yhteisvaikutuksia Ei suositella käyttämistä yhtäaikaan kouristuskyynystä alentavien lääkkeiden kanssa.

mittaamista 2–4 viikon kuluttua tupakoinnin lopettamisesta (6).

**Vieroitusvalmisteet.** Tupakkavieroituksen tueksi kannattaa ehdottaa vieroitusvalmisteita (8). Ensijaisena vieroitusvalmisteena olemme suositelleet nikotiinikorvaushoitoa, jonka annos määritellään nikotiiniriippuvuuden perusteella. Vahvasti tai erittäin vahvasti nikotiiniriippuvaisen kannattaa aloittaa vieroittautuminen laastarin ja lyhytvaikutteisen valmisteiden yhdistelmällä (**KUVA 1**). Nikotiinikorvaushoitoon ei tarvita reseptiä. Sillä ei ole lääkeaineiden yhteisvaikutuksia ja sitä voidaan käyttää, vaikka psykkinen vointi ei olisi stabiili. Potilaan on tärkeää saada ohjeet valmisteiden oikeaoppiseen ja riittävän pitkäaikaiseen, vähintään kolmen kuukauden käyttöön. Nikotiinikorvaushoitovalmisteiden kertakustannus on pienempi kuin varenikliinin, mutta toisaalta yhdistelmähoito tulee pidemmässä käytössä varenikliinia kalliimmaksi.

Varenikliinia voidaan suositella psykkinisesti hyväkuntoiselle potilaalle, jolla on varaa valmisteeseen (aloituspakkauksen hinta Kela-korvattuna noin 55 € ja jatkopakkauksen noin 110 €) ja jolle järjestyvät kätevästi resepti hoitavalta lääkäriltä, psykkinen voiminnan seuranta sekä Kela-korvauksen edellyttämä savuttomuustuki. Bupropionin käyttöä suosittelemme, mikäli edellä mainituista keinoista ei ole ollut hyötyä ja potilas valmistetta toivoo, kunhan yhteisvaikutukset huomioidaan. Emme ole käyttäneet

trisyklisiä masennuslääkkeitä psykiatristen potilaiden tupakkavieroitukseen, sillä niiden haittoja ovat antikolinergiset vaikutukset ja itsetuhoisten osalta yliannoksen mahdollisuus. Vieroitusvalmisteiden käytössä huomioitavat seikat on koottu **TAULUKKOO 2**.

Erityisesti vähävaraiset tupakoivat potilaat, joilla on kognitiivisia ja toiminnanohjauksen ongelmia, voivat joutua psykiatrisen sairaalahoidon aikana tilanteeseen, jossa tupakat ja rahat loppuvat. Yhtäkinen savukkeiden loppuminen aiheuttaa usein vieroitusoireita ja asettaa potilaan alttiiksi kaupankäynnille ja kiristykselle. Osassa sairaaloista on ollut tapana tällaisissa tilanteissa lainata potilaalle tupakkaa osaston varastosta. Sairaalan tarjoamat ”sosiaalitupakat” olisi poistettava käytöstä. Niiden tilalle pitäisi räätälöidä helposti saatava määräaikainen, riippuvuuden vaikeuden mukainen nikotiinikorvaushoito.

## Organisaation tehtävät

**Savuttomuusstrategia.** Organisaation sitoutuminen tupakkariippuvuuden hoitoon ja ehkäisyyn on välttämätöntä muutoksen mahdollistamiseksi. Viestinnän on oltava selkeää ja savuttomuuden edistämisen suunnitelmallista. Terveystieteille asetettujen tupakasta vieroituksen laatukselliset kriteerit tulee ottaa käyttöön myös psykiatrisissa sairaaloissa, poliklinikoissa ja tuetussa asumisessa (24). Tupakoinnin ja niko-

**TAULUKKO 3.** Usein kohdattuja epäilyksiä ja huolia koskien tupakasta vieroittautumista sekä vinkkejä keskusteluun.

### Työntekijät

Ei kuulu työhöni → Kyse on riippuvuussairaudesta, hoitosuosituksel velvoittavat, suuri muutos tupakointiin suhtautumisessa voi ymmärrettävästi aiheuttaa hämmennystä.

Ei ole mahdollista → Psykiatriset ja päihdepotilaat pystyvät lopettamaan tupakoinnin, joskus jopa tupakoinnille altistavissa sairaalaolosuhteissa.

Potilaiden ainoa ilo elämässä → Holhoavaa ajattelua? Voisiko osastolla olla tarjolla enemmän toimintaa tupakoinnin lisäksi?

Ei osamista → Verkkokurssin suorittaminen ja käyttämisen käsikirjana, kouluttautumisen mahdollistaminen.

Ei aikaa → Puheeksi ottaminen kaavakkeen avulla nopeaa, yksiköihin vastuuhenkilöt, joilla paremmin aikaa jatko-ohjaukseen, ryhmät tai vertaistuki, johon ohjata, anna Stumpin yhteystiedot potilaalle.

Turhaa holhoamista → Anna potilaan päättää, haluaako lopettaa tupakoinnin, kerro että voit auttaa.

Tupakointi parantaa psyykkistä vointia → Lopettamisen voi parantaa psyykkistäkin vointia fyysisen voiminnan ohella.

Vieroitus aiheuttaa sählinkiä osastolla → Tupakoinnin puheeksi ottaminen sopivana hetkenä, harkinta-aika hoidon aloitukseen.

Nikotiiniriippuvuuden farmakologinen hoito epäilyttä → Vieroitusvalmisteet yli kaksinkertaistavat vieroittautumisen onnistumisen todennäköisyyden.

### Potilaat

Pelko vieroitusoireista → Kyseessä on fyysinen nikotiiniriippuvuus, vieroitusoireita voidaan vähentää asianmukaisella hoidolla, ensimmäisten viikkojen jälkeen olo yleensä helpottaa.

Tylsyyteen polttaminen → Osallistuminen muuhun toimintaan, kokemusasiantuntijat mukaan kehittämään sairaalahoidon sisältöjä.

Tärkeä elämänsisältö → Tupakointiin voi liittyä myös myönteisiä merkityssisältöjä tupakoivilla. Potilaan kannattaa puntaroida tupakoinnin lopettamisen hyötyjä ja haittoja omalta kannaltaan, elämään voi löytyä muutaakin sisältöä.

On itsehoitoa → Tupakoinnin lopettaminen voi parantaa psyykkistäkin vointia.

En onnistu → Pystyvyyden vahvistaminen keskustelussa, esimerkit muiden onnistumisista, vertaistuki.

Nikotiinikorvaushoito ei auta → Oikea annos ja käyttöohjeet, reseptilääkehoito jos psyykinen vointi on stabiili.

Vieroitusvalmisteet liian kalliita → Keskimääräiset hinnat: tupakointi askin päivässä 3 kk/700 €, yhdistelmänikotiinikorvaushoito kaupasta 3 kk/450 €, varenikliini Kela-korvattuna 3 kk/165 €. Sairaalahoidossa vieroitusvalmisteet sisältyvät hoitomaksuun.

tiiniriippuvuuden vaikeuden kirjaaminen nykyisen sairauskertomusohjeen mukaisesti ei ole toteutunut rutiinimaisesti. Potilastietojärjestelmän ominaisuudet eivät tähän saakka ole soveltuneet optimaalisesti tupakoinnin puheeksi ottamisen ja lopettamiseen tarjottavan tuen antamisen seurantaan. Savuttomuusstrategian tärkeä osa onkin muokata tietojärjestelmää ja sairauskertomusmerkintäohjeita.

Terveyden edistämisen sisältöjä tulisi harkita osaksi mielenterveys- ja päihdepalveluorganisaatioiden tulostavoitteita sekä psykoosien hoidon kansallista laaturekisteriä. Osastoilla voidaan nykyisinkin seurata vieroitusvalmisteiden kulutusta. Avohoidossa nikotiinikorvaushoidon käytön seuranta ei yleensä ole mahdollista, sillä lääkkeet ovat itsehoitolääkkeitä ja hoito toteutuu pitkälti hoitajien ohjaimana tai potilaan itsehoitona.

**Asennetyö.** Psykiatristen työntekijöiden asenteet tupakasta vieroitusta kohtaan vaihtelevat täystymäyksestä myönteiseen. Kiire saattaa haitata puheeksi ottamista ja vieroitustuen tarjoamista, ja potilastapaamisissa on yleensä lukuisia käsiteltäviä asioita. Sairaalassa potilaat ovat usein psykoottisia sekä etenkin alkuun levottomia, ja heidän liikkumistaan voidaan joutua rajoittamaan. Tupakoinnin puheeksi ottaminen vieroitusmielessä saatetaan nähdä kuormittavana, potilaiden itsemääräämisoikeuteen puuttavana ajanhukkana.

Tupakoinnin mahdollistaminen vie nykyisellään sairaalassa hoitajilta runsaasti aikaa ja aiheuttaa potilaiden välisiä ongelmia. Välillä potilaat kertovat tupakoivansa osastolla enemmän kuin kotona. Syyksi runsaaseen tupakointiin mainitaan usein tekemisen puute osastolla. Potilaat ovat myös kuvanneet kokevansa osastolla olevansa tarkkailun alaisina. Tupakointitila voidaan kokea hoitohenkilökunnasta vapaaksi vyöhykkeeksi ja tupakointi yhdessä muiden potilaiden kanssa tärkeäksi.

Savuttomuutta edistävien toimivien mallien kehittämiseen vaaditaan koulutuksen lisäksi toimintaympäristön tuntemusta ja avointa keskustelua työntekijöiden ja potilaiden kanssa. Usein kohtaamiimme epäilyksiä ja huolia, joista kannattaa varautua keskustelemaan, esitetään

**TAULUKOSSA 3.**

**Koulutus.** Psykiatrian alalla työskenteleville tarvitaan räätälöityä koulutusta savuttomuustyöhön. MITU-hankkeen pysyvästi Mielen-terveystaloon sijoitettu verkkokurssi soveltuu kaikille psykiatristen potilaiden kanssa työskenteleville ja antaa käytännön tukea tupakkavieroitukseen. Tavoitteena on, että osastoilla ja avohoitopisteissä olisi muutamia vieroitukseen syvällisemmin perehtyneitä työntekijöitä.

**Savuttomuusvastuuhenkilöiden verkosto.** Savuttomuustyön turvaamiseksi yksiköissä tulisi olla nimetyt savuttomuusvastuuhenkilöt. He voisivat muun muassa neuvoa vieroitusvalmisteen käytössä, mainostaa verkkokurssia, toteuttaa savuttomuustempauksia, ohjata ryhmiä, sopia kokemusasiantuntijavierailuista, hankkia hääkämittäreitä sekä huolehtia sairaalaosastoilla kattavasta nikotiinikorvaushoitovalikoimasta. Savuttomuusvastuuhenkilöiden olisi tärkeää muodostaa verkosto, joka tarjoaa vertaistukea ja kehittää omaa toimintaansa. Verkostolla on oltava johdon tuki, valtuutus sekä riittävästi resursseja.

## Psykiatrisen sairaalaympäristön haasteet

Tilanne, jossa tupakointi psykiatrisessa sairaalassa samanaikaisesti mahdollistetaan tarjoamalla tupakointitilat ja sitä yritetään kuitenkin hoitaa ja ehkäistä, on hankala sekä potilaille että työntekijöille.

Nykyisen laintulkinnan mukaan tahdosta riippumattomassa sairaalahoidossa oleville psykiatrisille potilaille tulee tarjota mahdollisuus tupakoida. Mikäli potilaan liikkumavapautta ei jouduta rajoittamaan, tupakointi voidaan määrätä tapahtuvaksi ulkona tupakointiin osoitetulla paikalla. Psykiatriset osastot ovat yleensä suljettuja, ja tyyppillisesti ongelmaksi koetaan jatkuvasta osaston oven avaamisesta aiheutuva kuormitus. Osaston tupakointihuoneissa, -parvekkeilla tai -moduuleissa tupakoivatkin usein myös potilaat, jotka voisivat tupakoida ulkona. Paikoitellen ongelmana on henkilökunnan tupakointi näissä tiloissa. Hyvinkään sairaalan psykiatrisen osaston tupakointimoduuli esitetään **KUVASSA 2**.



**KUVA 2.** Tupakointimoduuli.

Osastotupakointi todennäköisesti vaikeuttaa potilaiden ja työntekijöiden tupakoinnin lopettamista. Psykiatristen työntekijöiden savuttomuuspyrkimysten tukemiseen tulisi kiinnittää työterveyshuollossa erityistä huomiota, koska he työskentelevät tupakoinnille altistavassa ympäristössä. Työntekijöillä tulisi olla selkeät ohjeet työterveyshuollon tarjoamasta tupakkavieroituksesta ja työaikana tupakoinnista. Olisi myös tärkeää tutkia, altistuvatko psykiatristen osastojen potilaat ja henkilökunta Suomessakin tupakan partikkeleille. Terveyttä edistävä, savuton hoito- ja työskentely-ympäristö tulisi taata myös psykiatrian ja päihderiippuvuuksien hoidossa. Euroopan psykiatriyhdistys suosittelee savuttomia psykiatrisia sairaaloita (5). Niistä on myönteisiä kokemuksia useista Euroopan maista, Yhdysvalloista sekä Australiasta (6).

## Lopuksi

Tupakointi vaarantaa laajasti mielen-terveys- ja päihdepotilaiden terveyden sekä pahentaa sosioekonomisia ongelmia. Tupakoinnin lopet-

## Ydinasiat

- ▶▶ Tupakointi lisää mielenterveys- ja päihdepotilaiden fyysistä sairastuvuutta ja kuoleisuutta sekä heikentää vähävaraisten toimeentuloa.
- ▶▶ Tupakointi tulee ottaa puheeksi vähintään kerran vuodessa kaikkien tupakointien mielenterveys- ja päihdepotilaiden kanssa ja tarjota heille tupakkavieroitustukea.
- ▶▶ Psykiatristen potilaiden tupakasta vieroitukseen tarvitaan organisaatioiden johdon tukea, savuttomuusstrategiaa, moniammatillista yhteistyötä ja koulutusta.
- ▶▶ Koulutetut kokemusasiantuntijat tarjoavat tupakoinnin lopettajalle vertaistukea.
- ▶▶ Terveyttä edistävä, tupakaton psykiatrisen hoitoympäristö tulee mahdollistaa potilaille ja henkilökunnalle.

taminen on turvallista ja voi kohentaa myös potilaiden psyykkistä hyvinvointia.

Aiemmin psykiatriassa vallinneen tupakointikulttuurin muutos vaatii toteutuakseen organisaatioiden johdon tukea, toimintaedel-

lytyksiä vieroitustyöhön, koulutusta ja työntekijöiden aktiivista kuuntelua. Ei ole eettisesti kestävä jättää mielenterveys- ja päihdepotilaita vaille aktiivista tupakkavieroitusta. ■

**SAANA ESKELINEN, LT, apulaisylilääkäri**  
HUS Psykiatrian hallinto ja Terveystupa

**MAIJA NIEMI, TtM, sairaanhoitaja AMK**  
HUS, Sisätaudit ja kuntoutus, toiminnallisten häiriöiden poliklinikka

**SOLJA NIEMELÄ, päihdelääketieteen apulaisprofessori, ylilääkäri**  
Turun yliopisto  
TYKS, riippuvuuspsykiatria

**TUULA VASANKARI, professori, keuhkosairauksien erikoislääkäri, pääsihteeri**  
Turun yliopisto  
Filha ry

### SIDONNAISUUDET

**Saana Eskelinen:** Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Filha, FCG koulutus, Otsuka Pharma, Jansen-Cilag, Lundbeck, Fioca), korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (Sunovion), hankkeet (Mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien tupakoinnin lopettamisen tukeminen (MITU) -hanke)

**Maija Niemi:** Korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (HUS), hankkeet (Mielenterveys- ja päihdepotilaiden tupakoinnin lopettamisen tuki (MITU) 2017–2018: STM Kärkihanke)

**Solja Niemelä:** Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Shire-Takeda), korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (Sunovion, Shire-Takeda)

**Vasankari Tuula:** Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Roche, Advisory board Astra-Zeneca)

**VASTUUTOIMITTAJA**  
Merja Laine

### SUMMARY

#### Supporting smoking cessation for patients with psychiatric and substance use disorders

Smoking increases the risk of premature mortality, somatic and psychiatric morbidity and socioeconomic disadvantages. Nevertheless, it has historically been considered as a vital element of the everyday life of a psychiatric patient. Nowadays the attitudes within psychiatry are evolving towards supporting patients to become smoke-free. The fundamental transition in daily practice calls for strong leadership, focused resources and continuous education in psychiatric settings. Peer support should be promoted as well. Smoking habits ought to be routinely screened at least once a year, and cessation support offered. The patient decides when it is the right time to quit.



## KIRJALLISUUTTA

1. Benowitz N. Pharmacology of nicotine: addiction, smoking-induced disease, and therapeutics. *Annu Rev Pharmacol Toxicol* 2009;49:57–71.
2. Ballbè M, Sureda X, Martínez-Sánchez JM, ym. Secondhand smoke in psychiatric units: patient and staff misperceptions. *Tob Control* 2015;24:e212–20.
3. Tidey J, Miller M. Smoking cessation and reduction in people with chronic mental illness. *BMJ* 2015;351. DOI: 10.1136/bmj.h4065.
4. Guidelines for the management of physical health conditions in adults with severe mental disorders. Geneva: World Health Organization 2018. [www.who.int/mental\\_health/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/en/index.html).
5. Ruther T, Bobes J, De Hert M, ym. EPA guidance on tobacco dependence and strategies for smoking cessation in people with mental illness. *Eur Psychiatry* 2014; 29:65–82.
6. Eskelinen S. Skitsofreniaa sairastavien somaattisten terveysongelmien ehkäisy. *Duodecim* 2018;134:1449–56.
7. Rouhos A, Raaska K. Tupakointi ja lääkeinteraktiot. *Duodecim* 2012;128:1073–80.
8. Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito. Käypä hoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2018 [päivitetty 19.6.2018]. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi).
9. Moylan S, Jacka FN, Pasco JA, ym. How cigarette smoking may increase the risk of anxiety symptoms and anxiety disorders: a critical review of biological pathways. *Brain Behav* 2013;3:302–26.
10. Scott JG, Matuschka L, Niemelä S, ym. Evidence of a causal relationship between smoking tobacco and schizophrenia spectrum disorders. *Front Psychiatry* 2018; 9:607.
11. Niemelä S, Sourander A, Surcel H, ym. Prenatal nicotine exposure and risk of schizophrenia among offspring in a national birth cohort. *Am J Psychiatry* 2016;173:799–806.
12. Hartz SM, Horton AC, Hancock DB, ym. Genetic correlation between smoking behaviors and schizophrenia. *Schizophr Res* 2018;194:86–90.
13. Prochaska J, Hall S, Bero. Tobacco use among individuals with schizophrenia: what role has the tobacco industry played? *Schizophr Bull* 2008;34:555–67.
14. Vermeulen J, Schirmbeck F, Blankers M, ym. Smoking, symptoms, and quality of life in patients with psychosis, siblings, and healthy controls: a prospective, longitudinal cohort study. *Lancet Psychiatry* 2019;6:25–34.
15. Vermeulen JM, Schirmbeck F, Blankers M, ym. Association between smoking behavior and cognitive functioning in patients with psychosis, siblings, and healthy control subjects: results from a prospective 6-year follow-up study. *Am J Psychiatry* 2018;175:1121–8.
16. Wang YY, Wang S, Zheng W, ym. Cognitive functions in smoking and non-smoking patients with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of comparative studies. *Psychiatry Res* 2018;272:155–63.
17. Taylor G, McNeill A, Girling A, ym. Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2014;348:g1151.
18. Meier E, Hatsukami DK. A review of the additive health risk of cannabis and tobacco co-use. *Drug Alcohol Depend* 2016;166:6–12.
19. Trainor K, Leavey G. Barriers and facilitators to smoking cessation among people with severe mental illness: a critical appraisal of qualitative studies. *Nicotine Tob Res* 2017;19:14–23.
20. Tupakka. Filha ry. [www.filha.fi/fi/materiaalit/tupakka](http://www.filha.fi/fi/materiaalit/tupakka).
21. Absetz P, Hankonen N. Miten auttaa potilaita omaksumaan ja ylläpitämään terveellisiä elämäntapoja? *Duodecim* 2017; 133:1015–21.
22. Stumppi.fi [verkkosivu]. [www.stumppi.fi](http://www.stumppi.fi).
23. Naslund J, Aschbrenner K. Digital technology for health promotion: opportunities to address excess mortality in persons living with severe mental disorders. *Evid Based Ment Health* 2019;22:17–22.
24. Krogerus S, Ekblad M, Heikkinen AM, Korhonen T. Tupakasta vieroituksen laatuksiteerit terveydenhuollossa. STESO 16.5.2017. <https://thl.fi/documents/605763/1449622/Tupakasta+vieroituksen+laatuksiteerit+16.5.2017.pdf/1f6d8935-700a-463c-ba45-f8b689791410>.