

Kohti
savutonta

Suomea

Tupakoinnin ja
tupakkapolitiikan
muutokset

toimittajat

Antero Heloma

Hanna Ollila

Petri Danielsson

Patrick Sandström

Johanna Vakkuri

Kohti savutonta Suomea

Tupakoinnin ja tupakkapolitiikan muutokset

Toimittajat

*Antero Heloma, Hanna Ollila, Petri Danielsson,
Patrick Sandström & Johanna Vakkuri*



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

© Kirjoittajat ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Graafinen suunnittelu: Seija Puro

ISBN 978-952-245-639-7 painettu

ISBN 978-952-245-640-3 verkko

URN:ISBN:978-952-245-640-3

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-640-3>

TEEMA 16

Juvenes Print – Tampereen yliopistopaino Oy
Tampere 2012

Esipuhe

Tupakka on niin Suomessa kuin maailmanlaajuisesti aivan keskeinen kansanterveyden ongelma. Tupakan aiheuttama kuolleisuus, sairastuvuus sekä terveydenhuollon kustannukset ovat huimat. Yksilön kannalta tupakoinnin aiheuttama terveysriski – noin 50 prosentin todennäköisyys kuolla tupakointinsa vuoksi – hakee vertaansa minkä tahansa muun terveysriskin joukossa.

Näiden tosiasioiden myötä on Suomessa ja kansainvälisesti viime vuosikymmeninä asteittain vahvistettu toimenpiteitä tupakoinnin vähentämiseksi. Historiallinen tapahtuma globaalissa kansanterveystyössä oli Tupakoinnin torjunnan kansainvälisen puitesopimuksen (FCTC) hyväksyminen WHO:ssa vuonna 2003.

Suomessa tupakoinnin vähentämiseen tähtäävä monipuolinen työ on kantanut kaudista hedelmää. Tupakan kulutus on Suomessa pudonnut erääksi Euroopan pienimmistä, ja Suomi on hyvällä tiellä kohti savuttomuutta. Suomalainen työ on ulottunut alan tutkijoiden, asiantuntijoiden ja terveysjärjestöjen toiminnasta lainsäädäntöön ja verotukseen asti.

Myönteisestä kehityksestä huolimatta tupakointi on vieläkin hyvin tärkeä kansanterveydellinen ongelma. Edelleen vajaa 20 prosenttia aikuisista suomalaisista tupakoi päivittäin, mikä aiheuttaa heille itselleen valtavan terveysuhan ja kansanterveydelle suuren rasitteen. Tupakoinnin vähenemisen myötä ja siirtymällä savuttomaan Suomeen voidaan huomasti parantaa kansanterveyttämme ja vähentää nykyisiä tupakkasairauksista aiheutuvia kustannuksia.

Hyvän pohjan tälle työlle antavat tiedot siitä, kuinka suomalaiset ovat yhä myönteisempiä tupakoinnin vähentämistä palveleviin toimenpiteisiin ja savuttomuutta edistäviin säädöksiin. Tämä koskee myös tupakoivia henkilöitä, joista valtaosa haluaisi lopettaa ja kaipaa tietoa näissä yrityksissä onnistumiseen.

THL:n edeltäjä Kansanterveyslaitos (KTL) julkaisi aikaisemmin suomalaista tupakatyötä tukeneet kansalliset tupakkakertomukset vuosina 2003 ja 2006. Tämän uuden THL:n tupakka-aiheisen tietokirjan tavoitteena on tukea tupakoinnin vähentämiseen tähtäävää työtä käsittelemällä tupakkaa koskevia keskeisiä ja ajankohtaisia aiheita mahdollisimman monipuolisesti. Kirja lähestyy tupakkateemaa muun muassa tilastotiedon, tupakkapolitiikan, tupakkalain ja sen toteutuksen, kansalaismielipiteen ja julkisten tilojen savuttomuuden kautta. Kirjan tavoitteena on olla niin alan toimijoita kuin suurta yleisöä palveleva tietokirja – ei varsinainen tieteellinen raportti.

Haluan kiittää kirjan tuottanutta laajaa asiantuntijajoukkoa – niin ulkopuolisia kuin THL:n omia asiantuntijoita. Toivon, että tämä kirja palvelisi mahdollisimman hyvin tavoitettaan ja edistäisi Suomen siirtymistä kohti savuttomuutta ja entistä parempaa kansanterveyttä!

Helsingissä huhtikuussa 2012

Pekka Puska

Pääjohtaja

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL)

Kirjoittajat

Ulla Broms

FT, tutkijatohtori, Helsingin yliopisto & THL

Petri Danielsson

VTK, tutkija, THL

Satu Helakorpi

FT, erikoistutkija, THL

Antero Heloma

LT, ylilääkäri, THL

Tuomas Hiltunen

FM, terveydensuojelusuunnittelija,
Kouvolan kaupunki

Anna-Leena Holstila

VTK, apulaistutkija, THL

Reetta Honkanen

VTM, ylitarkastaja, Sosiaali- ja terveysalan
lupa- ja valvontavirasto

Jukka Jokela

YM, tilastotutkija, THL

Jaakko Kaprio

LKT, professori, Helsingin yliopisto & THL

Tellervo Korhonen

FT, THM, dosentti, yliopistotutkija,
Helsingin yliopisto & THL

Tiina Laatikainen

LT, dosentti, osastajohtaja, THL

Anni Lommi

TtM, tutkija, THL

Pauliina Luopa

VTM, tutkija, THL

Pertti Metiäinen

TkL, ylitarkastaja, Sosiaali- ja terveysalan
lupa- ja valvontavirasto

Lien Nguyen

VTT, erikoistutkija, THL

Hanna Ollila

VTM, asiantuntija-tutkija, THL

Meri Paavola

FT, neuvotteleva virkamies, sosiaali- ja
terveysministeriö

Kristiina Patja

LT, dosentti, erikoislääkäri, toiminnanjohtaja,
Pro Medico & THL

Vesa Pekkola

DI, ympäristöterveydenhuollon ylitarkastaja,
Etelä-Suomen aluehallintovirasto

Markku Pekurinen

DPhil, tutkimusprofessori, osastajohtaja, THL

Marjaana Pennanen

TtM, tohtorikoulutettava, Helsingin yliopisto
& THL

Pekka Puska

professori, pääjohtaja, THL

Riikka Puusniekka

TtM, tutkija, THL

Susanna Raisamo

TtT, tutkija, Tampereen yliopisto

Gunnar Rosenqvist

TTT, professori, Svenska handelshögskolan,
tilastotieteen asiantuntija, THL

Satu Räsänen

ETM, ylitarkastaja, Sosiaali- ja terveysalan
lupa- ja valvontavirasto

Vesa Saaristo

FM, tutkija, THL

Outi Salminen

FaT, dosentti, yliopistonlehtori, Helsingin
yliopisto

Patrick Sandström

Asiantuntija, THL

Laura Terho

OTM, lakimies, Sosiaali- ja terveysalan
lupa- ja valvontavirasto

Johanna Vakkuri

VTM, toimittaja, THL

Erkki Vartiainen

professori, ylijohtaja, THL

Jarkko Yliruka

VTM, projektisuunnittelija, Etelä-Suomen
aluehallintovirasto

Sisälllys

Esipuhe
Kirjoittajat

I Lähtökohdat

Johdatus kirjaan	8
<i>Johanna Vakkuri</i>	
Tupakointi Suomessa	11
<i>Satu Helakorpi, Susanna Raisamo, Anna-Leena Holstila, Antero Heloma</i>	

II Tupakkapolitiikka

Suomen tupakkapolitiikka ja -lainsäädäntö – kehitys vuodesta 1976 nykypäivään.....	24
<i>Antero Heloma, Satu Helakorpi, Petri Danielsson, Erkki Vartiainen, Pekka Puska</i>	
Tupakkapolitiikka kansalaisasenteissa ja päivänpolitiikassa.....	36
<i>Petri Danielsson, Hanna Ollila, Tellervo Korhonen, Ulla Broms, Tiina Laatikainen, Kristiina Patja</i>	
Taloudellisten tekijöiden vaikutus tupakan kysyntään Suomessa 1960–2009	52
<i>Lien Nguyen, Markku Pekurinen, Gunnar Rosenqvist</i>	

III Savuttomuuden toteutuminen

Tupakointikieltojen toteutuminen oppilaitoksissa – miksi savuttomuustyötä tarvitaan edelleen?	60
<i>Hanna Ollila, Anni Lommi, Pauliina Luopa, Jukka Jokela, Riikka Puusniekka</i>	
Savuttomat kunnat ja yritykset – esimerkkejä käytännöistä	78
<i>Johanna Vakkuri, Vesa Saaristo, Anna-Leena Holstila</i>	
Näkökulmia tupakkalain valvontaan	95
<i>Tuomas Hiltunen, Reetta Honkanen, Pertti Metiäinen, Vesa Pekkola, Satu Räsänen, Laura Terho, Jarkko Yliruka</i>	

IV Tupakoinnin lopettamisen tuki

Nikotiiniriippuvuus on moniulotteinen sairaus.....	106
<i>Ulla Broms, Tellervo Korhonen, Outi Salminen, Marjaana Pennanen, Jaakko Kaprio</i>	
Tupakoinnin lopettamisen tukea pitää vahvistaa	121
<i>Patrick Sandström, Hanna Ollila, Antero Heloma, Meri Paavola</i>	

I

Lähtökohdat



Johdatus kirjaan

Kohti savutonta Suomea on tiivis yleisesitys tupakkapolitiikan kehittymisestä ja vaikutuksista Suomessa. Kirjassa tuodaan esiin ajankohtaisia teemoja, kuten nikotiiniriippuvuuden kuvaus kroonisena sairautena, tupakkalain valvonnan haasteet sekä kuntien savuttomuuspyrkimykset. Kirja antaa myös uutta tutkimustietoa tupakointikieltojen toteutumisesta oppilaitoksissa, kansalaisten suhtautumisesta tupakointirajoituksiin sekä tupakan kysyntään vaikuttavista taloudellisista tekijöistä.

Yksi ydinsanomista on, että rajoitusten kiristämisen ohella tulisi kiinnittää riittävästi huomiota tupakasta vieroitukseen tarkoitettujen palvelujen ja tuen saatavuuden parantamiseen. Paikalliset hoitoketjut sekä moniammatillinen yhteistyö ovat tehokkaimpia tapoja auttaa tupakoivia lopettamaan. Savuttoman Suomen saavuttamisen edellytyksenä on myös se, että yhä harvempi nuori aloittaa tupakoinnin. Nuorten suojaamisessa savuttomat elinympäristöt sekä aikuisten aktiivisuus tupakkakokeiluihin puuttumisessa ja asenteisiin vaikuttamisessa ovat keskeisessä roolissa. Tupakoinnin menestyksenkäs vähentäminen vaatii niin yksilöiden, yhteisöjen kuin yhteiskunnan toimia.

Kirja jakautuu neljään osaan. Ensimmäinen osa johdattaa kirjan lähtökohtiin esittelemällä sitä, miten tupakoinnin yleisyys on Suomessa kehittynyt. Kirjan toinen osa valottaa Suomen tupakkapolitiikkaa ja sen kehitystä eri näkökulmista. Kolmas osa tarkastelee tupakkalain valvontaa ja toteuttamista oppilaitoksissa ja kunnissa. Neljäs osa painottuu tupakoinnin lopettamisen tuen eri käytäntöihin ja perustelee, miksi tupakointia lopettava tarvitsee tukea.

Savuton Suomi luku luvulta

Kirjan **ENSIMMÄINEN** luku on tiivis tietopaketti siitä, miten tupakointi on kolmen viimeisen vuosikymmenen aikana kehittynyt aikuisilla, nuorilla ja eläkeläisillä sekä millaisia ovat koulutusryhmittäiset erot tupakoinnissa. Luvussa valotetaan myös nuuskan käytön yleisyyttä, tupakoinnin lopettamishalukkuutta ja -yrityksiä sekä nikotiinikorvaustuotteiden käyttöä aikuisilla ja nuorilla.

TOINEN luku tarkastelee tupakkapolitiikan ja -lainsäädännön kehitystä vuodesta 1976 nykypäivään. Ensimmäisen tupakkalain säätämisen jälkeen 1970-luvun lopulla Suomi kuului kokonaisvaltaisen tupakkalainsäädännön ehdottomiin edelläkävijöihin ja sai siitä kiitosta Maailman terveysjärjestöltä. Suomi alkoi kuitenkin 1990-luvun puolivälissä menettää edelläkävijän asemaansa. Yhtenä keskeisenä syynä tähän oli se, että ravintolat jäivät vuoden 1994 lakiuudistuksessa työpaikkojen tupakointirajoitusten ulkopuolelle ja tulivat täysin tupakkalain piiriin vasta 2000-luvun loppupuolella. Vuoden 2010 tupakkalakiuudistuksessa toteutettiin kaksi merkittävää uudistusta: tupakkatuotteiden esilläpitokielto myyntipisteissä ja tupakkalain tavoitepykälän muutos niin, että tavoitteena on tupakoinnin loppuminen Suomessa.

KOLMANNESSA luvussa näkökulmana tupakkapolitiikkaan ovat kansalaisten asenteet ja päivänpoliittinen keskustelu. Luvussa tarkastellaan erilaisia argumentteja tupakan sääntelyn puolesta ja sitä vastaan sekä kansalaisten asenteita rajoituksiin väestökyselyiden pohjalta. Kireilläkin tupakkapoliittisilla toimenpiteillä on ollut usein laaja-alainen kannatus niin tupakoivien kuin tupakoimattomien keskuudessa. Myös monet lisärajoitteet saavat varsin laajaa kannatusta.

NELJÄNNESSÄ luvussa käsitellään savukkeiden ja irtotupakan kysyntään Suomessa vaikuttavia tekijöitä ja miten erityisesti hintapolitiikalla voidaan säädellä tupakkatuotteiden kulutusta. Artikkelissa arvioidaan myös erilaisten tupakoinnin vastaisten toimenpiteiden vaikutuksia kulutukseen.

VIIDES luku pureutuu lakisääteisten tupakointikieltojen toteutumiseen oppilaitoksissa sekä pohtii oppilaitosten savuttomuustyötä. Tupakoinnin yleisyydessä ja lakisääteisten tupakointikieltojen toteutumisessa on merkittäviä eroja yläkoulun, lukion ja nuorisosteen ammatillisen koulutuksen välillä. Päivittäinen tupakointi on yleisintä ammatillisissa oppilaitoksissa, satunnainen tupakointi puolestaan lukioissa. Tupakointikiellot ja niiden valvonta toteutuvat parhaiten yläkouluissa.

Kuntaliitto tutkii vuosittain kuinka moni Suomen 336 kunnasta on julistautunut savuttomaksi, mutta käytännön toimenpiteistä tai siitä, miten savuttomuusprosessi kunnassa on onnistunut, on saatavilla vähän tietoa. **KUODES** luku käsittelee kuntien ja yksityisen sektorin yritysten savuttomuuden edistämistä muutamien esimerkkien valossa. Savuttomassa kunnassa toimitaan sekä tupakoinnin aloittamisen ehkäisemiseksi, savuttomien elinympäristöjen turvaamiseksi että tupakoinnin lopettamisen tukemiseksi. Haasteena on laajentaa savuttomuus kuntatyönantajaa koskevista toimenpiteistä kokonaisvaltaiseksi kuntalaisten terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi.

SEITSEMÄNNESSÄ luvussa paneudutaan tupakkalain valvontaan. Tupakkalakea valvotaan paikallisella tasolla kunnissa, alueellisella tasolla aluehallintovirastoissa ja valtakunnallisesti Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastossa (Valvira). Kuntien rajalliset henkilöstöresurssit vaikeuttavat valvonnan toteuttamista niin kattavasti kuin valtakunnallisessa valvontaohjelmassa on esitetty. Lisäksi uudet tupakkajäljitelmiä tai tupakanvastikkeiksi luettavat tuotteet, kuten sähkötupakka, asettavat valvonnalle haasteita etenkin laittoman verkkomarkkinoinnin osalta.

KAHDEKSAS luku pureutuu nikotiiniriippuvuuteen monimuotoisena ja vakavasti otettavana kroonisena sairautena. Nikotiiniriippuvuuden kehittymisen taustalla on sekä perimään että ympäristöön liittyviä tekijöitä. Perimän vaikutus on suurempi riippuvuuden asteen määrittämisessä, kun taas tekijät perheen sisältä ja ulkopuolelta ovat tärkeämpiä tupakoinnin alkuvaiheessa. Lähitulevaisuudessa on mahdollista, että geenitiedon avulla voidaan löytää kullekin mahdollisimman sopiva hoito ja hoidon taso osana tupakoinnin lopettamisen kokonaisuhoitosuunnitelmaa.

VIIMEISESSÄ luvussa käsitellään tupakoinnin lopettamisen tuen vahvistamista. Kunnilla on terveydenhuoltolain nojalla velvoite taata tupakasta vieroituspalveluiden saatavuus. Toimiva tupakasta vieroituksen hoitoketju yhdistää perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, yksityisen ja kolmannen sektorin toimivaksi potilaan hoitoketjuksi. Käypä hoito -suosituksen tuntemus sekä terveydenhuollon henkilöstön osaamisen kehittäminen ovat vieroitustyössä keskeisiä.

Tupakointi Suomessa

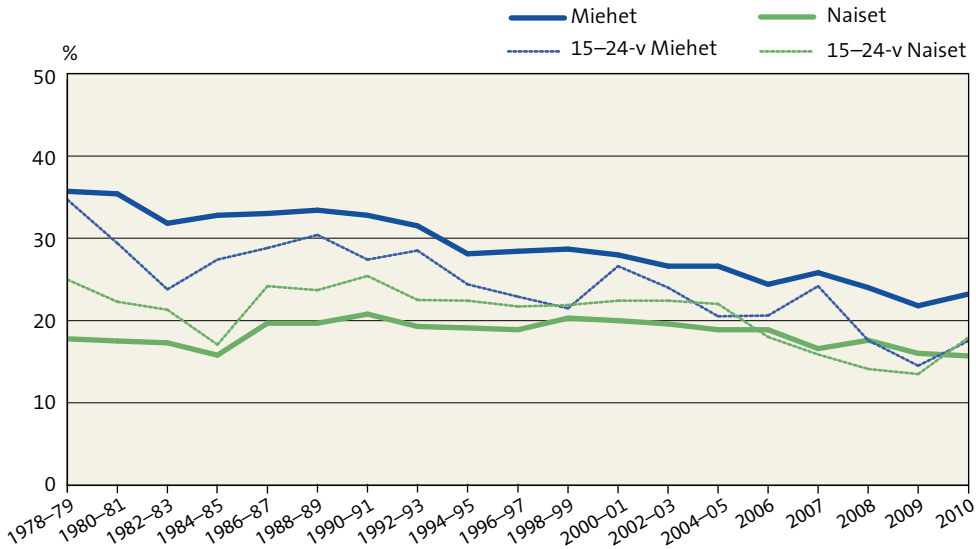
Tupakointi on vähentynyt kolmen viimeisen vuosikymmenen aikana Suomessa. Työikäisten miesten tupakointi on vähentynyt pitkällä aikavälillä ja on nykyisin 23 prosentin tasolla. Naisten tupakointi pysyi pitkään samalla, noin 20 prosentin tasolla, kunnes kääntyi laskuun 2000-luvun puolivälin jälkeen. Vuonna 2010 naisista 16 prosenttia tupakoi päivittäin. Koulutusryhmien väliset tupakointierot työikäisessä väestössä ovat kuitenkin kasvaneet 1980-luvun puolivälistä alkaen. Miesten tupakointi väheni eniten ylimmässä koulutusryhmässä ja naisten tupakointi taas yleistyi lähinnä alimmassa koulutusryhmässä. 2000-luvulla erot työikäisten tupakoinnissa koulutusryhmittäin ovat suuret: tupakointi on yleisintä alimmassa koulutusryhmässä, toiseksi yleisintä keskimmaisessa koulutusryhmässä ja ylimmässä koulutusryhmässä tupakoidaan vähiten.

Myös nuorten päivittäistupakoinnissa on havaittavissa pysyviltä vaikuttavat ja suuret erot koulumenestyksen sekä koulu-uran suhteen, siten että päivittäinen tupakointi on ollut yleisintä viimeisten kolmen vuosikymmenen ajan koulussa huonosti menestyvillä, koulunkäynnin lopettaneilla sekä opintojaan ammattioppilaitoksissa jatkavilla.

Savuttomuustyö nuorten tupakoinnin vähentämiseksi näyttää kuitenkin vaikuttaneen myönteisesti 2000-luvulla. Myönteinen muutos koskee ennen kaikkea savukkeiden polttoa. Sen sijaan nuuskakokeilut ja nuuskan säännöllinen käyttö ovat lisääntyneet jo useamman vuoden ajan.

Tupakoinnin yleisyys työikäisessä väestössä ja koulutusryhmittäiset erot

Työikäisten suomalaisten tupakointia on seurattu vuosittain Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttötutkimuksen ja terveys (AVTK) -postikyselytutkimuksen avulla vuodesta 1978 alkaen (Helakorpi ym. 2011). Tutkimuksen aikana miesten tupakointi on vähentynyt. Naisten tupakointi taas yleistyi aluksi, mutta pysytteli 1980-luvun puolivälin jälkeen pitkään samalla, noin 20 prosentin tasolla ja kääntyi laskuun 2000-luvun puolivälin jälkeen. Vuonna 2010 23 prosenttia miehistä ja 16 prosenttia naisista tupakoi päivittäin (kuvio 1). Noin kuusi prosenttia 15–64-vuotiaista tupakoi satunnaisesti. Satunnaistupakointi on yleisempää nuoremmassa ikäryhmässä (15–34-v.), joissa satunnaistupakoinnista kertoi 8–10 prosenttia vastaajista (Helakorpi ym. 2010; Helakorpi ym. 2011).



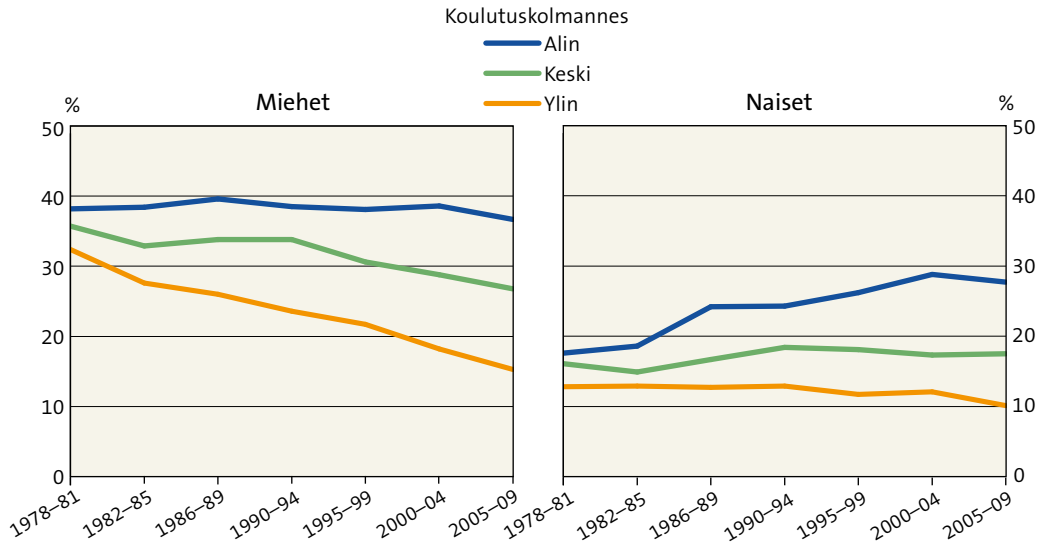
Lähde: Helakorpi ym. 2011

KUVIO 1. Päivittäin tupakoiden 15–64-vuotiaiden sekä 15–24-vuotiaiden osuudet vuosina 1978–2010 (%).

Tupakointi on yleisempää alemmissa kuin ylemmissä koulutusryhmissä. Tutkimusjakson aikana (1978–2009) koulutusryhmien väliset tupakointierot ovat kasvaneet sekä miehillä että naisilla. Miehillä tupakointi on pysynyt alimmassa koulutusryhmässä noin 37 prosentin tasolla, mutta vähentynyt sekä keskimmaisessä että ylimmässä koulutusryhmässä. Viimeisellä tutkimusjaksolla (2005–2009) keskimmaisen koulutusryhmän miehistä tupakoi päivittäin 27 prosenttia ja ylimmän koulutusryhmän miehistä 15 prosenttia. Naisilla koko tutkimusjakson aikana tupakointi lisääntyi alimmassa koulutusryhmässä 18 prosentista 28 prosenttiin. Ylimmässä koulutusryhmässä taas tupakointi pysyi pitkään samalla, noin 13 prosentin tasolla, mutta kääntyi laskuun viimeisellä tutkimusjaksolla (2005–2009). Ylimmän koulutusryhmän naisista 10 prosenttia tupakoi. (Kuvio 2) (Helakorpi ym. 2010.)

Eläkeikäisen väestön tupakointi

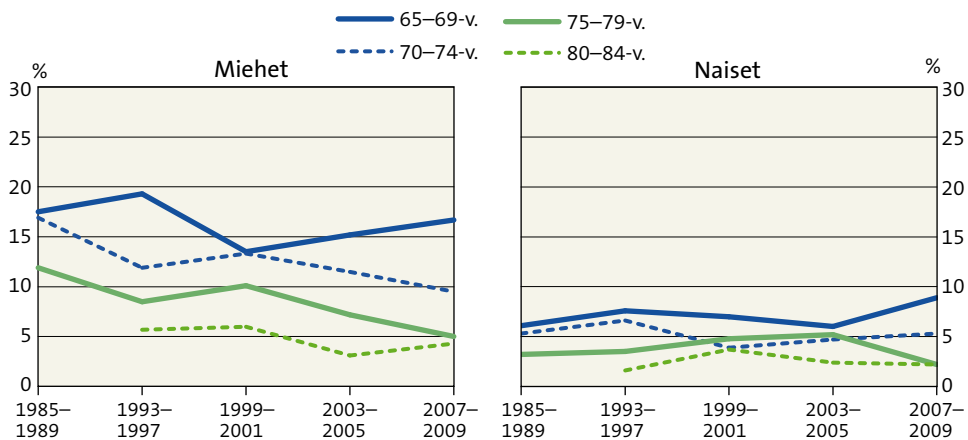
Eläkeikäisen väestön tupakointia on seurattu joka toinen vuosi Eläkeikäisen väestön terveystutkimuksen ja terveys (EVTK) -postikyselytutkimuksen avulla vuodesta 1985 alkaen (Laitalainen ym. 2010a). Eläkeikäisten miesten päivittäistupakointi on vähentynyt vähitellen vuosien 1985–2009 välisenä aikana. Vuonna 2009 eläkeikäisistä (65–84-v.) miehistä tupakoi päivittäin kymmenen prosenttia ja naisista viisi prosenttia. Tupakointi vähentyi yli 70-vuotiailla, kun taas 65–69-vuotiaiden ryhmässä se lisääntyi



Lähde: Helakorpi ym. 2010

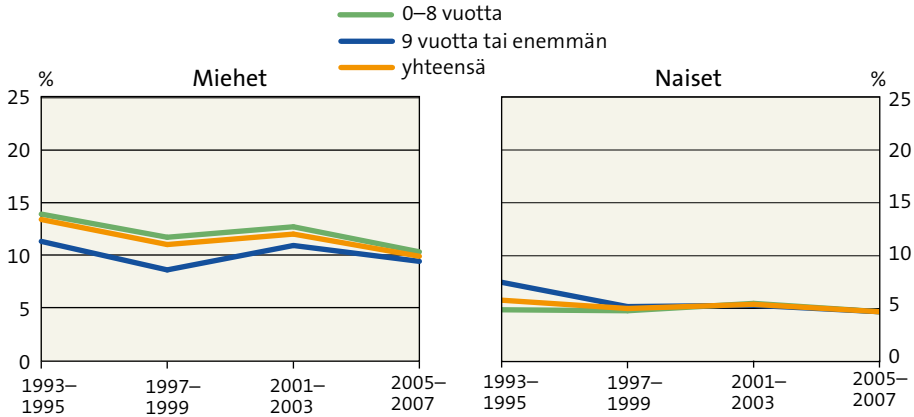
KUVIO 2. Päivittäin tupakoivien 25–64-vuotiaiden ikävakioidu osuus (%) tutkimusvuosijaksoissa sukupuolen ja suhteellisen koulutuksen (koulutuskolmannekset) mukaan vuosina 1978–2009.

vuosina 2007–2009. Tupakoivien naisten osuus on pysynyt matalana, mutta 65–69-vuotiailla naisilla tupakointi on yleistynyt. Vuonna 2009 65–69-vuotiaista miehistä tupakoi 16 prosenttia ja vastaavanikäisistä naisista kahdeksan prosenttia. (Kuvio 3) (Laitalainen ym. 2010a.)



Lähde: Laitalainen ym. 2010a

KUVIO 3. Päivittäin tupakoivien osuus (%) eläkeikäisessä (65–84-v.) väestössä sukupuolittain ja ikäryhmittäin vuosina 1985–2009.



Lähde: Laitalainen ym. 2010b

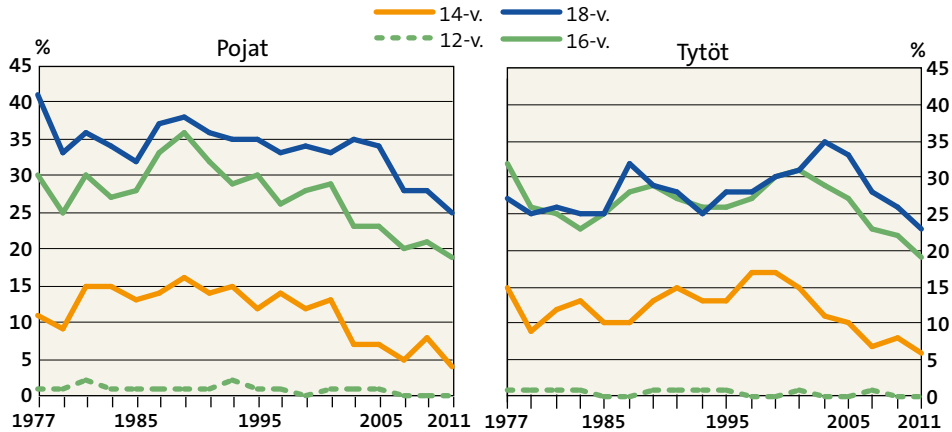
Kuvio 4. Eläkeikäisten miesten ja naisten (65–84-v.) ikävakoitu päivittäistupakointi koulutuksen (0–8 vuotta / 9 vuotta tai enemmän) mukaan vuosina 1995–2007 (%).

Eläkeikäisten tupakointi oli 1990-luvulla hieman yleisempää vähemmän koulutettujen ryhmässä kuin yleisessä koulutusryhmässä, mutta 2000-luvulla erot ovat hävinneet sekä miehillä että naisilla. 65–84-vuotiaista miehistä noin 10 prosenttia tupakoi tutkimusjaksolla 2005–2007, kun vastaava osuus naisilla oli 5 prosenttia. (Kuvio 4) (Laitalainen ym. 2010b.)

Nuorten tupakointi

Nuorten tupakointia on Suomessa seurattu säännöllisesti joka toinen vuosi vuodesta 1977 alkaen valtakunnallisessa Nuorten terveystapatutkimuksessa (NTTT) (Rimpelä 2010; Raisamo ym. 2011). Postikyselyin (viime vuosina osittain myös internetin kautta) toteutetussa tutkimuksessa on selvitetty kattavasti 12–18-vuotiaiden nuorten tupakatuotteiden käyttöä.

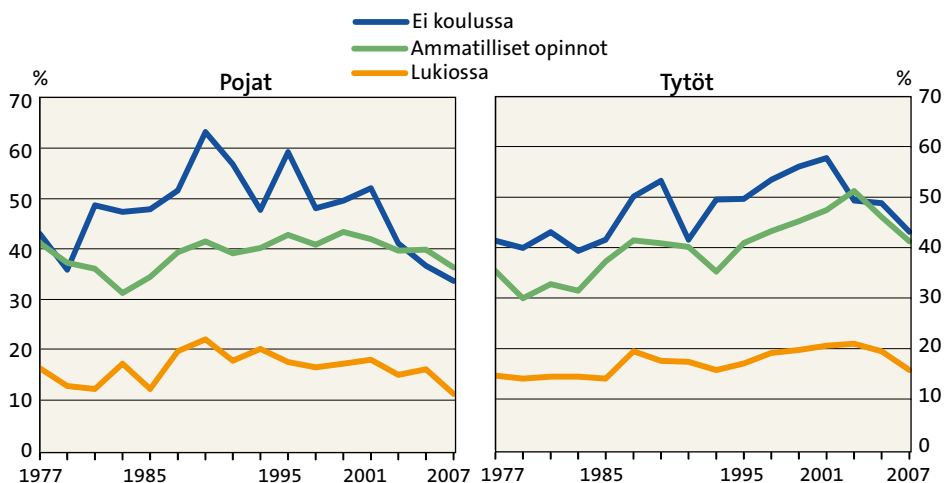
Päivittäinen savukkeiden poltto on vähentynyt 14–18-vuotiailla nuorilla vuosituhannen vaihteesta. Kuitenkin 16–18-vuotiaista noin joka viides tupakoi edelleen päivittäin. (Kuvio 5) Päivittäinen tupakointi on pysynyt matalalla tasolla 12-vuotiailla. Vuonna 2011 keskimääräinen savukkeiden kulutus oli 10,0 savuketta päivässä 12–18-vuotiailla päivittäin tupakoivilla nuorilla. Nuoret polttavat pääasiassa tehdasvalmisteisia savukkeita. Itsekäärityjen savukkeiden suosio on yleisintä 14-vuotiailla pojilla. (Raisamo ym. 2011.)



Lähde: Raisamo ym. 2011

KUVIO 5. Päivittäin savukkeita polttavien osuus (%) 12–18-vuotiailla iän ja sukupuolen mukaan vuosina 1977–2011.

Nuorten päivittäistupakoinnin yleisyydessä on suuret erot koulumenestyksen sekä koulu-uran mukaan tarkasteltuna. Tupakoinnin yleisyys on yhteydessä nuorilla koulumenestykseen siten, että heikommin opinnoissaan pärjäävät nuoret tupakoivat enemmän kuin paremmin opinnoissaan pärjäävät (Doku ym. 2010). Päivittäin tupakoivien 16- ja 18-vuotiaiden nuorten osuus koulutyyppin mukaan tarkasteltuna on yleisintä koulunkäynnin lopettaneilla ja opintojaan ammattioppilaitoksissa jatkavilla (kuviokuva 6) (Karvonen & Koivusilta 2010).



Lähde: Karvonen & Koivusilta, 2010

KUVIO 6. Päivittäin tupakoivien osuus (%) koulutyyppin mukaan 16- ja 18-vuotiailla pojilla ja tytöillä vuosina 1977–2007.

Nuuskan käyttö

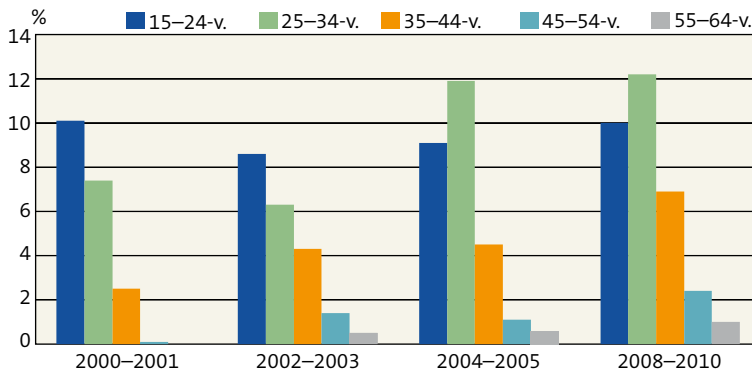
Nuuskan maahantuonti ja myynti on Suomessa kielletty. Kielto perustuu EU-direktiiviin. Ulkomailta palaava matkustaja saa kuitenkin tuoda nuuskaa omaan, henkilökohtaiseen käyttöönsä. Suussa käytettävän tupakan maahantuontiin liittyvästä rajoituksesta sekä nuuskan myyntikiellosta huolimatta nuorten nuuskan käyttö on yleistynyt (Huhtala ym. 2006). Suomessa valtaosa nuorista ilmoittaa hankkineensa nuuskaa kaveireilta. Nuuskaa hankitaan jonkin verran myös laivoilta ja naapurimaihin suuntautuvilta matkoilta. (Raisamo ym. 2011.)

AVTK-tutkimuksen tulosten perusteella nuuskan käyttö on hiukan lisääntynyt miehillä työikäisessä väestössä ja on yleisintä nuorimmissa ikäryhmissä. Vanhempien ikäluokkien, 45–64-vuotiaiden miesten, keskuudessa nuuskan käyttö taas on selvästi harvinaisempaa.

Nuuskan käyttö oli 2000-luvun alussa yleisintä 15–24-vuotiaiden miesten ikäryhmässä, mutta alkoi lisääntyä 2000-luvun puolivälissä 25–34-vuotiailla miehillä. Nuuskan käytöstä tuli tässä ryhmässä yleisempää kuin 15–24-vuotiailla. 2000-luvulla nuuskan käyttö on yleistynyt myös 35–44-vuotiaiden ryhmässä. (Kuvio 7) Naisilla nuuskan käyttö on harvinaista: kaksi prosenttia 15–24-vuotiaista kertoi nuuskan käytöstä, kun taas 25–64-vuotiaat naiset eivät raportoineet nuuskan käytöstä lainkaan (Helakorpi ym. 2011).

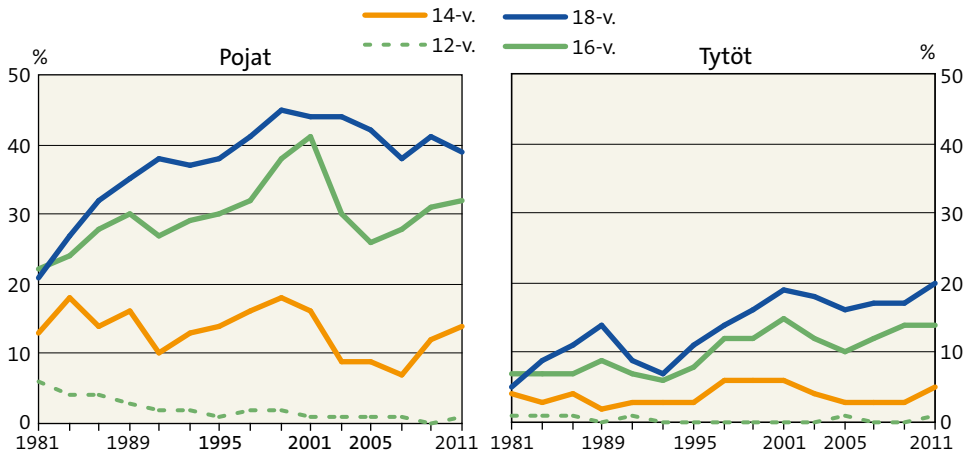
Nuuskaa kokeilleiden poikien ja tyttöjen osuus on kasvanut vuoden 2005 jälkeen (kuvio 8). Tyttöjen kokeiluluvut ovat kuitenkin pysyneet selvästi alhaisemmalla tasolla kuin poikien.

Vastaavasti silloin tällöin tai päivittäin nuuskaavien poikien osuus on lisääntynyt. Vuonna 2011 vanhimman ikäryhmän (18-vuotiaat) pojista nuuskasi 14 prosenttia. Luku on koko tutkimusjakson korkein. (Kuvio 9) Tytöillä nuuskan säännöllinen käyttö on harvinaista. (Raisamo ym. 2011.)



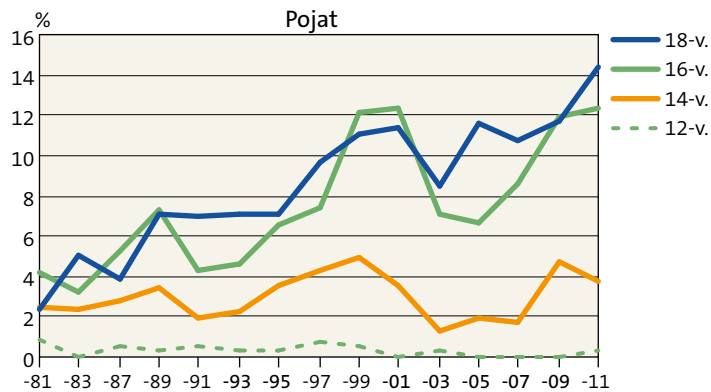
Lähde: Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys (AVTK) -tutkimus

KUVIO 7. Nuuskaa käyttävien (päivittäin tai satunnaisesti) 15–64-vuotiaiden miesten osuus (%) ikäryhmittäin vuosina 2000–2010.



Lähde: Raisamo ym. 2011

KUVIO 8. Nuuskaa joskus kokeilleiden 12–18-vuotiaiden osuus (%) vuosina 1981–2011 iän ja sukupuolen mukaan.

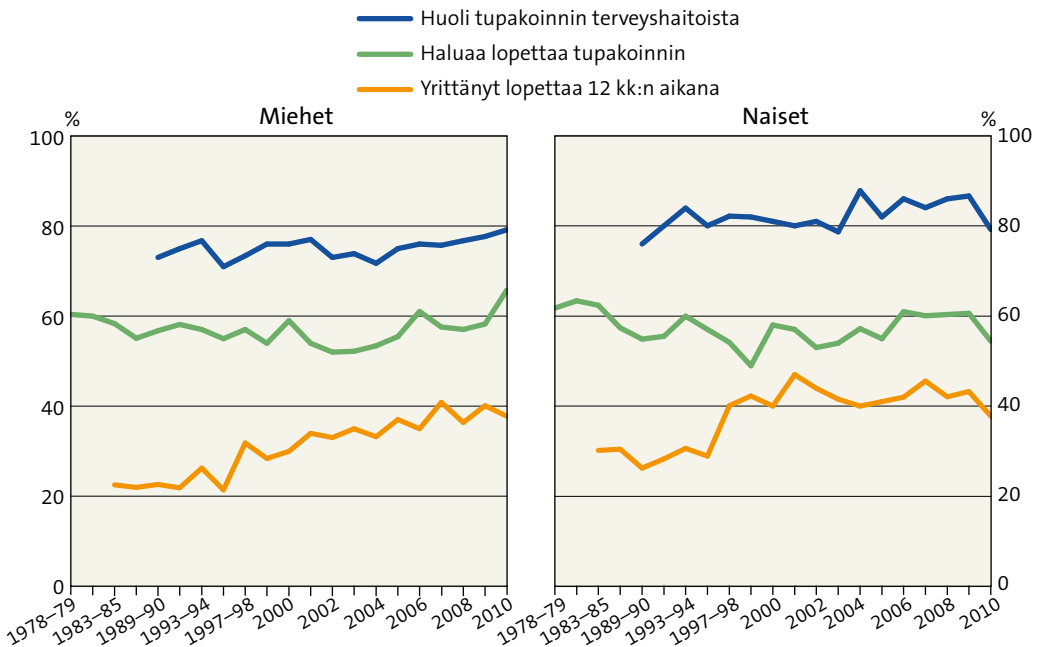


Lähde: Raisamo ym. 2011

KUVIO 9. Nuuskaa silloin tällöin tai päivittäin käyttävien 12–18-vuotiaiden poikien osuus (%) iän mukaan 1981–2011.

Tupakoinnin lopettamishalukkuus ja lopettamisyrietykset

Tupakoijat ovat huolissaan tupakoinnin aiheuttamista terveyshaitoista. Sekä miehistä että naisista 79 prosenttia oli huolissaan tupakoinnin vaikutuksesta omaan terveyteensä vuonna 2010. Tupakoinnin lopettamishalu on yleistä. Vuonna 2010 miehistä 66 prosenttia ja naisista 54 prosenttia kertoi haluavansa lopettaa tupakoinnin. Myös lopettamisyrietykset ovat yleisiä. Vuonna 2010 miehistä ja naisista 38 prosenttia kertoi yrittäneensä vakavasti lopettaa tupakoinnin viimeksi kuluneen vuoden aikana. (Kuvio 10) (Helakorpi ym. 2011.)



Lähde: Helakorpi ym. 2011

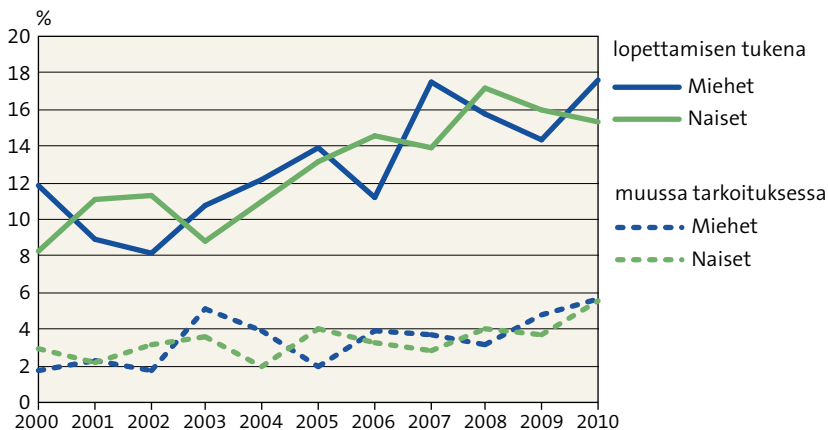
KUVIO 10. Tupakoinnin terveyshaitoista huolestuneiden, lopettamista haluavien ja lopettamista viimeisen vuoden aikana yrittäneiden osuus (%) päivittäin tupakoivista vuosina 1978–2010.

Nikotiinikorvaustuotteet ja niiden käyttö työikäisillä

Nikotiinikorvaustuotteiden tarkoituksena on korvata savukkeista saatava nikotiini. Nikotiinin korvaamisella vähennetään tupakoinnin lopettamiseen liittyviä vieroitusoireita, ja siten halua tupakoida. Nikotiinikorvaushoidon tehokkuutta selvittäneiden tutkimusten perusteella voidaan sanoa, että tupakoinnin lopettamisessa onnistumisen todennäköisyys on suurempi käytettäessä korvaustuotteita, kuin ilman niitä (Silagy ym. 2004). Vuonna 2006 Suomessa sallittiin nikotiinikorvaustuotteiden myynti apteekkien lisäksi myös päivittäistavara-kaupoissa ja kioskeissa. Myynnin vapauttamista perusteltiin sillä, että voidaan olettaa korvaustuotteiden saatavuuden parantamisen lisäävän niiden käyttöä, ja siten lisäävän myös tupakoinnin lopettamisessa onnistumisia.

Nikotiinikorvaustuotteiden, esimerkiksi nikotiinipurukumin tai -laastarin, käyttö on lisääntynyt tupakoinnin lopettamisen tukena 15–64-vuotiailla 2000-luvun ensimmäisen vuosikymmenen aikana. 2000-luvun alussa noin 10 prosenttia kuluneen vuoden aikana tupakoineista työikäisistä oli käyttänyt nikotiinikorvaustuotteita tupakoinnin lopettamisen tukena. Vuonna 2010 vastaava osuus oli 16 prosenttia (Helakorpi ym. 2011).

Vuonna 2010 18 prosenttia miehistä kertoi nikotiinikorvaustuotteiden käytöstä tupakoinnin lopettamisen tukena. Naisilla vastaava osuus oli 15 prosenttia. Noin kuusi prosenttia miehistä ja naisista kertoi nikotiinikorvaustuotteiden käytöstä muusta syystä kuin tupakoinnin lopettamisen tukena. (Kuvio 11.)



Lähde: Suomalaisen aikuisväestön terveys ja terveyskäyttäytyminen (AVTK) -tutkimus

KUVIO 11. Nikotiinikorvaustuotteita käyttäneiden osuus (%) sukupuolen mukaan kuluneen vuoden (=12 kk) aikana tupakoineilla 2000–2010.

Nikotiinikorvaustuotteet ja nuoret

Kun tupakointi vähenee, on riskinä, että muiden nikotiiniriippuvuutta aiheuttavien tuotteiden käyttö yleistyy. Nuorten nikotiinikorvaustuotteiden käyttö on alue, josta on kansainvälisestäkin vielä melko vähän tietoa saatavilla. Vuoden 2007 Nuorten terveystapatutkimuksen mukaan nikotiinikorvaustuotteiden käyttö oli yleisintä 18-vuotiailla pojilla, joista 10 prosenttia ilmoitti käyttäneensä niitä (taulukko 1).

Olennaista nuorten nikotiinikorvaustuotteiden käytön arvioinnissa on selvittää, käyttävätkö nuoret niitä tupakasta vieroittautumiseen vai nikotiinin saamiseksi, jolloin yhteydet tupakoinnin lopettamiseen ja nuuskan käyttöön ovat keskeisiä. Nikotiinikorvaustuotteiden käyttäjistä valtaosa on päivittäin tupakoitsijoita. Alaikäiset saavat yleisimmin nikotiinikorvaustuotteet kavereilta. Tuotteita ostetaan myös apteekista. Kaupasta ja muista vähittäismyymintapaikoista tuotteita ostetaan harvemmin. (Rainio ym. 2010.)

TAULUKKO 1. Niiden nuorten osuus (%), jotka ovat ilmoittaneet käyttäneensä joskus nikotiinikorvaustuotteita, iän mukaan.

Ikä vuotta	(n)	Pojat	Tytöt
		%	%
12	(642)	0,7	0,3
14	(2 027)	2,2	1,7
16	(1 679)	6,6	5,2
18	(1 492)	10,3	7,6
12–18-v. yht.	(5 840)	5,1	4,2

n= vastaajien lukumäärä

Lähde: Rainio ym. 2010, Nuorten terveystapatutkimus 2007

Tupakkatuotteiden kulutus

Savukkeita kulutettiin vuonna 2010 1140 kappaletta 15 vuotta täyttänyttä henkilöä kohden. Tupakkatuotteiden henkilöä kohden laskettu kulutus oli suurimmillaan 1950-luvun puolivälistä tupakkalain säätämiseen, vuoteen 1976 asti. Kulutus lisääntyi vielä hiukan 1980-luvun jälkipuoliskolla, mutta väheni huomattavasti 1990-luvulla. Suurin kulutuksen vähentyminen tapahtui 1990-luvun alun lamavuosina, eikä kulutus enää laman jälkeen palautunut sitä edeltävälle tasolle, vaan jäi pysyvästi matalammaksi. Kulutus vähentyi eniten kalliin hintaluokan savukkeissa, kun taas halpasavukkeiden ja savukkeiksi käärittävän hienoksi leikatun tupakan (ns. sätkätupakka) suhteellinen osuus kulutuksesta kasvoi. Sikarien kulutus on jonkin verran lisääntynyt, mutta se on määrällisesti edelleen vähäistä muihin tupakkatuotteisiin verrattuna. (Tupakkatilasto 2010.)

Kulutuksen väheneminen perustuu väestön tupakoinnin yleisyyden laskuun sekä päivittäin poltettujen savukkeiden lukumäärän vähenemiseen. Kulutusta ei pystytä mittaamaan täysin tarkasti, vaan kulutustiedot perustuvat osin arvioihin. Kulutustietoihin on kuitenkin sisällytetty vuodesta 1996 alkaen kyselytutkimuksista saadut tiedot tupakatuotteiden verottomasta matkustajatuonnista. Myös tullin haltuun ottamien savukkeiden määrää on seurattu vuosittain. Näiden määrät ovat kuitenkin olleet niin pieniä, ettei niillä ole merkitystä kokonaiskulutuksen kannalta. (Tupakkatilasto 2010.)

Tupakatuotteiden kulutusta on seurattu vuodesta 1940 alkaen. Kulutusta on raportoitu sekä kokonaiskulutuksena että kulutuksena 15 vuotta täyttäneitä henkilöä kohden. Kulutusta seurataan tuoteryhmittäin. Savukkeiden osuus kokonaiskulutuksesta on keskimäärin ollut 80 ja 90 prosentin välillä. (Tupakkatilasto 2010.)

YDINKOHDAT

- ☀️ Miesten tupakointi on vähentynyt vielä 2000-luvulla, mutta hitaammin kuin aiemmin.
- ☀️ Naisten tupakointi kääntyi laskuun 2000-luvun puolivälin jälkeen oltuaan pitkään samalla tasolla.
- ☀️ Nuorten tupakointi pysyi pitkään samalla tasolla, mutta väheni selvästi 2000-luvulla.
- ☀️ Tupakoinnin koulutusryhmittäiset erot työikäisillä ovat suuria: tupakointi on yleisintä alimmassa koulutusryhmässä.
- ☀️ Nuorilla (16- ja 18-v.) tupakointi on yleisintä koulunkäynnin lopettaneilla ja opintojaan ammattioppilaitoksissa jatkavilla.
- ☀️ Nuuskan käyttö yleistyi 16- ja 18-vuotiailla pojilla 2000-luvulla.

Lähteet

- Doku D, Koivusilta L, Rainio S, Rimpelä A (2010) Socioeconomic differences in smoking among Finnish adolescents from 1977 to 2007. *Journal of Adolescent Health* 47(5):479–487.
- Helakorpi S, Laitalainen E, Uutela A (2010) Suomalaisen aikuisväestön terveystietäytyminen ja terveys, kevät 2009. Raportti 7/2010, Helsinki. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL), www.thl.fi/avtk
- Helakorpi S, Pajunen T, Jallinoja P, Virtanen S, Uutela A (2011) Suomalaisen aikuisväestön terveystietäytyminen ja terveys, kevät 2010. Raportti 15/2011, Helsinki. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL), www.thl.fi/avtk
- Huhtala H, Rainio S & Rimpelä A (2006) Adolescent snus use in Finland in 1981–2003: trend, total sales ban and acquisition. *Tobacco Control* 15(5):392–397.
- Karvonen S & Koivusilta L (2010) Väestöryhmien väliset erot – onko väite nuorten terveystietäytyksen polarisoitumisesta totta? Teoksessa Ståhl T & Rimpelä A (toim.) Terveiden edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). <http://www.thl.fi/julkaisut>
- Laitalainen E, Helakorpi S & Uutela A (2010a) Eläkeikäisen väestön terveystietäytyminen ja terveys keväällä 2009 ja niiden muutokset 1993–2009.

- Raportti 30/2010. Helsinki. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), www.thl.fi/evtk
- Laitalainen E, Helakorpi S, Martelin T & Uutela A (2010b) Eläkeikäisten elintavoissa eroja koulutuksen ja kuntatyypin mukaan. Suomen Lääkärilehti 65(5): 373–382.
- Raisamo S, Pere L, Lindfors P, Tiirikainen M & Rimpelä A (2011). Nuorten terveystapatutkimus 2011. Nuorten tupakkatuotteiden ja päihteiden käyttö 1977–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://www.stm.fi/julkaisut>
- Rainio S U, Huhtala H S & Rimpelä A H (2010) Use and acquisition of nicotine replacement therapy products among underage adolescents after deregulation of the sales. *Nicotine Tob Res.* 12(8):870–873.
- Rimpelä A (2010) Kolme vuosikymmentä nuorten terveystapaseurantaa – näkyykö megatrendejä? Teoksessa Ståhl T & Rimpelä A (toim.) Terveyden edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). <http://www.thl.fi/julkaisut>
- Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D & Fowler G (2004). Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3):CD000146.
- Suomen virallinen tilasto (SVT): Tupakkatilasto 2010. Tilastoraportti 44/2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).

II

Tupakkapolitiikka



Suomen tupakkapolitiikka ja -lainsäädäntö – kehitys vuodesta 1976 nykypäivään

Suomi on ollut tupakkapolitiikan edelläkävijämaita maailmassa aina vuodesta 1976 alkaen, jolloin säädettiin laki toimenpiteistä tupakoinnin vähentämiseksi (693/1976). Tupakkalaki tuli voimaan vuonna 1977, ja siihen liittynyt mainontakielto vuotta myöhemmin. Vuoden 1976 tupakkalaissa säädettiin mainontakiellon lisäksi, että savukeaskeihin ja tupakkatuotteisiin tuli pakollinen varoitus tupakoinnin vaarallisuudesta terveydelle. Laissa määriteltiin myös haitallisten aineiden maksimirajat ja rajoitettiin tupakointia kouluissa ja julkisissa tiloissa. Lisäksi tupakkatuotteiden myynti alle 16-vuotiaille kiellettiin. Tupakkaveron tuotosta 0,5 prosenttia säädettiin käytettäväksi tupakoinnin vähentämistyöhön.

Myös muualla Euroopassa tupakkalainsäädännön käännekohta osui 1970-luvun puoliväliin: esimerkiksi Norjassa tupakkatuotteita säätelevä laki tuli voimaan vuonna 1975, Ranskassa puolestaan vuonna 1976.

Tupakkapoliittisessa kentässä tapahtuneet murrokset voidaan tulkita muutoksena tupakkapolitiikkaan vaikuttaneiden intressien keskinäisissä suhteissa. Näitä intressejä ovat: 1) tupakkateollisuuden sekä tupakan viljelijöiden ja markkinoijien intressi; 2) valtion fiskaalinen intressi (tupakkavero); 3) normatiivinen eli eettinen intressi, jossa tupakointi nähdään huonona tai moraalittomana tapana sekä 4) kansanterveysintressi, jonka keskeisenä tavoitteena on tupakoinnin aiheuttamien terveyshaittojen poistaminen (Rimpelä 1978a).

Näiden intressien väliset suhteet muuttuivat huomattavasti 1970-luvun jälkeen. Vaikka normatiivinen ja kansanterveysintressi 1900-luvun alkupuolella kohdistuivat erityisesti alkoholiin ja sen aiheuttamiin haittoihin, niiden painoarvo oli merkittävä myös tupakoinnissa. Tupakan kansanterveydellinen merkitys alkoi 1950-luvulta alkaen lisääntyä voimakkaasti, kun tieteellinen näyttö tupakan terveyshaitoista vahvistui. Keskeisimmät tutkimukset olivat vuonna 1950 USA:ssa ilmestynyt Wynderin ja Grahamin tutkimus sekä englantilaisten lääkäreiden keskuudessa tehty laaja ja monivuotinen seurantatutkimus (Doll & Hill 1954), jotka molemmat osoittivat tupakanpolton ja keuhkosyövän välisen yhteyden. Erittäin laaja ja kattava Yhdysvaltain Surgeon Generalin raportti tupakoinnin vakavista terveyshaitoista julkaistiin vuonna 1964 (ns. Terry-raportti).

Suomessakin huoli väestön terveydestä antoi sysäyksen muuttaa suhtautumista tupakkatuotteiden käyttöön. Suomalaisten elinajanodote oli sota-ajan jälkeen noussut selvästi, mutta kehityksen vauhti oli 1950-luvun loppupuolella alkanut hiipua erityisesti miehillä. Hidastuminen johtui suomalaisten miesten poikkeuksellisen korkeasta sepelvaltimotautikuolleisuudesta, joka oli Länsi-Euroopan suurimpia (Aromaa ym. 2005; Salomaa ym. 2009) sekä korkeasta keuhkosityöpäkuolleisuudesta. Eräs keskeinen syy tähän oli suomalaisten miesten erittäin korkea päivittäistupakoinnin yleisyys, joka on arvioitu olleen yli 70 prosentin tasolla 1940-luvun lopussa (Martelin 1984, Rimpele 1978b). Sepelvaltimotautikuolleisuus jatkui korkeana 1970-luvulle saakka (Aromaa ym. 2005).

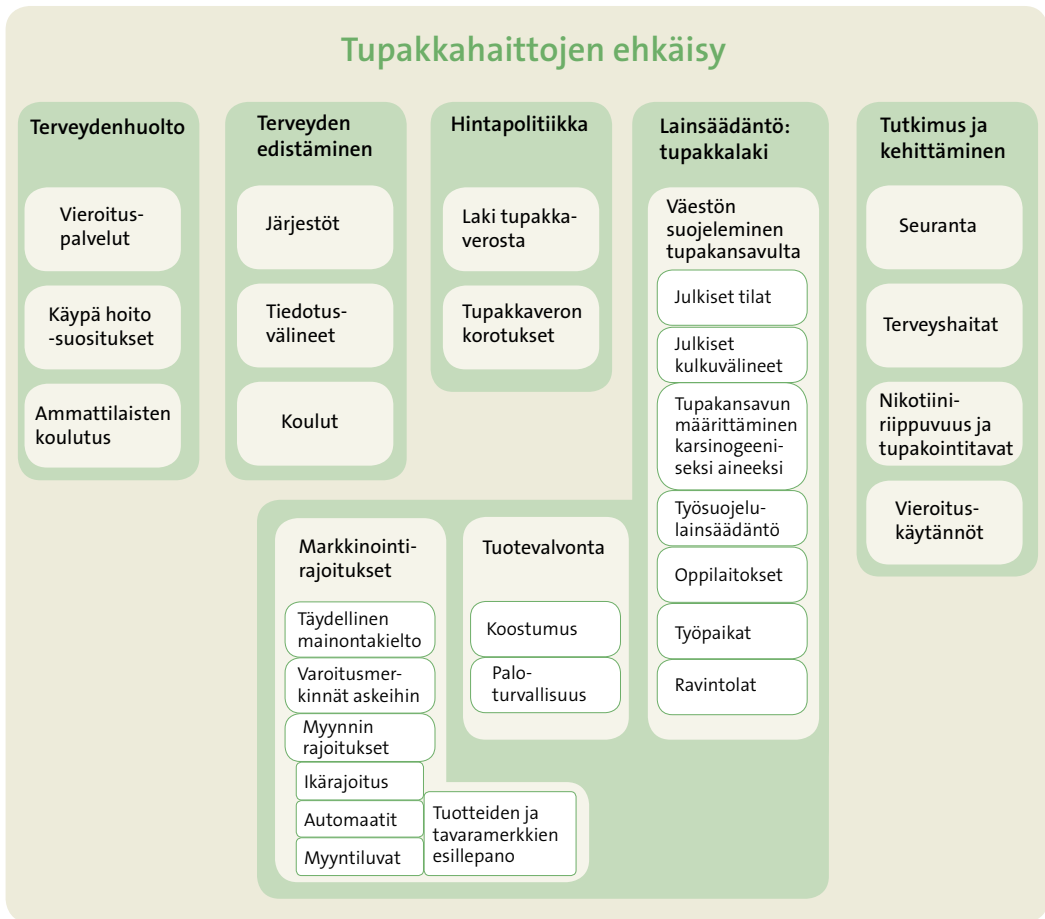
Tupakkapolitiikan keinot

Tupakkapolitiikalle asetettiin tupakkalakia säädettäessä neljä keskeistä toteuttamisaluetta ja -keinoa: terveyskasvatus, hintapolitiikka, rajoitukset sekä tutkimus ja kehitys. Lainsäädäntöön sisältyi myös julkisten tilojen savuttomuus, tupakkapakkausten terveysvaroitukset, tupakan myyntirajoitukset ja tuotevalvonta. Katsottiin, että kaikkia tupakkapolitiikan keinoja tulisi voida käyttää samanaikaisesti, jolloin ne tukisivat toisiinsa tuottamalla synergiaetuja ja olisivat siten tehokkaampia kuin erikseen toteutettuina (Leppo 1978). Kaikkia osa-alueita on myöhemmin täydennetty, mutta perusasetelma on säilynyt pääpiirteiltään alkuperäisen kaltaisena (kuvio 1). Uutena painopistealueena voidaan pitää terveydenhuollon roolia erityisesti vieroituspalveluiden järjestämisessä.

Vuoden 1976 tupakkalasta hintapolitiikka tupakkapoliittisena keinona jäi pois. Hintapolitiikan tärkeyttä ovat esimerkiksi Leppo ja Vertio (1986) kuvanneet siten, että terveystavoitteinen tupakkapolitiikka ilman hintapolitiikkaa on kuin nelijalkainen pöytä, josta puuttuu yksi jalka. Tupakkaverosta säädetään tupakkaverolaissa, ja esitykset veron muutoksista tekee valtiovarainministeriö.

Tupakkatuotteiden hintaa ovat ohjanneet tupakkateollisuuden omat hintapäätökset ja valtion valmisteveropolitiikka. Koska hinta on erittäin keskeinen tupakan kuluusta säätelevä tekijä, on verotuspäätöksissä jouduttu fiskaalisten eli valtion verotuottoihin liittyvien tekijöiden lisäksi ottamaan huomioon kansanterveydelliset tekijät. Vaikka valtio päättää tupakkaverosta, tupakkateollisuus määrittelee itse tupakan hinnan. Teollisuus on vaikuttanut hintatasoon esimerkiksi tuomalla markkinoille suosittuja ja kalliita tuotemerkkejä selvästi edullisempia ns. halpasavukkeita.

Tupakkatuotteiden mainonnan rajoittaminen oli tupakkalain säätämisen keskeisiä kiistakysymyksiä. Tupakkateollisuus vastusti eniten juuri mainonnan kieltämistä ja lobbasi lain valmisteluvaiheessa etujaan erityisesti ministeriöissä varsin voimakkaasti. Perusteluina käytettiin niin yksilön-, elinkeinon- kuin sananvapauteenkin liittyviä argumentteja. Eduskunnassa tuki täydelliselle mainonnan ja myynninedistämisen kielolle oli kuitenkin vahva, ja mainonnan kiellon sisältävä lakiesitys hyväksyttiin.



KUVIO 1. Suomen terveystavoitteisen tupakkapolitiikan keinot ja osa-alueet

Määräraha tupakoinnin vähentämiseen

Vuoden 1976 tupakkalakiin saatiin mukaan vuosittainen määräraha, joka oli korva-merkitty tupakoinnin vähentämiseen tähtäävän työn sekä tutkimus-, seuranta- ja valistustoiminnan tukemiseen. Vaikka määrärahan suuruus laissa oli 0,5 prosenttia tupakan valmisteveron tuotosta, säädettiin määräraha useina vuosina selvästi pienemmäksi. Määrärahan käyttötarkoitusta laajennettiin vuodesta 1985 alkaen siten, että tupakoinnin vähentämisen lisäksi rahaa voitiin käyttää muuhunkin terveyden edistämiseen. Nykyisin määräraha on noin 0,6 prosenttia verotuotosta. Vuonna 2009 määrärahas- ta säädettiin erillinen laki, jonka perusteella määräraha irrotettiin tupakkalasta ja prosenttimäärä poistettiin lakitekstistä.

Määrärahan käyttöä ja terveyden edistämistoimintaa ohjattiin lääkintöhallituksen terveystieteistoimistosta, joka toimi vuosina 1977–1991. Toimistolle kuului myös tupakkalain valvonta, jonka yhdistäminen terveystieteistoimintaan ei ollut kaikin puolin onnistunut vaihtoehto. Valvontaresurssit olivat vaatimattomia vastapuolen eli tupakkateollisuuden resursseihin verrattuna (Rimpelä 1992).

Suomessa määrärahan taso ei yltänyt Maailman terveysjärjestön WHO:n tavoitteeseen, jonka mukaan vähintään prosentti tupakkaveron tuotosta tulisi ohjata tupakointia vähentävään työhön. Määrärahan vaikutusta tupakoinnin yleisyyteen ei ole Suomessa tutkittu. Yhdysvalloista on tutkimuksia esimerkiksi Kalifornian ja Massachusettsin osavaltioiden tupakoinnin vähentämishjelmista, joissa lainsäädäntöön on kytketty tupakkaverosta rahoitettava määräraha. Tupakointi on näiden ohjelmien ansiosta vähentynyt ja terveydenhoitokulut ovat alentuneet (esim. Biener ym. 2000; Fichtenberg & Glantz 2000; Lightwood ym. 2008). Määrärahojen suhteellinen taso on näissä tapauksissa kuitenkin ollut lähes kymmenkertainen Suomen määrärahaan verrattuna, ja niillä on voitu rahoittaa hyvin suuria tupakoinnin vähentämis- ja lopettamiskampanjoita, joihin on yhdistetty erilaisia elementtejä.

Tutkimus ja seuranta

Tupakkapolitiikan osa-alueista tutkimus ja seuranta aloitettiin melkein heti tupakkalain tultua voimaan. Vuonna 1977 käynnistettiin Nuorten terveystapatutkimus (NTTT), ja vuonna 1978 Suomalaisen aikuisväestön (15–64-vuotiaat) terveystietäytyminen ja terveys -tutkimus (AVTK). Molemmat tutkimukset jatkuvat edelleen. NTTT toteutetaan joka toinen vuosi ja AVTK-tutkimus joka vuosi (Helakorpi ym. 2011; Raisamo ym. 2011). Lisäksi eläkeikäisen väestön (65–84-vuotiaat) terveystietäytymistä on seurattu vuodesta 1985 alkaen joka toinen vuosi toteutettavalla Eläkeikäisen väestön terveystietäytyminen ja terveys (EVTK) -tutkimuksella (Laitalainen ym. 2010). Tupakkalain mukaisella määrärahalta on vuosittain toteutettu lukuisia yksittäisiä tutkimushankkeita ja selvityksiä.

Terveyden edistämisen hankkeet

Tupakkalain tultua voimaan käynnistettiin vuosittain useita kymmeniä pääasiassa järjestöjen hankkeita. Nämä terveyden edistämisen hankkeet saivat tukea tupakkalain mukaisesta määrärahasta. Vuosina 1978–79, 1986 ja 1989 toteutettiin televisiossa Pohjois-Karjala projektiin liittyviä tupakoinnin lopettamishjelmia, jotka rahoitettiin pääosin Yleisradion omana toimintana. Vuosien 1986 ja 1989 ohjelmiin liitettiin Lopeta ja voita -kilpailut (Puska 2009). Vuoden 1986 kilpailuun osallistui yli 16 000 tupakoijaa, joista noin 20 prosenttia pysyi tupakoimattomana kuusi kuukautta. Vuonna 1989 kilpailtiin lopettamisessa Suomen ja Viron välillä. Vaikka lopettamisprosentti jäisi pieneksikin, saadaan kilpailuilla suuren osallistujamäärä takia hyvä kustannus-hyötysuhde.

Savuton koululuokka -kilpailuja on järjestetty vuodesta 1989. Kouluohjelmiin on saatu kansallisen rahoituksen lisäksi myös EU-tukea. Kilpailujen tarkoituksena on ollut myöhentää tupakoinnin aloittamista ja ehkäistä jo tupakointia kokeilleiden oppilaiden päätymistä säännöllisiksi tupakoijiksi. Ikäryhmänä ovat olleet 11–14-vuotiaat. Tutkimustulokset kouluohjelmien pysyvästä vaikutuksesta nuorten tupakoinnin ehkäisyyn ovat vaihdelleet, mutta enemmistö tutkimuksista näyttäisi tukevan ohjelmien myönteistä vaikutusta. Sitä vastoin yksittäisillä koulukampajoilla on harvemmin saatu pysyviä tuloksia. Kouluohjelmat tulisikin aina yhdistää muihin tupakointia vähentäviin toimenpiteisiin (Vartiainen ym. 2009).

Hinta- ja veropolitiikka

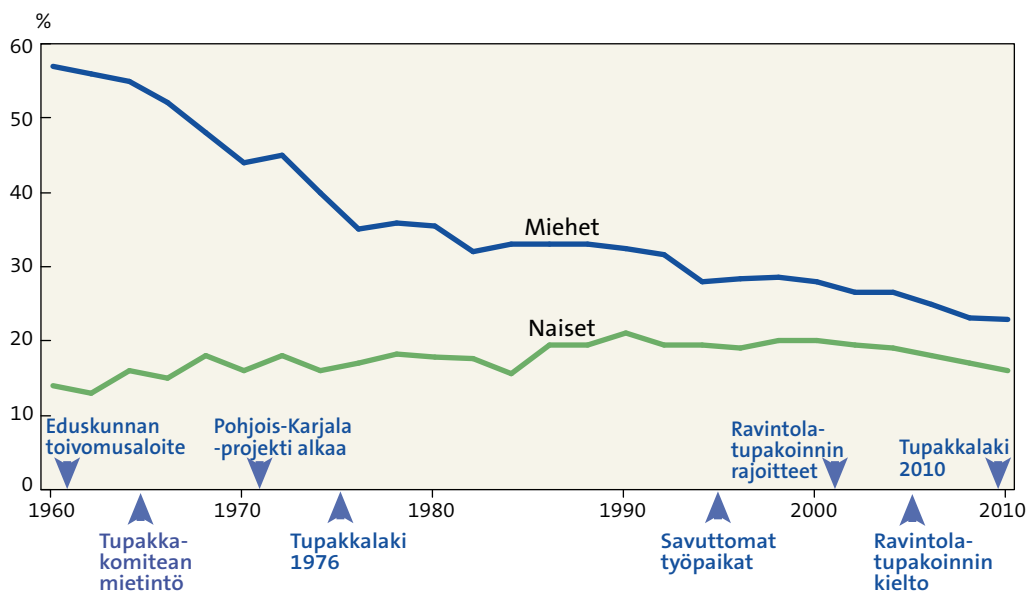
Koska hintapolitiikka ei sisällynyt tupakkalain keinoihin, ei sen avulla myöskään voitu tukea lain muita instrumentteja. Tupakkaveroon tehtiin isohko korotus tupakkalain säätämisen yhteydessä, mutta 1980 ja -90 -luvuilla tupakkaverotuki huonosti tupakkalain tavoitteita. Muun muassa Terveyskasvatuksen neuvottelukunta (1985) totesi julkaisussaan, että tupakkatuotteiden hintojen korotusten suuruuden ja ajoittumisen ovat tavallisesti määränneet valtiontalouden tarpeet ja tupakkateollisuuden kannattavuuden kehitys, ja terveystavoitteet ovat usein saaneet väistyä muiden tavoitteiden tieltä.

Tupakkalain toteutus 1980-luvulla

Vuoden 1976 tupakkalaki on tutkimusten mukaan vaikuttanut tupakoinnin vähenemiseen väestössä (Helakorpi ym. 2004; Heloma ym. 2004), ja lain toteutus on keskeisiltä osin ollut onnistunutta. Suomalaisten tupakointi on noudattanut Lopezin ym. vuonna 1994 julkaisemaa mallia, jossa miesten runsas tupakointi alkaa laskea korkealta tasolta, mutta naisten tupakointi lisääntyy. Myöhemmin myös naisten tupakoinnin kasvu pysähtyy ja kääntyy laskuun (kuvio 2).

Tupakkalakiin ei tehty mitään olennaisia isoja muutoksia ennen vuotta 1994. Lain toteuttamisessa oli kuitenkin myös vaikeuksia, jotka lisääntyivät ajan myötä. Lakia säädettäessä ei osattu kaikilta osin ottaa huomioon tupakkateollisuuden kykyä löytää laisista porsaanreikiä. Niitä löytyi eniten juuri mainontakiellon osalta, vaikka mainonnan esteet oli pyritty suunnittelemaan hyvin kattaviksi.

Tupakkateollisuus alkoi melko pian koetella mainontakieltoa ja sen valvonnan tehokkuutta hyödyntämällä niin kutsuttua epäsuoraa mainontaa, jonka rajoitukset tupakkalaissa olivat epäselviä. Esimerkiksi mainostettiin itse tupakkayritystä ja sen ”hyviä tuotteita” mainitsematta savukemerkkiä. Lisäksi alettiin mainostaa muita tuotteita, muun muassa vapaa-ajan vaatteita ja kenkiä, joiden mainokset aiheuttivat mielikuvan tupakkatuotteesta. Näillä tuotteilla saattoi olla tunnetun tupakkatuotteen nimi tai muu miellelyhtymän herättävä tunnus. Myös tupakkateollisuuden lisääntyneen urheilusponsoroinnin kautta tupakkamainokset saatiin näkyviin lehtien ja television raportoinnissa.



Lähteet: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys -julkaisut 1978–2011; Leppo & Puska (2003)

KUVIO 2. Päivittäisen tupakoinnin yleisyys työikäisen aikuisväestön keskuudessa vuosina 1960–2010 ja eräitä keskeisiä tupakkapolitiittisia toimenpiteitä.

Resurssien puute tupakoinnin vähentämiseksi tehtävässä työssä osoittautui ongelmalliseksi. Tupakkalain mukaisen, jo alun perin melko vaatimattoman hankerahoituksen laajentaminen tupakoinnin ehkäisyn lisäksi muuhun terveyskasvatukseen luonnollisesti vähensi mahdollisuuksia käyttää rahoitusinstrumenttia tupakoinnin vähentämishelmiin. Joukkotiedotuskampanjoita toteutettiin jonkin verran vuosina 1977–1984, mutta vähäisemmässä määrässä sen jälkeen. Hankerahoituksen laajentamisen mahdollistavan pykälän 27 muutoksen jälkeen vuonna 1985 vain kolmasosa rahoituksesta ohjattiin työhön, joka koski suoraan tupakoinnin vähentämistä (Rimpelä 1992).

Tupakkalaissa säädettyjen tupakointikieltojen toteutus julkisissa tiloissa ja kulkuvälineissä sujui ilman erityisiä ongelmia. Tupakkalaki ei kuitenkaan kieltänyt tupakointia näissä tiloissa kokonaan, vaan tupakointi voitiin sallia tiettyssä tilan osassa. Siten esimerkiksi junissa oli edelleen tupakkaosastot, lentokoneissa taas varattiin joko koneen takaosa tai käytävän toinen puoli tupakojien käyttöön. Tällainen järjestely ei tietenkään poistanut matkustajien altistumista tupakansavulle.

1980-luvulla maailmalla ilmestyi useita arvovaltaisia tutkimusraportteja passiivisen tupakoinnin terveyshaitoista (esim. U.S. Department of Health and Human Services 1986). Tupakansavulle altistumisen todettiin aiheuttavan erityisesti keuhkosyöpää ja sepelvaltimotautia. Suomessa lääkintöhallitus julkaisi selvityksen tupakoinnista työpaikalla. Monet työpaikat olivat vapaaehtoisesti kieltäneet tupakoinnin ainakin työpaikkaruokaloissa (Valtonen 1985).

Tupakkalaki uudistuu 1994 – elinympäristö savuttomaksi

Erityisesti tupakkalain mainontakiellon lisääntyvä kiertäminen, lain valvonnan ongelmat ja tupakansavulle altistumista työpaikalla koskeneet lukuisat valitukset saivat aikaan sen, että sosiaali- ja terveysministeriössä ruvettiin suunnittelemaan lakiuudistusta. Tupakkalain uudistuksen valmistelu alkoi ministeriössä vuonna 1992. Suurimmat muutosehdotukset tupakkalakiin olivat työpaikkatupakoinnin rajoittaminen ja lain mainontasäännösten tiukentaminen siten, että myös epäsuora mainonta voitaisiin kieltää. Lisäksi tupakan oston alaikäraja ehdotettiin nostettavaksi 16:sta 18 vuoteen.

Tupakkateollisuus vastusti jälleen erityisesti lain mainontapykälien muuttamista vedoten tavaramerkkioikeudellisiin kysymyksiin. Vuoden 1976 lain perusteella ei voitu riittävästi puuttua sellaiseen piilomainontaan, jossa tupakkamerkin käyttöoikeus oli lisensoitu tupakkateollisuuden ulkopuolelle, esimerkiksi vaatemerkillä. Juuri tästä syystä tupakkalain uudistuksessa haluttiin nimenomaan kieltää tuotepohjainen mainonta, jonka suhteen vanha laki oli jättänyt tulkinnanvaraa (Palm 1996). Pitkän väännön jälkeen eduskunta kuitenkin vuonna 1994 hyväksyi ehdotetut muutokset, joiden myötä myös tupakkatuotteiden epäsuora mainonta ja kaikenlainen myyminen edistämistoiminta tulivat kiellon alaisiksi.

Sosiaali- ja terveysministeriö edellytti, että uudistetun tupakkalain toteutumista työpaikoilla seurataan. Työterveyslaitoksessa käynnistettiin tutkimus heti, kun eduskunta oli hyväksynyt tupakkalakiin tehdyt muutokset. Tupakansavulle altistuminen väheni työpaikoilla dramaattisesti jo vuoden sisällä lain voimaantulosta. Suurimmat muutokset tapahtuivat teollisilla työpaikoilla, kun taas muutos oli suhteellisesti pienin palvelualan työpaikoilla (taulukko 1). Kyselytutkimuksen tulokset varmistettiin työpaikoilla tehdyillä työilman nikotiinimittauksilla, jotka tukivat kyselyssä saatuja tuloksia. Altistumistasot laskivat edelleen 2000-luvulla (Heloma ym. 2011).

Ostoikärajan noston todettiin tutkimuksessa vähentäneen alaikäisten tupakan saantia. Lakiuudistuksessa toteutettu ikärajan nosto vähensi merkittävästi 14- ja 16-vuotiaiden tupakkaostoja erityisesti kaupoista ja kioskeista (Rimpelä & Rainio 2004). Vain muutama prosentti tämän ikäluokan nuorista ilmoitti ostaneensa tupakkaa kaupallisesta lähteestä. Sen sijaan nuoret saivat tupakkansa aiempaa hieman useammin vanhempien kavereidensa välityksellä, mutta kokonaisuutena saatavuus kuitenkin vähenyi (emt.).

Ravintolatupakoinnin ongelmia

Ravintolat jäivät vuoden 1994 lakiuudistuksessa työpaikkojen tupakointirajoitusten ulkopuolelle. Tämä tarkoitti samalla, että yhden ammattiryhmän, ravintoloiden työntekijöiden, suojele tupakansavun terveyshaitoilta jäi toteutumatta. Vain pieni osa ravintoloista oli vapaaehtoisesti kieltänyt sisätiloissa tupakoinnin. Tilanne muodostui ennen pitkää kestävämmäksi, ja myös ravintoloiden asiakkaiden vaatimukset savuttomista

TAULUKKO 1. Tupakoimattomien päivittäinen altistuminen ympäristön tupakansavulle työpaikalla toimialan mukaan vuosina 1994–1995, 1995–1996 ja 1998 (% ja N).

Toimiala	Altistuminen	Vuosi		
		1994–95 %	1995–96 %	1998 %
Teollisuus	Ei ollenkaan	8,4	53,7	85,3
	< 1 tunti	20,4	28,3	11,2
	1 tunti tai yli	71,2	18,0	3,6
	Kaikki	100,0 (N=226)	100,0 (N=244)	100,0 (N=170)
Palvelut	Ei ollenkaan	27,5	51,8	41,9
	< 1 tunti	33,2	32,5	30,2
	1 tunti tai yli	39,3	15,7	27,9
	Kaikki	100,0 (N=262)	100,0 (N=280)	100,0 (N=172)
Toimistot	Ei ollenkaan	29,1	59,2	89,4
	< 1 tunti	35,0	22,3	9,1
	1 tunti tai yli	35,9	18,4	1,5
	Kaikki	100,0 (N=117)	100,0 (N=157)	100,0 (N=132)
Yhteensä	Ei ollenkaan	20,7	54,2	70,7
	< 1 tunti	28,8	28,6	17,5
	1 tunti tai yli	50,6	17,2	11,8
	Kaikki	100,0 (N=605)	100,0 (N=681)	100,0 (N=474)

Lähde: Heloma & Jaakkola (2003)

ruokailutiloista ja baareista lisääntyivät. Tupakkalain onnistunut toteutus muilla työpaikoilla muutti väestön asenteita yhä myönteisemmiksi savuttomille sisätiloille. Tupakkalakia muutettiin uudelleen jo vuonna 1999 siten, että ravintoloiden asiakastiloista tuli vuonna 2001 savuttomiksi 30 prosenttia ja vuonna 2003 50 prosenttia. Kaikkein pienimmät ravintolat jäivät edelleen sääntelyn ulkopuolelle. Samalla ympäristön tupakansavu määriteltiin laissa syöpävaaralliseksi aineeksi.

Koska laissa ei vaadittu mitään tupakointitiloja erottavia seiniä tai muuta tupakointitilan eristämistä oli selvää, että ravintoloissa savu levisi herkästi savuttomalle puolelle, eikä tilannetta voitu parantaa ilmastointia lisäämällä. Ravintoloiden tupakansavulle altistumattomien työntekijöiden osuus lisääntyi vuosien 1999 ja 2003 välillä vain vähän, 34 prosentista 41 prosenttiin (Reijula & Reijula 2010). Yleisön valitusten määrä ravintoloita koskevan tupakkalain tehottomuutta kohtaan lisääntyi, ja mediassa aiheita käsiteltiin runsaasti. Lakia ei kuitenkaan ministeriössä haluttu useiden isojen muu-

tosten jälkeen avata nopeasti uudelleen etenkin, kun osa ravintoloista oli tehnyt suuria-kin investointeja ilmanvaihtoon. Lain toimimattomuuden syyksi selitettiin valvonnan heikkouksia. Valitusten aiheuttaman painostuksen lisääntyessä sosiaali- ja terveystoimintaminsteriö nimitti selvitysmiehen kesäkuussa 2004 tutkimaan tupakkalain toteutumista ravintoloissa. Selvitysmies ehdotti vaihtoehtoina joko täysin savuttomia ravintoloita tai tupakoinnin rajoittamista kiinteään, täysin erillisellä ilmanvaihdolla varustettuun tilaan (Reijula 2004).

Toteutustavaksi valittiin tupakkakoppivaihtoehto, ja savuttomuus ulotettiin nyt koskemaan myös pieniä ravintoloita ja baareja. Euroopan maista ainakin Irlanti oli jo saman vuoden maaliskuussa päättänyt kaikkien työpaikkojen täydellisestä savuttomuudesta mukaan lukien ravintolat. Kunnollisten tupakkakoppien rakentaminen osoittautui kuitenkin melkoisen kalliiksi, joten useimmat ravintolat valitsivat sisätilojen täyden savuttomuuden. Tupakoijat siirtyivät polttamaan kadulle ja ravintoloiden terasseille.

Suomi tupakkalainsäädännön edelläkävijämaana

Ensimmäisen tupakkalain säätämisen jälkeen 1970-luvun lopulla Suomi kuului kokonaisvaltaisen tupakkalainsäädännön ehdottomiin edelläkävijöihin ja sai siitä kiitosta Maailman terveysjärjestöltä. Tupakkapolitiikan eri osa-alueet oli suunniteltu tukemaan toisiaan, vaikka hinta- ja veropolitiikka olikin laista erillään.

Vaikka vuoden 1994 lakiuudistus oli merkittävä, Suomi alkoi kuitenkin sen jälkeen vähitellen menettää edelläkävijämaan asemaansa. Ravintoloita koskevan savuttomuuslainsäädännön epäonnistuminen oli tähän yksi keskeinen syy. Euroopan maiden tupakoinnin torjuntapolitiikan aktiivisuutta mittaavalla tupakkapolitiikka-asteikolla (Joossens & Raw 2006) Suomi on sijoittunut vain keskikastiin savuttomissa tiloissa, ja informaatiokampanjoissa olemme jääneet alaluokkaan. Kokonaissijoitus oli kuitenkin 7/30 erityisesti kattavasta mainontakiellosta saatujen korkeiden pisteiden takia. Sijoitus säilyi samana vuoden 2010 tutkimuksessa (Joossens & Raw 2011).

Vuonna 2010 tupakkalakiin tehtiin muutamia merkittäviä uudistuksia. Eräs tärkeimmistä oli, että lain tavoitteeksi asetettiin yksiselitteisesti tupakkatuotteiden käytön loppuminen. Lain esitöissä tuo tavoite asetettiin vuoteen 2040. Hallituksen esityksessä katsottiin, että tavoite tupakkatuotteiden käytön loppumisesta kuvaa tupakkapolitiikan tarkoitusta paremmin kuin tavoite, jonka mukaan tupakointia halutaan vain vähentää, ja muodostaa näin johdonmukaisen lähtökohdan tupakkalaissa säädetyille kielloille ja rajoituksille. Tavoitteen saavuttaminen edellyttäisi tupakoinnin vähentymistä noin 10 prosenttia vuosittain.

Lakiin otettiin toisena keskeisenä asiana tupakkatuotteiden esilläpidon kielto myyntipisteissä vuoden 2012 alusta. Nämä uudistukset saattavat jatkossa nostaa Suomen sijoitusta Euroopan tupakkapolitiikka-asteikolla.

Pohdinta

Suomi on toteuttanut tupakkapolitiikkaa ja sen keskeistä elementtiä, lainsäädäntöä, jo 35 vuoden ajan. Kokonaisuutena toiminta on ollut onnistunutta; väestön tupakoinnin yleisyys, tupakan kulutus ja etenkin passiivinen tupakointi ovat vähentyneet huomattavasti. Suomi on maailman ensimmäisten maiden joukossa asettanut laissa tavoitteeksi tupakoinnin loppumisen kokonaan seuraavien vuosikymmenien aikana. Kuulumme Euroopan maiden joukossa edistyskellisen tupakkapolitiikan maihin, joissa lainsäädäntöä on kehitetty vähitellen, mutta johdonmukaisesti edeten. Suhteellisen jyrkätkin tupakkapoliittiset lainsäädäntötoimet ovat toteutuessaan saaneet kansan suuren enemmistön kannatuksen, ja samalla tupakoinnin sosiaalinen hyväksyttävyyden on vähentynyt.

Maailman terveysjärjestön avulla on 2000-luvulla saatu aikaan kansainvälinen tupakoinnin torjuntaa koskeva puitesopimus (STM 2011). Sopimus on auttanut erityisesti kehitysmaita taistelussa tupakkayhtiöiden lisääntyneitä markkinointipyrkimyksiä kohtaan. Sopimuksen ovat ratifioineet lähes kaikki maailman valtiot. Sopimuksen toimeenpano kuitenkin vaihtelee huomattavasti maittain.

Työikäisen väestön päivittäisen tupakoinnin yleisyys on vuosina 1979–2010 vähentynyt miehillä 36 prosentista 23 prosenttiin. Sitä vastoin naisilla väheneminen on ollut melko marginaalista, ja vuonna 2010 naisista tupakoi 16 prosenttia. Jos mukaan lasketaan myös eläkeikäinen väestö, oli tupakoinnin yleisyys vuonna 2010 miehillä 20 prosenttia ja naisilla 14 prosenttia. Tupakoinnin vähenemisestä huolimatta väestöryhmittäiset erot tupakanpoltossa ovat lisääntyneet. Tupakoimattomuus on yhä enemmän keskittynyt korkeasti koulutettuun väestöryhmään. Tupakointi on yleisempää koulussa huonommin menestyvillä oppilailla kuin opinnoissa hyvin menestyvillä, ja lisäksi moninkertaisesti yleisempää ammatillisten oppilaitosten opiskelijoilla kuin yliopistoissa opiskelevilla. Koska tupakointi on keskeisimpiä väestöryhmien terveyseroja aiheuttavia tekijöitä, voidaan näitä eroja kaventaa merkittävästi pyrkimällä vähentämään tupakointia kaikissa väestöryhmissä, mutta erityisesti vähemmän koulutettujen keskuudessa.

Tupakkapolitiikkaa voidaan edelleen kehittää erityisesti tupakkaveron korotuksilla sekä rajoittamalla tupakkatuotteiden saatavuutta, mutta kaikkein keskeisimmät lainsäädännölliset keinot saattavat kuitenkin jo olla käytetyt. Eurooppalaisen tupakkakontrolliasteikon mukaan Suomi sijoittuu keskitason alapuolelle etenkin vieroitustyössä ja väestön kohdistuvassa kampanjoinnissa. Näitä tulee jatkossa voimakkaasti tehostaa, jos tupakkalain tavoitteet savuttomasta Suomesta aiotaan toteuttaa vuoteen 2040 mennessä. Jo 1970-luvulla ensimmäistä tupakkalakia valmisteltaessa otettiin tavoitteeksi toteuttaa erilaisia tupakointia vähentäviä toimenpiteitä, jotka tukisivat toisiaan synergistisesti. Laajoja väestökampanjoita tupakoinnin lopettamiseksi toteutettiin Pohjois-Karjala-projektin inspiroimana (Leppo & Puska 2003), mutta laajamuotoinen kampanjointi päättyi pääosin 1990-luvulla.

Suomen tupakkapolitiikalla on edessään suuria haasteita seuraavan 30 vuoden aikana. Tupakoinnin loppuminen tai edes sen puolittuminen nykyisestä noin 20 prosentin tasosta saattaa tuntua etäiseltä. Maailmassa on kuitenkin jo nyt suuria kehittyneitä alueita, joissa väestön tupakoinnin yleisyys on pudonnut 10 prosentin tasolle ja trendi on edelleen laskeva. Mikä olisi esteenä, ettei vastaava kehitys voisi toteutua myös Suomessa.

YDINKOHDAT

- ☀ Suomen tupakkapolitiikan kulmakivenä on vuonna 1976 säädetty tupakkalaki, jota on säännöllisin väliajoin uudistettu.
- ☀ Savuttomuus työpaikoilla tuli lakiin 1995 maailman ensimmäisten maiden joukossa, ja passiivinen tupakointi väheni dramaattisesti jo vuoden kuluessa lain voimaantulosta.
- ☀ Hintapolitiikka ei kuulu tupakkalain piiriin, eikä sillä ole parhaalla mahdollisella tavalla pystytty tukemaan terveystavoitteista tupakkapolitiikkaa.
- ☀ Suomi kuuluu Euroopassa edistyksellisen tupakkapolitiikan maihin, mutta on 2000-luvulla pudonnut terävimmästä kärjestä. Tähän vaikutti varsinkin ravintoloiden savuttomuuden hidas toteutuminen.
- ☀ Vuoden 2010 tupakkalakiuudistus tähtää savuttomaan Suomeen vuonna 2040.
- ☀ Tavoitteen saavuttaminen edellyttää nykyistä tehokkaampaa hintapolitiikkaa, tupakasta vieroitustyötä erityisesti terveydenhuollon piirissä sekä kampanjointia savuttomuuden edistämiseksi.

Lähteet

- Aromaa A, Huttunen J, Koskinen S & Teperi J (toim.) (2005). *Suomalaisten terveys*. Helsinki: Duodecim.
- Biener L, Harris JE & Hamilton W (2000) Impact of the Massachusetts tobacco control programme: population based trend analysis. *British Medical Journal* 321:351-354.
- Doll R & Hill BA (1954) The mortality of doctors in relation to their smoking habits. A preliminary report. *British Medical Journal* 1(4877): 1451-1455. Reprinted 2004, *British Medical Journal* 328:1529-1533.
- Fichtenberg C & Glantz, S (2000) Associations of the Californian Tobacco Control Program with Declines in Cigarette Consumption and Mortality from Heart Disease. *The New England Journal of Medicine* 343(24): 1772-1777.
- Helakorpi S, Martelin T, Torppa J, Patja K, Vartiainen E & Uutela A (2004) Did Finland's Tobacco Control Act of 1976 have an impact on ever smoking? An examination based on male and female cohort trends. *Journal of Epidemiology and Community Health* 58(8):649- 654.
- Helakorpi S, Pajunen T, Jallinoja P, Virtanen S & Uutela A (2011) Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2010. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL), raportti 15/2011. Helsinki: THL.
- Heloma A & Jaakkola MS (2003) Four-year follow-up of smoke exposure, attitudes and smoking behaviour following enactment of Finland's national smoke-free work-place law. *Addiction* 98: 1111-1117.
- Heloma A, Nurminen M, Reijula K & Rantanen J (2004) Smoking prevalence, smoking-related lung diseases, and national tobacco control legislation. *Chest* 126:1825-1831.
- Heloma A, Helakorpi S, Honkonen J, Danielsson P & Uutela A (2011) Exposure to secondhand smoke

- in Finnish workplaces and compliance with national smoke-free workplace legislation. *Scandinavian Journal of Public Health* 39:723–729.
- Joossens L & Raw M (2006) The tobacco control scale: a new scale to measure country activity. *Tobacco Control* 15:247–253.
- Joossens L & Raw M (2011) The tobacco control scale in Europe 2010. A paper presented at the 5th European Conference on Tobacco or Health, Amsterdam, 28–30 March 2011.
- Laitalainen E, Helakorpi S & Uutela A (2010) Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys keväällä 2009 ja niiden muutokset 1993–2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), raportti 30/2010. Helsinki: THL.
- Leppo K (1978) Smoking control policy and legislation. *British Medical Journal* 1(6109): 345–347.
- Leppo K & Puska P (2003) Tobacco control in Finland. *Suomen Lääkärelehti* 58: 2953–2957.
- Leppo K & Vertio H (1986) Smoking control in Finland: a case study in policy formulation and implementation. *Health Promotion* 1: 5–16.
- Lightwood JM, Dinno A & Glantz SA (2008) Effect of the California tobacco control program on personal health care expenditures. *PLoS Medicine* 5:e178.
- Lopez AD, Collishaw NE & Piha T (1994) A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control* 3:242–247.
- Martelin T (1984) Tupakointitapojen kehitys Suomessa haastattelu- ja kyselytutkimusten valossa. Lääkintöhallituksen julkaisuja, Terveyskasvatus, tutkimukset 1/1984. Helsinki: Lääkintöhallitus.
- Palm J (1996) Tupakkatuotteiden tuotepohjan sääntelyn kehitys Suomessa sekä sen suhde tavaramerkkioikeuteen ja sanan- ja ilmaisu vapauteen. *Lakimies* 1/1996: 49–72.
- Puska P (2009) Experience with major subprogrammes and examples of innovative interventions. Kirjassa: Puska P, Vartiainen E, Laatikainen T, Jousilahti P & Paavola M (toim.) *The North Karelia Project: from North Karelia to national action*. Helsinki: National Institute for Health and Welfare.
- Raisamo S, Pere L, Lidfors P, Tiirikainen Mikko & Rimpelä A (toim.) (2011) Nuorten terveystapatutkimus 2011. Nuorten tupakkatuotteiden ja päihteiden käyttö 1977–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2011:10. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavilla osoitteesta <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3170-1> (viitattu 23.1.2012).
- Reijula J & Reijula K (2010) The impact of Finnish tobacco legislation on restaurant workers' exposure to tobacco smoke at work. *Scandinavian Journal of Public Health* 38: 724–730.
- Reijula K (2004) Ravintoloita koskevan tupakkalain toteutuminen Suomessa. Selvityshenkilön raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2004:15. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Rimpelä A (1992) Critical Analysis of the Finnish Tobacco Act: implementation and legitimacy, 1977–89. *Tobacco Control* 1: 285–293.
- Rimpelä A & Rainio S (2004) The effectiveness of tobacco sales ban to minors: the case of Finland. *Tobacco Control* 13: 167–174.
- Rimpelä M (1978a) Cigarette smoking and public policy. *Scandinavian Journal of Respiratory Diseases*, liite nro 102, 139.
- Rimpelä M (1978b) Aikuisväestön tupakointitapojen muutosten seuranta – katsaus Suomen Gallup Oy:n toteuttamien kyselytutkimusten tuloksiin ja seurantajärjestelmän kehittämiseen. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 15:112–123.
- Salomaa V, Pääkkönen R & Torppa J (2009) Trends in acute myocardial infarction and stroke events in North Karelia and in all Finland. Kirjassa: Puska P, Vartiainen E, Laatikainen T, Jousilahti P & Paavola M (toim.) *The North Karelia Project: from North Karelia to national action*. Helsinki: National Institute for Health and Welfare.
- STM (2011). Tupakkasopimus tutuksi, Tupakoinnin torjuntaa koskeva puitesopimus (WHO FCTC). Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2011:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Terveyskasvatuksen neuvottelukunta (1985) Arvio tupakkatuotteiden hinnankorotusten vaikutuksista sekä esitys tupakkatuotteiden hintapolitiikaksi vuosina 1985–87. Lääkintöhallituksen julkaisuja, Terveyskasvatus, tilastot ja selvitykset 4/1985. Helsinki: Lääkintöhallitus.
- US Department of Health and Human Services (1986) The health consequences of involuntary smoking. A report of the Surgeon General. Publication CDC 87–8398. Washington, DC: US Department of Health and Human Services.
- Valtonen H (1985) Tupakointi työyhteisön ongelmana. Lääkintöhallituksen julkaisuja, Terveyskasvatus, tilastot ja selvitykset 1/1985. Helsinki: Lääkintöhallitus.
- Vartiainen E, Paavola M, Tossavainen K & Puska P (2009) Youth programmes. Kirjassa: Puska P, Vartiainen E, Laatikainen T, Jousilahti P & Paavola M (toim.) *The North Karelia Project: from North Karelia to national action*. Helsinki: National Institute for Health and Welfare.
- Wynder EL & Graham EA (1950) Tobacco smoking as a possible etiologic factor in bronchiogenic carcinoma. Landmark article. *JAMA* 143:329–336. Reprinted 1985, *JAMA* 253, No. 20.

Tupakkapolitiikka kansalaisasenteissa ja päivänpolitiikassa

Suomen tupakkapolitiikalle on ollut leimallista vahva väestönsuojelullinen eetos ja myönteinen suhtautuminen rajoituksia kohtaan (Piispa 1998, 20–21). Eduskunnassa tupakoinnin rajoittamisella on ollut laaja, usein puoluerajat ylittävä poliittinen tuki, ja lainsäädäntö on ollut kansainvälisestikin arvioiden sangen kireää. Samalla asenteet tupakointia kohtaan ovat jyrkentyneet, sillä tupakointi aiheuttaa mittavia kustannuksia terveydenhoitojärjestelmälle ja terveyshaittoja myös tupakansavulle altistuville. Tupakasta on vähitellen tullut ”hyvä vihollinen”, joka on menettänyt mainettaan eräänlaisena vapauden symbolina (Christie & Bruun 1986; Piispa 1997).

Tupakoijan arjessa tupakointi kytkeytyy moniin tilanteisiin ja tunnetiloihin, muodostaen vahvan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen riippuvuuden. Siten tupakointirajoitukset puuttuvat konkreettisesti tupakoijan arkisiin käytäntöihin, rikkoen rutiineja ja pakottaen muuttamaan totuttuja käyttäytymistapoja. Voimakkaiden tupakkapoliittisten toimenpiteiden ja tupakoinnin marginalisoitumisen seurauksena tupakoiva henkilö saattaa kokea tulevansa leimatuksi tai syrjityksi. Lisäksi tukitoimet tupakkariippuvuudesta eroon pyrkiville ovat toistaiseksi saaneet vähän huomiota: Suomen tarjoamat tukipalvelut tupakasta vieroitukseen on arvioitu keskimääräistä heikommiksi muihin EU-maihin verrattuna (Joossens & Raw 2010).

Tässä luvussa tarkastelemme suhtautumista tupakkatuotteiden myymiseen ja käyttämiseen liittyviin rajoitteisiin, erityisesti poliittisen keskustelun, lehdistössä käytävän keskustelun sekä tupakoivien kansalaisten näkökulmasta. Keskustelua kartoittava osio perustuu aikaisemmin tehtyihin laadullisiin tutkimuksiin sekä väestökyselyistä saatuihin tietoihin. Entisten ja nykyisten tupakoitsijoiden asenteita tupakoinnin rajoittamisesta ja tupakoinnin lopettamisen tukitoimia kohtaan selvitettiin vuoden 2007 FINRISKI-aineiston avulla.

Tupakkapolitiikan juuret

Tieteellistä näyttöä tupakan aiheuttamista haitoista alkoi kertyä jo 1800-luvun aikana, mutta vasta 1900-luvun puolivälissä yhteys tupakan ja keuhkosyövän sekä sydän- ja verisuonitautien välillä varmistui (Goodman 1993, 115–126). Lääkäriseurat ottivat tupakan kansanterveydellisten vaikutusten torjumisen ohjelmaansa pian sen jälkeen kun

vuonna 1954 oli julkaistu seurantatutkimus tupakkaa polttaneiden englantilaisten lääkäreiden keuhkosityöpäkuolleisuudesta (Doll & Hill 1954). Tupakoinnista tuli näin teollisesti tunnustettu terveysongelma.

Tupakkakysymys nousi Suomessa poliittiselle agendalle vuonna 1961, jolloin eduskunta hyväksyi yksimielisesti toivomusaloitteen, jossa vaadittiin kiireellisiä toimenpiteitä tupakan myynnin sekä mainonnan rajoittamiseksi (Hakkarainen 2000, 47–48). Tilaus tupakan rajoittamista koskevalle lainsäädännölle oli monellakin tapaa otollinen, sillä samaan aikaan suomalaisessa Itä–Länsi-tutkimuksessa oli raportoitu aikuisväestön poikkeuksellisen korkeasta kuolleisuudesta erityisesti tupakointiin liittyviin sairauksiin (Leppo & Vertio 1986).

Merkittäviä virstanpylväitä tupakkatuotteiden ja tupakoinnin sääntelyssä ovat olleet vuonna 1977 voimaan tullut laki toimenpiteistä tupakoinnin vähentämiseksi (693/1976) sekä lain uudistukset vuosina 1994 (765/1994), 1999 (487/1999), 2006 (700/2006) ja 2010 (698/2010). Vuoden 1976 lain keskeiseen sisältöön kuuluivat tupakkatuotteiden lähes täydellinen mainontakielto, myynnin kieltäminen alle 16-vuotiaille sekä tupakoinnin kieltäminen julkisissa liikennevälineissä sekä päiväkotien ja oppilaitosten nuorille tarkoitetuissa tiloissa. Myöhempien uudistusten avulla on pyritty ehkäisemään altistumista tupakansavulle työpaikoilla, ravitsemusliikkeissä sekä muissa julkisissa tiloissa. Tupakan saatavuutta nuorille on edelleen rajoitettu nostamalla myynnin alaikäraja kahdeksaentoista ikävuoteen ja kieltämällä tupakkatuotteiden hallussapito alaikäisiltä.

Vuoden 2010 laissa tupakan myynti automaattisesta myyntilaitteesta sekä tupakkatuotteiden ja niiden tavaramerkkien esilläpito vähittäismyyntipaikoissa päätettiin kieltää vuoden 2012 alusta alkaen. Tämän lisäksi lain 1 §:ään lisättiin yleispoliittinen maininta, jonka mukaan lain tarkoituksena on tupakoinnin vähenemisen sijaan tupakkatuotteiden käytön loppuminen. Lain esitöissä tuo tavoite asetettiin vuoteen 2040 (HE 180/2009 vp).¹

Tupakan sääntely poliittisena kysymyksenä

Rajoittamalla tupakkatuotteiden käyttöä, myyntiä ja mainontaa puututaan moneen perustavaan oikeuteen, kuten yksilönvapauksiin sekä sanan- ja elinkeinovapauteen. Suomessa perustuslakivaliokunta on kuitenkin katsonut, että tupakoinnin vähentämiseksi tähtäävät toimenpiteet ovat joko yleisen edun vaatimia (PeVL 4/1976 vp, 1), tai niihin liittyy merkittäviä yhteiskunnallisia intressejä (PeVL 19/2006 vp, 2). Tämä näkemys on heijastunut esimerkiksi mainontakiellossa sekä ravintola- ja työpaikkatupakoinnin rajoittamisessa. Kansanterveydellisten näkökohtien vuoksi elinkeinovapauteen sekä tavaramerkkioikeuden hyödyntämiseen puuttuminen on ollut perustuslakivaliokunnan mielestä perusteltua. Poikkeuksia on tosin esiintynyt; vuoden 2010 tupakkalakia valmisteltaessa valiokunta halusi muuttaa hallituksen esityksessä esiintynyttä täydellistä

1 Tarkemmin Suomen tupakkapolitiikan kehitystä käsittelee tämän kirjan luku 2.

tupakkatuotteiden esilläpitokieltä, sillä sen katsottiin rajoittavan sananvapautta (PeVL 21/2010 vp). Esilläpitokiello toteutui valiokunnan edellyttämin muutoksin, kuten hyväksymällä elinkeinonharjoittajalle mahdollisuus luovuttaa asiakkaalle mukaan painettu luettelo myytävistä tupakkatuotteista.

Tupakkasääntelyssä ovat usein olleet vastakkain tupakanvastainen terveystintama sekä tupakkateollisuus, jotka ovat kiistelleet sekä tupakan terveystriskeistä että tupakkasääntelyn keinoista. Kiistattomasta tutkimusnäytöstä huolimatta tupakkayhtiöt ovat viime vuosiin asti pyrkinet kiistämään tupakkatuotteiden käytöstä aiheutuvat mittavat terveysthaitat (Hiilamo 2004). Teollisuus on lisäksi pyrkinyt korostamaan, että koska tupakka on laillinen tuote, sitä tulisi kohdella kuten mitä tahansa nautintoainetta tai elintarviketta (West 1997). Tästä syystä on mielenkiintoista, että vuoden 2010 lakiuudistuksen yhteydessä tupakkalakiin lisättiin maininta, jonka mukaan lain tarkoituksena on tupakkatuotteiden käytön loppuminen. Lain valmistelussa todettiin, että tupakkatuotteiden myrkylliset ominaisuudet tekevät niistä epätavanomaisia kulutushyödykkeitä, joiden valmistusta ja kauppaa on syytä vähentää kaikin käytettävissä olevin keinoin (HE 180/2009 vp, 17).

Eräs keskeisimmistä tupakkapoliittisista kiistakysymyksistä on liittynyt mainonnan kieltoon. Vuoden 1976 lain valmistelussa teollisuus katsoi, että mainontakiello heikentäisi erityisesti kotimaisen tupakkateollisuuden asemaa, sillä tupakkamainontaa näkyisi edelleen kansainvälisistä lähteistä, kuten ulkomaisista televisiolähetyksistä sekä aikakauslehdistä. Myös valtiovarainministeriö sekä kauppa- ja teollisuusministeriö vastustivat sääntelyn kiristämistä, vedoten teollisuuden intresseihin, valtion verotulojen vähenemiseen sekä elinkeinonvapauteen. Vastaavaa kiistelyä käytiin vuoden 1994 lakiuudistuksen yhteydessä, jolloin mainonnan rajoituksia tiukennettiin entisestään. Tuolloin eduskunnan talousvaliokunta olisi hylännyt mainonnan sääntelyn kiristämistä sisältäneen esityksen, mutta sosiaali- ja terveystvaliokunta palautti uudistukset lopulliseen lakiesitykseen. (Hakkarainen 2000, 62–64, 77–80; Leppo & Vertio 1986.)

Vuoden 2010 lain esityksessä haluttiin kieltää tupakointi liikennevälineissä silloin, kun kulkuneuvossa on alle 18-vuotias, tarkoituksena alaikäisten suojeleminen tupakansavulle altistumiselta (HE 180/2009 vp, 25). Tämä ehdotus kuvasti tupakkasääntelyn laajentumista uusille alueille: vuoden 1976 laissa tupakointi oli ensimmäistä kertaa kielletty linja-autoissa, mutta nyt rajoitukset olivat laajenemassa myös yksityisautoihin. Perustuslakivaliokunnassa tämä kehitys ei kuitenkaan saanut tukea, sillä viranomaisen puuttumisen yksityisautossa tapahtuvaan tupakointiin katsottiin ulottuvan liian pitkälle yksityiselämän suojan piiriin (PeVL 21/2010 vp, 4) ja lain valvomisen todettiin käytännössä olevan hankalaa.

Kysymys tupakoinnista yksityisautoissa nostatti eduskunnassa kiivaan tupakkapoliittisen keskustelun. Täysistunnossa 15.6.2010 kokoomuksen kansanedustaja Ben Zyskowitz kritisoi voimakkaasti puoluetoverinsa Kimmo Sasin johtaman perustuslakivaliokunnan ottamaa kielteistä kantaa yksityisautoissa tapahtuvan tupakoinnin rajoittamiseen:

”Perustuslakivaliokunnan lausunto nyt käsittelyssä olevasta tupakkalaista on järjettömyydessään tähänastinen huippusuoritus. Tarkoitan sitä perustuslakivaliokunnan yksimielistä ratkaisua, että tupakoinnin kieltäminen yksityisautossa, jossa on lapsia, on vastoin Suomen perustuslakia. Perustuslakivaliokunnan mukaan perustuslain turvaama henkilökohtainen vapaus ja yksityiselämän suoja edellyttävät sitä, että ihmisen pitää saada myrkyttää ja sairastuttaa jatkuvalla tupakansavulla tiiviissä tilassa eli autossa olevia vauvoja ja muita lapsia.” (PTK 65/2010 vp.)

Asian tiimoilta kuultiin muitakin värikkäitä puheenvuoroja. Tupakoinnin rajoittamiseen liittyvän problematiikan kannalta kuvaavia olivat esimerkiksi Kimmo Sasin ja Tuulikki Ukkolan esittämät puheenvuorot:

Ukkola: ”Tämmöisiä kummia lakeja ei pidä säätää Suomen maahan, ei kerta kaikkiaan. Ajatelkaa nyt, ihmiset ovat niin tyhmiä, että pitää heille ihan lailla sanoa, että ei saa autossa polttaa, kun on pieni vauva, että hän saa astman. No, jokainen aikuinen ihminen tietää, että ei saa polttaa, mutta onko joka ikisestä tämmöisestä asiasta laadittava laki?” (Emt.)

Sasi: ”Tässä tapauksessa oli kysymys ajoneuvosta ja siitä, että siinä tilanteessa tupakointi kielletäisiin. Tältä osin, kun kuitenkin esimerkiksi asuntovaunu on tällainen yksityinen kulkuneuvo, voidaan katsoa, että auton sisätilat kuuluvat kotirauhan piiriin. [...] meillä tähän asti on lähdetty siitä, että koti on se, missä periaatteessa saa tehdä, mitä ihminen haluaa. Se, mitä kodin seinien sisällä tehdään, ei kuulu yhteiskunnalle.” (Emt.)

Suomessa terveyteen liittyvät näkökohdat on kuitenkin nähty tupakan sääntelyssä ensisijaisina, taloudellisiin oikeuksiin ja kansalaisvapauksiin liittyvien perustelujen saadessa pienemmän painoarvon. Kehitys on ollut samankaltaista useissa länsimaissa: tupakan sääntelyä on jatkuvasti kiristetty, pääosin kansanterveydellisiin seikkoihin vedoten. Tupakkayhtiöt ovat käyneet taistelua kasvavaa sääntelyä vastaan ajamalla etujaan lakien valmisteluvaiheissa sekä oikeusteitse, mutta usein laihoihin tuloksiin. Voittoa ne ovat saavuttaneet lähinnä tapauksissa, joissa yksityishenkilöt ovat syyttäneet niitä terveytensä pilaamisesta ja tupakan aiheuttamien haittojen pimentämisestä (Aurejärvi 2004). Tällä hetkellä tupakkayhtiöt näyttävätkin kääntäneen katseensa kehittyvien maiden markkinoille, joissa sääntely on toistaiseksi väljempää (Gilmore & McKee 2004).

Julkinen keskustelu ja kansalaisten asenteet

Tupakan mainonnan ja myynnin sekä tupakkatuotteiden käytön sääntely on herättänyt keskustelua paitsi poliittisena kysymyksenä, myös kansalaisten keskuudessa. Yleinen näkemys on, että kansalaisten asenne tupakointia kohtaan on tiukentunut viimeisten vuosikymmenien aikana, vaikka osa suhtautuu tupakointiin edelleen myönteisesti. Tätä tukee tupakoinnin yleisyyden voimakas lasku ja lisääntyvä tietoisuus tupakan aiheuttamista terveystriskeistä. Tupakointi on menettänyt maineensa: tupakasta puhutaan ensisijaisesti kielteisessä sävyssä, eivätkä edes rajoitusten vastustajat yritä esittää tupakointia ensisijaisesti myönteisenä ilmiönä (Piispa 1997, 268–270). Tämä kehitys on ollut havaittavissa tapakulttuurissa, jossa tupakoinnin ”normaalius” on hiljalleen kadonnut ja tupakoimattoman oikeus savuttomaan hengitysilmaan on noussut tärkeämmäksi kuin tupakoivan oikeus polttaa savuke niin halutessaan.

Kansalaismielipide näyttää olleen rajoituksille suotuisa, vaikka riitasointujakin on esiintynyt. Esimerkiksi vuoden 1976 tupakkalakia valmisteltaessa jotkut tupakoitsijat pitivät rajoitusten lisäämistä ”turhanpäiväisenä hömpötyksenä” (Hakkarainen 2000, 65). Eräs 1970-luvun julkisesta keskustelusta tehty tutkimus on osoittanut, että kriittisissä kommenteissa ovat tyypillisesti korostuneet erityisesti teollisuuden ja kaupan näkemykset, mutta valistus ja terveyskasvatus ovat saaneet laajaa kannatusta kaikilta toimijoilta (Liste 1978). Vuoden 1995 lain voimaantulon yhteydessä käytyä keskustelua tutkinut Matti Piispa on todennut, että lehdistössä käytyä keskustelua on leimannut selkeä valistusmyönteisyys, mutta myös sääntelyyn on suhtauduttu pääosin myönteisesti. Piispan mukaan noin puolet asiaa tuolloin käsittelevistä yleisönosastokirjoituksista oli rajoituksia kohtaan myönteisiä ja noin kolmasosa kielteisiä, kun taas pääkirjoituksista hieman yli puolessa suhtauduttiin rajoituksiin myönteisesti ja vain vajaa kymmenes oli sävyiltään kielteisiä. Kielteisissä kannanotoissakaan ei tyypillisesti ole vastustettu tupakkapolitiikan tavoitteita, mutta sen sijaan on suhtauduttu epäilevästi lainsäädäntöön keinoon tupakoinnin vähentämiseksi. (Piispa 1997, 271–272.)

Ravintolatupakoinnin kiellon laajentaminen vuoden 2006 lain yhteydessä herätti tiedotusvälineissä laajamittaista keskustelua kiristyvästä tupakkalainsäädännöstä. On sinänsä mielenkiintoista, että kritiikki kiellon laajentamiseen näyttää tuolloinkin kohdistuneen erityisesti kiellon aiheuttamiin seurauksiin ja kieltojen nopeaan aikatauluun, eikä kiellon tavoitteeseen sinänsä. Ravintolayrittäjät olivat huolissaan mahdollisesta asiakaskadosta, jonka katsottiin johtavan erityisesti pienten ravintoloiden sulkemiseen ja jopa työttömyysaaltoon. Yrittäjät muistuttivat aikaisemman lainmuutoksen yhteydessä tehdyistä kalliista investoinneista ilmanvaihtojärjestelmiin sekä uuden lain aiheuttamista lisäkustannuksista. Pääosa lehtien pääkirjoituksista oli kuitenkin myönteisiä ravintolatupakoinnin kiellon laajentamista kohtaan. Yleinen näkemys kirjoituksissa oli, että rajoitukset olivat perusteltuja sekä työntekijöiden että asiakkaiden suojelemiseksi ympäristön tupakansavulta. (Piispa ym. 2006.)

Kansalaisten asenteita rajoituksia kohtaan on mitattu kyselytutkimuksissa, muun muassa vuotuisissa Suomalaisen aikuisväestön terveystietäytyminen (AVTK) -kyselytutkimuksissa vuosina 1995, 2004 ja 2005. Laajoissa väestökyselyissä tulokset ovat olleet tupakkapoliittisia rajoituksia kohtaan sangen suopeita. Esimerkiksi vuoden 1995 AVTK -kyselyssä 88 prosenttia vastaajista ilmoitti hyväksyvänsä tupakoinnin rajoittamisen työpaikalla täysin tai ainakin pääpiirteissään ja 73 prosenttia kannatti tupakan myynnin alaikärajan nostamista kahdeksaentoista ikävuoteen. Edellisessä tapauksessa vain 4 prosenttia ja jälkimmäisessä tapauksessa vain 6 prosenttia ilmoitti vastustavansa rajoituksia (Helakorpi ym. 1995). Toisaalta on ollut nähtävissä, että asenteet ovat myös kiristyneet varsin nopeasti. Vuoden 2004 AVTK -kyselyssä 34 prosenttia halusi kieltää tupakoinnin ravintoloissa kokonaan, 62 halusi pitää tuolloin voimassa olleet suppeammat rajoitukset ja vain 4 prosenttia halusi sallia tupakoinnin. Kuitenkin jo seuraavan vuoden kyselyssä kieltöä kannattavien määrä nousi 61 prosenttiin. (Helakorpi ym. 2005a; Helakorpi ym. 2005b).²

Rajoitukset ja tukitoimet tupakoivien näkökulmasta

Entisten ja nykyisten tupakoitsijoiden asenteita tupakoinnin rajoittamista ja tupakoinnin lopettamisen tukitoimia kohtaan selvitettiin vuoden 2007 FINRISKI -aineiston avulla. FINRISKI on Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen toteuttama, viiden vuoden välein kerättävä väestöaineisto kroonisten, ei-tarttuvien tautien riskitekijöistä. Vuoden 2007 tutkimus toteutettiin yhteensä kuudella^{3,4} tutkimusalueella. Tutkimuskohteena oli kunkin alueen 25–74-vuotias väestö. Osana laajempaa tutkimusta kerättiin alaotos henkilöistä, jotka tupakoivat parhaillaan tai olivat tupakoineet joskus elämänsä aikana. 1746 henkilöä (91 % alaotoksesta) täytti erillisen tupakointia koskevan kyselylomakkeen, jossa selvitettiin muun muassa vastaajien suhtautumista tupakoinnin rajoittamiseen sekä tupakoinnin lopettamisen tukitoimiin yhteensä 25 erilaisen väittämän avulla.

Tutkimusjoukosta 38 prosenttia tupakoi vastaushetkellä päivittäin, 14 prosenttia satunnaisesti ja 48 prosenttia oli lopettanut tupakoinnin. Selvitimme tutkimusjoukon suhtautumista tupakoinnin rajoittamiseen muodostamalla summamuuttujan neljästä rajoituksista käsittelevästä kysymyksestä.⁵ Suhtautumista tupakointia lopettaville tar-

2 Tulkinna on syytä noudattaa varovaisuutta, sillä vuoden 2005 kysymyksessä vastausvaihtoehdot olivat hieman erilaiset.

3 Alueet olivat Pohjois-Karjalan maakunta, Pohjois-Savon maakunta, Turku, Loimaalla sekä yhdeksässä Varsinais-Suomen maakunnassa, Helsingin ja Vantaan kaupungeissa, Oulun läänissä ja Lapin läänissä.

4 Tarkempia tietoja tutkimuksen metodologiasta ja otannasta löytyy julkaisusta Peltonen ym. (2008)

5 Väittämät: ”terveydenhuoltohenkilöstön pitää saada tupakoida työaikana”, ”opettajien pitää saada tupakoida työaikana”, ”parveketupakointi tulisi kieltää lailla” sekä ”tupakan myyntipaikkoja pitää vähentää”, joista kahden ensimmäisen asteikko käännettiin. Vastausvaihtoehdot 1 = täysin eri mieltä – 5 = täysin samaa mieltä. Cronbachin alfa 0,76. Muuttuja muodostettiin jakamalla summamuuttuja vastaajien määrän mukaan kolmeen yhtä suureen luokkaan: negatiivinen, neutraali ja positiivinen suhtautuminen rajoituksiin.

jottaviin tukitoimiin puolestaan tarkasteltiin kahden kysymyksen summamuuttujalla.⁶ Yksittäisten kysymysten jakaumat löytyvät liitetaulukosta 3. Hyödynsimme analyysissä monimuuttujamenetelmää,⁷ jonka avulla pystyimme tarkastelemaan useiden taustamuuttujien yhteyttä asenteisiin samanaikaisesti. Yksityiskohtaisista tuloksista ja mal-leista kiinnostuneille analyysin tulokset löytyvät liitetaulukoista 1 ja 2.

Asenteet tupakointirajoitusten kiristämiseen

Ensin tarkastelimme tutkimusjoukon asenteita tupakointirajoitusten kiristämiseen (Liitetaulukko 1). Naiset suhtautuivat oletusten mukaisesti suopeammin rajoituksiin kuin miehet.⁸ Iän kasvaessa suhtautuminen rajoitusten lisäämiseen muuttui myönteisemmäksi. Entiset tupakoijat suhtautuivat huomattavasti todennäköisemmin myönteisesti rajoituksiin kuin nykyiset päivittäin tupakoivat, mutta myös satunnaisesti tupakoivien asennoituminen rajoitteisiin oli myönteisistä. Demografisista ja sosioekonomista asemaa kuvaavista muuttujista naimisissa olevien, manuaalista työtä tekevien sekä työelämän ulkopuolella olevien suhtautuminen oli myönteisempää verrattuna naimattomiin sekä toimistossa tai palvelualalla työskenteleviin.

Koulutustasolla ei sen sijaan näyttänyt olevan asenteisiin minkäänlaista yhteyttä. Kun suhtautumista tupakoinnin rajoittamiseen tarkasteltiin sukupuolen mukaan, havaittiin myönteisen suhtautumisen rajoittamiseen olevan yleisintä tupakoinnin lopettaneilla naisilla. Miehillä iän yhteys myönteisiin asenteisiin oli voimakkaampi kuin naisilla. Aikaisemmin havaittu yhteys myönteisen asenteen sekä naimisissa olemisen välillä sen sijaan näytti koskevan vain naisia. Iän ja oman tupakoinnin vaikutus näytti vahvistuvan siirryttäessä neutraalista myönteiseen suhtautumiseen.

Suhtautuminen tupakoitsijoille annettavaan tukeen

Toiseksi tarkasteltiin suhtautumista siihen, tulisiko yhteiskunnan tukea tupakoinnin lopettamista ja tupakan vuoksi sairastuneita (Liitetaulukko 2). Tämän suhteen on mielenkiintoista huomata, että sukupuoli, sosioekonomiset ja demografiset tekijät eivät olleet yhteydessä siihen, miten ihmiset suhtautuvat tupakoitsijoille annettavaan tukeen. Tätä tulkintaa tukee myös mallin heikko selitysaste. Ainoa selkeä ero muodostui vastaajien tupakoinnin mukaan: päivittäin tupakoivat olivat todennäköisemmin sitä miel-

6 Väittämät: ”yhteiskunnan tulisi tukea tupakasta sairastuneita tupakoinnin lopettajia” sekä ”yhteiskunnan tulisi tukea kaikkia tupakoinnin lopettajia”. Vastausvaihtoehdot 1 = täysin eri mieltä – 5 = täysin samaa mieltä. Cronbachin alfa 0,83. Muuttuja muodostettiin jakamalla summamuuttuja vastaajien määrän mukaan kolmeen yhtä suureen luokkaan: negatiivinen, neutraali ja positiivinen suhtautuminen rajoituksiin.

7 Multinominen logistinen regressiomalli, tulokset raportoitu ristitulosuhteina (OR).

8 Sama ilmiö on havaittu myös aikaisemmissa väestökyselyissä, kts. Helakorpi ym. 2005a ja Helakorpi ym. 2005b.

tä, että yhteiskunnan tulisi tukea tupakoinnin lopettamista kuin satunnaisesti tupakoivat tai lopettaneet.

Mielenkiintoista kyllä, satunnaisesti tupakoivat eivät eronneet entisistä tupakoitsijoista asenteidensa suhteen, vaan ero oli tässä kysymyksessä päivittäin tupakoivien ja muiden välillä. Tarkasteltaessa miesten ja naisten asenteita erikseen tulokset eivät muuttuneet lainkaan. Asetelma on siis päinvastainen kuin rajoitteiden tapauksessa: entiset sekä silloin tällöin tupakoivat halusivat enemmän rajoitteita kuin päivittäin tupakoivat, mutta olivat vähemmän valmiita myöntämään yhteiskunnan tukea tupakoinnin lopettamiseen.

Asenteet yksittäisiin tupakkapoliittisiin toimenpiteisiin ja kysymyksiin

Liitetaulukossa 3 on esitetty jakaumia yksittäisten kysymysten osalta jaoteltuna sukupuolen ja vastaajan oman tupakoinnin mukaan. Kaikkiaan kaksi kolmasosaa vastaajista piti ravintolatupakoinnin kieltämistä hyvänä päätöksenä. Myös päivittäin tupakoivista enemmistö suhtautui myönteisesti ravintolatupakoinnin kieltoon. Vastaajat näyttivät pääsääntöisesti suhtautuvan suopeasti myös muihin rajoituksiin sekä sääntelyn kiristämiseen. Lähes puolet oli sitä mieltä, että tupakointirajoituksia ei valvota riittävästi ja puolet sitä mieltä, että tupakan myyntipaikkoja tulee vähentää. Miehistä noin kolmasosa piti tupakointirajoitusten valvontaa riittävänä, naisista alle neljännes. Tiettyjen ammattiryhmien oikeutta tupakoida työajalla oltiin valmiita rajoittamaan, sillä kolme viidestä vastaajasta ei sallisi opettajien ja terveydenhuoltohenkilöstön tupakoida työajalla. Yhdeksän kymmenestä vastaajasta kannatti nuorten tupakoinnin rajoittamista.

Kaksi kolmasosaa vastaajista oli samaa mieltä siitä, että tupakointi on tietoinen valinta ja siitä on turha syyttää tupakkateollisuutta. Tässä heijastuu käsitys tupakoinnista rationaalisia ja itsenäisiä päätöksiä tekevän aikuisen valintana. Sama näkyy myös vastaajien käsityksissä lopettamisen esteistä: noin kolme neljäsosaa vastaajista oli sitä mieltä, että lopettamisen keskeinen este on haluttomuus lopettaa, mutta vain vajaan viidesosan mielestä tämä johtui riittämättömistä tiedoista tupakoinnin haitoista. Vastaajat siis pitivät selvänä, että tieto tupakoinnin vaaroista on suhteellisen yleisesti tiedossa ja lopettamisen keskeinen este on riittävän tahdon puute.

Parveketupakoinnin kieltämiseen lailla suhtauduttiin tutkimusjoukossa torjuvasti, sillä hieman yli puolet suhtautui kieltoon negatiivisesti, myönteisesti vain alle kolmasosa. Tupakoinnin lopettaneista vastaajista sen sijaan lähes puolet olisi valmis kieltämään parvekkeilla tupakoinnin lailla. Siten on mahdollista, että koko väestön tasolla enemmistö suhtautuisi myönteisesti parveketupakoinnin kieltävään lakiin.

Tuloksia tulkittaessa onkin syytä korostaa, ettei kyselyn perusjoukko ollut koko Suomen väestö, vaan alueellisesti edustavasta työikäisestä väestöstä tehty otos, josta kyselyyn valikoitiin henkilöt jotka tupakoivat tai olivat lopettaneet tupakoinnin. Siten tulokset eivät ole suoraan yleistettävissä koko väestöön, mutta ne antanevat suuntaa. Mie-

lekäs tulkinta erityisesti prosenttiosuuksia tarkasteltaessa olisi mielestämme se, että suhtautuminen rajoitusten kiristämiseen olisi kattavammissa perusjoukossa ollut jopa myönteisempää kuin nyt tarkasteltavassa tutkimusjoukossa. On perusteltua olettaa, että ne, jotka eivät ole koskaan tupakoineet, suhtautuvat myönteisesti tupakoinnin rajoittamiseen, koska rajoitukset eivät vaikuta heidän arkiseen toimintaansa.

Johtopäätökset

Tupakkapoliittisen sääntelyn ala on viimeisten vuosikymmenien aikana laajentunut niin Suomessa kuin muissakin kehittyneissä maissa. Rajoitusten kiristämisen on ollut takanaan laajamittainen poliittinen tuki ja tavoitteen on usein katsottu oikeuttavan suhteellisen ankaratkin keinot puuttua sekä elinkeinotoimintaan että ihmisten henkilökohtaiseen elämänpäiriin. Kokonaisuutena voidaan todeta, että tupakointiin liittyvät normit ja asenteet ovat Suomessa muuttuneet merkittävästi tupakoimattomuutta suosiviksi 1960-luvulta lähtien. Lainsäädännöllä voidaan katsoa olleen tähän merkittävä vaikutus (Helakorpi ym. 2004). Lainsäädäntö on kiristynyt asteittain samalla kun tupakoinnin yleisyys on vähentynyt, eikä merkittävää vastaliikehdintää ole ollut havaittavissa.

Vaikka lainsäädäntö tupakoinnin vähentämiseksi on vaikeuttanut monen tupakoijan arkea, tupakoivat näyttävät itse suhtautuvan rajoituksiin varsin myönteisesti. FINRISKI -tutkimuksessa tupakoinnin lopettaneet sekä satunnaisesti tupakoivat kannattivat vahvemmin rajoitteita kuin päivittäin tupakoivat. Erityisesti naiset ja vanhemmat vastaajat näyttivät suhtautuvan myönteisesti tupakoinnin rajoittamiseen. Tuloksia voitaneen pitää myönteisinä sellaisten toimenpiteiden osalta, jotka ovat muodostaneet Suomen tupakkapolitiikan punaisen langan: tupakoinnin aloittamista nuorena pyritään ehkäisemään, tupakan saatavuutta pyritään vaikeuttamaan ja ympäristön tupakansavulle altistumista vähentämään. Yhteiskunnan tukeen tupakasta sairastuneille ja tupakointia lopettaville suhtauduttiin enemmän myönteisesti kuin kielteisesti, vaikka lopettamisen esteenä pidettiin pääosin omaa haluttomuutta lopettaa. Tässä lainsäädäntö heijastelee väestön asenteita, sillä panostaminen tupakasta vieroituksen tukipalveluihin on ollut Suomessa toistaiseksi verrattain vähäistä.

Hieman yllättävää on, että FINRISKI-tutkimuksen vastaajista manuaalista työtä tekevät suhtautuvat myönteisemmin rajoituksiin kuin toimihenkilöt ja palveluammateissa työskentelevät, sillä tupakointi on yleisempää juuri teollisuustyöntekijöiden keskuudessa. Ero suhtautumisessa voi liittyä eri sektoreilla työskentelevien erilaisiin mahdollisuuksiin päättää työajan käytöstä. Manuaalisen työn tekijöillä tupakointirajoitukset voidaan nähdä tasa-arvoisuutta tuovana tekijänä, koska niiden myötä yksittäiset henkilöt eivät voi poistua ylimääräisille tauoille hidastaen esimerkiksi muiden samalla tuotantolinjalla työskentelevien työtä, aiheuttaen tunnetta epäoikeudenmukaista kohtelusta. Oikeudenmukaisuuden kannalta on tärkeää huolehtia siitä, että työpaikkojen sisäiset tupakointirajoitukset ovat yhtäläiset eri asemissa työskentelevillä. Kiinnostavaa on val-

mius rajoittaa opetusalan ja terveydenhuollon ammattilaisten tupakointia työaikana. Tähän vaikuttanee osaltaan se, että näillä aloilla työskentelevät ihmiset ovat tekemisissä sairaiden tai lasten kanssa ja aloilla työskentelevien voidaan katsoa näyttävän omalla tupakoinnillaan huonoa esimerkkiä.

Henkilökohtaiseen elämänpäiiriin ulottuvaa tupakkasääntelyä jossain määrin vieroitetaan niin kansalaismielipiteen kuin lainsäädännönkin tasolla. Esimerkiksi perustuslakivaliokunta on suhtautunut kielteisesti sääntelyn ulottamiseen henkilöautoihin. FINRISKI-tutkimukseen osallistuneet nykyisin tupakoivat henkilöt suhtautuivat pääosin kielteisesti ajatukseen parveketupakoinnin kieltämisestä lailla, tupakoinnin lopettaneet tosin selkeästi myönteisemmin. Tämä saattaa heijastella ajatusta, jota Kimmo Sasi kuvaili edellä sanakääntein ”meillä tähän asti on lähdetty siitä, että koti on se, missä periaatteessa saa tehdä, mitä ihminen haluaa”. On myös mahdollista, että vastustus johtuu siitä, että ihmiset vierastavat ajatusta nimenomaan lainsäädännön tasoisesta kiellosta. Oletettavasti nämä kysymyksenasettelut kuitenkin nousevat esille vastaisuudessa: muun muassa parveketupakointikysymystä on jo käsitelty korkeimmassa oikeudessa (KKO 2008:7). Tupakointi autoissa, joissa on lapsia, on puolestaan jo kielletty joissakin Australian ja Yhdysvaltojen osavaltioissa. Lisäksi suhtautuminen tupakointiin on toisinaan muuttunut nopeastikin ongelmakohtien saaman julkisuuden ja muiden maiden esimerkkien rohkaisemana (Piispa 2006, 634).

Tulevaisuudessa haasteet liittyvät juuri parvekkeilla ja autoissa tupakointiin, sekä tupakansavulle altistumiseen työpaikoilla, jonka suhteen sääntely on toistaiseksi vähemmän kuin ravitsemusliikkeissä. Kehitettävää löytyy erityisesti tupakasta vieroituksen tuesta, jota tupakoivat kannattavat, sekä tupakointirajoitusten valvonnasta, joka nähtiin tutkimuksessa pääosin riittämättömänä. Uutena tupakkapoliittisena avauksena tulokista voidaan johtaa tupakkatuotteiden myyntipaikkojen vähentäminen, jonka kannalla oli joka toinen kyselyyn vastaaja.

Kysymykset siitä, mihin sääntelyn raja vedetään ja millä perusteella tupakkatuotteiden käyttämistä ja myymistä säädellään, ovat ongelmallisia niin yhteiskuntapoliittisesta kuin yhteiskuntafilosofisestakin näkökulmasta. Tupakointirajoitusten kiristyessä tupakointia jatkavat todennäköisimmin henkilöt, joilla on erittäin voimakas riippuvuus ja joille tupakoinnin lopettaminen on erittäin vaikeaa ilman ulkopuolista apua. Heidän sosioekonominen asemansa on myös todennäköisesti heikompi, sillä tähän asti tupakointirajoitukset ovat saaneet lähinnä korkeammin koulutetut lopettamaan tupakoinnin. Siksi rajoitusten kiristämisen ohella tulisi kiinnittää riittävää huomiota tupakasta vieroitukseen tarkoitettujen palveluiden sekä tuen saatavuuden parantamiseen.

YDINKOHDAT

- ☀️ Poliittisessa päätöksenteossa on noudatettu kireää, rajoitukseen perustuvaa tupakkapoliittista linjaa. Tukitoimet tupakoinnin lopettamiseen ovat saaneet vähemmän huomiota.
- ☀️ Kansalaismielipide ja julkinen keskustelu tupakkapoliittisia toimenpiteitä kohtaan on pääsääntöisesti ollut hyväksyvä.
- ☀️ Vaikka lainsäädäntö tupakoinnin vähentämiseksi on vaikeuttanut monen tupakoijan arkea, tupakoivat näyttävät itse suhtautuvan rajoitukseen varsin myönteisesti.
- ☀️ Naiset ja vanhemmat henkilöt suhtautuvat tupakoinnin rajoittamiseen kaikista myönteisimmin.
- ☀️ Tupakointirajoitusten valvontaa pidetään pääosin liian vähäisenä.
- ☀️ Enemmistö tupakoivista tai tupakoinnin lopettaneista toivoo yhteiskunnan tukea tupakasta vieroitukseen.
- ☀️ Rajoitusten kiristämisen ohella tulisi kiinnittää riittävää huomiota tupakasta vieroitukseen tarkoitettujen palvelujen ja tuen saatavuuden parantamiseen.

Lähteet

- Aurejärvi E (2004) Erään murhan anatomia – suomalainen tupakkatuomio. Helsinki: WSOY.
- Christie N & Bruun K (1986) Hyvä vihollinen. Huumausainepolitiikka pohjolassa. Espoo: Weiling+Göös.
- Doll R & Hill BA (1954) The mortality of doctors in relation to their smoking habits. A preliminary report. *British Medical Journal* 228, 1451–1455.
- Gilmore AB & McKee M (2004) Moving East: how the transnational tobacco industry gained entry to the emerging markets of the former Soviet Union – part I: establishing cigarette imports. *Tobacco Control* 13, 143–150.
- Goodman J (1993) Tobacco in history. London: Routledge.
- Hakkorainen P (2000) Tupakka – Nautinnosta ongelmaksi. Tampere: Vastapaino.
- Helakorpi S, Berg A-M, Uutela A & Puska P (1995) Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 1995. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B14/1995. Helsinki: Kansanterveyslaitos.
- Helakorpi S, Martelin T, Torppa J, Patja K, Vartiainen E & Uutela A (2004) Did Finland's Tobacco Control Act of 1976 have an impact on ever smoking? An examination based on male and female cohort trends. *Journal of Epidemiology & Community Health* 58, 649–654.
- Helakorpi S, Patja K, Prättälä R, Aro A R & Uutela A (2005a) Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2004. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B13/2004. Helsinki: Kansanterveyslaitos.
- Helakorpi S, Patja K, Prättälä R & Uutela, A (2005b) Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytymisen ja terveys, kevät 2005. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B18/2005. Helsinki: Kansanterveyslaitos.
- Hiilamo H (2004) Valheen mesenaatit. Suomi tupakkateollisuuden manipuloiman lääketieteen näyttämönä. Helsinki: Suomen ASH ry & Lääkäriin sosiaalinen vastuu ry.
- Joossens L & Raw M (2010) The Tobacco Control Scale 2010 in Europe. http://www.ensp.org/sites/default/files/TCS_2010_in_Europe_FINAL.pdf (viitattu 19.9.2011)
- Leppo K & Vertio H (1986) Smoking control in Finland: A case study in policy formulation and implementation. *Health Promotion* 1(1), 5–16.
- Liste A (1978) Teollisuuden näkemykset hyvin esillä tupakkakirjoittelussa. *Sosiaalinen aikakauskirja* 15(1), 42–50.
- Peltonen M, Harald K, Männistö S, Saarikoski L, Peltonmäki P, Lund L ym. (2008) Kansallinen FINRISKI 2007-terveystutkimus. Tutkimuksen toteutus ja tulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja 34/2008. Helsinki: Kansanterveyslaitos.
- Piispa M (1997) Valistus, holhous, suojelu. Tutkimus alkoholipoliittisesta ja tupakkapoliittisesta mielipideilmastosta. *Acta Universitatis Tamperensis* 564. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Piispa M (1998) Alkoholi ja tupakka suomalaisessa mielipide-ilmastossa. *Yhteiskuntapolitiikka* 63(1), 14–28.
- Piispa M, Jallinoja P & Patja K (2006) Tupakkapolitiikan rajat 2000-luvun alussa. Analyysi sanomalehtien pääkirjoituksista. *Yhteiskuntapolitiikka* 71(6), 628–638.
- West R (1997) Withdrawing respect from the tobacco trade. *Addiction* 92(2), 133–135.

LIITETAULUKKO 1. Nykyisten ja entisten tupakoitsijoiden suhtautuminen tupakointirajoitusten kirstämiseen multinomisella logistisella regressioanalyysillä, viiteluokkana kielteinen suhtautuminen. FINRISKI 2007 tupakka-alaotos.

Muuttuja Ryhmä	Kaikki (N=1 624) ^a				Miehet (N=907) ^b				Naiset (N=717) ^c			
	Neutraali OR (95% LV)		Myönteinen OR (95% LV)		Neutraali OR (95% LV)		Myönteinen OR (95% LV)		Neutraali OR (95% LV)		Myönteinen OR (95% LV)	
	OR	(95% LV)	OR	(95% LV)	OR	(95% LV)	OR	(95% LV)	OR	(95% LV)	OR	(95% LV)
Sukupuoli												
Mies	1,00		1,00									
Nainen	1,29	(0,98–1,70)	1,35	(1,00–1,82)								
Ikä	1,02	(1,01–1,03)	1,05	(1,03–1,07)	1,03	(1,01–1,50)	1,05	(1,03–1,08)	1,01	(0,99–1,03)	1,04	(1,02–1,07)
Tupakointistatus												
Päivittäin	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
Satunnainen	1,68	(1,14–2,47)	5,56	(3,61–8,55)	1,45	(0,85–2,47)	5,16	(2,92–9,13)	1,98	(1,12–3,50)	6,16	(3,15–12,06)
Entinen	3,06	(2,28–4,10)	12,59	(9,05–17,52)	2,48	(1,68–3,65)	8,66	(5,64–13,29)	4,22	(2,65–6,75)	22,28	(12,97–38,26)
Koulutus												
Ylin	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
Keski	0,97	(0,07–1,34)	1,19	(0,85–1,66)	1,04	(0,69–1,57)	1,11	(0,72–1,71)	1,02	(0,61–1,72)	1,52	(0,87–2,66)
Alin	1,13	(0,81–1,57)	1,36	(0,95–1,94)	1,27	(0,79–2,04)	1,53	(0,93–2,51)	1,04	(0,64–1,70)	1,27	(0,74–2,17)
Ammatti												
Toimisto-/palvelutyo	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
Manuaalinen työ	2,00	(1,36–2,94)	1,88	(1,22–2,91)	1,79	(1,11–2,87)	1,78	(1,05–3,01)	1,64	(0,79–3,43)	1,43	(0,59–3,52)
Eläkkeellä	1,67	(1,10–2,54)	1,56	(1,00–2,41)	1,07	(0,62–1,86)	1,17	(0,66–2,07)	3,30	(1,65–6,60)	2,59	(1,23–5,48)
Muusta syystä työelämän ulkopuolella	1,25	(0,80–1,95)	2,35	(1,46–3,78)	0,88	(0,44–1,76)	1,66	(0,80–3,45)	1,49	(0,81–2,75)	3,16	(1,63–6,14)
Siviilissäty												
Naimaton	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
Eronnut/leski	1,05	(0,65–1,70)	1,65	(0,95–2,86)	1,07	(0,55–2,50)	1,20	(0,56–2,55)	1,10	(0,54–2,26)	2,50	(1,07–5,83)
Avoliitossa	1,13	(0,74–1,72)	1,36	(0,81–2,27)	1,13	(0,63–2,04)	1,12	(0,56–2,23)	1,15	(0,61–2,17)	1,87	(0,84–4,19)
Naimisissa	1,18	(0,81–1,73)	1,98	(1,26–3,12)	0,86	(0,51–1,44)	1,38	(0,76–2,49)	1,86	(1,03–3,36)	3,54	(1,69–7,41)

Huomautus. Lihavoidut ristitulosuhteet (OR) tilastollisesti merkitseviä 95 % luottamustasolla. Mallien selitysosuudet (Nagelkerke pseudo R²) a=0,27; b=0,24; c=0,33.

LIITE TAUUKKO 2. Nykyisten ja entisten tupakoitsijoiden suhtautuminen yhteiskunnan tarjoamaan lopettamisen tukeen multinomisella logistisella regressioanalyysillä, vii-
teluokkana kielteinen suhtautuminen. FINRISKI 2007 tupakka-alaotos.

Muuttuja Ryhmä	Kaikki (N=1 636) ^a				Miehet (N=914) ^b				Naiset (N=722) ^c			
	Neutraali		Myönteinen		Neutraali		Myönteinen		Neutraali		Myönteinen	
	OR	(95% LV)	OR	(95% LV)	OR	(95% LV)	OR	(95% LV)	OR	(95% LV)	OR	(95% LV)
Sukupuoli												
Mies	1,00		1,00									
Nainen	1,01	(0,77–1,34)	0,96	(0,74–1,25)								
Ikä	1,00	(0,99–1,02)	1,00	(0,99–1,02)	1,02	(1,00–1,04)	1,00	(0,99–1,02)	0,98	(0,96–1,00)	1,01	(0,98–1,03)
Tupakointistatus												
Päivittäin	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
Satunnainen	0,72	(0,48–1,07)	0,38	(0,26–0,56)	0,70	(0,40–1,21)	0,36	(0,22–0,61)	0,69	(0,38–1,26)	0,41	(0,23–0,73)
Entinen	0,76	(0,57–1,02)	0,44	(0,34–0,58)	0,81	(0,54–1,21)	0,45	(0,31–0,64)	0,65	(0,42–1,02)	0,44	(0,29–0,65)
Koulutus												
Ylin	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
Keski	0,89	(0,65–1,22)	1,02	(0,76–1,37)	1,04	(0,69–1,58)	1,16	(0,79–1,70)	0,74	(0,45–1,21)	0,87	(0,55–1,40)
Alin	0,80	(0,57–1,11)	0,83	(0,61–1,13)	1,13	(0,71–1,80)	0,98	(0,63–1,51)	0,56	(0,34–0,90)	0,73	(0,46–1,14)
Ammatti												
Toimisto-/palvelutyö	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
Manuaalinen työ	0,88	(0,52–1,48)	0,95	(0,65–1,38)	1,13	(0,69–1,84)	0,78	(0,49–1,24)	1,64	(0,74–3,65)	1,41	(0,65–3,05)
Eläkkeellä	1,02	(0,63–1,65)	0,92	(0,63–1,33)	0,58	(0,34–1,00)	0,81	(0,49–1,34)	1,31	(0,69–2,50)	1,01	(0,57–1,79)
Muusta syystä työelämän ulkopuolella	0,85	(0,56–1,30)	1,17	(0,76–1,81)	1,13	(0,52–2,46)	1,18	(0,59–2,38)	0,97	(0,52–1,80)	1,15	(0,65–2,02)
Siviilisääty												
Naimaton	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
Eronnut/leski	1,31	(0,89–1,95)	1,09	(0,68–1,75)	0,86	(0,42–1,80)	1,36	(0,71–2,62)	0,98	(0,45–2,13)	0,85	(0,42–1,71)
Avoliitossa	0,87	(0,58–1,30)	1,04	(0,67–1,62)	1,11	(0,58–2,13)	1,19	(0,65–2,17)	0,95	(0,46–1,95)	0,90	(0,46–1,74)
Naimisissa	1,12	(0,69–1,80)	0,75	(0,51–1,11)	0,94	(0,54–1,64)	0,97	(0,58–1,62)	0,79	(0,41–1,51)	0,54	(0,30–0,99)

Huomautus. Lihavoidut ristittösuhteet (OR) tilastollisesti merkitseviä 95 % luottamustasolla. Mallien selitysosuudet (Nagelkerke pseudo R²) a=0,05; b=0,06; c=0,07.

LIITETAULUKKO 3. Tupakointia koskevat väitteet sekä samaa tai eri mieltä olleiden tupakoivien ja tupakoinnin lopettaneiden henkilöiden osuudet FINRISKI 2007 -tupakka-alaotoksessa sukupuolen ja tupakointitatuksen mukaan (%).

Lyhenteet: M = mies, N = nainen, L = lopettanut tupakoinnin, S = tupakoi satunnaisesti, P = tupakoi päivittäin.

Väittäjä tai kysymys	Täysin tai osittain samaa mieltä (%)						Täysin tai osittain eri mieltä (%)						p ^a
	Sukupuoli		Tupakointitatus			Yht.	Sukupuoli		Tupakointitatus			Yht.	
	M	N	L	S	P		M	N	L	S	P		
Tupakointiin suhtaudutaan hyväksyvästi	12	13	17	11	8	13	63	66	61	66	68	64	
Työpaikkojen savuttomuus toteutuu hyvin	67	69	68	77	66	68	17	15	18	13	14	16	
Tupakoijat ottavat tupakoimattomat huomioon tupakoidessaan	34	30	24	30	45	32	42	45	54	44	28	43	
Alaikäisten on vaikea saada tupakkatuotteita	15	14	14	11	17	15	70	72	74	73	66	71	
Tupakointirajoituksia valvotaan riittävästi	30	23	21	27	34	27	47	48	55	46	37	47	**
Nuorten tupakointia pitää rajoittaa	88	91	92	90	86	89	6	3	5	5	5	5	**
Tupakan myyntipaikkoja pitää vähentää	49	51	61	52	34	50	31	27	19	28	43	29	
Terveydenhuoltohenkilöstön pitää saada tupakoida työaikana	24	23	13	26	36	23	59	60	76	50	43	60	
Opettajien tulee saada tupakoida työaikana	23	23	13	26	34	23	63	64	78	56	48	63	
Pidän tupakoinnista	25	29	7	23	52	27	59	55	88	51	21	57	
Pidän tupakan hajusta	16	16	9	15	24	16	68	73	84	70	52	70	*
Parveketupakointi tulisi kieltää lailla	31	31	45	35	12	31	53	54	37	52	74	53	
Kaikki tupakointi ei ole haitallista	17	10	12	18	15	14	73	83	82	72	74	77	***
Tupakoimaton voi sairastua tupakan-savun hengittämisen seurauksena	79	82	86	84	71	80	11	9	8	8	14	10	
Tupakka-askien varoitus-teksteistä on hyötyä	32	28	33	37	24	30	49	50	45	45	57	50	
Nikotiinikorvaustuotteita on helppo hankkia	77	81	76	83	81	79	7	4	6	3	7	6	*
Nikotiinikorvaustuotteet ovat liian kalliita	57	61	49	49	75	59	12	9	13	10	8	10	
Yhteiskunnan tulisi tukea tupakasta sairastuneita tupakoinnin lopettajia	46	42	40	37	53	45	28	30	34	36	20	29	
Yhteiskunnan tulisi tukea kaikkia tupakoinnin lopettajia	51	52	47	43	60	51	30	29	34	36	21	30	
Tupakointi on tietoinen valinta, on turha syyllistää tupakka-teollisuutta	63	67	60	66	67	65	24	19	29	20	15	22	*
Salakuljetettua tupakkaa on tarjolla elinympäristössäni	40	26	32	31	36	34	36	54	40	49	47	44	***

LIITETAULUKKO 3. jatkuu ...

Väittäjä tai kysymys	Täysin tai osittain samaa mieltä (%)						Täysin tai osittain eri mieltä (%)						p ^a
	Sukupuoli		Tupakointistatus			Yht.	Sukupuoli		Tupakointistatus			Yht.	
	M	N	L	S	P		M	N	L	S	P		
Lopettaja tarvitsee terveydenhuollon ammattilaisen tukea	43	48	44	41	49	45	29	23	32	29	20	27	*
Lopettamisen keskeinen este on riittämätön tieto tupakoinnin vaaroista	18	14	20	15	12	16	66	75	66	70	75	70	***
Lopettamisen keskeinen este on haluttomuus lopettaa	72	80	79	78	71	76	12	9	11	9	11	11	**
	Kyllä (%)						Ei (%)						
Ravintolatupakointi on päätetty kieltää 1.6.2007 alkaen. Onko ravintola-tupakoinnin kieltäminen hyvä päätös?	68	70	82	70	52	69	17	10	6	15	24	14	***

Huomautus. Taulukosta on jätetty pois vastaukset "siltä väliltä", mutta vastaukset ovat mukana prosenttiluvuissa. Prosentit on laskettu erikseen tupakointistatuksen sekä sukupuolen mukaan sataan. Vastaajien määrä vaihteli kysymyksestä riippuen välillä 1658–1676.

a Tilastollinen merkitsevyys. Tupakointistatuksen mukaiset erot vastauksissa olivat tilastollisesti merkitseviä (χ^2 -riippumattomuustesti) vähintään 99 % luottamustasolla kaikissa väittämässä. Sukupuolen mukaan merkitsevyydet on merkitty seuraavasti: * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001.

Taloudellisten tekijöiden vaikutus tupakan kysyntään Suomessa 1960–2009

Tupakkatuotteiden kulutusta on vuosikymmenten aikana pyritty vähentämään määrätietoisesti monin eri keinoin. Kansaa on valistettu tupakoinnin terveyshaitoista, tupakkamainontaa ja tupakkatuotteiden saatavuutta on rajoitettu ja julkisilla paikoilla tupakointi on kielletty. Lisäksi tupakkatuotteiden hintaa on korotettu verotusta kiristämällä.

Vaikka eri keinojen tehosta Suomessa ei ole ollut kovin tarkkaa kuvaa, tiedetään kuitenkin, että tupakkatuotteiden kokonaiskulutus on eri tupakoinnin rajoittamistoi-
mien myötä laskenut 1970-luvun alun huippuluvuista merkittävästi. Tosin 1990-luvun alun laman jälkeen kulutus on pysynyt melko vakaana. Lamaa edeltävinä vuosina kulutus vaihteli taloudellisten tekijöiden ja viranomaisten toimenpiteiden seurauksena mo-
neen suuntaan.

Lääkintöhallitus tuotti vuonna 1964 tietoiskun tupakoinnin terveyshaitoista välit-
tömästi ensimmäisen laajan tupakoinnin ja terveyden välisiä yhteyksiä koskeneen Yh-
dysvalloissa julkaistun raportin ilmestymisen jälkeen. Vuonna 1976 säädetty tupakkalaki
kielsi tupakoinnin julkisissa tiloissa ja tupakkamainonnan vuonna 1978 sekä aktivoi mo-
nin tavoin tupakoinnin vastaista toimintaa. Vuonna 1995 tupakointikielto laajeni työpai-
koille. Ravintolatupakointia rajoitettiin vuonna 2000 ja kiellettiin kokonaan kesällä 2007.

Tutkimme taloustieteessä sovellettavan ekonometrisen kysyntäanalyysin keinoin,
mitkä tekijät vaikuttavat savukkeiden ja irtotupakan kysyntään Suomessa ja miten eri-
tyisesti hintapolitiikalla voidaan säädellä tupakan kulutusta. Arvioimme myös erilaisten
tupakoinnin vastaisten toimenpiteiden vaikutuksia kulutukseen. Tutkimus on osa kan-
sainvälistä EU:n rahoittamaa PPACTE (Pricing Policies and Control of Tobacco in Eu-
rope) -hanketta, jossa tutkimme eri tekijöiden vaikutusta tupakkatuotteiden kysyntään
11 EU-maassa (Nguyen, Rosenqvist & Pekurinen 2012).

Miten tupakan kysyntää tutkitaan?

Taloustieteellisessä kysyntätutkimuksessa tarkastellaan tupakkatuotteen kysynnän, hin-
tojen, tulojen ja muiden mahdollisten kysyntään vaikuttavien tekijöiden välisiä yhtey-
ksiä. Kysyntäteorian mukaan tupakkatuotteen kysyntään tietynä ajankohtana vaikut-
tavat tuotteen oma hinta, muiden tupakkatuotteiden hinnat, kuluttajien käytettävissä
olevat tulot ja muut samanaikaiset merkitykselliset tekijät. Näitä tekijöitä ovat esimer-

kiksi tupakkalain toimeenpano kuten mainontakiellot, saatavuuden rajoitukset ja tupakointikiellot julkisissa tiloissa ja työpaikoilla sekä tupakoinnin vastaiset kampanjat.

Tätä tavanomaista kysyntämallia käytettiin aiemmin usein selittämään tupakkatuotteiden kulutusta myös Suomessa. Tällöin tupakka rinnastetaan mihin tahansa muuhun hyödykkeeseen ja sivuutetaan siihen helposti syntyvä riippuvuus. Taloustieteessä on kehitetty ajalliseen tarkasteluun soveltuvia malleja, joiden avulla tupakkariippuvuutta voidaan empiirisesti analysoida.

Olemme tutkineet tupakkatuotteiden kulutusta Suomessa vuosina 1960–2009 soveltamalla kolmea yleistä vuositason tarkasteluun sopivaa taloustieteellistä kysyntämallia: tavanomaista mallia, osittaisen sopeutuksen mallia ja rationaalisen riippuvuuden mallia (Becker & Murphy 1988; Chaloupka & Warner 2000; Wilkins, Yurekli & Hu 2003). Näiden lisäksi olemme käyttäneet virhekorjausmallia, joka ottaa huomioon muuttujien aikasarjaominaisuuksia (Enders 2010).

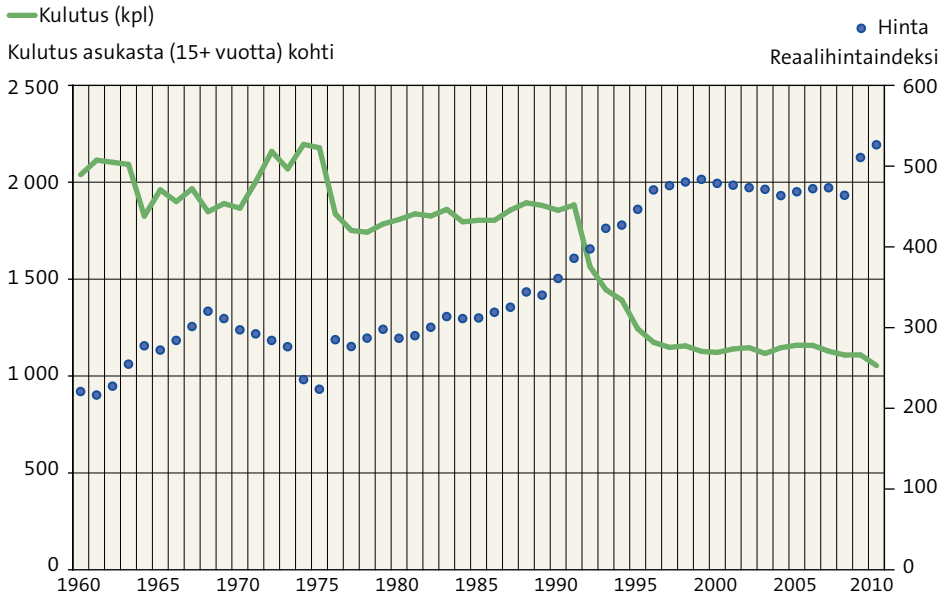
Tavanomaisessa staattisessa mallissa tupakkatuotteen kysynnän tiettyä ajanjaksona oletetaan riippuvan pelkästään samana ajanjaksona vaikuttavista selittävästä tekijöistä. Muut kysyntämallit ovat dynaamisia tupakkariippuvuutta tai kulutustottumuksia kuvaavia malleja. Osittaisen sopeutuksen mallissa tupakkatuotteen kysyntään vaikuttaa myös edellisen ajankohdan kysyntä. Rationaalisen riippuvuuden mallissa kysyntään vaikuttavat sekä edellisen ajankohdan että tulevan ajankohdan kysyntä.

Tiedot pitkältä ajalta auttavat tarkentamaan käsitystämme eri tekijöiden vaikutuksesta tupakan kysyntään. Savukkeiden kysyntäanalyysi perustui vuosien 1960–2009 ja irtotupakan -analyysi 1960–2002 aikasarja-aineistoihin. Tupakan kysyntää kuvataan kulutuksen määrällä jokaista 15 vuotta täyttänyttä kohti. Savukkeiden ja irtotupakan kulutusta selitimme tavallisesti kysyntäanalyyseissä käytettävillä taloudellisilla tekijöillä, kuten tupakkatuotteiden reaalihinnoilla ja kotitalouksien käytettävissä olevilla reaalityloilla 15 vuotta täyttänyttä kohti. Savukkeiden ja irtotupakan kulutuksen ja hintojen kehitys on kuvattu kuvioissa 1 ja 2.

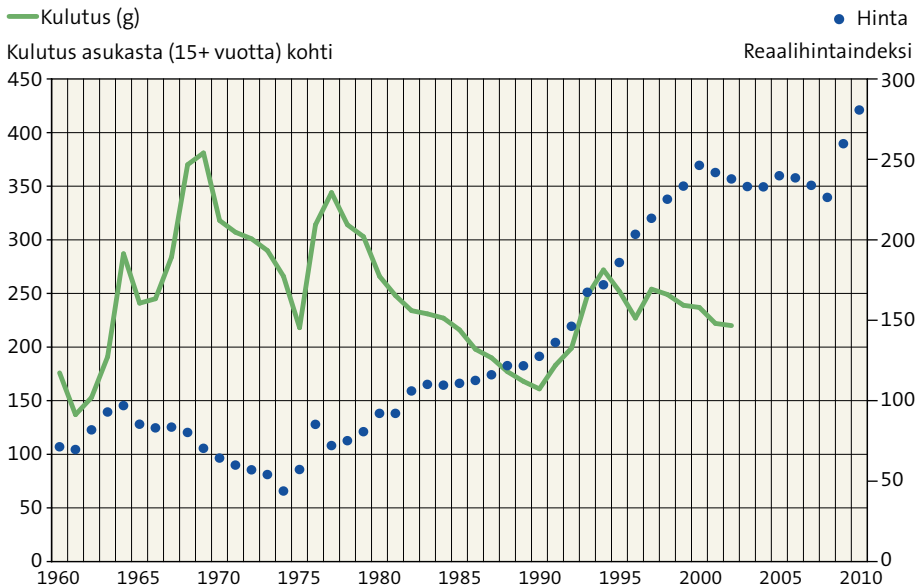
Perinteisten taloudellisten tekijöiden lisäksi pyrimme arvioimaan, missä määrin erilaiset tupakoinnin rajoittamistoimet ovat vähentäneet tupakkatuotteiden kulutusta. Tupakoinnin rajoittamistoimien laajuutta kuvasimme alun perin Joossensin ja Rawin (2006) kehittämällä indeksimuuttujalla (Currie 2012). Tämä muuttuja saa arvon 0, jos mitään tupakointia rajoittavia toimenpiteitä ei ole aloitettu tai toteutettu ja arvon 100, kun kaikki muuttujan kattamat toimenpiteet ovat astuneet voimaan (kuvio 3). Teknisen analyysin toteutuksen olemme kuvanneet yksityiskohtaisesti toisaalla (Nguyen, Rosenqvist & Pekurinen 2012).

Hinnankorotukset eivät ole tukenet terveystavoitteita johdonmukaisesti

Kuten kuvioista 1 ja 2 näkyy, tupakan reaalihinta nousi melko tasaisesti vuonna 1976 säädetyn tupakkalain jälkeen aina 1990-luvun loppuun saakka. Tupakkatuotteiden hintakehitys tuki tupakoinnin vähentämistavoitteita ainakin jossain määrin neljännesvuosisadan ajan aina 1990-luvun loppuun.



KUVIO 1. Savukkeiden reaalihinta ja kulutus (kpl) 15 vuotta täyttänyttä kohti vuosina 1960–2010.

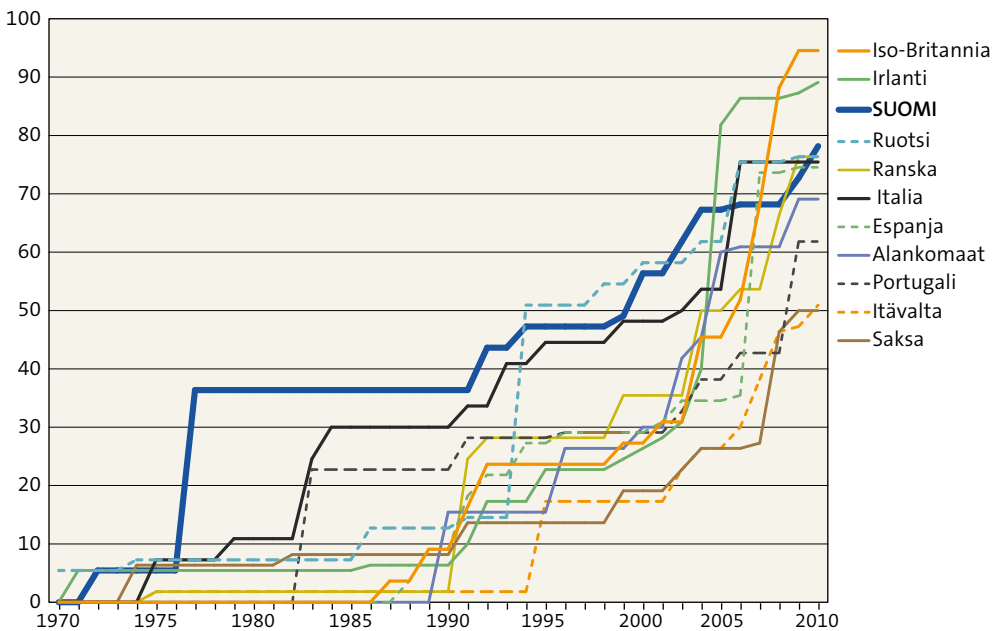


KUVIO 2. Irtotupakan reaalihinta ja kulutus (g) 15 vuotta täyttänyttä kohti vuosina 1960–2002/2010.

Pitkälle 2000-luvun ensimmäisen vuosikymmenen loppuun hintakehitys oli tavoitteiden kannalta kuitenkin epäedullinen. Tilanne korjaantui olennaisesti aivan vuosikymmenen lopussa, jolloin tupakan hinnankorotukset olivat reaalisestikin tuntuvia. Suurimman osan 2000-luvun ensimmäistä vuosikymmentä tupakkatuotteiden reaalihinta laski tai pysyi ennallaan kunnes tupakkatuotteiden hintoja nostettiin vuosina 2009–2010 reaalisesti yhteensä runsaat 14 prosenttia, savukkeiden 13 prosenttia ja irtotupakan 24 prosenttia (kuviot 1 ja 2).

Suomi tiennäyttäjänä tupakoinnin rajoittamisessa

Kuviosta 3 voidaan havaita, että Suomi on toteuttanut monet keskeiset tupakoinnin rajoittamistoimenpiteet ”etunojassa” verrattuna useimpiin perinteisiin EU-maihin. Vasta noin 1990-luvun puolivälissä monet EU-maat ryhtyivät toimiin, jotka Suomessa oli toteutettu jo kaksikymmentä vuotta aiemmin tupakkalain myötä. Suomi on säilyttänyt johtavan asemansa tupakoinnin ehkäisyssä pitkälle 2000-luvulle, jolloin myös monet muut maat ovat ehtineet toteuttaa laajan kirjon tupakointia rajoittavia toimia. Muiden maiden kiristä huolimatta Suomi on edelleen tupakoinnin rajoittamistoimien eturintamassa; vain Irlanti ja Iso-Britannia ovat ajaneet ohi. Saksa ja Itävalta ovat jääneet selvästi jälkeen muista maista. Ne ovat toteuttaneet vasta noin puolet keskeisistä tupakoinnin rajoittamistoimista. Savukkeiden kulutus asukasta kohti on Suomessa nyt pienimpiä EU-maissa (OECD 2010).



KUVIO 3. Tupakoinnin rajoittamistoimenpiteiden laajuutta kuvaavan indeksin arvo valikoiduissa EU-maissa 1970–2009. Indeksi saa arvon 0, jos maassa ei ole toteutettu mitään tupakointia rajoittavia toimenpiteitä ja arvon 100, kun kaikki muuttujan kattamat toimenpiteet on toteutettu.

Tupakan hinta vaikuttaa merkittävästi kulutukseen

Tupakan hinta on keskeinen tupakkatuotteiden kysyntään vaikuttava tekijä, johon voidaan myös poliittisilla päätöksillä vaikuttaa. Tulostemme mukaan savukkeiden reaali-hinnan nousu 10 prosentilla vähentää savukkeiden kysyntää 2,2–4,1 prosenttia ja lisää irtotupakan kysyntää 17,3 prosenttia (taulukko 1). Irtotupakka korvaa siis osin savukkeita. Irtotupakan reaali-hinnan korotus 10 prosentilla vähentää irtotupakan kysyntää 4,3 prosenttia. Savukkeiden kysyntä reagoi hinnanmuutoksiin Suomessa jokseenkin yhtä herkästi kuin muissakin tutkimissamme EU-maissa. Tulokset ovat myös samansuuntaisia aiemmissa suomalaisissa ja kansainvälisissä tutkimuksissa saatuihin tuloksiin verrattuna (Chaloupka & Warner 2000).

On tärkeää huomata, että hinnan lisäksi kotitalouksien käytettävissä olevat tulot vaikuttavat olennaisesti tupakkatuotteiden kysyntään. Käytettävissä olevien reaalityulojen kasvu 10 prosenttia lisää savukkeiden kysyntää 0,9–3,6 prosenttia mutta vähentää irtotupakan kysyntää 12,6 prosenttia. Näyttää siltä, että tulojen kasvaessa irtotupakan käyttäjillä on taipumus siirtyä savukkeiden käyttäjiksi, mikä lisää savukkeiden kysyntää. Käytettävissä olevat tulot vaikuttavat savukkeiden kysyntään Suomessa suurin piirtein samalla tavalla kuin muissa tutkimissamme EU-maissa.

TAULUKKO 1. Tupakkatuotteiden hinnan ja tulojen vaikutus tupakkatuotteiden kysyntään Suomessa

Kysyntään vaikuttavan tekijän muutos	Kysynnän muutos		
	Osittaisen sopeutuksen malli (%)	Rationaalisen riippuvuuden malli (%)	Virhekorjausmalli (%)
Savukkeiden reaali-hinnan nousu (10 %)			
• Savukkeiden kysyntään	-3,6	-2,2	-4,1
• Irtotupakan kysyntään			+17,3
Irtotupakan reaali-hinnan nousu (10 %)			
• Irtotupakan kysyntään			-4,3
Käytettävissä olevien reaalityulojen nousu (10 %)			
• Savukkeiden kysyntään	+1,3	+0,9	+3,6
• Irtotupakan kysyntään			-12,6

Tulokset saatiin parhaiksi osoittautuneista malleista.

Lähde: Nguyen, Rosenqvist & Pekurinen (2012)

Tupakoinnin rajoittamistoimet tehoavat

Hinnan ohella myös tiedon lisääntyminen tupakoinnin terveyshaitoista ja tupakoinnin rajoittamistoimenpiteet ovat vähentäneet tupakan kulutusta. Esimerkiksi saadun tutkimustuloksen mukaan savukkeiden kulutus väheni hetkellisesti arviolta 8 prosenttia vuonna 1964 lääkintöhallituksen toteutettua tietoiskun tupakoinnin terveyshaitoista.

Tupakkalain säätämisen jälkeen toteutetut tupakoinnin rajoittamistoimet, kuten työpaikkatupakoinnin kieltäminen ja ravintolatupakoinnin rajoittaminen ja täyskielto ovat tutkimuksemme mukaan kokonaisuudessaan selvästi vähentäneet savukkeiden kulutusta, mutta yksittäisten toimien merkitystä ja tehoa on vaikeaa erikseen arvioida. Kiintoisaa on, että tupakoinnin vastaiset toimet ovat tulostemme mukaan lisänneet irtotupakan kysyntää. Yhteenvetona voi kuitenkin todeta, että jos uusilla tupakoinnin rajoittamistoimenpiteillä pystytään kasvattamaan näitä toimia kuvaavan 0–100-indeksin arvoa 10 pisteellä, savukkeiden kulutuksen voi odottaa vähenevän noin 2 prosenttia.

Edellä kuvattujen tekijöiden lisäksi näyttää siltä, että 1990-luvun alun syvä taloudellinen lama jätti pysyvän jäljen myös savukkeiden kulutukseen.

YDINKOHDAT

- ☀ Savukkeiden hinta on edelleen keskeinen tupakkatuotteiden kysyntää säätelevä tekijä.
- ☀ Savukkeiden hinta vaikuttaa sekä savukkeiden että irtotupakan kysyntään.
- ☀ Tupakan kokonaiskulutuksen vähentämiseksi irtotupakan hintaa on korotettava yhtä aikaa savukkeiden hinnan kanssa.
- ☀ Käytettävissä olevat tulot vaikuttavat savukkeiden kysyntään, siksi savukkeiden hintaa määriteltäessä tulee huomioida käytettävissä olevien tulojen ennakoitu kehitys.
- ☀ Korottamalla tupakkatuotteiden hintaa verotuksen avulla voidaan samanaikaisesti sekä vähentää tupakan kulutusta ja terveyshaittoja että lisätä valtion verotuloja.
- ☀ Tupakoinnin rajoittamistoimenpiteet ovat selvästi vähentäneet tupakkatuotteiden kokonaiskulutusta.
- ☀ Tupakkatuotteiden kokonaiskulutuksen vähentämiseksi on tarpeen pohdita myös, miten irtotupakan kulutusta voitaisiin vähentää tehokkaasti.

Lähteet

- Becker GS, Murphy KM (1988). A Theory of Rational Addiction. *Journal of Political Economy* 96: 675–700.
- Chaloupka F & Warner K (2000). The economics of smoking. Teoksessa Culyer A & Newhouse J (toim.) *Handbook of Health Economics*, Vol. 1B. Elsevier: Amsterdam; 1539–1627.
- Currie L (2012). Tobacco Control Policy Index. Appendix A. Teoksessa Nguyen L, Rosenqvist G & Pekurinen M. Demand for Tobacco in Europe. An Econometric Analysis of 11 Countries for the PPACTE Project. Report 6/2012. Helsinki: National Institute for Health and Welfare (THL). Juvenes Print – Tampereen yliopistopaino Oy.
- Enders W (2010). *Applied econometric time series*. John Wiley & Sons, Inc.
- Joossens L & Raw M (2006) The Tobacco Control Scale: a new scale to measure country activity. *Tobacco Control* 15: 247–253.
- Nguyen L, Rosenqvist G & Pekurinen M (2012). Demand for Tobacco in Europe. An Econometric Analysis of 11 Countries for the PPACTE Project. Report 6/2012. Helsinki: National Institute for Health and Welfare (THL). Juvenes Print – Tampereen yliopistopaino Oy.
- OECD (2010). *OECD Health Data 2010*. Paris.
- Wilkins N, Yurekli A, Hu T-w (2003). Economic Analysis of Tobacco Demand. Teoksessa Yurekli A, De Beyer J (toim.). *Tool 3. Demand Analysis*. World Bank: Washington. Saatavissa osoitteesta <http://www1.worldbank.org/tobacco/pdf/Demand.pdf> (18.12.2009).

III

Savuttomuuden
toteutuminen



Tupakointikieltojen toteutuminen oppilaitoksissa

– miksi savuttomuustyötä tarvitaan edelleen?

Suomessa koulujen ja oppilaitosten roolia tupakoimattomuuden edistäjinä on pidetty pitkään tärkeänä. Tupakointi on ollut kiellettyä koulujen ja oppilaitosten alaikäisille tarkoitetuissa tiloissa ja ulkoalueilla vuodesta 1977, jolloin laki toimenpiteistä tupakoinnin vähentämiseksi (693/1976) astui voimaan. Osana vuoden 2010 tupakkalakiuudistusta tupakointikielto laajennettiin koskemaan kaikkia oppilaitosten sekä oppilasasuntoloiden tiloja ja ulkoalueita riippumatta siitä, minkä ikäiset henkilöt niitä käyttävät. Tupakointikiellon piirissä olevat oppilaitokset myös tarkennettiin perusopetusta, ammatillista koulutusta ja lukio-opetusta antaviksi oppilaitoksiksi. Laajennettu kielto astui voimaan 1.10.2010.

Tupakkakokeilut ja tupakoinnin aloittaminen sijoittuvat tyypillisesti 13–15-ikävuoteen (Raisamo ym. 2011). Aloittamiseen ja tupakoinnin jatkamiseen vaikuttavat niin perinnölliset, biologiset, psyykkiset kuin sosiaalisiin suhteisiin ja ympäristöön liittyvät tekijät. Suurin merkitys on vertaisten, yleensä ikätoverien, sekä omien vanhempien tupakoinnilla. (Rose ym. 2009; Schepis & Rao 2005.) Tupakkakokeilut ovat usein ennalta suunnittelemtomia ja tupakoinnin jatkamiseen liittyy sekä rationaalista päätöksentekoa että sosiaalista reagointia tilanteisiin ja tunteisiin. Taustalla vaikuttavat tupakointia koskevat asenteet, normit, mielikuvat sekä aiemmat kokemukset. (Schepis & Rao 2005; Kremers ym. 2004; Gibbons ym. 2009.) Myös nuoren näkemykset joukkoon sopeutumisesta, hyväksynnästä, suosiosta ja itsenäisyydestä heijastuvat tupakointiin ja tupakoimattomuuteen liittyvissä valinnoissa (Hoffman ym. 2006; Kobus 2003).

Nuorten tupakoinnin ehkäiseminen ja vähentäminen vaativat sekä yhteiskunnan, yhteisöjen että yksilöiden toimia. Lakisääteisistä keinoista olennaisia ovat tupakointikiellot lasten ja nuorten kasvuympäristöissä, mainontakiellot sekä korkea tupakkavero, joka tekee tupakasta kallista (Brownson ym. 2006; Schepis & Rao 2005). Koulut ja oppilaitokset ovat kodin ohella keskeisiä kehitysympäristöjä nuorille. Vanhemmat ja nuorten kanssa työkseen toimivat viestivät omalla esimerkillään ja asennoitumisellaan tupakoinnin hyväksyttävyydestä. Nuorten tupakoinnin onkin havaittu olevan yleisempää oppilaitoksissa, joissa henkilöstö tupakoi näkyvästi. Alaikäisten tupakoinnin riski kasvaa myös silloin, jos oppilaitoksessa ei ole selviä tupakointia kieltäviä sääntöjä, tai kielltoja ei tunneta tai pidetä uskottavina. (Evans-Whipp ym. 2004; Lipperman-Kreda ym. 2009; Lovato ym. 2007; Virtanen ym. 2006.) Kouluihin sijoittuvilla tupakoinnin ehkäi-

syohjelmilla voidaan puolestaan siirtää tupakoinnin aloittamisikää myöhäisemmäksi ja siten mahdollisesti ehkäistä aloittaminen kokonaan – tupakoinnin aloittaminen täysikäisenä on harvinaista (Thomas & Perera 2006; Vartiainen ym. 2007). Paikallinen tai alueellinen yhteistyö tupakan ja muiden ikärajatuotteiden saatavuuden sääntelyssä edistää yhteisöllistä vastuullisuutta.

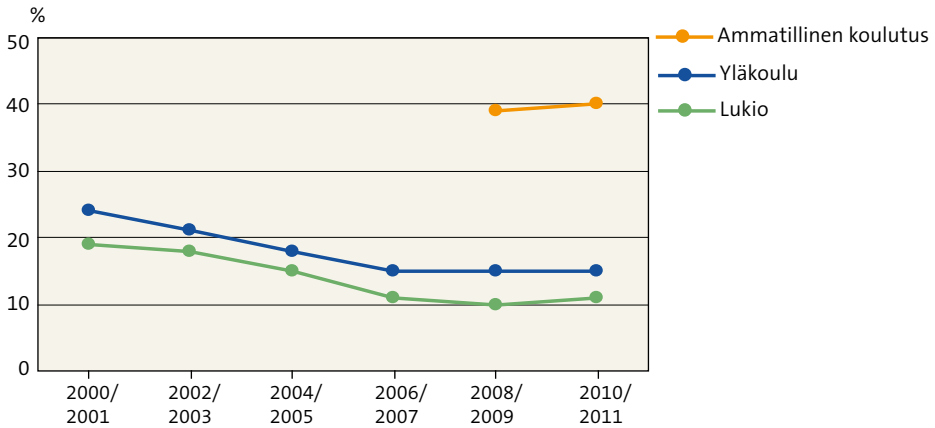
Tässä artikkelissa tarkastellaan nuorten tupakkatuotteiden käyttöä ja lakisääteisten tupakointikieltojen toteutumista yläkouluissa, lukioissa ja nuorisoasteen ammatillisessa koulutuksessa vuosina 2000–2011 Kouluterveyskyselyn valtakunnallisilla aineistoilla. Erityistä huomiota kiinnitetään vuoden 2010 lakimuutoksen vaikutuksiin. Kouluterveyskyselyyn osallistuu 90 prosenttia Suomen kunnista ja kaupungeista, joissa on yläkoulu, lukio tai ammatillinen oppilaitos¹. Nuorisoasteen ammatilliseen koulutukseen kysely laajennettiin vuonna 2008, joten sen osalta muutoksia tarkastellaan vain vuosien 2008/2009–2010/2011 väliseltä ajalta. Koulutyyppin mukaiset prosenttiosuudet löytyvät vuosikohtaisesti liitetaulukosta 1.

Tupakoinnin yleisyys oppilaitoksissa

Tupakoimattomien nuorten osuus on kasvanut tasaisesti yläkouluissa ja lukioissa vuosituhannen vaihteesta. Vuosina 2010/2011 täysin tupakoimattomia nuoria oli yläkouluissa 58 prosenttia, lukioissa 55 prosenttia ja ammatillisessa koulutuksessa 31 prosenttia. Päivittäinen tupakointi oli yleisintä ammatillisessa koulutuksessa (kuvio 1). Päivittäin tupakoivien osuus pieneni yläkouluissa ja lukioissa vuosiin 2006/2007 asti, mutta sen jälkeen myönteinen kehitys pysähtyi. Satunnaistupakointi oli puolestaan yleisintä lukioissa, joissa 19 prosenttia opiskelijoista ilmoitti vuosina 2010/2011 tupakoivansa silloin tällöin. Vastaava osuus sekä yläkouluissa että ammatillisessa koulutuksessa oli 13 prosenttia. Satunnaistupakointi vähentyi vuosituhannen vaihteesta vuosiin 2004/2005 asti sekä yläkouluissa että lukioissa. Sen jälkeen osuudet kasvoivat lukioissa vuosiin 2008/2009 asti.

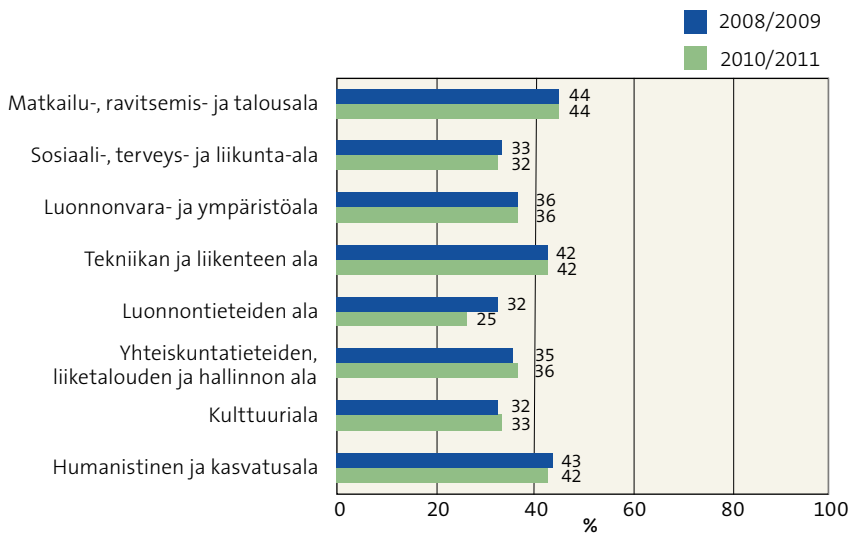
Tupakoinnin yleisyydessä on huomattavia eroja ammatillisen koulutuksen sisällä eri koulutusalojen välillä (kuvio 2). Päivittäinen tupakointi on yleisintä matkailu-, ravitsemis- ja talousalalla. Huomattavaa on, että itse terveyden ammattilaisiksi opiskelevista sosiaali-, terveys- ja liikunta-alan opiskelijoista joka kolmas tupakoi päivittäin vuosina 2010/2011. Saman alan opiskelijoista 15 prosenttia tupakoi silloin tällöin, mikä on suurin satunnaistupakoinnin osuus koulutusalojen välisessä vertailussa. Tupakoinnin yleisyydessä eri koulutusaloilla ei ole tapahtunut vuosina 2008/2009–2010/2011 merkittäviä muutoksia lukuun ottamatta luonnontieteiden alaa, jossa sekä päivittäin että satunnaisesti tupakoivien osuudet pienenivät kuusi prosenttiyksikköä.

1 Kouluterveyskysely toteutetaan luokkakyselynä vuosittain maaliskuussa. Vuoteen 2011 asti kysely on tehty parillisina vuosina Etelä-Suomessa, Itä-Suomessa ja Lapissa ja parittomina vuosina muualla Manner-Suomessa sekä Ahvenanmaalla. Vuodesta 2013 alkaen kysely tehdään samaan aikaan koko maassa. Valtakunnalliset tulokset vuosilta 2000–2011 saadaan yhdistämällä parillisten ja parittomien vuosien aineistot. Kyselyyn on vastannut vuosittain noin 100 000 peruskoulun 8. ja 9. luokkalaista sekä lukioiden ja ammatillisten oppilaitosten 1. ja 2. vuoden opiskelijaa. Tilastolliseen testaukseen artikkelissa käytettiin khiin neliö -testiä.



Lähde: THL, Kouluterveyskysely

KUVIO 1. Päivittäin tupakoivien osuudet (%) yläkouluissa, lukioissa ja nuorisosteen ammatillisessa koulutuksessa vuosina 2000–2011. Osuudet sukupuoli- ja opintovuosivakioituja.



Lähde: THL, Kouluterveyskysely

KUVIO 2. Päivittäin tupakoivien osuudet (%) nuorisosteen ammatillisessa koulutuksessa eri koulutusaloilla 2008–2011. Osuudet sukupuoli- ja opintovuosivakioituja.

Nuuskan käyttö oppilaitoksissa

Säännöllinen nuuskaaminen näyttää kiinnostavan lähinnä poikia. Sekä päivittäin että satunnaisesti nuuskaavien poikien osuus suureni hieman vuosien 2008/2009–2010/2011 välillä. Vuosina 2010/2011 yläkouluikäisistä pojista 4 prosenttia, lukiolaispojista 6 prosenttia ja ammattiin opiskelevista pojista 5 prosenttia nuuskasi päivittäin. Silloin tällöin nuuskaavia poikia oli yläkoulussa 12 prosenttia, lukiossa 14 prosenttia ja ammatillisessa koulutuksessa 20 prosenttia. Tyttöjen nuuskaaminen on erittäin harvinaista, mutta satunnaisesti nuuskaavien tyttöjen osuudet ovat kasvaneet hieman toisen asteen oppilaitoksissa viime vuosina. Vuosina 2010/2011 silloin tällöin nuuskaavia tyttöjä oli yläkouluissa 2 prosenttia, lukioissa 3 prosenttia ja ammatillisessa koulutuksessa 4 prosenttia. Nuuskaa käyttävien osuudet eivät riitä kooltaan koulutusalojen väliseen vertailuun ammatillisessa koulutuksessa.

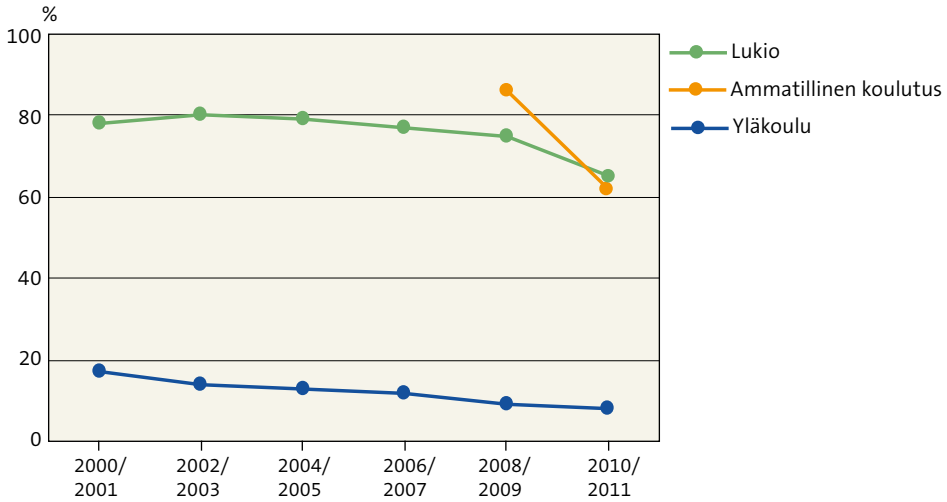
Mitä tupakointikieltojen toteutumisesta oppilaitoksissa tiedetään?

Tupakkalain mukaisten tupakointikieltojen toteutumista voidaan arvioida tarkastelemalla opiskelijoiden näkemyksiä oman oppilaitoksensa tupakointikielloista, kieltojen valvonnasta sekä opiskelijoiden ja henkilöstön tupakoinnista koulualueella. Tarkastelemalla opiskelijoiden tupakointia koulualueen läheisyydessä saadaan lisätietoa siitä, onko tupakointi vain siirtynyt koulualueelta sen ulkopuolelle tupakointikieltojen myötä.

Vielä yläkoulussa valtaosa oppilaista on sitä mieltä, että tupakointi ei ole sallittua omassa koulussa (kuvio 3). Toisen asteen oppilaitoksissa tilanne näyttää täysin päinvas- taiselta. Vuosien 2008/2009–2010/2011 välillä näissä oppilaitoksissa tapahtui kuitenkin huomattavia muutoksia: lukioissa tupakointia sallittuna pitävien osuus laski 10 prosenttiyksikköä ja ammatillisessa koulutuksessa 24 prosenttiyksikköä. Yläkouluissa tupa- kointia sallittuna pitävien osuus on laskenut tasaisesti vuosituhannen vaihteesta lähtien.

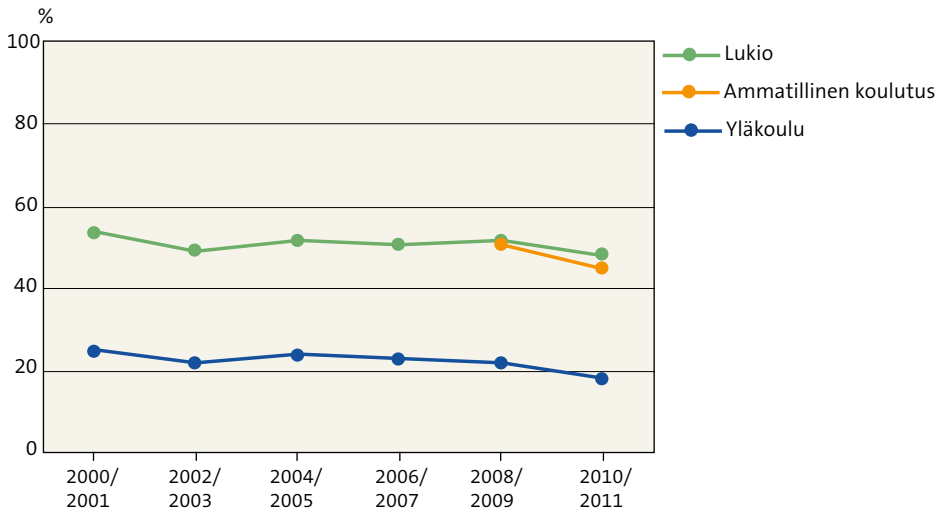
Tupakointirajoitusten valvonta ei vaikuta oppilaiden silmin toimivalta. Yläkoululai- sista vajaa viidennes ja toisen asteen opiskelijoista lähes joka toinen oli sitä mieltä, että tupakointirajoituksia ei valvota juuri lainkaan omassa oppilaitoksessa (kuvio 4). Osuus kuitenkin pienentyi yläkouluissa vuosista 2004/2005 lähtien ja toisen asteen oppilaitok- sessa vuosina 2008/2009–2010/2011.

Ammatillisessa koulutuksessa koulutusalojen välillä on merkittäviä eroja opiske- lijoiden tupakointikieltoja ja kieltojen valvontaa koskevissa näkemyksissä (kuviot 5 ja 6). Vuosina 2010/2011 tupakointia sallittuna pitävien osuus oli pienin sosiaali-, ter- veys- ja liikunta-alalla. Osuus pieniä huomattavasti jokaisella koulutusosalalla vuosina 2008/2009–2010/2011. Suurin muutos tapahtui luonnonvara- ja ympäristöalalla, jossa osuus pieniä 32 prosenttiyksikköä. Myös tupakointirajoitusten valvonnan suhteen ta- pahtui parannusta kaikilla koulutusaloilla. Vuosina 2010/2011 rajoitusten valvontaa vä- häisenä pitävien osuus oli pienin matkailu-, ravitsemis- ja talousalalla.



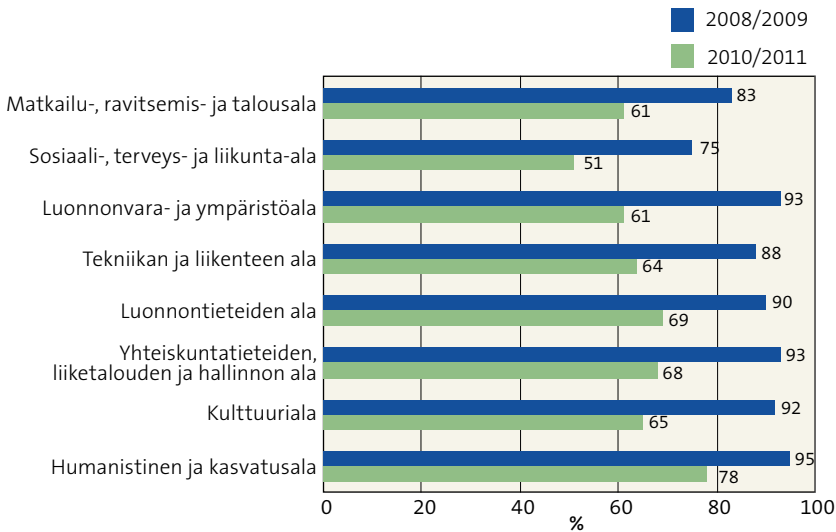
Lähde: THL, Kouluterveyskysely

KUVIO 3. Niiden yläkoululaisten, lukiolaisten ja ammattiin opiskelevien osuudet (%), joiden mielestä tupakointi on sallittua omassa koulussa vuosina 2000–2011. Osuudet sukupuoli- ja opintovuosivakioituja.



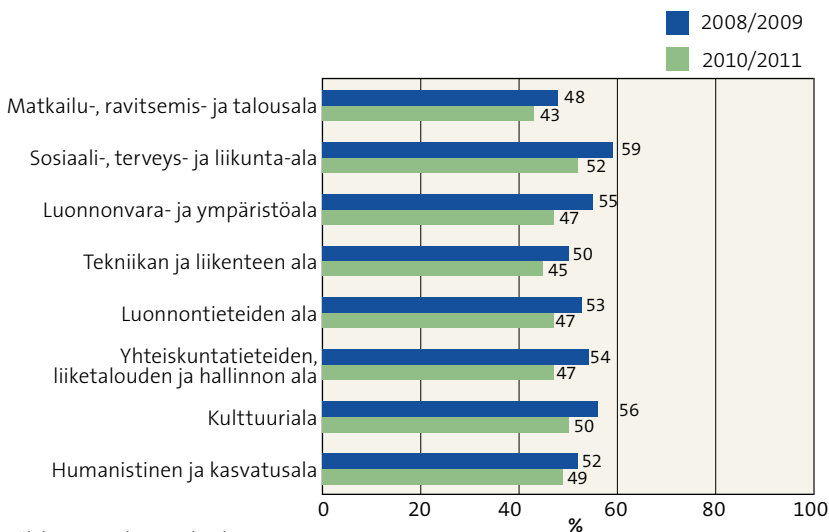
Lähde: THL, Kouluterveyskysely

KUVIO 4. Niiden yläkoululaisten, lukiolaisten ja ammattiin opiskelevien osuudet (%), joiden mielestä tupakointirajoituksia ei valvota juuri lainkaan omassa oppilaitoksessa vuosina 2000–2011. Osuudet sukupuoli- ja opintovuosivakioituja.



Lähde: THL, Kouluterveyskysely

KUVIO 5. Koulutusalojen mukaiset osuudet (%) niistä, joiden mielestä tupakointi on sallittua omassa oppilaitoksessa vuosina 2008–2011. Osuudet sukupuoli- ja opintovuosivakioituja.

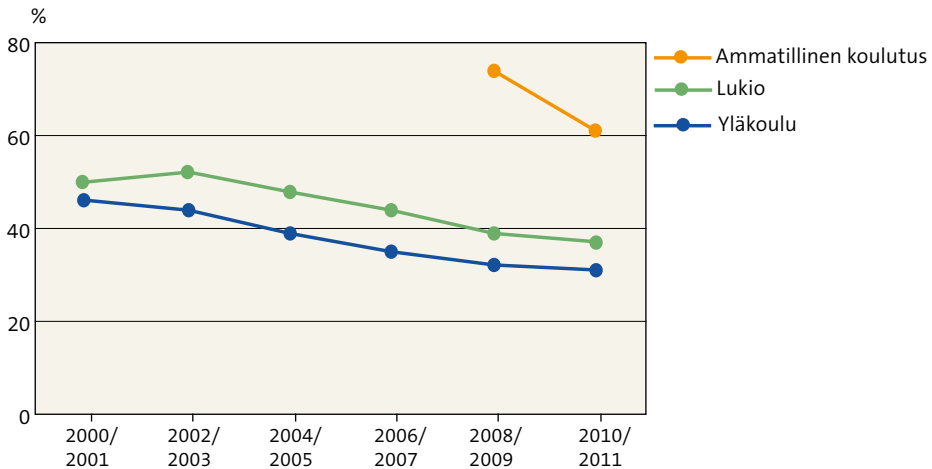


Lähde: THL, Kouluterveyskysely

KUVIO 6. Koulutusalojen mukaiset osuudet (%) niistä, joiden mielestä tupakointirajoituksia ei valvota juuri lainkaan omassa oppilaitoksessa vuosina 2008–2011. Osuudet sukupuoli- ja opintovuosivakioituja.

Nuorten päivittäinen tupakointi koulualueella² on vähentynyt 2000-luvun aikana (kuvio 7). Erityisen suurta lasku on ollut viime vuosina ammattiin opiskelevien keskuudessa, joilla osuus pieneni 13 prosenttiyksikköä vuosina 2008/2009–2010/2011. Vuosina 2010/2011 säännöllisesti tupakoivista yläkoululaisista ja lukiolaisista kuitenkin yhä noin joka kolmas ilmoitti tupakoivansa päivittäin koulualueella, ammattiin opiskelevista kolme viidestä. Henkilöstön päivittäinen tupakointi koulun alueella on nuorten mukaan vähentynyt sekä yläkouluissa että toisen asteen oppilaitoksissa (kuvio 8). Erityisen suurta muutos on ollut ammatillisessa koulutuksessa, jossa osuus pieneni 13 prosenttiyksikköä vuosina 2008/2009–2010/2011. Vuosina 2010/2011 yläkoululaisista ja lukiolaisista noin joka kymmenes ilmoitti henkilöstön tupakoivan päivittäin koulualueella, ammattiin opiskelevista joka kolmas.

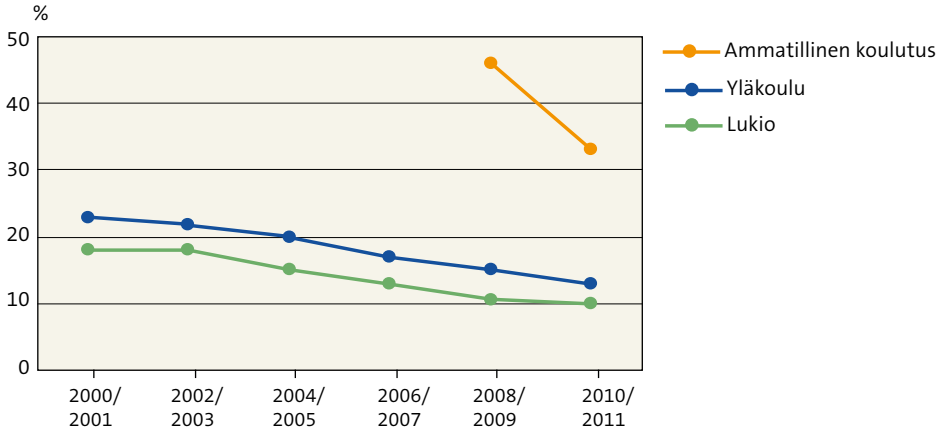
Ammatillisessa koulutuksessa sekä opiskelijoiden että henkilöstön tupakointi koulualueella vähentyi kaikilla koulutusaloilla (kuviot 9 ja 10). Suurimmat muutokset opiskelijoiden tupakoinnissa koulualueella ilmenivät luonnontieteiden alalla (–19 prosenttiyksikköä) sekä luonnonvara- ja ympäristöalalla (–18 prosenttiyksikköä). Myös opiskelijoiden ilmoitukset henkilöstön päivittäisestä tupakoinnista koulualueella vähentyivät eniten luonnonvara- ja ympäristöalalla, jossa vuoden 2010/2011 osuus oli 23 prosenttiyksikköä aiempaa pienempi.



Lähde: THL, Kouluterveyskysely

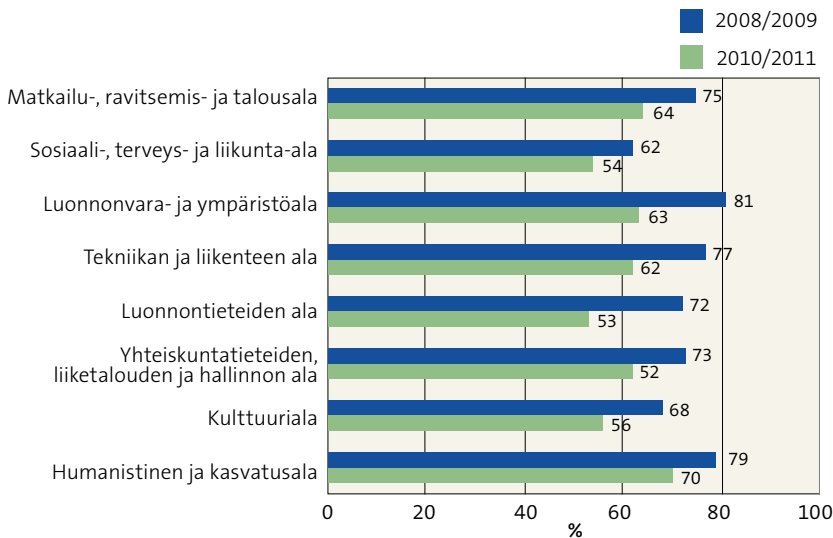
KUVIO 7. Viikoittain tupakoivien keskuudessa päivittäin koulualueella tupakoivien yläkoululaisten, lukiolaisten ja ammattiin opiskelevien osuudet² (%) vuosina 2000–2011. Osuudet sukupuoli- ja opintovuosivakioituja.

² Osuudet niistä opiskelijoista, jotka ilmoittavat tupakoivansa vähintään kerran viikossa.



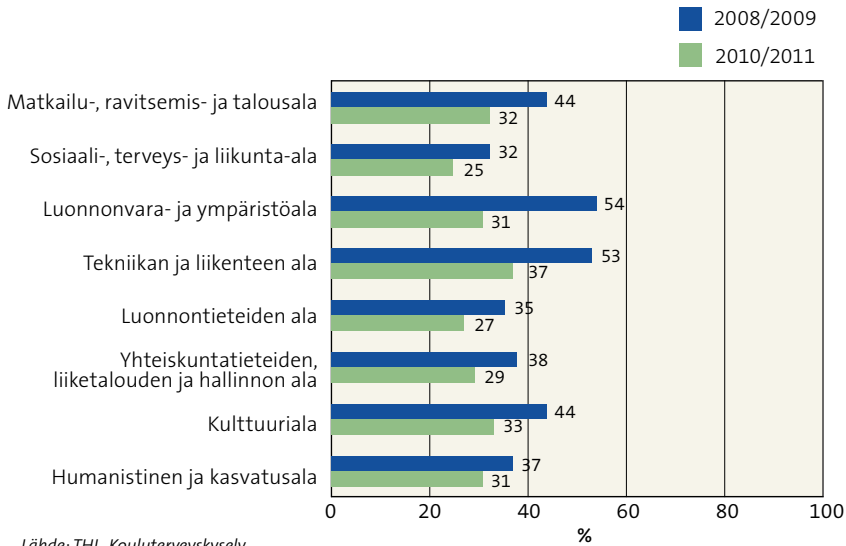
Lähde: THL, Kouluterveyskysely

KUVIO 8. Henkilöstön päivittäinen tupakointi koulualueella yläkoululaisten, lukiolaisten ja ammat-
tiin opiskelevien ilmoittamana vuosina 2000–2011. Osuudet (%) sukupuoli- ja opintovuosivakio-
ituja.



Lähde: THL, Kouluterveyskysely

KUVIO 9. Viikoittain tupakoivien keskuudessa koulutusalojen mukaiset päivittäin koulualueella
tupakoivien osuudet² (%) vuosina 2008–2011. Osuudet sukupuoli- ja opintovuosivakioituja.



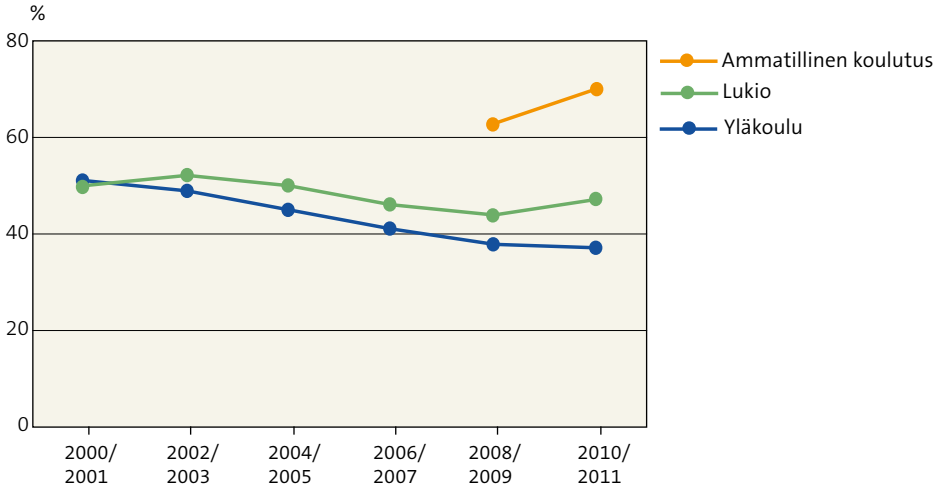
KUVIO 10. Henkilöstön päivittäinen tupakointi koulualueella ammattiin opiskelevien ilmoittamana koulutusalan mukaan vuosina 2008–2011. Osuudet (%) sukupuoli- ja opintovuosivakioituja.

Opiskelijoiden päivittäinen tupakointi koulualueen läheisyydessä³ on vähentynyt tasaisesti yläkouluissa. Lukioissa se vähentyi vuosina 2002/2003–2008/2009, mutta vuosina 2008/2009–2010/2011 se lisääntyi kolme prosenttiyksikköä (kuvio 11). Ammatillisessa koulutuksessa osuus kasvoi samassa ajassa seitsemän prosenttiyksikköä. Ammatillisessa koulutuksessa koulualueen läheisyydessä tupakointi yleistyi muilla aloilla paitsi luonnontieteiden alalla, luonnonvara- ja ympäristöalalla sekä humanistisella ja kasvatustalalla (kuvio 12).

Yhteenvedoa tuloksista

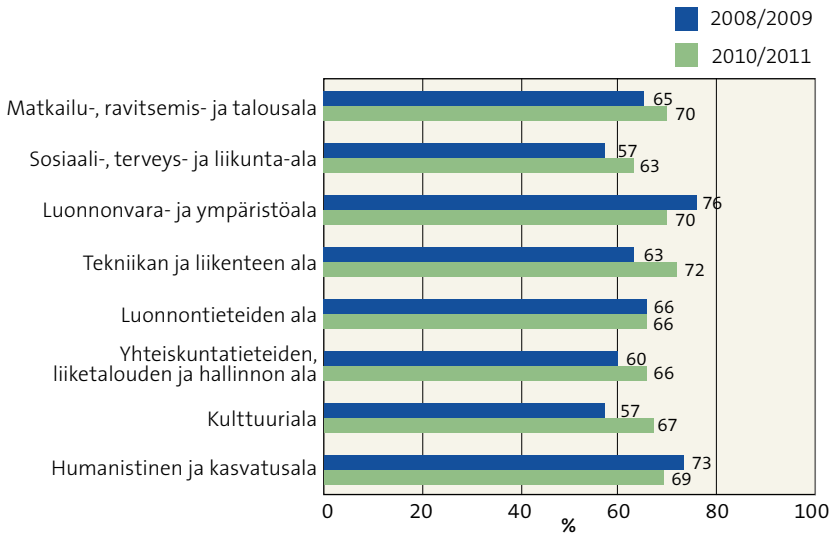
Nuorten tupakkatuotteiden käytön yleisyydessä ja tupakkalain mukaisten tupakointikieltojen toteutumisessa on huomattavia eroja yläkoulujen, lukioiden ja nuorisosteen ammatillisen koulutuksen välillä. Vuoden 2010 oppilaitosten tupakointikieltoja laajentaneella lakimuutoksella näyttää olleen myönteinen vaikutus toisen asteen oppilaitoksiin, joissa opiskelijoiden ja henkilöstön päivittäinen tupakointi koulualueella vähentyi, opiskelijoiden tietoisuus oppilaitosta koskevista tupakointikielloista parantui ja tupakointikieltojen valvonta lisääntyi vuosien 2008/2009–2010/2011 välillä. Suurimmat positiiviset muutokset tapahtuivat ammatillisessa koulutuksessa, jossa tilanne on sil-

3 Osuudet niistä opiskelijoista, jotka ovat ilmoittaneet tupakoivansa vähintään kerran viikossa.



Lähde: THL, Kouluterveyskysely

KUVIO 11. Viikoittain tupakoivien keskuudessa päivittäin koulun läheisyydessä tupakoivien yläkoululaisten, lukiolaisten ja ammattiin opiskelevien osuudet³ (%) vuosina 2000–2011. Osuudet sukupuoli- ja opintovuosivakioituja.



Lähde: THL, Kouluterveyskysely

KUVIO 12. Viikoittain tupakoivien keskuudessa päivittäin koulun läheisyydessä tupakoivien ammattiin opiskelevien koulutusaloittaiset osuudet³ (%) vuosina 2008–2011. Osuudet sukupuoli- ja opintovuosivakioituja.

ti haasteellisin: opiskelijoiden päivittäinen tupakointi on yleisintä, tupakkalain mukaiset tupakointikiellot toteutuvat heikoimmin ja tupakointirajoitusten valvonta on vähäistä. Vuosien 2008/2009–2010/2011 väliset myönteiset muutokset ovat rajautuneet nimenomaan koulualueella tapahtuvaan tupakointiin sekä aluetta koskeviin sääntöihin ja niiden valvontaan. Lähivuosien Kouluterveyskyselyt kertovat, alkaako tupakoinnin ja tupakoivien esimerkkien väheneminen koulualueella heijastua myös päivittäisen ja satunnaistupakoinnin yleisyyteen erityisesti ammatillisessa koulutuksessa.

Kouluterveyskyselyn valtakunnallisten tulosten osoittaman myönteisen kehityksen lisäksi savuttomuuteen panostaneista oppilaitoksista on kuulunut monia viestejä arkisista parannuksista. Työssäoppimispaikat eivät ole enää saaneet asiakkailta valituk- sia tupakansavulle haisevista opiskelijoista. Ilmastoinnin ei tarvitse olla niin tehokasta, kun tupakansavua ei enää kulkeudu sisätiloihin. Kun tupakalla kävijöitä ei tarvitse odottaa, oppitunneista on saatu tehokkaampia ja työt etenevät sujuvammin. Oppilaitoksen yleisilme on parantunut, kun tilojen viihtyisyyteen on panostettu ja ovien edustalla ei enää tarvitse väistellä tupakantumppeja ja sylkeä. Koulutuksen järjestäjän imago on parantunut, sillä työnantajat arvostavat työkykyyn panostavaa tulevaisuuden ammattilaisten kouluttajaa.

Vaikka vuoden 2010 lakiuudistus näyttää sysänneen liikkeelle monia positiivisia muutoksia, työtä tupakoimattomuuden edistämiseksi tarvitaan yhä. Myönteinen kehitys päivittäisen tupakoinnin osalta näyttää Kouluterveyskyselyn mukaan pysähtyneen viime vuosina sekä yläkouluissa että toisen asteen oppilaitoksissa. Vaikka opiskelijoiden ja henkilöstön päivittäinen tupakointi koulualueella on vähentynyt, se on edelleen huolestuttavan yleistä. Toisen asteen oppilaitoksissa tupakointi näyttää myös osittain siirtyneen viime vuosina koulualueelta alueen ulkopuolelle, sen sijaan että opiskelijat lopettaisivat tupakoinnin kokonaan tai olisivat tupakoimatta koulupäivän aikana. Valtaosa toisen asteen oppilaitoksissa opiskelevista on yhä sitä mieltä, että tupakointi on omassa oppilaitoksessa sallittua ja lähes joka toisen mielestä tupakointirajoituksia ei valvota juuri lainkaan. Satunnaistupakointi jää liian vähäiselle huomiolle, kun eri tutkimukset raportoivat usein vain päivittäisen tupakoinnin. Kun esimerkiksi lukiolaisilla päivittäinen tupakointi on vähäistä, heistä silti lähes joka viides tupakoi satunnaisesti. Huolestuttavaa on myös nuuskan käytön yleistymisen. Päivittäin ja satunnaisesti nuuskaavien poikien osuus on kasvanut kaikilla oppiasteilla, ja tyttöjen satunnainen nuuskaaminen on yleistynyt toisen asteen oppilaitoksissa.

Miksi tupakointi on niin yleistä ammatillisessa koulutuksessa?

Ammatillisen koulutuksen selkeä poikkeaminen yläkouluista ja lukioista tupakoinnin yleisyydessä herättää kysymyksiä eron syistä. Yksi syy lienee ammattiin opiskelevien terveystottumuksia koskevan luotettavan tiedon puute, joka vaivasi tutkimus- ja kehittämistyön kenttää vielä vuosituhannen vaihteen jälkeen. Kun tietoa ei ole ollut, myöskään toimenpiteitä ei ole osattu kohdentaa. Kouluterveyskyselyä kokeiltiin ammatillisissa

oppilaitoksissa vuosina 1998 ja 2000, mutta kyselyä päädyttiin jatkamaan aiempaan malliin vain yläkouluissa ja lukioissa riittävien resurssien puuttuessa. Laajempaa huomiota ammattiin opiskelevien terveystottumukset saivat vuonna 2005, kun Suomen ammattiin opiskelevien keskusliitto SAKKI ry toteutti oman hyvinvointitutkimuksensa ja julkaisi *'Sairasta Sakkia – ammattiin opiskelevien hyvinvointi 2005'*-raporttinsa (SAKKI ry 2005). Raportissa tupakointi nostettiin esiin keskeisenä lukiolaisia ja ammattiin opiskelevia erottavana terveystekijänä. Kun lukion ja ammatillisen koulutuksen välisiä eroja tupakoinnin yleisyydessä on tarkasteltu jälkikäteen Nuorten terveystapatutkimuksen aineistolla, asetelman on havaittu pysyneen pitkälti samankaltaisena 1970-luvun lopulta lähtien (Doku ym. 2010, kts. myös luku 1 tässä teoksessa).

Muut syyt liittyvät ammatilliseen koulutukseen tulevien opiskelijoiden taustaan, henkilöstön tupakointiin koulualueella sekä tupakkalain oppilaitoksia koskevan tupakointikieltopykälän muotoiluun ennen vuotta 2010. Varhainen säännölliseen tupakointiin siirtyminen on yleisempää heikommin opinnoissaan menestyvillä (Vartiainen ym. 2007). Kun lukioihin pääsy useimmiten edellyttää vähintään kohtalaista keskiarvoa, harvempi säännöllisen tupakoinnin aloittanut opiskelija siirtyy lukioon. Kouluterveyskyselyn aineistot kertovat lisäksi, että ammattiin opiskelevien vanhemmat tupakoivat lukiolaisten vanhempia yleisemmin, mikä osaltaan lisää ammattiin opiskelevien tupakoinnin todennäköisyyttä. Ammattiin opiskelevilla muu terveydellinen riskikäyttäytyminen, kuten toistuvat rikkeet, humalahakuinen juominen ja laittomien huumeiden kokeilu, on yleisempää lukiolaisiin verrattuna. Samanaikaisesti ammattiin opiskelevilla on lukiolaisia useammin huonommat tiedot päihteistä. (Puusniekka & Jokela 2009, Kouluterveyskysely.)

Ammatillisessa koulutuksessa on myös täysi-ikäisiä opiskelijoita yleisemmin kuin lukiossa. Tupakkalain aiemman ikärajaerusteisen tupakointikiellon ei siksi ole välttämättä katsottu velvoittavan toimenpiteisiin omassa oppilaitoksessa. Tähän viittaa myös se tieto, että vielä vuonna 2008 vain 11 prosenttia ammatillisista oppilaitoksista ilmoitti kieltäneensä tupakoinnin lain edellyttämällä tavalla, kun lukioissa vastaava osuus oli 84 prosenttia (Väyrynen ym. 2009). Kun tupakkalain mukaista tupakointikieltoa ei ole pantu toimeen, opiskelijoiden ja henkilöstön tupakointi koulualueella on saanut jatkaa viime vuosiin asti. Tässä artikkelissa havaittiinkin, että ennen vuoden 2010 lakiuudistusta lähes yhdeksän kymmenestä ammattiin opiskelevasta piti tupakointia sallittuna omassa oppilaitoksessa. Lisäksi henkilöstön säännöllinen tupakointi koulualueella oli ammatillisessa koulutuksessa huomattavasti yleisempää kuin yläkouluissa ja lukioissa. Henkilöstön näkyvä tupakointi on opiskelijoille selkeä viesti tupakoinnin hyväksyttävyydestä ja tupakointia koskevien sääntöjen epäuskottavuudesta. Tupakointikieltojen puuttuessa myös monen tarvitsema tuki tupakoinnin lopettamiseen on saattanut jäädä vähemmälle huomiolle.

Kouluterveyskyselystä tukea oppilaitosten savuttomuustyölle

Tupakoimattomuuden edistäminen oppilaitoksissa ei kuitenkaan ole pelkkää tupakointikieltojen asettamista ja valvomista. Oppilaitosta voi kutsua savuttomaksi vasta, kun se toimeenpanee tupakkalaissa asetetut tupakointikiellot sekä pyrkii lisäksi ehkäisemään tupakkatuotteiden käytön aloittamista ja tukemaan käytön lopettamista omien opiskelijoidensa ja henkilöstönsä keskuudessa (Luhta & Vainionpää 2009; Mustonen & Ollila 2009). Koska savuttomuuden määritelmään kuuluvat kaikki tupakkatuotteet, savuttomuus on myös nuuskattomuutta. Savuttomuuden toteuttaminen ei ole tietynä ajankohtana päättyvä projekti, vaan jatkuva prosessi. Hyvät tulokset vaativat suunnittelua, selkeitä väli- ja päätavoitteita sekä säännöllistä arviointia. Työn koordinoinnissa ja hyvien ideoiden kokoamisessa sekä käytäntöön viemisessä auttaa moniammatillinen savuttomuustyöryhmä. Johdon ja esimiesten sitoutuminen sekä tuki asetetuille tavoitteille ovat ensiarvoisen tärkeitä savuttomuustyön onnistumisen kannalta.

Opiskelijoiden ja henkilöstön osallistuminen ja vaikuttamismahdollisuudet sitouttavat, kannustavat ja tekevät savuttomuudesta yhteisen asian, jolloin se ei näyttäydy ylhäältä alas tulevana käskynä ja tulokset ovat parempia. Savuttomuustyön vaativuus määrittyy oppilaitoksen nykytilanteesta: kuinka yleistä oppilaiden ja opiskelijoiden tupakointi on, entä henkilöstön? Miten hyvin tupakointikiellot tunnetaan ja miten niitä noudatetaan? Kouluterveyskyselyn oppilaitoskohtaiset tulokset auttavat sekä lähtötilanteen selvityksessä että toimenpiteiden vaikutusten seurannassa ja arvioinnissa. Savuttomuustyössä kannattaa pohtia ainakin seuraavia kysymyksiä:

- Ovatko säännöt, ohjeet ja valvonta toimivia ja sitoutuvatko kaikki niihin?
- Tarjotaanko opiskelijoille ja henkilöstölle tukea tupakoinnin lopettamiseen?
- Onko opiskelijoilla mahdollisuus viettää taukoja ja ryhmäytyä muuten kuin tupakoimalla?
- Onko oppilaitoksen tupakoimattomuuden edistämisen käytänteistä ja säännöistä viestitty monipuolisesti eri kohderyhmille, esim. naapurustoon ja työelämäkumppaneille?
- Onko kuultu henkilöstön ja opiskelijoiden ideoita savuttomuuden toteuttamiseksi?
- Tarjotaanko tietoa tupakan vaikutuksista, entä pyritäänkö vaikuttamaan asenteisiin (jos, niin miten – yksisuuntaisesti vai virittävää valistusta käyttäen, kts. esim. Puuronen 2011)?
- Mitä henkilöstön oma käyttäytyminen ja asennoituminen kertovat opiskelijoille tupakoinnista ja tupakointikieltojen uskottavuudesta, entä mitä tutoreiden ja oppilaskuntatoimijoiden?
- Tehdäänkö oppilaitoksen sisällä ja sidosryhmien kanssa tarpeeksi yhteistyötä, onko yhteistyö riittävän moniammatillista?
- Onko varauduttu mahdollisiin lieveilmiöihin, kuten tupakoinnin siirtymiseen koulualueen viereen ja lisääntyneeseen roskaamiseen lähiympäristössä?

Muutokselle pitää myös antaa aikaa. Oppilaitoksen savuttomuus muuttuu itsensänselvyydeksi opiskelijakierron mukana – työ helpottuu, kun vanhimmatkin opiskelijat ovat aloittaneet savuttomassa oppilaitoksessa. Mikäli koulu tiukentaa linjaansa tupakointikieltojen noudattamisessa ja valvonnassa, on hyvä viestiä ajoissa myös ulkopuolisille sidosryhmille mitä ollaan muuttamassa ja miksi. Kun esimerkiksi naapurustossa tiedetään odottaa lisääntyneitä roskaamista oppilaitoksen tupakkapaikkojen poistamisen takia, asiaan on helpompi suhtautua ja yhteistyö roskaamisongelman ratkaisemiseksi voi alkaa luontevammin. Mahdollisten alueen ulkopuolelle syntyvien ”uusien tupakkapaikkojen” tiiviimmästä siivoamisesta kannattaa sopia ympäristöhuollon kanssa. Tupakoivia opiskelijoita saa ohjeistaa olemaan tukkimatta kulkuväyliä ja vaarantamatta liikennettä tupakalle mennessään, mikäli he eivät voi olla koulupäivän aikana kokonaan tupakoimatta. Avain ongelmien ennaltaehkäisyyn ja toisaalta korjaamiseen on monipuolinen ja laaja-alainen tiedotus, ja myös eriaivien mielipiteiden kartoittaminen ja kuuleminen.

Oppilaitoksen savuttomuutta ja siihen liittyviä käytänteitä on hyvä nostaa esiin myös tutor- ja oppilaskuntavalinnoissa sekä -koulutuksissa. Vahvin viesti kulkee nuorelta nuorelle arkisissa tilanteissa, ja siksi opiskelijoita ei saa jättää passiivisiksi toimenpiteiden vastaanottajiksi. Tupakointikokeiluihin liittyy jännitystä ja uteliaisuutta, ja vertaisten merkitys tupakoinnin aloittamisessa sekä jatkamisessa on suuri. Mäkelän (2011) mukaan tupakoinnin rooli ryhmäytäjänä ja välituntien ajanvietteenä johtaa osalla ammattiin opiskelevista siihen paradoksaaliseen tilanteeseen, että koulussa on pakko polttaa, vaikka vapaa-aikaan se ei kuulu. Mäkelän haastattelemissa nuorista yhden sitaatti on pysäyttävä: ”*Mie just mietin et jos ei ois kouluu ollenkaan niin noinkohan mie polttasin ollenkaan tupakkaa*”. Siksi oppilaitoksissa on äärimmäisen tärkeää huolehtia siitä, ettei tupakointi jää nuorten ainoaksi keinoksi tutustua uusiin ihmisiin, ryhmäytyä ja viettää taukoja.

Esimerkiksi seitsemännellä luokalla tupakoinnin aloittaneella nuorella on takanaan jo pitkä tupakointihistoria toisen asteen opintoihin tultaessa. Tupakkatuotteiden käytöstä syntyvä riippuvuus on sairaus, jolla on kansainvälinen tautiluokitus (ICD-10, F17). Kun opiskelijoiden ja henkilöstön tupakointia koulualueella ei sallita, on huomioitava, että monelle tupakaton koulu- tai työpäivä on vieroitusoireiden vuoksi todellinen haaste. Siksi tupakasta vieroitukseen on tarjottava tukea. Valtaosa kaikenikäisistä tupakoijista on huolissaan terveydestään ja haluaa lopettaa tupakoinnin. Tupakoivista nuorista 58–71 prosenttia, kysyntätavasta riippuen, ilmoittaa yrittäneensä joskus lopettaa ja yli puolet heistä useammin kuin kerran (Bancej ym. 2007). Kaksi viidestä tupakoivasta työikäisestä miehestä ja naisesta tekee vakavan tupakoinnin lopettamisyrittäksen joka vuosi (Helakorpi ym. 2011). Oppilaitoksen savuttomuus motivoi monia tupakoinnin lopettamiseen. Tarjoamalla opiskelijoille ja henkilöstön jäsenille aktiivisesti tukea tupakoinnin lopettamiseen voidaan myös vaikuttaa siihen, että tupakointi todella vähenee eikä vain siirry koulualueelta sen ulkopuolelle.

Vaikka huomio nykyään usein keskittyy tupakoinnin yleisyyteen ammatillisessa koulutuksessa, on hyvä muistaa, että valtaosa opiskelijoista on aloittanut tupakoinnin ennen ammatilliseen koulutukseen tuloa. Nuorten tupakoinnin vähentämisessä keskeistä on edelleen tupakoinnin aloittamisen ehkäisy, jota tukee riskiehkäisy eli tupakoinnin lopettamisen varhainen tuki. Koulujen ja oppilaitosten savuttomuustyön tulisi muodostaa jatkumo alakoulusta aina toisen asteen koulutukseen asti painopisteitä ikävaiheisiin sovittaen. Parhaat tulokset saavutetaan, kun savuttomuustyö käynnistyy jo perheiden savuttomuuden tuesta neuvoloissa.

Huomioita aineistosta ja menetelmistä

Kouluterveyskysely on laajuudessaan poikkeuksellinen trenditutkimus. Kyselyyn osallistuvien nuorten suuri määrä ja tutkimuksen valtakunnallinen kattavuus tuottavat luotettavaa ja maantieteellisesti edustavaa tietoa nuorten terveydestä ja hyvinvoinnista. Kyselylomake täytetään kouluissa luokittain tai ryhmittäin, mikä tekee myös heikommassa asemassa olevien nuorten osallistumisesta todennäköisempää kuin postikyselyitä täytettäessä. Anonyymi kyselylomake puolestaan kannustaa vastaamaan totuudenmukaisesti. Nuorten tupakointia tarkasteltaessa on kuitenkin huomioitava, että itse raportoitu tupakointi ei aina kerro koko totuutta. Nuori voi esimerkiksi tupakoida päivittäin, mutta vastata silti tupakoivansa harvemmin. Lisäksi henkilöstön tupakointi koulualueella on opiskelijoiden raportoima tieto, ei henkilöstön edustajilta kysytty tieto.

Lisäksi on huomioitava, että tupakkalakimuutoksen vaikutusten tarkastelu vuosien 2010/2011 yhdistetyllä aineistolla tuottaa vasta osittaisia tuloksia, sillä uudistetun lain voimaantulo lokakuussa 2010 osuu näiden kahden keväisin toteutetun aineistonkeräyksen väliin. Kun vuosien 2008/2009 ja 2010/2011 vertailu silti osoittaa huomattavia muutoksia nimenomaan koulualueella tupakointia sekä alueen tupakointikieltoja ja valvontaa koskevissa tuloksissa, voidaan olettaa, että muutokset olisivat voineet olla jopa suurempia, jos koko 2010/2011 aineisto olisi kerätty lakimuutoksen voimaantulon jälkeen. Tätä oletusta tukee esimerkiksi päivittäisen koulualueella tapahtuvan tupakoinnin kehityksen tarkastelu pelkillä vuosien 2009 ja 2011 aineistoilla (Lounais-Suomen, Länsi- ja Sisä-Suomen ja Pohjois-Suomen aluehallintovirastojen toimialueet sekä Ahvenanmaa): ammatillisessa koulutuksessa osuus oli 72 prosenttia vuonna 2009 ja 46 prosenttia vuonna 2011, kun koko maan osuudet olivat 74 prosenttia vuosilta 2008/2009 ja 61 prosenttia vuosilta 2010/2011.

YDINKOHDAT

- ☀ Tupakoinnin yleisyydessä ja lakisääteisten tupakointikieltojen toteutumisessa on merkittäviä eroja yläkoulun, lukion ja nuorisosaasteen ammatillisen koulutuksen välillä. Päivittäinen tupakointi on yleisintä ammatillisissa oppilaitoksissa, satunnainen tupakointi puolestaan lukioissa. Tupakointikiellot ja niiden valvonta toteutuvat parhaiten yläkouluissa.
- ☀ Ammatillisen koulutuksen sisällä eri koulutusalat eroavat toisistaan tupakkatuotteiden käytön yleisyydessä sekä tupakointikieltojen toteutumisessa ja valvonnassa.
- ☀ Tupakkalain 12 §:n mukainen tupakointikielto kouluissa ja oppilaitoksissa tiukentui lokakuussa 2010. Lakimuutoksella näyttää olleen myönteinen vaikutus toisen asteen oppilaitoksiin, joissa opiskelijoiden ja henkilöstön päivittäinen tupakointi koulualueella vähentyi, opiskelijoiden tietoisuus oppilaitosta koskevista tupakointikielloista parantui ja tupakointikieltojen valvonta lisääntyi vuosien 2008/2009–2010/2011 välillä. Suurimmat positiiviset muutokset tapahtuivat ammatillisessa koulutuksessa.
- ☀ Positiivisista muutoksista huolimatta työtä riittää tupakointikieltojen valvonnassa, erityisesti toisen asteen oppilaitoksissa. Enemmistö niissä opiskelevista on myös yhä sitä mieltä, että tupakointi on omassa oppilaitoksessa sallittua.
- ☀ Toisen asteen oppilaitoksissa, erityisesti ammatillisessa koulutuksessa, päivittäinen tupakointi koulualueen läheisyydessä lisääntyi vuosina 2008/2009–2010/2011 samalla kun tupakointi koulualueella vähentyi. Tupakoinnin lopettamisen tuen saatavuutta on parannettava, jotta opiskelijoiden tupakointi vähenee eikä vain siirry koulualueen ulkopuolelle.
- ☀ Yleisenä haasteena pysyvät nuorten tupakoinnin vähentäminen ja nuuskäytön yleistymisen pysäyttäminen.

Lähteet

- Bancej C, O'Loughlin J, Platt RW, Paradis G & Gervais A (2007) Smoking cessation attempts among adolescent smokers: a systematic review of prevalence studies. *Tobacco Control* 16:e8.
- Brownson RC, Haire-Joshu D & Luke DA (2006) SHAPING THE CONTEXT OF HEALTH: A Review of Environmental and Policy Approaches in the Prevention of Chronic Diseases. *Annu. Rev. Public Health* 27:341–70.
- Doku D, Koivusilta L, Rainio S & Rimpelä A (2010) Socioeconomic differences in smoking among Finnish adolescents from 1977 to 2007. *Journal of Adolescent Health* 47:479–487.
- Evans-Whipp T, Beyers J M, Lloyd S, Lafazia A N, Toumbourou J W, Arthur M W & ym. (2004) A review of school drug policies and their impact on youth substance use. *Health Promot Int* 19(2):227–234.
- Gibbons FX, Houlihan AE & Gerrard M (2009) Reason and reaction: The utility of a dual-focus, dual-processing perspective on promotion and prevention of adolescent health risk behaviour. *British Journal of Health Psychology* 14:231–248.
- Helakorpi S, Pajunen T, Jallinoja P, Virtanen S & Uutela A (2011) Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2010. Raportti 15/2011. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
- Hoffman BR, Sussman S, Unger JB & Valente TW (2006) Peer influences on adolescent cigarette smoking: A theoretical review of the literature. *Substance Use & Misuse* 41:103–155.
- Kobus K (2003) Peers and adolescent smoking. *Addiction* 98(Suppl 1):37–55.
- Kremers SPJ, Mudde AN, de Vries NK, Brug J & de Vries H (2004) Unplanned smoking initiation: new insights and implications for interventions. *Patient Education and Counseling* 55:345–352.
- Kouluterveyskysely, Julkaisemattomat tiedot. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkoinneistot osoitteessa www.thl.fi/kouluterveyskysely.
- Lipperman-Kreda S, Paschall MJ & Grube JW (2009) Perceived enforcement of school tobacco policy and adolescents' cigarette smoking. *Prev Med* 48(6):562–566.
- Lovato CY, Sabiston CM, Hadd V, Nykiforuk CI & Campbell HS (2007) The impact of school smoking policies and student perceptions of enforcement on school smoking prevalence and location of smoking. *Health Educ Res* 22(6):782–793.
- Luhta RM & Vainionpää S (2009) TAVOITTEENA SAVUTON OPPILAITOS – Kaikille mahdollisuus savuttomaan ja turvalliseen tulevaisuuteen. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2009:4. Helsinki:STM.
- Mustonen N & Ollila H (toim.) (2009) Tupakatta työelämään – Savuttomuusopas ammatilliseen koulutukseen. Opas 7/2009. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Mäkelä M (2011) Savua ilmassa – Tupakoinnin paikka ammattiin opiskelevien elämässä. Savuton Sohva Sakille -hankkeen selvityksiä. Helsinki: Elämäntapaliitto.
- Puuronen A (2011) Tupakkavalistusta 2000-luvulla. Teoksessa Soikkeli M, Salasuo M, Puuronen A & Piispa M: Se toimii sittenkin – kuinka päihdevalistuksesta saa selvää. Nuorisotutkimusseuran julkaisuja 116. Helsinki: Nuorisotutkimusseura.
- Puusniekka R & Jokela J (2009) Riski päihteiden käyttöön suurempi ammattiin opiskelevilla kuin lukiolaisilla. *YHTEISKUNTAPOLITIikka* 74:2; 174–184.
- Raisamo S, Pere L, Lindfors P, Tiirikainen M & Rimpelä A (2011) Nuorten terveystapatutkimus 2011. Nuorten tupakkatuotteiden ja päihteiden käyttö 1977–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2011:10. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Rose RJ, Broms U, Korhonen T, Dick DM & Kaprio J (2009) Genetics of Smoking Behavior. Teoksessa: Y.-K. Kim (toim.) *Handbook of Behavior Genetics*. Springer Science+Business Media, LLC.
- Sairasta Sakkia - ammattiin opiskelevien hyvinvointi 2005. Helsinki: Suomen Ammattiin Opiskelevien Keskusliitto – Sakki ry.
- Schepis TS & Rao U (2005) Epidemiology and etiology of adolescent smoking. *Curr Opin Pediatr* 17:607–612.
- Thomas RE & Perera R (2006) School-based programmes for preventing smoking. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006;3.
- Vartiainen E, Pennanen M, Haukkala A, Dijk F, Lehtovuori R & De Vries H (2007) The effects of a three-year smoking prevention programme in secondary schools in Helsinki. *European Journal of Public Health* 17(3):249–256.
- Virtanen M, Pietikainen M, Kivimäki M, ym. (2009) Contribution of parental and school personnel smoking to health risk behaviours among Finnish adolescents. *BMC PUBLIC HEALTH* 9:382.
- Väyrynen P, Saaristo V, Wiss K & Rigoff A-M (toim.) (2009) Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ammatillisissa oppilaitoksissa – peruseräraportti kyselystä vuonna 2008. Helsinki: Opetushallitus ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

LIITETAULUKKO 1.

	2000/2001			2002/2003			2004/2005			2006/2007			2008/2009			2010/2011		
	T	P	Yht.	T	P	Yht.	T	P	Yht.	T	P	Yht.	T	P	Yht.	T	P	Yht.
Tupakoi päivittäin																		
Yläkoulu	22	25	24	20	22	21	17	18	18	14	16	15	14	17	15	14	17	15
Lukio	19	18	19	19	17	18	15	14	15	12	11	11	11	10	10	11	10	11
AOL													40	39	39	39	40	40
Tupakoi satunnaisesti*																		
Yläkoulu	19	14	16	16	12	14	15	11	13	14	11	13	15	12	13	15	11	13
Lukio	22	20	21	19	17	18	18	17	17	19	18	19	21	19	20	21	17	19
AOL													15	13	14	15	12	13
Ei tupakoi lainkaan																		
Yläkoulu	43	42	42	48	47	48	54	53	54	57	57	57	58	56	57	58	57	58
Lukio	39	40	39	41	43	42	47	48	48	50	52	51	52	55	53	53	56	55
AOL													29	32	30	30	33	31
Nuuskaa päivittäin**																		
Yläkoulu	0	4	2	0	3	2	0	2	1	0	3	1	0	3	2	0	4	2
Lukio	0	4	2	0	4	2	0	3	2	0	3	2	0	4	2	0	6	3
AOL													0	5	3	0	5	3
Nuuskaa satunnaisesti**																		
Yläkoulu	2	13	7	1	10	6	1	8	5	2	8	5	2	10	6	2	12	7
Lukio	1	11	6	1	10	6	1	9	5	1	9	5	2	11	7	3	14	9
AOL													3	18	11	4	20	12
Tupakoi päivittäin koulualueella***																		
Yläkoulu	41	50	46	39	47	43	35	43	39	31	39	35	28	36	32	26	36	31
Lukio	49	51	50	51	53	52	47	49	48	43	45	44	38	40	39	35	38	37
AOL													73	75	74	60	62	61
Tupakoi päivittäin koulualueen läheisyydessä**																		
Yläkoulu	48	55	51	46	52	49	41	48	45	37	45	41	34	42	38	33	41	37
Lukio	48	52	50	51	53	52	48	51	50	45	46	46	43	45	44	46	48	47
AOL													62	64	63	68	72	70
Ilmoittaa henkilöstön tupakoivan päivittäin koulualueella																		
Yläkoulu	20	27	23	19	25	22	17	22	20	15	19	17	14	17	15	11	15	13
Lukio	17	19	18	17	19	18	14	16	15	12	13	13	10	11	11	9	10	10
AOL													40	52	46	28	37	33
Ilmoittaa, että tupakointi on omassa oppilaitoksessa sallittua																		
Yläkoulu	17	18	17	15	14	14	13	13	13	12	12	12	9	9	9	8	9	8
Lukio	78	78	78	80	80	80	80	79	79	78	76	77	77	74	75	66	65	65
AOL													84	88	86	58	66	62
Ilmoittaa, että tupakointirajoituksia ei valvota omassa oppilaitoksessa juuri lainkaan																		
Yläkoulu	23	26	25	20	24	22	23	25	24	22	24	23	22	23	22	18	18	18
Lukio	54	55	54	48	50	49	52	52	52	52	50	51	54	49	52	49	46	48
AOL													54	48	51	49	42	45

Lyhenteet: T = tytöt P = pojat Yht. = Yhteensä AOL = Ammatillinen oppilaitos, nuorisosteen koulutus

* Satunnaistupakointi yhdistetty vastausvaihtoehdoista Kerran viikossa tai useammin, ei kuitenkaan päivittäin ja Harvemmin kuin kerran viikossa.

** Nuuskankäyttöä koskevan kysymyksen muotoilu muuttunut vuonna 2009, mutta vastausvaihtoehdoista voidaan muodostaa yhtenäiset päivittäisen ja satunnaisen nuuskaamisen indikaattorit. Satunnaisen nuuskaamisen huomioivassa yhdistemuuttujassa hieman eri vastaajamäärät ja prosenttiosuudet kuin pelkkää päivittäistä nuuskaamista kartoittavassa indikaattorissa.

***Osuus laskettu vähintään kerran viikossa tupakoivista.

Savuttomat kunnat ja yritykset – esimerkkejä käytännöistä

Yhä useampi Suomen 336 kunnasta on julistautunut savuttomaksi tai suunnittelee savuttomaksi siirtymistä. Kuntaliiton tuoreeseen selvitykseen kunnan savuttomuudesta vastasi 332 kuntaa, joista puolet oli julistautunut savuttomaksi. Vajaa puolen sataa harkitsi samaan aikaan savuttomaksi siirtymistä. (Paasivirta & Punnonen 2012.) Valtakunnallisesti savuttomuutta on edistetty tiukentamalla tupakkalakia vuoden 2010 lopulla. Lain tavoitteena on tupakkatuotteiden käytön vähittäinen loppuminen. Suomi on ensimmäinen maa, jossa tämä on asetettu lain päämääräksi. Muutokset kieltävät tupakoinnin yhä laajemmin sisätilojen lisäksi myös ulkoalueilla. Tällaisia ovat muun muassa päivähoiton, perusopetuksen, ammatillisen koulutuksen, lukio-opetuksen, oppilasasuntoloiden ja alaikäisten käytössä olevien leirikeskusten ulkoalueet. Tupakointi on kiellettyä myös esimerkiksi asuinkiinteistöjen yhteisissä tiloissa ja ulkona järjestettävien tilaisuuksien katsomoissa.

Tupakoimattomuuden edistämisestä kunnissa ei käytännön tasolla tiedetä kuitenkaan paljoa. Kuntaliiton selvitys kertoo savuttomien kuntien määrän sairaanhoitopiireittäin, mutta käytännön toimenpiteistä ja siitä, kuinka kunnan savuttomuusprosessi on onnistunut, on saatavilla vähän tietoa. Tässä artikkelissa valotetaan kuntien ja myös yksityisen sektorin savuttomuuspyrkimyksiä käytännön tasolla muutamien esimerkkien kautta. Artikkelissa esitellään myös uusimpia kuntien perusterveydenhuollolta ja kuntajohdolta kerättyjä tietoja tupakoimattomuuden edistämisen osalta.

Aineistoa artikkeliin on kerätty haastattelemalla kahden alueellisen savuttomuusohjelman – Savuton Savo ja Savuton Helsinki – toimijoita. Haastateltavat edustavat sekä yksityistä että julkista sektoria, esimerkiksi kunnan virastoa, yliopistoa tai yritystä. Aktiivisesti savuttomuuspyrkimyksiä on esimerkkiorganisaatioissa toteutettu pääosin 2000-luvun loppupuolelta lähtien. Haastateltavat tuovat esiin syitä, miksi savuttomuusprosessiin lähdettiin sekä arvioivat toimenpiteitä ja niiden onnistumista.

Lisäksi artikkelin lopussa pohditaan lyhyesti, mitä kuntarajat ylittävä yhteistyö voisi savuttomuuden edistämisessä olla, sekä esitellään mitä uusia menetelmiä savuttomuuden edistämiseksi on kehitteillä. Esimerkkejä tästä antaa pääkaupunkiseudun kuntien savuttomuutta tukeva Savuton pääkaupunkiseutu -hanke.

Mikä on savuton kunta?

Savuttoman kunnan kriteereistä on olemassa joitakin määrittäviä ja suosituksia, mutta tieto on ollut melko vaikeasti löydettävissä ja hajanaista eikä sitä ole ollut kovin paljoa saatavilla. Monessa kunnassa savuttomuuden määritelmät ovat perustuneet Kuntaliiton vuonna 2005 kunnille ja kuntayhtymille lähettämässä taustamuistiossa esitettyihin kriteereihin (Taustamuistio 2005). Ne ovat kuitenkin käytännöllisesti katsottuna määrittäneet lähinnä kuntatyönantajan savuttomuutta, eivät niinkään koko kunnan savuttomuuden ja kuntalaisten tupakoimattomuuden edistämistä.

Vuoden 2010 terveydenhuoltolakiin kirjattu luku terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi kunnissa asetti uusia vaatimuksia myös savuttomuustyölle. Vuonna 2011 Terveyden ja hyvinvoinnin laitos tuotti yhteistyössä sosiaali- ja terveysministeriön, Kuntaliiton, Suomen ASH:n ja Hengitysliiton kanssa terveydenhuoltolain mukaista toimintaa vahvistamaan tarkoitettua *Savuton kunta* -esitteen¹, jossa käydään läpi savuttoman kunnan määritelmät sekä savuttomuusprosessi. Savuton kunta tähtää tupakoinnin vähentämiseen sekä tupakkatuotteiden käytön loppumiseen tulevaisuudessa tupakkalain 1 §:n mukaisesti. Esitteen mukaan kunta tavoittelee savuttomuutta, kun

- tupakointi on kielletty tupakkalain 12 §:n mukaisesti kunnan omistamissa ja hallinnoimissa tiloissa sekä ulkoalueilla ja tupakointikiellot on merkitty selkeästi kylteillä, tarroilla ja julisteilla;
- kunta valvoo tupakkalain 14 a §:n ja valtakunnallisen tupakkalain valvontaohjelman mukaisesti lain noudattamista alueellaan;
- tupakoinnin aloittamisen ehkäisy, savuttomien elinympäristöjen turvaaminen sekä tupakasta vieroituksen tuki on kirjattu osaksi terveydenhuoltolain velvoittamia terveyden edistämisen tavoitteita ja toimenpiteitä ja niiden toteutumista seurataan ja arvioidaan;
- mahdolliset aikuisten käyttämät tupakointipaikat on sijoitettu vähemmän näkyvästi ulos niin, ettei tupakansavu pääse kulkeutumaan sisätiloihin;
- tupakkatuotteita ei myydä kunnan omistamissa ja hallinnoimissa tiloissa;
- kunnan edustus- ja muut tilaisuudet ovat savuttomia;
- kunta on savuton työpaikka, toimien esimerkkinä paikallisille yksityisen sektorin toimijoille.

Lisäksi sosiaali- ja terveysministeriössä on tehty toimintasuositukset lasten ja nuorten terveyden ja tupakoimattomuuden edistämiseksi Suomessa vuosiksi 2010–2013 (Hara ym. 2009). Suosituksissa kunta on yksi keskeisimmistä toimijoista alaikäisten tupakoimattomuuden tukena. Tupakoimattomuus kehoitetaan ottamaan yhdeksi valintaperusteeksi lasten ja nuorten kanssa toimivien kuntatyöntekijöiden työhönotossa. Toimintasuositusten tavoitteena on saada äitiys- ja lastenneuvolat, oppilaitokset ja kouluterveydenhuolto, hammashuolto, lastensuojelu- ja sosiaalityö edistämään lasten ja nuorten sekä perheiden savuttomuutta kunnissa aktiivisesti.

¹ Savuton kunta -esite on ladattavissa sähköisenä osoitteessa www.thl.fi/tupakka

Muita toimijoita ja toimintamalleja savuttomuuden edistämiseksi

Työpaikkojen savuttomuutta edistämään on tehty muutamia oppaita, joissa savuton-
ta toimintaympäristöä myös määritellään. Tällaisia ovat esimerkiksi *Savuttomat yrityk-
set – opas työnantajille* ja Suomen ASH ry:n, Hengitysliiton, Suomen Syöpäyhdistyksen
sekä sosiaali- ja terveysministeriön Työhyvinvointifoorumin julkaisema *Savuton työ-
paikka – kiinteä osa työhyvinvointia -opas*.² Myös oppilaitos on savuton työpaikka ja sa-
vuttomuus koskee niin opiskelijoita kuin henkilökuntaa. Sosiaali- ja terveysministeriön
(2009) *Tavoitteena savuton oppilaitos* -esitteessä määritellään tarkemmin, millaisista te-
kijöistä savuton oppilaitos koostuu.

Sairaanhoitopiirit ovat olleet jo pitkään savuttomia, ensimmäisenä savuttomuus-
päätöksen teki Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri vuonna 1989 ja viimeisenä Vaasa
vuonna 2008. Savuttomuuden taustalla ovat Savuton sairaala ja savuton terveyskeskus
-toimintamallit. Näissä henkilökunnan työaikaista tupakointia rajoitetaan ja sairaala-
alueilla tupakoidaan vain tietyissä paikoissa. Myös monet järjestöt ja urheiluseurat teke-
vät savuttomuustyötä. Esimerkiksi Savuton Savo -ohjelma haastoi joulukuussa 2010 yli
200 Pohjois-Savossa toimivaa urheiluseuraa mukaan savuttomuustyöhön. Muun mu-
assa Vesannon Urheilijat, Karttulan Urheilijat, PHS Alppi, Juniori-KalPa, KalPa Hockey
ja Siilinjärven Palloseura julistautuivat savuttomiksi.

Tietoa savuttomuuden tukemiseksi ja savuttoman toimintaympäristön luomiseksi
on siis jonkin verran saatavilla, mutta on vaikea sanoa, kuinka paljon tieto on saavutta-
nut esimerkiksi kuntatoimijoita tai yrityksiä. Selkeälle ja helposti saavutettavalle tuelle
ja tiedolle savuttomuusprosessin läpiviemiseksi ja seuraamiseksi kunnissa ja yksityisel-
lä sektorilla lienee tarvetta.

Tutkimustietoa savuttomuuden edistämisestä kunnissa

Kuntaliiton selvityksen mukaan 166 kuntaa (50 prosenttia kyselyyn vastanneista) oli ju-
listautunut savuttomaksi vuoden 2012 alkuun mennessä. Yhteensä 40 kuntaa valmiste-
lee asiaa. Kuntaliiton aiempien selvitysten mukaan vuonna 2011 savuttomia kuntia oli
106 (35 prosenttia vastanneista) ja vuonna 2010 yhteensä 86 (31 prosenttia vastanneis-
ta). Vuonna 2006 julistautui 9 kuntaa savuttomaksi, 8 kuntaa vuonna 2007 ja 32 kun-
taa vuonna 2009.

Eniten savuttomia kuntia on Pohjois-Savossa, jonka kaikki 20 vastannutta kuntaa
on savuttomia työpaikkoja. Kolme kuntaa ei vastannut, mutta lehdistön välittämien tie-
tojen mukaan kaikki Pohjois-Savon kunnat ovat jo savuttomia. Etelä-Savon 11 kunnas-
ta 9 on savuttomia ja Mikkeli valmistelee päätöstä savuttomasta työpaikasta. Savuton
Lappi -tavoite näkyy myös savuttomien kuntien määrässä.

2 Kummatkin oppaat ovat ladattavissa Kuntaliiton www-sivuilta (www.kunnat.net)

Vähiten savuttomaksi julistautuneita kuntia on edelleen Pirkanmaalla. Pohjois-Karjalan, Kainuun, Pohjois-Pohjanmaan ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kunnista vain harva on julistautunut savuttomaksi työpaikaksi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos keräsi tietoa terveydenedistämistä aktiivisuudesta perusterveydenhuollossa terveyskeskusten johdolle keväällä 2010 osoitetulla tiedonkeruulla (Saaristo & Ståhl 2011). Tiedonkeruussa kartoitettiin myös tupakka-aiheisia kysymyksiä. Vastausprosentti oli 88. Vastaava tiedonkeruu (Tukia ym. 2011) tehtiin kuntajohdolle keväällä 2011, jolloin 58 prosenttia kunnista vastasi. Vastaamattomat kunnat olivat pääsääntöisesti pieniä, vastanneet kunnat kattoivat 82 prosenttia koko maan väestöstä. Tiedot on julkaistu kuntakohtaisesti THL:n TEAviisari-verkkopalvelussa (www.thl.fi/teaviisari). Tupakointiin liittyviä asioita tiedusteltiin terveyskeskuksilta yhdeksällä kysymyksellä, jotka koskivat esimerkiksi yhteistyötä ja toimeenpanosuunnitelmaa tupakoinnin vähentämiseksi, tilastotiedon keräämistä väestön tupakoinnista ja tietojen esittelyä luottamushenkilöhallinnolle (kysymykset esitelty liitteessä 1).

Nuorten tupakoinnin väheneminen oli vuoden 2010 toiminta- ja taloussuunnitelmassa 72 prosentissa terveyskeskuksista. Kun samaa tavoitetta kysyttiin kuntajohdolta vuotta myöhemmin, vain 46 prosenttia kunnista vastasi, että nuorten tupakoinnin väheneminen on tavoitteena vuoden 2011 toiminta- ja taloussuunnitelmassa tai vastaavassa strategisessa asiakirjassa. Kaupunkimaisissa kunnissa (60 %) tämä tavoite oli huomioitu muita kuntia (41 %) useammin. Alueelliset erot olivat suuria. Nuorten tupakoinnin vähenemisen oli ottanut tavoitteeksi 71 prosenttia Pohjois-Suomen, mutta vain 22 prosenttia Lounais-Suomen kunnista.

Paikallisen toimeenpanosuunnitelman tupakoinnin vähentämiseksi oli laatinut kaksi kolmasosaa (67 %) terveyskeskuksista. Toimeenpanosuunnitelman laatiminen oli yhteydessä terveyskeskuksen väestöpohjaan: yli 50 000 asukkaan terveyskeskuksista 83 prosentissa, mutta alle 5000 asukkaan terveyskeskuksista 58 prosentissa oli johtoryhmän tai luottamushenkilöhallinnon tämän valtuustokauden aikana hyväksymä toimeenpanosuunnitelma tupakoinnin vähentämiseksi.

Yhteistyöstä tupakoinnin vähentämisessä ja työnjaosta sairaanhoitopiiriin kanssa oli sopinut kolmannes (31 %) terveyskeskuksista. Yhteistyöstä sopiminen oli yli 20 000 asukkaan väestöpohjan terveyskeskuksissa yleisempää (45 %) kuin sitä pienemmissä (21 %). Aktiivisimpia tässä asiassa olivat Lapin terveyskeskukset (47 %).

Tilastotietoa tupakoinnista keräsi jatkuvasti tai vuosittain kolmannes (30 %) terveyskeskuksista ja kolmannes (33 %) harvemmin kuin vuosittain. Tässäkin aktiivisimpia olivat suuret, yli 50 000 asukkaan terveyskeskukset, joista jatkuvasti tai vuosittain keräsi tietoa joka toinen (52 %), alle 5000 asukkaan terveyskeskuksista vain yksi (4 %). Myös alueelliset erot olivat suuria. Lapissa ei yksikään terveyskeskus kerännyt tietoja vuosittain, Lounais-Suomessa lähes joka toinen (45 %).

Tietojen kerääminen ei vielä tarkoita sitä, että niitä hyödynnettäisiin toiminnan suunnittelussa ja kehittämisessä. Vuoden 2009 toimintakertomuksessa tupakointia koskevia tietoja raportoi vain 15 prosenttia terveyskeskuksista. Luottamushenkilöille väestön tupakoinnin yleisyyttä esitteli ikäryhmittäin 20 prosenttia, sukupuolittain 16 prosenttia ja sosiaaliryhmittäin 9 prosenttia terveyskeskuksista.

TAULUKKO 1. Äitiysneuvolan yhteiset käytännöt tupakointia koskevissa asioissa. Terveyskeskusten ja-kauma prosentteina.

	Ei %	Tietyt yhteiset periaatteet, %	Yhteinen kirjattu käytäntö, %	Yhteensä	N
Äidin tupakoinnin selvittäminen	0	26	74	100	162
Isän tupakoinnin selvittäminen	2	30	68	100	162
Tupakoinnin kirjaaminen asiakastietojärjestelmään	1	28	71	100	162
Tilastoyhteenvetojen laatiminen tupakoitsijoiden osuudesta	72	16	12	100	162
Tilastoyhteenvetojen käyttäminen toiminnan suunnittelussa/kehittämisessä	69	20	11	100	160

Lähes kolmessa terveyskeskuksessa neljästä (68–74 %) oli äitiysneuvolassa kirjattu käytäntö äidin ja isän tupakoinnin selvittämisestä ja kirjaamisesta asiakastietojärjestelmään. Kirjattujen ohjeiden puuttuessaakin lähes kaikissa terveyskeskuksissa oli tietyt yhteiset periaatteet näistä asioista. Tilastoyhteenvetojen laatimisesta ja hyödyntämisestä yhteisiä käytäntöjä oli selvästi vähemmän. (Taulukko 1.)

Tukea tupakoinnin lopettamiseen annettiin koko terveyskeskuksen yhteisen käytännön mukaan 21 prosentissa ja toimintokohtaisen ohjeen mukaan 48 prosentissa terveyskeskuksissa. Kolmanneksessa (31 %) ei ollut lainkaan kirjattua käytäntöä tupakoinnin lopettamisen tukemiseen. Useimmin ohje puuttui alle 10000 asukkaan (43 %) ja Länsi-Suomen (46 %) terveyskeskuksissa.

Kolmen kunnan toimenpiteet savuttomuuden edistämiseksi

Tähän artikkeliin on koottu muutamia esimerkkejä organisaatioista, jotka ovat ottaneet tavoitteekseen muuttua savuttomiksi työpaikoiksi. Artikkelin haastateltiin yhteensä 12 edustajaa niin julkiselta kuin yksityiseltä sektorilta. Yhteistä kaikille haastateltaville oli, että heidän edustamansa työnantaja on ollut mukana alueellisessa savuttomuusohjelmassa: joko Savuton Savo tai Savuton Helsinki -ohjelmassa.

Julkisella sektorilla haastateltiin edustajia kolmesta savuttomaksi julistautuneesta kunnasta, Helsingistä, Kuopiosta ja Leppävirralta. Tämän lisäksi haastateltiin yhtä kunnallisen vuokrataloyhtiön edustajaa, yhtä betonialan yrityksen edustajaa ja yhtä kaupan ja ravintola-alan edustajaa. Ennen Helsingistä ja Pohjois-Savon seudulta tulevia haastatteluita kerättyjä esimerkkejä voidaan lyhyesti katsoa mitä terveydenedistämiskäytännöistä tupakan osalta tiedetään kolmessa esimerkkikunnassa: Helsingissä, Kuopiossa ja Leppävirralla. Tiedot on poimittu THL:n TEAviisari-verkkopalvelusta.

Nuorten tupakoinnin vähentäminen sisältyy kaikkien kolmen kunnan terveyskeskusten toiminta- ja taloussuunnitelmiin. Myös tupakoinnin lopettamiseen liittyvää neuvontaa tarjotaan sekä Helsingin, Kuopion että Leppävirran terveyskeskuksissa. Toi-

TAULUKKO 2. Helsingin, Leppävirran ja Kuopion tupakointiin kohdistuvista terveydenedistämistoimenpiteistä TEAvisarissa saamat pisteet ja koko maan väestöpainotettu pisteiden keskiarvo.

	Helsinki	Leppävirta	Kuopio	Koko maa
Nuorten tupakoinnin vähentäminen terveyskeskuksen toiminta- ja taloussuunnitelmassa	100	100	100	83
Nuorten tupakoinnin väheneminen tavoitteena kunnan toiminta- ja taloussuunnitelmassa	100	–	100	58
Toimeenpanosuunnitelma tupakoinnin vähentämisestä	100	0	100	79
Tupakoinnin selvittäminen ja kirjaaminen äitiysneuvolassa	100	0	60	63
Tupakoinnin lopettamisen tuki	100	100	100	79
Tupakoinnin kirjaaminen peruskouluissa	54	79	70	66
Koulujen yhteiset käytännöt tupakoinnin ehkäisemiseksi	86	64	86	79

Lähde: TEAvisari

meenpanosuunnitelma tupakoinnin vähentämisestä on hyväksytty tai päivitetty viime valtuustokaudella Helsingissä ja Kuopiossa, muttei Leppävirralla. Tupakoinnin selvittämisen ja kirjaamisen osalta äitiysneuvolassa Helsinki saa täydet pisteet eli 100 pistettä koko maan väestöpainotetun keskiarvon ollessa 63 pistettä. Kuopio jää hieman koko maan keskiarvosta 60 pisteellä, kun taas Leppävirralla ei tupakointia kartoiteta laisinkaan (pisteitä 0) muualla kuin peruskoulussa. TEAvisarissa pisteet edustavat prosenttiosuutta maksimipisteistä. Terveyskeskuksen ja kuntajohdon osalta pistemäärä 100 tarkoittaa, että toiminta on täysin suositellulla tasolla. Koulujen yhteisiä käytäntöjä tupakoinnin ehkäisemiseksi kuvaavat pisteet ylittävät maan keskiarvon Helsingissä ja Kuopiossa. Keskiarvoa heikompi tilanne on Leppävirralla. (Taulukko 2.)

Savuttomuus Pohjois-Savon seudulla

Itse savuttomuusprosessin käynnistämisen tarpeellisuudesta olivat kaikki Pohjois-Savon seudun haastateltavat niin julkiselta kuin yksityiseltä sektorilta yhtä mieltä. Pyrkimysten *tarpeellisuutta* perusteltiin lainsäädäntöön vetoamalla, kansanterveydellisistä ja työajan käyttöön liittyvistä syistä.

Yhteistä julkisen ja yksityisen sektorin savuttomuustoimenpiteillä on ollut pyrkimys vaikuttaa tupakointiin työajalla. Joko tupakointi on kokonaan kielletty työaikana tai tupakoimattomuutta on suositeltu. Joissakin esimerkeissä tupakointirajoitukset kohdistuivat koko organisaatioon, osassa vain joihinkin osiin.

Kuopiossa ryhdyttiin terveyden edistämisen suunnittelija **Marjatta Pirskasen** mukaan savuttomuuspyrkimyksiin vuonna 2009 muiden kuntien hyvien esimerkkien roh-

kaisemana. SAVUTON KUOPIO -päätös sisälsi savuttoman kunnan ja työpaikan kriteerit sekä näkökohtia toteutuksesta, tukimuodoista ja viestinnästä.

– muissa Savon alueen kunnissa oltiin edellä tässä tupakoimattomuusasiassa ja halusimme seurata hyvää esimerkkiä. Aikaisemmat yritykset julistautua savuttomaksi olivat kaatuneet kaupunginhallituksen ja eri toimijoiden vastustukseen, mutta Savuton Savo -ohjelman myötä asia nousi taas esille ja kaupungin eri toimijat lähtivät aktiivisesti mukaan. Julistautumista perusteltiin kaupunginvaltuustolle vetoamalla henkilöstön tarpeeseen saada yhteisöllistä tukea lopettamiseen, selvityksiin tupakointiin kuluvasta työajasta sekä tupakoijan sairautensaolojen kustannuksista. Päätöksen perustoimenpide oli tupakoinnin kieltäminen työajalla kunnan työntekijöiltä. Tiedottamisen periaatteeksi valittiin: ”Savuttomuus – myönteinen asia, toisiamme tukien – kieltoja välttämällä – hyötyjä korostaen”.

Kuopiossa yliopisto on ollut aktiivinen savuttomuustoimija. Itä-Suomen yliopiston professori **Matti Uusitupa** pitää Kuopion kampuksen savuttomuutta keskeisenä osana terveysyliopiston imagoa. Yliopistossa on henkilökuntaa noin 1700, joista tupakoijia on arviolta 120. Opiskelijoita on noin 6100. Tupakoijien määrä heidän joukossaan ei ole tiedossa. Aloitteen savuttomasta kampuksesta teki Kuopion yliopiston ympäristöasioiden neuvottelukunta helmikuussa 2008. Yliopiston hallitus teki huhtikuussa 2008 periaatepäätöksen Savuttomaksi Kampukseksi julistautumisesta siten, että yliopisto on savuton työpaikka 1.3.2009 alkaen. Yhteistyötä savuttomuusprosessissa tehtiin yliopiston johdon, ylioppilaskunnan, työterveyshuollon, YTHS:n, yliopiston työsuojeluorganisaation, henkilöstöjärjestöjen ja Savuton Savo -ohjelman kanssa.

– Halusimme olla esimerkkinä muille kampuksille ja yliopistoille. Savuttomuusprosessin ensimmäinen iso askel mielestäni otettiin kuitenkin jo vuonna 2004, jolloin yliopiston hallitus linjasi, ettei yliopisto ole mukana tupakkayhtiöiden rahoittamissa tutkimushankkeissa tai ota vastaan tutkimus- tai muuta rahoitusta tupakkateollisuudelta. Näyttää edelleen siltä, että olemme yksi ainoista tämän linjauksen tehneistä yliopistoista.

Kuopion kaupungin omistamassa vuokrataloyhtiö Niiralan Kulmassa on savuttomuuden edistämiseen lähdetty rakentamalla uusia, täysin savuttomia asuintaloja ja peruskorjaamalla osa vanhoista asuintaloista kokonaan savuttomiksi. Ensimmäinen täysin savuton uudisrakennus valmistui Alavan kortteliin vuonna 2007. Samalla koko kortteli muutettiin savuttomaksi.

– Alavassa kaikki 35 vuokra-asuntoa, liiketilat ja piha-alueet, eli koko kortteli on savuton. Tupakointi on kielletty niin asuntojen sisällä kuin parvekkeilla. Savuttomuus koskee myös alueella vierailevia, ja siitä muistutetaan kyltein. Savut-

tomuuteen päädyttiin johtoryhmässä ja asukastoimikunnassa käydyn kannustavan keskustelun pohjalta, kertoo Niiralan Kulma Oy:n toimitusjohtaja **Kari Keränen**.

– Savuttomuuden valvomisessa luotamme asukasaktiivisuuteen ja kuulemani mukaan kieltoa ei ole juurikaan rikottu asunnoissa. Olemme päättäneet, että tupakoinnista aiheutuneet suuret vahingot asunnoille, esimerkiksi pinttyneen tupakan hajun poisto rakenteista, tulevat asukkaalle korvattavaksi. Tämäkin osaltaan ehkäisee tupakointia sisällä asunnoissa.

– Positiivisen palautteen ansiosta savuttomien talojen määrää tullaan lisäämään. Vastaavia savuttomuushankkeita tiedän olevan esimerkiksi VVO:lla. Tämä on hyvä, koska tulevaisuudessa myös vuokra-asujilla on enemmän mahdollisuuksia valita savuton asuinympäristö.

Keräsen mukaan Niiralan Kulman konttorihenkilöstöllä tupakointi on kielletty työaikana ja jos tupakalla haluaa käydä, se tapahtuu omalla ajalla leimaamalla itsensä ulos kellokortilla. Pihalle syrjään on rakennettu tupakointipaikka niin, ettei savu pääse kantautumaan ilmastointikanavien tai ovien kautta sisään.

– Kenttähenkilöstöltä, esimerkiksi siivoojilta, kiinteistöhoitajilta ja korjaushenkilöstöltä emme halunneet kieltää tupakointia. Heillä on liikkuva työ ja emme voi mitenkään valvoa, polttaako joku työn ohessa, esimerkiksi matkalla työkohteesta toiseen. En näe järkeväksi tehdä päätöksiä, joita ei voida valvoa.

Betonialan yrityksen Betonimestarit Oy:n Iisalmen tehtaan 60 työntekijästä noin 10 polttaa. Työntekijöistä suurin osa on miehiä. Hallintojohtaja **Sirkku Saarelaisen** arvioon mukaan määrä on pienempi kuin ennen yrityksen savuttomuuslinjausta, mutta tarkkaa määrää savuttomuuden myötä lopettaneista hän ei osaa sanoa. Suurimmillaan tupakoitsijoiden määrä oli jopa puolet työvoiman määrästä. Savuttomuuspyrkimyksiä ovat tukeneet työterveyden tietoiskut ja neuvontapalvelut, nikotiinikorvaustuotteiden kustantaminen määrääjäksi, sisäinen tiedottaminen ja asian pitäminen esillä esimerkiksi rekrytoinneissa. Tupakoinnin tulisi tapahtua aina omalla ajalla.

– Emme ole linjanneet tätä ehdottomaksi säännöksi ja toistaiseksi emme ole joutuneet huomauttamaan tupakoinnista työajalla. Asia on hyvä pitää esillä silloin tällöin, muttei koko aikaa, koska en usko että jatkuva muistuttelu tuottaa parempaa tulosta. Otteemme savuttomuudessa on koko ajan ollut kannustava, ei painostava tai ehdoton. Henkilökuntaa on haluttu ”herätellä” myös aika ajoin esimerkiksi näyttämällä yrityksen infotaululla kuvia tupakan vaurioittamista keuhkoista ja hampaista.

Pohjois-Savon seudulla toimivan, kaupan ja ravintola-alaa edustavan osuuskauppa Peeässänsä Henkilöstöjohtaja **Sirkka Hartikaisen** mukaan savuttomuusprosessin käynnistäminen osoittautui varsin haastavaksi isossa organisaatiossa.

– 1.7.2007 oli tulossa iso lakimuutos ravintolatupakointiin ja ravintolamme muuttuivat savuttomiksi silloin. Aika oli kypsä suurelle, koko organisaatiota koskevalle savuttomuuspäätökselle. Haastavan käynnistämisestä teki se, että olin asian kanssa aivan yksin ja esimerkiksi Savuton Savo -ohjelman tapaista ohjelmaa ei ollut silloin vielä tukena. Muitakaan oppaita tai apua en muista olleen tarjolla. Savuttomuuspäätös vietiin käytännössä läpi esimiesten kautta ja siitä tiedotettiin sisäisessä viestinnässä, mutta jälkepäin ajateltuna koko prosessiin olisi pitänyt varata aikaa vähintään vuosi ja henkilökunta olisi pitänyt ottaa paremmin mukaan. Olisi pitänyt esimerkiksi tehdä jokin kysely, jossa henkilökunnalta kysytään, mitä mieltä he ovat savuttomuusprojektista ja mitä odotuksia heillä olisi. Siirtymäaikaa oli onneksi jonkin verran, seitsemän kuukautta.

Peeässässä työskentelee noin 1850 henkilöä, joista 80 prosenttia on naisia. Tupakointikiellon myötä 100 henkeä teki lopettamispäätöksen ja haki työterveyshuollosta työnantajan kustantaman tukipaketin, joka sisälsi kolmen kuukauden nikotiinikorvaustuotteet.

Savuttomuusprosessi ei osoittautunut kovin helpoksi myöskään Savuton Savo -ohjelmassa mukana olleessa Leppävirran kunnassa. Perhepalvelujohtaja **Paula Tiihosen mukaan** tupakointikieltoon työajalla päädyttiin Leppävirralla siksi, koska aiemmin annettu savuttomuussuositus ei tuonut haluttua lopputulosta.

– Savuttomuussuositus oli kompromissiratkaisu. Kunnan johtoryhmässä ei päästy vielä vuonna 2006 yhteisymmärrykseen pitäisikö tupakointi kokonaan kieltää, joten ammattijärjestöjen kanssa keskusteltuaamme päädyimme ensimmäisessä vaiheessa vain suositteluun savuttomuutta.

Paula Tiihosen mukaan muutama vuosi suosituksenannon jälkeen alkoi kunnanvaltuustoon kantautua viestejä, että tehokkaampaa puuttumista tarvittaisiin.

– Tämä viesti tuli erityisesti henkilöstöltä. Minulle kerrottiin, että esimerkiksi kunnan terveyskeskuksessa saattoi kolmekin hoitohenkilökunnan edustajaa poistua yhtä aikaa tupakalle, jolloin hetkellisesti saattoi olla paha henkilöstövaivaus osastoilla.

Asia tuli pian sen jälkeen uudelleen käsiteltäväksi Leppävirran kunnanhallituksen yleisjaostoon ja tupakointi päätettiin kieltää kokonaan. Siirtymäaikaa Tiihosen mukaan annettiin kolme kuukautta. Samalla sovittiin myös, että työnantaja korvaa työterveyshuollon ohjauksessa aloitetut tukitoimet tupakoinnin lopettamiseksi.

– Aluksi kieltoa rikottiin vuodeosastoilla, jossa tupakointi oli ollut koko ajan ongelma ja asian ympärillä pidettiin useita osastokokouksia. Tupakointikieltoa rikottiin, koska se koettiin epäoikeudenmukaiseksi. Jouduimme käymään keskustelua siitä, mitä kiellon rikkomisesta seuraa. Tilanne saatiin raukeamaan esimiesten puuttumisella ja kyseisten kiellon rikkojien puhuttelulla, eikä järeämpiin toimenpiteisiin tarvinnut ryhtyä.

Savuttomuuden edistäminen Helsingissä

Helsingissä päätös tupakoinnin ehkäisy- ja vähentämishjelman toteuttamisesta oli terveyskeskuksen kehittämisjohtaja **Riitta Simoilan** mukaan suuri terveyspoliittinen linjapäätös.

– Savuttomuusohjelma haluttiin nostaa helsinkiläisten terveyden edistämisen ja ennaltaehkäisyn ykköshankkeeksi. Kaupungin hallintokunnat ja kansanterveysjärjestöt ovat tahoillaan tehneet monipuolista ja hyvää tupakoinnin ehkäisy- ja vieroitustyötä, mutta ongelmana on ollut yhteistyön ja koordinaation vähäisyys sekä yhteisten linjausten ja työnjaon puute. Myös kansanterveysjärjestöjen osamista ja aineistoja ei ole osattu hyödyntää riittävästi.

– Myöskään tupakkalain edellyttämä tupakoimattomuus ei ollut täysin toteutunut Helsingissä kaikissa kohdin, esimerkiksi oppilaitosten, päiväkotien ja nuorisotalojen piholla tupakoidaan kielloista huolimatta. Lain mukaan tupakka- tuotteita ei saa myydä kunnan omistamissa ja hallinnoimissa tiloissa. Helsingin ympäristökeskuksen ilmoituksen mukaan tämä ehto ei kuitenkaan ole toteutunut, koska lähes jokaisesta urheilukeskuksen kioskista saa myös tupakkaa.

Simoilta toteaa myös, että Helsinki Suomen suurimpana kuntana ja pääkaupunkina on suunnan näyttäjä tupakoimattomuudessa.

– Helsingin tekemiä ratkaisuja seurataan ja niitä esitellään julkisuudessa. Meillä on erittäin toimivana käytäntönä tehokas ohjausryhmä, jossa on edustajia Helsingin hallintokunnista ja terveysjärjestöistä. Ohjausryhmä kokoontuu säännöllisesti ja siinä kukin kertoo oman toiminta-alueensa toimenpiteistä ja niiden seuraamisesta. Ohjausryhmämme on näyttänyt, että suurenkin kaupungin savuttomuusohjelma voi toimia ilman projektipäällikköä jos yhteistä tahtoa löytyy ja toimenpiteisiin sitoudutaan.

Savuton Helsinki -ohjelman ensimmäinen toimenpide oli tupakkaklinikan perustaminen vuonna 2007. Tupakkaklinikka on Helsingin kaupungin terveyskeskuksen järjestämää toimintaa ja suunnattu kaikille helsinkiläisille. Palveluihin, joita ovat yksilö- ja ryhmävieroitus sekä puhelin- ja sähköpostineuvonta, hakeudutaan ajanvarauksen kaut-

ta. Vuosittain uusia asiakkaita tulee keskimäärin 110. Ryhmissä käy vuosittain noin 70 asiakasta. Naisia heistä on noin kolme neljästä. Iältään he ovat 30–70-vuotiaita. Tupakkaklinikoita on myös muualla Suomessa noin kymmenkunta, esimerkiksi Vantaalla, Turussa, Porvoossa ja Kouvolassa. Muualla Suomessa tupakkaklinikat ovat etupäässä sairaaloiden yhteydessä olevia.

–Tupakkaklinikallehakeutuvalla on usein pitkä, kymmenien vuosien tupakkahistoria. Osa on yrittänyt aiemmin lopettaa, myös ryhmässä. Keskimäärin noin 30–40 prosenttia onnistuu lopettamaan ryhmän avullakokonaan. Haasteena työssä on tupakkaklinikan toiminnan tunnetuksi tekeminen. Tämän eteen teemme kovasti töitä, Helsingin tupakkaklinikan terveydenhoitaja **Lilja-Marita Kiviaho** kertoo.

Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon päällikkö **Hanna Viitalan** mukaan tupakkaklinikka-mallia on syksystä 2011 alkaen laajennettu kaikkiin peruskouluihin, toiselle asteelle ja ammattikorkeakouluihin.

– Tällä hetkellä koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa on noin 30 terveydenhoitajaa, jotka on koulutettu vetämään vieroitusryhmiä, ja lisää koulutetaan koko ajan. Mallissa olisi tarkoitus myös, että kouluissa olisi savuttomia tukioppilaita auttamassa tupakoinnin lopettamisessa. Savuttomuuden edistämiseksi myös oppilaat ja opettajat ovat tärkeässä roolissa, olemme esimerkiksi ottaneet myös opiskelijat mukaan suunnittelemaan tupakoinnin vastaisia teemapäiviä ja muita kampanjoita.

Suhtautuminen savuttomuuspyrkimykseen

Julkisuuteen on tullut muutamia tapauksia, joissa tupakointikielto työpaikoilla on herättänyt voimakkaita tunteita ja reaktioita henkilöstössä. Muun muassa Rautaruukin Hangon tehtaan työntekijät protestoivat voimaan tullutta tupakointikieltoa vastaan kieltäytymällä tulemasta töihin. Ylen uutisten (2.2.2011) mukaan lähes sata tuotannon työntekijää Lappohjan tehtaalla kieltäytyi menemästä töihin yhden päivän ajan, sillä uusi tupakoinnin työaikana kieltävä määräys oli heille liikaa.

Päälähtämismiehen mukaan epäoikeudenmukaisena pidettiin sitä, että tuotannon työntekijöiden tupakointi on kielletty, kun muualla konsernissa henkilöstö voi jatkaa polttamista työaikana joustavan työajan puitteissa.

Keskusteluun osallistunut tupakasta ja luokka-asetusta väitellyt **Anu Katainen** kommentoi (Yle 25.2.2011 ja Ahjo-lehti 20.4.2011), että tupakointioikeudesta on tullut yksi luokkataistelun muoto. Työntekijöiden tupakointi liittyy työpaikoilla heidän itsemääräämisoikeuteensa. Tupakkakiellot eivät hänestä ole oikea keino edistää terveyskasvatusta ja työpaikkademokratiaa.

– Jotta vastakkainasettelulta vältyttäisiin, työntajan tulisi yrittää vähentää tupakointia mieluummin kannustuksella kuin kepillä, Katainen toteaa.

Tätä artikkelia varten haastateltavat yksityisen ja julkisen sektorin edustajat arvioivat kuitenkin savuttomuustoimenpiteisiin suhtautumisen olleen pääsääntöisesti myönteistä.

Peeässä henkilöstöjohtaja Sirkka Hartikainen toteaa, että aluksi päätös savuttomuudesta otettiin hyvin vastaan ja henkilökunnalta, myös tupakoivilta tuli kiitosta siitä.

– Etenkin työnantajan kustantamaan kolmen kuukauden tukipakettiin, johon kuului nikotiinikorvaustuotteet, oltiin tyytyväisiä. Korvaustuotteet haluttiin, mutta kovin harva koki tarvitsevansa ryhmämuotoista tukea, esimerkiksi työterveyden järjestämää vieroitusryhmää tueksi lopettamiseen.

Savuttomuusprosessi vaikutti onnistuneen melko hyvin, mutta vuoden 2010 alussa lähiesimiehiltä alkoi tulla valituksia tupakointikiellon rikkomisesta noin 50 hengen kaupan alan yksikössä.

– Aluksi mentiin pehmeästi, lähinnä esimiehen ja työsuojeluihmisten puuttumilla keskustelun kautta, mutta kieltojen rikkominen jatkui. Tämän seurauksena yhdelle annettiin varoitus ja kun ilmoituksia tuli lisää, lopulta varoituksia annettiin parikymmentä. Tilanne saatiin rauhoitettua sen jälkeen, eikä yhteenkään irtisanomiseen ole tarvinnut mennä.

Myös aiemmin mainittu esimerkki Leppävirran kunnan savuttomuusprosessista toi esiin sen, ettei työpaikan savuttomuuspäätökseen suhtauduta automaattisesti positiivisesti, vaan siihen saattaa liittyä monenlaisia, esimerkiksi epäoikeudenmukaisuuteen liittyviä tuntemuksia. Perhepalvelujohtaja Paula Tiihosen mukaan savuttomuusprosessi herätti Leppävirralla vilkasta keskustelua työntekijöiden asemasta tupakoinnin rajoittamisen suhteen.

– Kunnan toimistotyöntekijä, joka voi leimata itsensä ulos tupakoinnin ajaksi on eri asemassa esimerkiksi sairaanhoitajan kanssa, joka ei voi poistua kesken työpäivän tupakoimaan. On haasteellista muistuttaa ihmisiä siitä, että pyrkimyksillä pyritään terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen työpaikoilla, jos päällimmäisenä asiaan yhdistyvät epäoikeudenmukaisuuden kokemukset.

Epäreiluksi henkilökunta koki kahdessa muussa esimerkkiorganisaatiossa myös sen, että tupakoijat saivat tukipaketin lopettamiseen, mutta tupakoimattomia ei kannustettu terveyden edistämässä mitenkään.

– Meillä oli tarkoitus tarjota lopettamista tosissaan yrittävälle työntekijälle jonkinlainen tukipaketti, mutta lopulta tämä kaatui vastustukseen, koska osa kehittämistoimikunnan jäsenistä koki sen epäoikeudenmukaiseksi tupakoimattomille, Marjatta Pirskanen Kuopion kaupungista toteaa.

Ongelmia kahdessa esimerkkikunnassa ilmeni myös alueella, jossa puuttuminen on hankalampaa.

– Kotihoidossa on ilmennyt ongelmia joidenkin, yleensä muistakin päihdeongelmista kärsivien asiakkaiden kanssa. Kotihoidon työntekijät kertovat joidenkin asiakkaiden polttavan jatkuvasti ja asunto on savua täynnä sinne mennessä. Tämä on todellinen ongelma kotihoidon työntekijöiden työterveyden kannalta, kertoo Leppävirran perhepalvelujohtaja Paula Tiihonen.

Myös Helsingin terveystieteiden keskuksen kotihoidossa on ilmennyt samankaltaisia ongelmia, kertoo kehittämisjohtaja Riitta Simoila.

– Helsingissä pohditaan parhaillaan toimenpiteitä kotihoidon asiakkaiden tupakointiin puuttumiseen työntekijöiden käydessä kotikäynnillä. Toinen haastava alue ovat psykiatriset osastot Auroran sairaalassa, joissa tupakointi on edelleen sallittu niille varatuissa sisätiloissa. Muut sairaalaosastot ovat olleet savuttomia jo vuosia. Myös Aurorassa on käynnistetty savuttomuusprojekti, mutta työ on vielä kesken ja vaatii pitkäjänteisyyttä.

Suuret kunnat aktiivisimpia – yhteenvetoa tuloksista

THL:n terveydenedistämiskäytännön kuvaava TEAviisari ja siihen liittyvät tiedonkeruut kertovat savuttomuustoimenpiteiden aktiivisuuden vaihtelevan kunnissa. Useimmiten suurimmat, yli 20 000 asukkaan kunnat ovat aktiivisimpia joka osa-alueella – tupakoinnin vähentämistoimenpiteissä, yhteistyössä ja tulosten keräämisessä ja raportoinnissa. Esimerkkikuntiemme Helsingin, Kuopion ja Leppävirran tilanne havainnollistaa tätä osaltaan. Helsingissä ja Kuopiossa aktiivisuuspistemäärät ovat pääsääntöisesti korkeammat kuin 10 000 asukkaan Leppävirralla. Poikkeuksena oli tupakoinnin kirjaaminen peruskouluissa, joka kuvaa enemmän koulujen aktiivisuutta, eikä ole niinkään yhteydessä kunnan kokoon.

Aktiivisuuden yhteys kuntakokoon voi osittain johtua siitä, että suurissa kunnissa on oltava tietyt rakenteet terveyden edistämiseksi, jotta kunta voisi toimia, kun pienessä kunnassa voidaan toimia enemmän tilanteen mukaan ja ammattihenkilöiden oman harkinnan varassa. Pienessä kunnassa voidaan tehdä oikeita asioita ilman, että kaikkea kirjataan tai edes mielletään terveyden tai savuttomuuden edistämiseksi.

Terveydenhuoltolain 12 §:n mukaan kunnan on seurattava asukkaitensa terveyttä ja hyvinvointia sekä niihin vaikuttavia tekijöitä väestöryhmittäin. Lisäksi terveydenhuoltolain mukaan kuntalaisten terveydestä ja hyvinvoinnista sekä toteutetuista toimenpiteistä tulisi raportoida kunnanvaltuustolle vuosittain. Nämä kohdat jäävät tupakointiin liittyvien tietojen osalta monelta kunnalta täyttämättä. Myöskään pelkkä tietojen kerääminen ei riitä, vaan kerätyt tiedot olisi koottava ja raportoitava luottamushenkilöhallinnolle, jotta niitä hyödynnettäisiin toiminnan suunnittelussa ja kehittämisessä. Näin ei

kuitenkaan tapahdu kuin 15 prosentissa terveyskeskuksista. Terveyserojen kaventamisen kannalta tietojen esittely päättäjille olisi olennainen toimenpide.

Kuntaliiton kehityspäällikkö **Heikki Punnonen** kehottaa kuntia myös ottamaan sähköiseen hyvinvointikertomukseen mukaan tupakointiin liittyvät asiat. Säännöllinen seuranta ja arviointi auttavat kuntaa sitoutumaan savuttomuuteen.

Näkemyksiä esitellyistä savuttomuuspyrkimyksistä ja alueellisesta yhteistyöstä

Kuten edellä on tullut esiin, kuntien ja yksityisen sektorin organisaatioiden savuttomuuspyrkimyksiin liittyy tupakoinnin rajoittamisen ja savuttomuuden tukemisen välinen tasapainoilu. Positiivista on, että useimmissa esimerkkiorganisaatioissa tupakoinnin rajoittamisen lisäksi on tarjottu tukea tupakoinnin lopettamiseen. Haasteena savuttomuuspyrkimyksissä on ollut tupakoinnin rajoittamisen kääntäminen positiiviseksi viestiksi, jossa terveydelliset ja inhimilliset seikat korostuvat: tupakoimattomuus kaventaa terveyseroja ja vähentää sairastavuutta ja työn kuormittavuutta työyhteisössä.

– Usein on kyse henkisistä ja asenteisiin liittyvistä esteistä, jos savuttomuusprojekti ei kunnassa, yhteisössä tai yrityksessä onnistu suunnitellulla tavalla. Omat henkilökohtaiset tottumukset ajavat yhteisten terveydenedistämisenäkökulmien ohi. Pienistä esteistä tulee koko toiminnan onnistumista määrittäviä tekijöitä, kuten siitä, että pelätään jo etukäteen rajoituksista ja kannustamisesta seuraavia mahdollisia konflikteja työpaikoilla, pohtii Savuton Savo -ohjelman projektipäällikkö, Pohjois-Savon Sydänpiirin toiminnanjohtaja **Tarja Ikonen**.

– Konflikteja voidaan ehkäistä sillä, että savuttomuusprosessissa ei syyllistetä kohderyhmää, vaan kannustetaan ja sitoutetaan pikemminkin porkkanoin kuin kepein. Savuttomaan toimintakulttuuriin pitää investoida, jotta tuloksia saadaan aikaan. Investointi maksaa itsensä myöhemmin takaisin ja tuo säästöjä esimerkiksi sairauspoissaolokustannuksiin, Ikonen pohtii.

Kuntarajat ylittävä savuttomuustyö kaipaa hänen mukaansa ensinnäkin toimivaa yhteistoimintaverkostoa, johon kuuluu myös median edustajia ja mielipidevaikuttajia. Myös terveysjärjestöt, jotka jo toiminnassaan tekevät savuttomuuden edistämistyötä, ovat hyviä yhteistyötahoja.

– Kenenkään yhteistyötahtoa ei pidä kuitenkaan ottaa itsestäänselvyytenä, koska esimerkiksi Savuton Savo -ohjelmassa huomasimme, että vaikka oletimme terveydenhuollon johdon olevan keskimääräistä motivoituneempia lähtemään savuttomuusneuvonnan kehittämiseen mukaan, näin ei kuitenkaan ollut. Terveydenhuollon johdon sitouttamiseen pitää varata yhtä paljon aikaa kuin esimerkiksi yritys- tai koulutoimenjohdon.

Uusia toimintamalleja savuttomuuden edistämiseen

Tarja Ikonen ja Savuton pääkaupunkiseutu -hankkeen projektipäällikkö **Corinne Björkenheim** korostavat viestinnän merkitystä savuttomuuspyrkimyksissä.

– Terveydenedistämisasiat tulee paketoita nykyihmiselle sopiviksi visuaalisesti ja viestinnällisesti. Yleinen ilmapiiri savuttomuutta kohtaan on jo myönteinen, joten mikseivät organisaatiotkin hyödynnä savuttomuutta imagoetuna enemmän? Parhaimmillaan savuttomuustyö on luovaa ja joustavaa toimintaa, jossa tehtyjä päätöksiä myös seurataan ja kehitetään eteenpäin, Ikonen sanoo.

Savuton pääkaupunkiseutu -hanke käynnistettiin vuoden 2011 keväällä. Hankkeen päätavoitteena on vuosina 2011–2013 tukea lasten ja nuorten tupakoimattomuutta kuuden eri painopistealueen kautta, joita ovat muun muassa tupakoinnin aloittamisen ehkäisy alakouluiästä lähtien ja nuuskatiedon lisääminen yläkouluikäisille. Hanke tukee kunnissa tehtävää savuttomuustyötä. Pääkaupunkiseudun kuntien (Helsinki, Espoo, Vantaa, Kauniainen) terveyden edistämisen vastuuhenkilöt muodostavat hankkeen työryhmän.

Björkenheimin mukaan hankkeessa kokeillaan uusia ja innovatiivisia toimintamalleja, kuten sosiaalista markkinointia ja palvelumuotoilua. Hankkeessa pilotoidaan esimerkiksi vuonna 2012 palvelumuotoilu (PaMu) -projekti lasten ja nuorten parissa työskentelevien kaupunkien työntekijöiden kanssa. Projektin tavoitteena on tukea työntekijöiden savuttomuutta työaikana. Projektissa innovoidaan, kehitetään ja suunnitellaan käyttäjälähtöisesti muotoilun menetelmin savuttomuuspalveluita niin, että palvelu vastaa käyttäjien tarpeita. Toinen palvelumuotoiluhanke on Aalto-yliopiston 365 Well-being -hanke, jonka osana Savuton pääkaupunkiseutu -hankkeessa muotoiluopiskelijat ja tohtorikoulutettavat suunnittelevat savuttomia julkisia ympäristöjä. Kohteeksi on valittu neljä nuorten suosimaa puistoa pääkaupunkiseudulla.

– Uskon, että kunnissa eri palveluita kehitetään tulevaisuudessa enenevässä määrin käyttäjälähtöisesti, esimerkiksi palvelumuotoilun avulla, toteaa Björkenheim.

Haasteena sekä Björkenheim että Ikonen näkevät kuntarajat ylittävässä yhteistyössä kuntien eri vaiheen savuttomuusprosesseissa. Osassa kunnista vasta valmistellaan savuttomuuspäätöstä kun osassa toimenpiteissä ollaan jo pitkällä ja seurantaa ja arviointia jo tehty.

– Toisaalta tämä mahdollistaa rikkaan dialogin, jossa kunnat voivat oppia toisiltaan. Hyviä käytäntöjä ja toimintamalleja voidaan ohjausryhmässä vertailla ja juurruttaa mallit muihin alueen kuntiin. Savuton pääkaupunkiseutu -hanke vie esimerkiksi yhteistyössä Suomen Syöpäyhdistys ry:n kanssa eteenpäin tupakoimattomuuden tukemiseen peruskoulun vuosiluokilla 1–6 tarkoitettua toi-

mintamallin hyödyntämistä koko pääkaupunkiseudun alueella. Toimintamalli on syntynyt moniammatillisen yhteistyön tuloksena Savuton Helsinki -ohjelman puitteissa. Kuntien savuttomuusohjelmien laadullisessa ja sisällöllisessä toteutuksessa on kuitenkin ratkaisevinta kuntapäätäjien sitoutuneisuus ohjelmiin, Björkenheim pohtii.

YDINKOHDAT

- ☀️ Noin kolmannes Suomen kunnista on julistautunut savuttomaksi ja savuttomuuspäätöksen tehneiden kuntien määrä kasvaa jatkuvasti.
- ☀️ Savuttomassa kunnassa toimitaan sekä tupakoinnin aloittamisen ehkäisemiseksi, savuttomien elinympäristöjen turvaamiseksi että tupakoinnin lopettamisen tukemiseksi. Haasteena on laajentaa savuttomuus kuntatyönantajaa koskevista toimenpiteistä kokonaisvaltaiseksi kuntalaisten terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi.
- ☀️ Useimmiten suurimmat, yli 20 000 asukkaan kunnat ovat aktiivisimpia savuttomuustoimenpiteissä joka osa-alueella – tupakoinnin vähentämistoimenpiteissä, yhteistyössä ja tulosten keräämisessä ja raportoinnissa.
- ☀️ Kuntien ja yksityisen sektorin organisaatioiden savuttomuuspyrkimykseen liittyy tupakoinnin rajoittamisen ja lopettamisen tukemisen välinen tasapainoilu. Savuttomuuteen siirtyminen vaatii aikaa ja henkilökunnan aktiivista mukaanottoa suunnitteluun ja toteutukseen.
- ☀️ Kokemukset savuttomuuteen siirtymisestä olivat esimerkkiorganisaatioissa pääosin positiivisia. Puuttumista tarvittiin kuitenkin etenkin tilanteissa, joissa työntekijät kiellosta huolimatta tupakoivat työaikana.
- ☀️ Kuntarajat ylittävä yhteistyö savuttomuuden edistämiseksi kaipaa toimivaa yhteistoimintaverkostoa, jossa on mukana myös median edustajia ja mielipidevaikuttajia. Haasteena yhteistyössä on kuntien eri vaihe savuttomuusprosesseissa.
- ☀️ Uusia toimintamalleja kehitetään parhaillaan savuttomuuden edistämiseksi kunnissa. Muun muassa palvelumuotoilu ja sosiaalinen markkinointi tarjoavat mahdollisuuksia.

Lähteet

- Hara M, Ollila H, Simonen O (2009) Lasten ja nuorten tupakoimattomuuden edistäminen –Yhteinen vastuumme. Toimintasuositukset lasten ja nuorten terveyden ja tupakoimattomuuden edistämiseksi Suomessa vuosina 2010–2013. Selvityksiä 2009:58. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Paasivirta K & Punnonen H (2012) Savuton Kunta 2012 -yhteenveto. Poimittu 13.2.2012. Helsinki: Suomen Kuntaliitto www.kunnat.net/fi/palvelualueet/hyvinvointikunta/savuton%20kunta/Sivut/default.aspx
- Saaristo V & Ståhl T (2011) TEAviisari 2010 – Perusterveydenhuollon menetelmäraportti. Raportti 35/2011. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2009) Tavoitteena savuton oppilaitos. Esitteitä 2009:4. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Taustamuistio kunnille ja kuntayhtymille eduskunnan apulaisoikeusasiamiehen tupakointikieltoa koskevan päätöksen 890/4/03 perusteella. Suomen Kuntaliitto. Sosiaali- ja terveysyksikkö. 28.2.2005. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2011) Savuton kunta – terveyttä kaikille kuntalaisille -esite. Verkkoaineisto osoitteessa www.thl.fi/tupakka.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. TEAviisari-verkko-palvelu. <http://www.thl.fi/TEAviisari>
- Tukia H, Lehtinen N, Saaristo V & Vuori M (2011) Väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnassa – Peruseräraportti kuntajohdon tiedonkeruusta 2010. Raportti 55/2011. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Näkökulmia tupakkalain valvontaan

Tupakkalakia valvotaan sekä paikallisesti että valtakunnallisesti. Kunnissa tupakkalakia valvovat pääsääntöisesti kuntien terveystarkastajat ja valtakunnallisella tasolla Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira). Kuntien tehtävänä on valvoa tupakkatuotteiden ja tupakointivälineiden myyntiä, mainontaa ja muuta myynninedistämistä sekä tupakointikieltojen ja -rajoitusten noudattamista omilla alueillaan. Valviran tehtävänä on valvoa tupakkatuotteiden ja tupakointivälineiden mainontaa ja myyntiä, tupakkatuotteiden koostumusta ja laatua sekä testauslaboratorioita. Käytännössä tupakkatuotteiden ja tupakointivälineiden mainontaa ja myyntiä valvotaan Valvirassa silloin, kun niitä koskevien säännösten rikkominen on valtakunnallista, tai se koskettaa useita kuntia ja alueita tai asiassa tarvitaan uutta laintulkintaa. Kuntien ja Valviran lisäksi myös poliisi, tulli ja työsuojeluviranomaiset valvovat tupakkalain toteutumista määrätyiltä osin.

Valvira myös ohjaa tupakkalain valvontaa laatimalla tupakkalakia koskevan osuuden ympäristöterveydenhuollon valtakunnalliseen valvontaohjelmaan. Kunnat laativat omat valvontasuunnitelmansa tämän valtakunnallisen tupakkalain valvontaohjelman pohjalta. Tupakkalain säännösten noudattamista valvontaan ja ohjataan kuntien ja Valviran lisäksi myös aluehallintovirastoissa ja sosiaali- ja terveysministeriössä. Tupakkalain säännösten noudattamisen yleinen johto ja ohjaus kuuluvat sosiaali- ja terveysministeriölle.

Aluehallintovirastot tukevat kuntia tupakkavalvonnassa

Tupakkalaissa aluehallintoviraston tehtävänä on ohjata kuntien tupakkalakia valvovia viranomaisia ja arvioida kuntien tekemät tupakkalain valvontasuunnitelmat ja toteutuminen. Aluehallintoviraston tekemien arvioiden perusteella kunnilla on ollut vaikeuksia toteuttaa tupakkalain valtakunnallisen valvontaohjelman velvoitteita. Yleisesti syyksi on ilmoitettu valvontaan käytettävien henkilöresurssien puute. Ympäristöterveydenhuollon valvonta kunnissa on perinteisesti painottunut terveydensuojeluun ja elintarvikevalvontaan. Tupakkalain valvontaa on pyritty tehostamaan tekemällä tarkastuksia muun ympäristöterveysvalvonnan yhteydessä. Tupakkalain valvonta ja tupakan myynnitiluvat ovat maksullisia ja ne ovat tuoneet viime vuosina kunnille tuloja. Maksullisuuden on toivottu tuovan tuloja ympäristöterveydenhuollon resurssivajeen korjaamiseen ja siten myös valvonnan lisäämiseen.

Aluehallintovirastojen työsuojelun vastuualueet valvovat tupakkalain noudattamista työpaikoilla ja sitä, että työnantajat suojelevat työntekijöitä altistumasta tupakansavulle työpaikan sisätiloissa. Tupakointi on kielletty työpaikoilla tiloissa, joihin asiakkailta tai yleisöllä on esteetön pääsy, työyhteisön yhteisissä tiloissa, koulujen ja päiväkotien sisä- ja ulkotiloissa ja ravintoloiden tai muiden ravitsemistilojen sisätiloissa, ellei ravintolassa ole tupakointiin hyväksyttyä erillistä tupakointitilaa. Työnantaja voi järjestää tupakointiin erillisen tupakointitilan, jossa ilmanvaihto on järjestetty niin, että tupakan savu ei kulkeudu savuttomiin tiloihin.

Terveydensuojelulaki velvoittaa aluehallintovirastoja ohjamaan ja valvomaan kuntien terveydensuojeluviranomaisia. Terveydensuojeluviranomaisilta ja kansalaisilta tulevat tupakkaan liittyvät yhteydenotot ja kantelut koskevat erityisesti parvekkeelta, ulkoa ja asunnosta toiseen kulkeutuvan tupakansavun tai savuhaitan selvittämistä. Näiden terveyshaittojen selvittäminen on hyvin hankalaa, koska tarkastajilla on vaikeuksia varmistua näistä tyyppillisesti ajoittaisista haitoista.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Valvira ja aluehallintovirastot aloittivat vuonna 2011 yhteistyön, jonka tavoitteena on lisätä kuntien tietotaitoa tupakoinnin valvonnan lainsäädännöstä ja ennaltaehkäisystä, lopettamisen tukemisesta ja vieroitushoitoon liittyvästä koulutuksesta. Aluehallintovirastojen terveyden edistämisen informaatio-ohjauksen keinoina ovat koulutuksien järjestäminen ja tukimateriaalien välittäminen kuntien hyödynnettäväksi.

Tupakkalain valvonta kunnassa: tapausesimerkinä Kouvola

Kouvolassa noudatetaan valtakunnalliseen valvontaohjelmaan perustuvaa tupakkalain valvontasuunnitelmaa. Asuntoja valvotaan valitusten perusteella. Suunnitelmalliset tarkastusmäärät on laadittu valtakunnallisen valvontaohjelman mukaan.

Terveystarkastajat valvovat tupakkatuotteiden myyntiä pääasiassa suunnitelmallisten elintarvikevalvontatarkastusten yhteydessä. Havaittuja puutteita ovat olleet esimerkiksi myyntipisteessä esillä pidettävän vähittäismyyntiluvan tai myyntikieltokyltin puuttuminen ja omavalvontakirjausten tekemättä jättäminen. Tupakan myynti ei ole aiheuttanut erityisiä toimenpiteitä Kouvolassa. Esimerkiksi tupakan välitysepäilyjä alaikäisille on ilmennyt, mutta epäilyjä ei ole pystytty todentamaan. Havaituista mainontakiellon rikkomisista on ilmoitettu Valviralle. Näitä ovat olleet muun muassa tupakkajäljitelmien markkinointi internetissä.

Koulujen ja muiden oppilaitosten tupakointikieltoja valvotaan pääasiassa suunnitelmallisten terveydensuojelutarkastusten yhteydessä. Tarkastuksia tehdään oppilaitoksiin tarvittaessa tupakoinnista tehtyjen valitusten perusteella. Kouvola on pinta-alallisesti laaja valvonta-alue ja valvontakohteisiin saattaa olla pitkät välimatkat. Yhteistarkastuksilla pyritään toteuttamaan tupakkalain valvontasuunnitelman tavoitteet ja maksimoimaan työajan käyttö.

Ravintoloiden tupakointitiloja ja tupakoimattomuutta tarkastetaan yleensä elintarvikevalvontatarkastusten yhteydessä. Ravintoloiden aukioloaikojen takia tupakoinnin valvontatarkastukset sijoittuvat ilta- ja yöaikaan. Virka-ajan ulkopuolella tehtävä valvonta on koettu haasteelliseksi toteuttaa.

Tupakkalain mukaan tupakkatuotteita saa myydä tai muutoin luovuttaa vain myyntipaikan sijaintikunnan myöntämän vähittäismyyntiluvan perusteella. Vuodesta 2009 lähtien kunta on myöntänyt tupakkatuotteiden vähittäismyyntiluvat. Kouvolassa myyntilupahakemuksia arvioitiin tulevan jopa kaksi kertaa toteutunutta enemmän. Syynä tähän oli, että aiemmin tupakan myyntipaikkoja ei ollut listattu tai rekisteröity. Kouvolassa ja Iitissä on vuoden 2011 lopussa voimassa olevia tupakkatuotteiden vähittäismyyntilupia yhteensä noin 190. Lupien määrässä ei ole tapahtunut suuria muutoksia muutamaan vuoteen, eikä myyntilupien ja valvonnan maksullisuus ole vaikuttanut niiden määrään.

Tupakkalain mukaan kunnan on perittävä myyntiluvan hakijalta hyväksymänsä taksan mukainen maksu myyntiluvasta. Lisäksi kunnan on perittävä myyntiluvan haltijalta vuosittainen myyntipistekohtainen valvontamaksu. Kouvolassa myyntilupa maksaa myyntipisteiden lukumäärän mukaan 75–200 euroa ja vuosittainen valvontamaksu on 50–175 euroa. Kaikilta myyntiluvan haltijoilta laskutetaan valvontamaksu samaan aikaan kerran vuodessa. Vuosittainen valvontamaksu on koettu tupakkalain valvonnan kannalta myönteiseksi.

Asuntojen tupakansavuongelmiin puututaan asukkaiden valitusten perusteella (ilmoitus terveyshaittaepäilystä). Ensisijaisesti pyritään noudattamaan Valviran, Suomen Kiinteistöliiton ja Suomen Isännöintiliitto ry:n laatimaa menettelytapaohjetta. Asukasta ensinnäkin kehoitetaan olemaan yhteydessä tupakansavun aiheuttajaan. Mikäli keskustelu asianosaisten kesken ei tuota tulosta, kehoitetaan isännöitsijää puuttumaan ja tarvittaessa asunto-osakeyhtiön hallitukselta pyydetään kirjallinen selvitys toimenpiteistä terveyshaitan poistamiseksi. Tarvittaessa asuntoihin tehdään tarkastukset ja koe-tupakointi, johon on kuitenkin harvoin päädytty. Monesti ongelmatilanteet ovat rauenneet tarkastuksella tai jo ennen tarkastusta käydyissä yhteisneuvotteluissa asianosaisten kesken.

Asuntojen tupakansavuongelmiin (erityisesti parveketupakointiin liittyvissä tapauksissa) odotetaan terveydensuojeluviranomaiselta usein tupakoinnin kieltävää päätöstä. Tupakointikieltöpäätöksen tekeminen on kuitenkin haasteellista, koska riittävän näytön saaminen on vaikeaa ja päätöksestä valitetaan usein hallinto-oikeuteen. Tämän vuoksi prosessi pitkittyy huomattavasti, eikä lopullisesta päätöksestä ole varmuutta.

Tupakointirajoitusten ja -kieltojen ajankohtaiset muutokset ja käytännöt

Tupakkalaissa säädetään toimenpiteistä, joilla suojellaan väestöä tupakansavulle altistumiselta. Tupakkalain 12–13 pykälässä luetellaan paikat ja alueet, joissa tupakointi on tupakkalain perusteella kiellettyä tai rajoitettua. Tupakkalain säännökset ovat vähimmäissäännöksiä, ja alueen tai tilan haltijalla voi olla pidemmälle menevä säännöstönsä tupakoimattomuuden, terveyden, hyvinvoinnin sekä järjestyksen edistämiseksi.¹

Yksi tupakointikieltojen ja -rajoitusten tärkeimmistä tavoitteista on suojella lapsia ja nuoria tupakansavulle altistumiselta. Tupakointi oppilaitoksissa tai muissa alle 18-vuotiaille tarkoitetuissa tiloissa, kuten esimerkiksi seurakuntien leireillä tai urheilutapahtumissa on herättänyt toistuvasti julkista keskustelua. Myös asuntojen tupakansavuongelmat, kuten parveketupakointi ja vuonna 2010 tupakkalakin lisätty tupakointikielto ulkona järjestettävissä yleisissä tilaisuuksissa, ovat herättäneet huomiota julkisuudessa.

Koulut ja oppilaitokset

Tupakointi on ollut tupakkalain mukaan kiellettyä kouluissa jo vuodesta 1976 lähtien. Viimeisimmän tupakkalain muutoksen yhteydessä vuonna 2010 oppilaitoksia koskevaa tupakointikieltopykälää tarkennettiin luettelemalla erikseen oppilaitokset, joita tupakointikielto koskee. Lisäksi oppilaitoksen ulkoaluetta koskevaa tupakointikieltoa täsmennettiin ja tupakkatuotteiden hallussapito kiellettiin alle 18-vuotiailta.

Tupakkalain oppilaitoksia koskevaan säännöksiin tehdyt muutokset ja niiden samaa julkisuus ovat saaneet aikaan sen, että oppilaitokset ja poliisi puuttuvat oppilaiden tupakointiin oppilaitosten alueella huomattavasti aiempaa tarkemmin. Mahdolliset lainvastaiset tupakointipaikat on poistettu oppilaitosten ulkoalueilta ja muutamilla paikkakunnilla poliisi on sakottanut nuoria oppilaitoksen alueella tupakoinnista.

Viimeisin lainmuutos (2010) oli tupakkalain valvonnan kannalta odotettu, sillä se selkeytti oppilaitoksia koskevan tupakointikieltopykälän tulkintaa. Toisaalta lainmuutoksella on ollut myös kääntöpuolensa. Täysi-ikäiset oppilaat ovat siirtyneet koulun alueen ulkopuolelle tupakoimaan. Tästä on puolestaan aiheutunut muunlaisia ongelmia, kuten roskaamista ja siivoamiseen liittyviä kustannuksia naapurikiinteistöille.

Muut alle 18-vuotiaille tarkoitettut tilat ja alueet

Tupakkalain tupakointikiellon ulkopuolelle jää useita sellaisia ulkotiloja ja alueita, jotka ovat pääasiallisesti alle 18-vuotiaiden käytössä, kuten lasten leikkipuistot, seurakuntien leirikeskukset ja kaupungin nuorisotilojen ulkoalueet. Vaikka tupakointi ei näillä

¹ Esimerkiksi uudisasuntotuotannossa rakennuttaja voi määritellä taloyhtiön kokonaan savuttomaksi, ks. tämän kirjan 6. artikkeli savuttomista kunnista ja yrityksistä

alueilla ole tupakkalain mukaan kiellettyä, voi tilan tai alueen haltija kieltää tai rajoittaa tupakointia alueella.

Valvonnan näkökulmasta ongelmallista on, että täysi-ikäiset voivat lakia rikkomatta tupakoida alaikäisille tarkoitetuilla alueilla näyttäen samalla tupakoinnin esimerkkiä lapsille ja nuorille. Valvova viranomaisena voi suositella tilojen tai alueiden haltijalle tupakkalain hengen mukaisia toimenpiteitä, joilla tupakointia voitaisiin rajoittaa. Niiden toteuttaminen ja valvonta jää kuitenkin tilan tai alueen haltijan vastuulle.

Ulkona järjestettävät yleiset tilaisuudet

Tupakointikielto ulkona järjestettävissä yleisissä tilaisuuksissa oli esillä julkisessa keskustelussa kevään ja kesän 2011 aikana. Kuntien valvontaviranomaisten näkökulmasta ongelmallista kiellon valvonnassa on ollut ulkona järjestettävien tilaisuuksien monimuotoisuus ja siitä johtuvat lain tulkintaan liittyvät kysymykset. Tilanne normalisoituu todennäköisesti seuraavan kahden vuoden aikana, kun yleinen tietoisuus tupakkalain säännöksistä ja niiden soveltamisesta lisääntyy saatujen kokemusten myötä.

Lokakuun 2010 alun jälkeen tupakointi on tupakkalain mukaan ollut kiellettyä ulkoalueilla järjestettävissä yleisten tilaisuuksien katoksissa ja katsomoissa sekä muissa tilaisuuden seuraamiseen välittömästi tarkoitetuissa tiloissa, joissa osallistujat oleskelevat paikoillaan. Kunnan tupakkalakia valvovat viranomaiset valvovat ulkoalueilla järjestettävien yleisten tilaisuuksien tupakointikieltoa yleistoimivaltansa perusteella. Tämän lisäksi tupakointikiellon valvominen tilaisuuden aikana kuuluu poliisille.

Asuntojen tupakansavuongelmat

Asuntojen tupakansavuongelmat voidaan jakaa karkeasti kahteen ryhmään: sisä- tai ulkokautta asuntoon tulevaan tupakansavuun. Sisäkautta tupakansavua voi tulla asuntoon rakennemuotojen tai keskitetyn ilmanvaihtojärjestelmän välityksellä. Ulkokautta tupakansavua voi tulla asuntoon esim. terassien, parvekkeiden tai porrashuoneen kautta.

Sisäkautta tuleva tupakansavu on kielletty terveydensuojelulain (763/1994) 1 §, 26 § ja 27 § perusteella. Kuntien terveys- tai ympäristötarkastajat valvovat lain noudattamista käytännössä asukkaiden valitusten (terveyshaittaepäilyn) perusteella asunnontarkastuksissa. Terveystarkastaja voi todeta terveyshaitan valittajan asunnossa tarkastuskäynnin aikana joko aidossa tupakointitilanteessa tai koetupakointitilanteessa. Koetupakointi voidaan järjestää asunnon sisällä joko siten, että tupakoiva asukas tai muu henkilö tupakoi tai käyttämällä tupakointisimulaattoria (tupakka poltetaan imu-pumpun avulla). Asiaa voidaan tutkia myös laskemalla vaaratonta merkkiainekaasua tupakoijan asuntoon ja mittaamalla merkkiainepitoisuus valittajan asunnossa.

Jos terveystarkastaja toteaa valittajan asunnossa tupakansavusta aiheutuvan terveyshaitan, hän kehottaa taloyhtiötä korjaamaan terveyshaitan esimerkiksi tiivistämällä

vuotokohdat tai korjaamalla ilmanvaihtojärjestelmän. Sisäkautta tulevat tupakansavu-ongelmat saadaan nykyään yleensä korjattua ilman suurempaa vastarintaa. Taloyhtiöt ovat tehneet vaadittavat korjaukset pääsääntöisesti pelkästä kehotuksesta, eikä terveydensuojeluviranomaisen ole tarvinnut määrätä korjauksia tai asettaa asuntoja käyttökieltoon.

Parveke- ja ulkotupakointi koetaan hyvin kiusalliseksi. Tupakoimattomat asukkaat kokevat eriarvoisuutta tupakoiviin nähden. Tupakoiva naapuri rajoittaa tupakoimattoman asukkaan parvekkeen käyttöä sekä mahdollisuutta tuulettaa tai viilentää asuntoon ilman tupakansavua.

Ulkokautta tulevaan tupakansavuun voidaan puuttua joko terveydensuojelulain tai tupakkalain perusteella. Tupakkalain 12 §:n 3 momentin mukaan asunto-osakeyhtiö tai muu asuinyhteisö voi kieltää tupakoinnin hallitsemallaan yhteisellä ulkoalueella rakennusten ilmanottoaukkojen läheisyydessä, lasten leikkialueella ja yhteisillä parvekkeilla. Terveysuojelulain mukaan voidaan puuttua, jos tupakansavua kulkeutuu ulkoa asuntoon ilmanottoaukkojen tai rakennevuotojen kautta (avoimien ikkunoiden tai ovien kautta tulevaan tupakansavuun ei voida nykyisin puuttua). Terveysuojeluviranomainen on antanut muutamia asuntokohtaisia parveke- ja ulkotupakointikieltoja. Niistä osa on saanut lain voiman ja osa on kumoutunut hallinto-oikeudessa tai korkeimmassa hallinto-oikeudessa.

Tupakkatuotteiden mainonnan valvonta

Tupakkalain mukaan tupakkatuotteiden suora tai epäsuora mainonta sekä tupakkasponsorointi ja muu myynninedistäminen on kiellettyä. Toimivalta mainontakiellon valvonnassa on jaettu kuntien viranomaisten ja Valviran kesken. Lähtökohtana on, että kunnat valvovat mainontakiellon noudattamista toimialueellaan.

Mikäli myyntipaikka mainostaa tupakkatuotteita paikallislehdessä tai myymälän ulkopuolelle asetetussa kyltissä on yleensä riittävä, että kunta puuttuu asiaan.

Valvira puolestaan puuttuu sellaisiin mainontakiellon rikkomisiin, jotka ovat tapahtuneet useamman kunnan alueella tai edellyttävät uudenlaista tupakkalain tulkin-taa. Jos vastapuolena on tupakkayhtiö, asia käsitellään pääsääntöisesti Valvirassa.

Mikäli kunta tai Valvira havaitsee tupakkatuotteiden mainontaa, viranomainen voi kieltää lainvastaisen toiminnan. Kiellon tehosteeksi asetetaan tarvittaessa uhkasakko, jonka täytäntöönpanosta päättää viime kädessä markkinaoikeus.

Tupakkatuotteiden mainonta on ollut Suomessa kielletty tupakkalain säätämisestä asti, ja suoranainen tupakkamainonta on nykyään melko harvinaista. Tupakkatuotteiden myyntiä pyritään kuitenkin edistämään eri tavoin. Eräs myynninedistämisen keino on mainonnallinen esillepano, jolla tupakkatuotteet pyritään tekemään houkuttelevan näköiseksi ja lisäämään siten niiden myyntiä. Savukepakkausten lakisääteiset terveysvaroitukset saatetaan esimerkiksi peittää tai tietty tuotemerkki erottaa omaan myyntihyllyynsä. Viimeaikaisena esimerkkinä mainonnallisesta esillepanosta mainittakoon ta-

paus, jossa tupakkayhtiö myi tupakkatuotteita musiikkifestivaaleilla. Savukepakkaukset oli asetettu pyöriviin, valaistuihin torneihin. Valvira katsoi, että tällainen esillepano korosti tuotteiden näkyvyyttä mainonnallisella tavalla ja oli siten omiaan edistämään tuotteiden myyntiä. Valvira kielsi tornien käytön 120 000 euron sakon uhalla.

Vuoden 2012 alussa voimaan tullut tupakkatuotteiden ja niiden tavaramerkkien esilläpitokielto poistaneen mainonnallista esillepanoa koskevan ongelman tietyiltä osin. On kuitenkin huomattava, ettei esilläpitokielto pääsääntöisesti koske tupakan vastikkeita, tupakkajäljitelmiä eikä tupakointivälineitä.

Mainonnan valvonnassa joudutaan joskus tapauskohtaisesti määrittelemään se, mitä myynninedistämällä tarkoitetaan. Valvira antoi hiljattain kieltopäätöksen asiassa, jossa tupakkayhtiö oli tiedottanut tupakkatuotemerkkinsä pakkausseudistuksesta sanallisin ja kuvallisin viestein. Savukepakkauksen sisään oli esimerkiksi laitettu lappu, jossa kerrottiin, että pakkauksen ulkoasu uudistuu lähiaikoina. Lisäksi pakkauksen muovikalvon repäisynauhassa oli maininta pakkausseudistuksesta. Valvira katsoi tupakkayhtiön pyrkineen vaikuttamaan siihen, että tupakkamerkin myynti ei laskisi pakkausseudistuksen takia ja että tuotteen käyttäjät tunnistaisivat merkin myös jatkossa. Valviran näkemyksen mukaan pakkausseudistuksesta tiedottamisessa oli kyse kielletystä myynninedistämisestä. Kieltoa jatkaa tai uudistaa tiedottamiseen liittyviä menettelyjä tehostettiin 150 000 euron sakon uhalla.

Mainontakielto koskee paitsi tupakkaa ja tupakkatuotteita, myös tupakan vastikkeita (esimerkiksi sellaista yrttinuuskaa, joka ei sisällä tupakkakasvia), tupakkajäljitelmiä (esimerkiksi savukkeen näköisiä suklaamakeisia) ja tupakointivälineitä (esimerkiksi tupakansytyttimiä ja tuhkakuppeja). Etenkin sähkösavukkeiden sekä muiden tupakan vastikkeiden tai tupakkajäljitelmiä mainonta on kuitenkin suhteellisen yleistä etenkin internetissä. Tämä johtunee siitä, että tuotteiden myyjät eivät ole tiedostaneet mainontakiellon laajuutta. Voidaankin olettaa, että lainvastaiseen mainontaan joudutaan puuttumaan entistä useammin, kun markkinoille tulee lisää nikotiinittomia tuotteita, joita markkinoidaan esimerkiksi apuna tupakoinnin lopettamiseen.

Tupakkatuotteiden tuotevalvonta, ainesosat, haitta-aineet ja paloturvallisuusvaatimukset

Valvira valvoo Suomessa myynnissä olevien tupakkatuotteiden koostumusta. Tupakkatuotteiden maahantuoja tai valmistaja raportoi vuosittain (viimeistään marraskuussa) Valviralle tiedot Suomeen toimittamiensa tupakkatuotteiden ainesosista, haitta-aineiden (nikotiini, terva ja hiilimonoksidi) pitoisuuksista sekä paloturvallisuustestauksista.

Tupakkatuotteiden haitta-aineiden enimmäispitoisuudet on määrätty yhteisötasolla (tupakkatuotedirektiivi 37/2001). Poltettaessa syntyvät enimmäispitoisuudet savuketta kohden ovat seuraavat: nikotiini 1 mg, terva 10 mg ja hiilimonoksidi 10 mg. Valvira valvoo, että tuotteiden haitta-ainepitoisuudet eivät ylitä sallittuja enimmäismääriä ja vastaavat pakkauksessa ilmoitettuja pitoisuuksia.

Ainesosatiedot on toimitettava Valviralle tuotemerkki- ja tyyppikohtaisesti (esim. savuke, vesipiipputupakka, purutupakka). Ainesosatietoilmoituksessa on oltava tieto kaikista tupakkatuotteen valmistukseen käytetyistä ainesosista, niiden luokittelunumero sekä määrä tupakkatuotteessa, käyttötarkoitus (esim. väri tai aromi) sekä maahantuojalla tai valmistajalla käytettävissä olevat ainesosien toksikologiset tiedot. Raportoinnissa ainesosilla tarkoitetaan kaikkia niitä aineita, joita tupakkatuotteessa on. Myös paperi, suodatin, mausteet ja liima ovat ainesosia.

Muille ainesosille kuin terveydelle vaarallisille aineille (haitta-aineet) ei ole määritelty enimmäispitoisuuksia tai laadittu kiellettyjen/sallittujen ainesosien listaa. Ainesosien valvonnassa Valvira kokoaa ainesosatiedot ja säilyttää niitä. Tarvittaessa tietoja voidaan käyttää tuotteiden koostumuksen valvontaan, esimerkiksi ainesosien turvallisuuteen liittyvissä kysymyksissä. Valvonnan kannalta olisi tarkoituksenmukaista saada yhteisötason säädös tupakan koostumuksesta etenkin nikotiinin enimmäispitoisuudesta savukkeissa ja tupakkoinnin aloittamista helpottavien ainesosien (esim. menthol) laadusta ja/tai määrästä.

Paloturvallisuuden osalta Valvira valvoo, että tuotteet on testattu itsestään sammuttamisen varmistamiseksi. Palamisominaisuudet tulee testata määritellyillä standardeilla. Suomeen paloturvallisuusvaatimus tuli ensimmäisenä maana Euroopassa. Vuoden 2011 marraskuusta lähtien testaukset edellytetään kuitenkin kaikista EU:n alueella markkinoitavista tupakkatuotteista.

Viime vuosina Suomen markkinoilla olevien tupakkatuotteiden koostumukset ovat olleet niille asetettujen vaatimuksien mukaisia. Valvira ei ole myöskään antanut tupakkatuotteiden koostumukseen liittyviä myyntikieltoja tai väliaikaisia myyntikieltoja.

Tulevaisuuden näkymiä tupakkavalvonnassa

Tupakointikiellot ja -rajoitukset ovat laajentuneet viime vuosina huomattavasti. Suomessa tupakointi kiellettiin ravintoloissa vuonna 2007. Vuonna 2010 tupakkalaissa vanhastaan olleita tupakointikieltoja laajennettiin ja samalla tupakointikielto ulotettiin myös ulkoalueilla tapahtuviin yleisötilaisuuksiin sekä asunto-osakeyhtiöiden yleisiin ja yhteisiin tiloihin. Tupakointikieltojen laajeneminen on ollut yleinen kansainvälinen trendi, joka näyttää edelleen jatkuvan.

Suomessa tupakkalain ravintoloita koskeva tupakointikielto mahdollistaa sen, että tupakointi voidaan sallia ravintolan sisätiloissa ainoastaan tupakointiin hyväksytyssä erillisessä tupakointitilassa. Tupakointitilaa koskeva lainsäädäntö on erittäin tiukka, ja tähänastisten valvonnassa saatujen kokemusten perusteella tilat ovat pääsääntöisesti toimineet Suomessa hyvin. Kansainvälistä ihmetystä on kuitenkin herättänyt se, että Suomen tiukasta tupakkalaista huolimatta tupakointi on edelleen sallittua ravintoloiden sisätiloissa olevissa tupakointitiloissa. Tämä johtunee siitä, että kansainväliset kokemukset tupakointitilojen toimivuudesta ovat olleet huonoja. Tämä todetaan myös Suomen ratifioiman WHO:n tupakoinnin torjuntaa koskevan puitesopimuksen toimintaohjeissa. Ohjeissa sopimuksen jäsenmaita kehoitetaan luomaan lainsäädännön keinoin täysin savuttomia ympäristöjä, joissa ei ole erillisiä tupakointitiloja.

Uudet tuotteet

Tupakkalain mukaan tupakkatuotteella tarkoitetaan poltettavaa, sieraimiin vedettävää, imeskeltävää tai pureskeltavaa tuotetta, joka on joko kokonaan tai osittain valmistettu tupakasta. Tupakkatuotteita ovat savukkeet, irtotupakka, sikarit ja suunuuska. Tupakan vastikkeella tarkoitetaan käyttötarkoitukseltaan tupakkaa vastaava, tupakkakasvia sisältämätöntä nautintoainetta. Tupakan vastikkeita voivat olla yrttisavukkeet tai yrttinuuska ja tupakkaa sisältämätön vesipiipputupakka. Tupakkajäljitelällä tarkoitetaan muodoltaan tupakkatuotetta tai tupakointivälinettä läheisesti muistuttavaa, tupakkaa tai sen vastiketta sisältämätöntä tuotetta. Tupakkajäljitelmiä ovat tupakkatuotteita muistuttavat makeiset. Tupakkalain mukaan tupakan, tupakkatuotteen, tupakan vastikkeen ja tupakkajäljitelmän mainonta on kiellettyä.

Vanhoja tupakkatuotteita kehitellään jatkuvasti ja kansainvälisille markkinoille tulee aina silloin tällöin erilaisia versioita jo markkinoilla pitkään olleista tupakkatuotteista. Esimerkkejä tällaisista ovat erivärisiksi värjätyt savukkeet tai eri makuaineilla maustetut tupakkatuotteet. Myös esimerkiksi vesipiipuissa poltettavien tupakkatuotteiden käyttö on lisääntynyt viime aikoina. Varsinaisia uusia tupakkatuotteita tulee markkinoille harvoin.

Sen sijaan uusia tupakan vastikkeiksi tai tupakkajäljitelmiä katsottavia tuotteita tulee markkinoille jatkuvasti. Tällaisia ovat sähkösavukkeet, savuttomat savukkeet ja yrttinuuska (nikotiiniton nuuska). Tällä hetkellä tupakkalain mainontakielto koskee ainoastaan edellä mainittuja tupakan vastikkeita tai tupakkajäljitelmiä. Tuotteiden ominaisuuksista ja käyttötavasta tai -paikasta riippuen, ne voivat kuulua tupakkalain lisäksi lääkelain, elintarvikelain, työturvallisuuslain tai kuluttajaturvallisuuslain piiriin. Tuotteiden valvonta jakaantuu näin ollen usean eri viranomaisen toimivallan piiriin, mikä tekee valvonnasta haastavaa.

Internetissä olevat osto- ja myyntimahdollisuudet ovat lisääntyneet jatkuvasti, mikä näkyy myös lisääntyneenä tupakkatuotteiden, tupakointivälineiden, tupakan vastikkeiden ja tupakkajäljitelmiä myyntinä internetissä. Internetin ylikansallinen luonne luo jatkuvia haasteita tupakkalain valvontaan.

Euroopan komissio on valmistelemassa tupakkatuotedirektiivin uudistusta. Valmistelussa on kartoitettu muun muassa mahdollisuutta kieltää tupakkatuotteiden myynti internetissä ja laajentaa direktiivin soveltamisala koskemaan myös tupakan vastikkeiksi tai tupakkajäljitelmiä luettavia tuotteita. Direktiivi uudistuksen on määrä tapahtua vuoden 2012 aikana.

YDINKOHDAT

- ☀ Tupakkalain valvontaan osallistuvat paikallisella tasolla kunnat, alueellisella tasolla aluehallintovirastot ja valtakunnallisella tasolla Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus (Valvira).
- ☀ Aluehallintoviraston tekemien arvioiden perusteella kunnilla on ollut vaikeuksia valvoa tupakkalakia niin kattavasti kuin valtakunnallisessa valvontaohjelmassa on esitetty. Syyksi on raportoitu yleisesti valvontaan käytettävän henkilöstön puute.
- ☀ Tupakkalain 12 §:n 3 momentin mukaan asunto-osakeyhtiö tai muu asuinyhteisö voi kieltää tupakoinnin hallitsemallaan yhteisellä ulkoalueella rakennusten ilmanottoaukkojen läheisyydessä, lasten leikkialueella ja yhteisillä parvekkeilla. Jos tupakansavua kulkeutuu ulkoa asuntoon ilmanottoaukkojen tai rakennevuotojen kautta, siihen voidaan terveydensuojelulain perusteella puuttua.
- ☀ Mainontakielto koskee paitsi tupakkaa ja tupakkatuotteita, myös tupakan vastikkeita, tupakkajäljitelmiä ja tupakointivälineitä. Tuotteiden myyjät eivät ole välttämättä tietoisia mainontakiellon laajuudesta. Euroopan komission valmistelemissa tupakkatuotedirektiivin uudistuksessa on korostettu mahdollisuutta kieltää tupakkatuotteiden myynti internetissä ja laajentaa direktiivin soveltamisala koskemaan myös tupakan vastikkeiksi tai tupakkajäljitelmiä luettavia tuotteita. Direktiiviä uudistetaan vuoden 2012 aikana.
- ☀ Suomen tiukasta tupakkalaista huolimatta tupakointi on edelleen sallittua ravintoloiden sisätiloissa olevissa tupakointitiloissa, mikä on herättänyt kansainvälistä huomiota. Kansainväliset kokemukset tupakointitilojen toimivuudesta ovat olleet huonoja.

IV

Tupakoinnin lopettamisen tuki



Nikotiiniriippuvuus on moniulotteinen sairaus

Tupakkatuotteita käytetään pääasiassa nikotiinin aiheuttaman riippuvuuden takia. Tupakan sisältämä nikotiini on riippuvuuden ensisijainen, muttei ainoa syy. Tupakan savussa on myös muita aineita, kuten monoamiini oksidaasi (MAO) -inhibiittorit, jotka saattavat vaikuttaa riippuvuuden syntyyn. Nikotiiniriippuvuus ei yksinään ylläpidä tupakointia, vaan tupakkariippuvuus ilmiönä on laajempi ja käsittää fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen ulottuvuuden. Näin ollen nikotiiniriippuvuus ja tupakkariippuvuus ovat moniulotteisia ilmiöitä (West & Hardy 2006).

Valtakunnallisessa Käypä hoito -suosituksessa nikotiiniriippuvuudella tarkoitetaan nikotiinin käytöstä syntyvää keskushermoston rakenteellista muutosta, jonka seurauksena käytön lopettaminen johtaa fyysisiin vieroitusoireisiin. Samassa suosituksessa tupakkariippuvuudella puolestaan tarkoitetaan tupakoinnin aiheuttamaa fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen riippuvuuden muodostamaa oireyhtymää (Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus: Käypä hoito -suositus 2012). Määritelmistä voitaneen päätellä, että nikotiiniriippuvuus on luonteeltaan fysiologista riippuvuutta, kun taas tupakkariippuvuus on edellistä laajempi käsite.

Psykologista riippuvuutta on määritelty myös siten, että kyseessä on monimutkainen häiriötila yksilön motivaatiojärjestelmässä (West & Hardy 2006). Tämä voidaan ymmärtää esimerkiksi siten, että vaikka henkilöllä on terveydellisistä syistä tahtotila lopettaa tupakointi (motiivi 1), hänellä on siitä huolimatta pakottava tarve tupakoida (motiivi 2). Nämä kaksi motiivia ovat siis ristiriidassa keskenään, ja käytännössä tupakointi määrää kohtuuttoman paljon todellista käyttäytymistä. Erityisesti nuoret kertovat usein autonomian tunteen menetyksen olevan tupakkariippuvuuden ensimmäinen oire (DiFranza ym. 2007).

Nikotiini- ja tupakkariippuvuuden oireet

Yksi nikotiini- ja tupakkariippuvuuden keskeisimmistä oireista on vaikeus tai jopa kyvyttömyys lopettaa tupakointi pysyvästi, vaikka siihen olisi perusteltu syy ja motivaatio. Moni tupakoiija on yrittänyt lopettaa useita kertoja. Kuitenkin ilman hoitoa yli 85 prosenttia sortuu takaisin tupakointiin noin viikon kuluessa lopettamispäivästä (National Institute on Drug Abuse 2009).

Toinen keskeinen piirre sairaudelle ovat vieroitusoireet, jotka tulevat kun aivojen odottama nikotiiniannos jää saamatta. Vieroitusoireet ovat seurausta nikotiinin pitkäaikaisen käytön aiheuttamista laadullisista ja määrällisistä muutoksista keskushermoston välittäjäaineissa ja hermosoluissa sekä reseptorien tiheyksissä ja sidontakyvyissä (Benowitz 2010). Nikotiinin vieroitusoireita ovat ärtyneisyys, masentuneisuus, ahdistuneisuus, keskittymisvaikeudet, univaikeudet, lisääntynyt ruokahalu ja tupakanhimo. Yleensä ne ilmaantuvat muutaman tunnin kuluessa, ovat vaikeimmillaan muutaman päivän kuluessa ja kestävät muutamia viikkoja, tosin joillakin tupakoinnin lopettaneilla jopa kuukausia (National Institute on Drug Abuse 2009). Vaikeimmillaan nikotiiniriippuvuus voi olla sairaalahoitoa vaativa tila. Nikotiiniriippuvuuden sairaalahoidosta on kokemusta Yhdysvalloissa Mayo-klinikalta, jossa on hoidettu 20 vuoden ajan yhteensä yli 1800 nikotiiniriippuvuutta sairastavaa potilasta (Hays ym. 2011).

Tupakan käytön aiheuttama riippuvuus on sisällytetty Maailman Terveysjärjestön (WHO) ICD 10-sairauksien kansainväliseen luokitukseen koodeilla: F17.1; F17.2; F17.3; F17.8; F17.9 sekä Z72.0 (World Health Organization 2007). Keskeisiä perusteita diagnoosille on, että tupakointi on tärkeällä sijalla henkilön elämässä ja että hänellä on pakonomainen tarve saada tupakkaa. Tätä sairauksien luokitusta käytetään Suomessa. Vastaava amerikkalainen DSM-IV-luokitus määrittelee nikotiiniriippuvuuden alkoholiriippuvuuden määrittelyjen pohjalta (American Psychiatric Association 1994). Keskeisiä kriteerejä ovat runsas ja pakonomainen tupakkatuotteiden käyttö, nikotiinin sietokyvyn kasvu ja vierotusoireet. Näiden diagnoosiluokitusten perusteella voidaan todeta, että kysymys on kroonisesta sairaudesta, joka syntymekanismiensa perusteella kuuluu ehkä selvimmin psykiatrian ja neurologian erikoisalaan.

Nikotiinin neurobiologia

Nikotiini sitoutuu elimistössä sen omiin valkuaisaineisiin, joita kutsutaan nikotiini-reseptoreiksi (Collins ym. 2009). Näihin nikotiinireseptoreihin sitoutuu myös elimistön oma välittäjäaine asetyylikoliini. Nikotiinireseptoreita on aivoissa, autonomisen hermoston hermosolmuissa ja hermolihasliitoksissa. Aivoissa nikotiini sitoutuu pääasiassa hermonpäätteiden nikotiinireseptoreihin, joiden aktivoituminen lisää välittäjäaineiden vapautumista. Näistä välittäjäaineista yleisin on dopamiini, joka säätelee mielihyvän kokemista, tunnetiloja, motivaatiota ja motorisia toimintoja. Riippuvuutta aiheuttavien aineiden yhteisenä ominaisuutena on dopamiinin määrän kohoaminen (Dani & Balfour 2011). Nikotiinireseptorien aktivoituminen aiheuttaa myös useiden muiden välittäjäaineiden vapautumista keskushermostossa.

Keskushermoston nikotiinireseptorit ovat hyvin monimuotoisia ja niitä tiedetään olevan useita eri alatyyppejä (Collins ym. 2009). Tämä moninaisuus rakenteessa ja vaikutuksissa aiheuttaa sen, että nikotiinilla on laaja kirjo keskushermostovaikutuksia, toiset edullisia ja toiset haitallisia (Pietilä 2003). Edullisia vaikutuksia ovat keskittymiskyvyn ja tarkkaavaisuuden lisääntyminen, tiedon käsittelykyvyn parantuminen,

tuskaisuuden väheneminen, kivun tunnon lievittyminen ja hermosoluja suojaava vaikutus. Haitallisia vaikutuksia ovat ruumiinlämmön lasku, kouristukset, pahoinvointi, oksentelu ja riippuvuuden kehittyminen. Jatkuva tupakointi lisää aivojen nikotiinireseptorien määrää tupakoitsijoilla. Sama ilmiö on todettu annettaessa nikotiinia koe-eläimille. Riippuvuuden kehittymisen ja sen ylläpidon arvellaan johtuvan paitsi nikotiinireseptorien määrän ja toiminnan muutoksista, myös pitkäkestoista muutoksista hermosolujen signaalinkuljetuksessa ja geenien ilmentymisessä.

Nikotiinin vaikutuksille kehittyy toleranssi eli sietokyky, joka tarkoittaa alkuperäisen vasteen vähenemistä samankaltaiselle ärsykkeelle (Pietilä 2003). Nikotiinin eri vaikutuksille kehittyy eri suuruinen sietokyky. Tupakoitsijalle päivän ensimmäinen savuke antaa suurimman mielihyvän, koska silloin sietokyky ei ole vielä kehittynyt nikotiinivaikutuksille. Päivän ensimmäinen savuke kuitenkin aiheuttaa usein enemmän vapinaa kuin myöhemmät savukkeet. Nikotiinin epämiellyttäville vaikutuksille, kuten pahoinvoinnille ja sydämen sykkeen kiihtymiselle, kehittyy sietokyky nopeammin ja täydellisemmin kuin mielihyvää ja riippuvuutta aiheuttaville vaikutuksille.

Nikotiinin annostelu ja tupakoinnin lopettaminen aiheuttavat vieroitusoireita, muun muassa ärtyneisyyttä ja painonnousua (Paolini & De Biasi 2011). Vielä ei tarkalleen tiedetä, mikä osuus tupakoinnin lopettamisen vaikeudesta johtuu kunkin yksilön nikotiiniriippuvuuden vahvuudesta ja toisaalta vieroitusoireiden kestosta ja voimakkuudesta. Näihin vaikuttavat todennäköisesti myös geneettiset eroavuudet esimerkiksi aivojen nikotiinireseptorien koostumuksessa.

Nikotiiniriippuvuuden mittaaminen

Nikotiiniriippuvuuden tunnistamisessa riippuvuusmittareilla on tärkeä osa. Kuitenkin kliiniseen käyttöön niistä on vakiintunut vain muutama. Käypä hoito -suositus (Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus: Käypä hoito -suositus 2012) ohjaa mitä mittaria terveydenhuollon ammattilaiset tupakoinnin vieroitustyössä käyttävät. Mittaamisen avulla terveydenhuoltohenkilöstö motivoituu kannustamaan lopettajaa ja tulosten seuraaminen helpottuu. Lisäksi mittaaminen voi olla kannustimena silloin kun tulokset tuntuvat heikoilta. Mittaamisen avulla ilmiöstä tulee todellisempi ja tupakoinnin lopettamista yrittävän on helpompi ymmärtää, miksi lopettaminen voi olla vaikeaa. Tämä vähentää syyllistymistä, ja lopettaja pystyy paremmin ymmärtämään, ettei kyse ole vain pahasta tavasta, vaan aivojen toimintaan liittyvästä riippuvuusilmiöstä. Kun tupakoinnin lopettamista haluava tiedostaa paremmin aivojen nikotiinitarpeen, voi kynnyksen madaltua lopettamistuen hakemiseen tai vieroitukseen tarkoitettujen lääkevalmisteiden käyttämiseen.

Yksiulotteiset mittarit

Savukemäärää on käytetty pitkään tutkimus- ja kliinisessä käytössä kuvaamaan riippuvuutta. Suuret päivittäiset savukemäärät ovat yhteydessä tupakoinnin lopettamisen vaikeuteen ja siten nikotiiniriippuvuuteen. Kuitenkin myös vähäiset viikoittaiset savukemäärät voivat aiheuttaa vieroitusoireita, eikä pitkäaikainen altistus ole välttämätön edellytys nikotiiniriippuvuudelle.

Nikotiiniriippuvuudesta saadaan käsitys käyttämällä itse täytettäviä mittareita, haastattelemalla tupakoijaa ja pisteuttamalla vastaukset tai hyödyntämällä biologisia mittareita. Eniten käytetyt nikotiiniriippuvuusmittarit ovat FTND-kysely (Fagerström Test for Nicotine Dependence, Heatherton ym. 1991) ja DSM-IV diagnostisen luokituksen mukainen haastattelu. DSM-IV-haastattelun tekee lääkäri tai koulutettu haastattelija. Tämä psykiatrisen diagnostiikan perinteeseen kuuluva, tieteellisessä tutkimustyössä paljon käytetty mittari on muodostettu alun perin alkoholiriippuvuuden määrittelyn pohjalta ja sovellettu tupakointiin. Hallinnan puutetta mittaava DSM-IV sisältää tietokyvyn kasvun, vieroitusoireet ja pakonomaisen tarpeen saada nikotiinia. Tällä hetkellä diagnostisen luokituksen kriteerejä ollaan uudistamassa.

FTND-mittari on helppokäyttöinen itse täytettävä kuuden kysymyksen mittari, jota käytetään potilastyön lisäksi laajasti myös tutkimustyössä. Mittari edustaa fyysisen riippuvuuden perinnettä ja ennustaa tupakoinnin lopettamista (West ym. 2001). Mittari perustuu tarpeeseen korvata yön aikana elimistöstä poistunut nikotiini uudella heräämisen jälkeen poltetulla savukkeella (Heatherton ym. 1991). Mittarin kaksi lopettamista parhaiten ennustavaa kysymystä muodostavat HSI (Heaviness of Smoking Index) -mittarin ja erityisesti kysymys ”*kuinka pian aamulla heräämisen jälkeen sytytät ensimmäisen savukkeen*” ennustaa lopettamista ja nikotiinin aineenvaihduntatuotteen, kotiniinin tasoa. FTND-mittari sisältää myös tiedon päivittäisestä savukemäärästä, toisin kuin muut mittarit. Mittari on laajasti käytössä, huolimatta sen raportoiduista puutteista. Mittarin tulos on helppo tulkita: saadut pisteet (0–10) lasketaan yhteen, jolloin suuri pistemäärä tarkoittaa voimakkaampaa nikotiiniriippuvuutta.

Erityisesti nuorten riippuvuutta arvioivia mittareita on vielä vähän (Ollila ym. 2010). HONC (Hooked On Nicotine Checklist) -mittarin avulla pyritään arvioimaan tupakoijan kykyä hallita tupakointikäyttäytymistään tarkastelemalla autonomian menetystä, vieroitusoireita ja riippuvuuden tunnetta (DiFranza ym. 2002). HONC mittaa kymmenellä kysymyksellä elämänaikaisen oireen kasautumista. Yhdenkin oireen esiintyminen on osoitus autonomian heikentymisestä ja siirtymisestä nikotiiniriippuvuuteen. Mittari soveltuu nuorille varsin hyvin, koska siinä ei kysytä päivittäistä tupakointimäärää, jolloin sitä voivat käyttää myös vähän viikoittain polttavat. Suomessa mittaria hyödynnetään tupakoinnin lopettamisen tukena ja tutkimustyössä.

Moniulotteiset mittarit

Koska tupakkariippuvuutta pidetään nykyään moniulotteisena ilmiönä, on sen mittaamiseen vihdoin kehitetty moniulotteisia mittareita. Esimerkkinä näistä ovat eniten käytetyt NDSS (Nicotine Dependence Syndrome Scale)-mittari ja WISDM-mittari (Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Syndrome) (Shiffman ym. 2004; Piper ym. 2004). NDSS-mittarin nykyversiossa on 19 väittämää, ja se perustuu teoriaan alkoholi-riippuvuusoireyhtymästä. NDSS kuvaa tupakoinnin pakonomaisuutta ja ensisijaisuutta muihin asioihin verrattuna, tupakoinnin säännöllisyyttä ja samanlaisuutta ympäristöstä ja ajankohdasta riippumatta ja jatkuvan käytön aiheuttamaa aivojen tottumista nikotiinille. NDSS-mittarin käyttö on testattu suomalaisessa kaksostutkimuksen perheaineistossa.

Toisen moniulotteisen mittarin, WISDM-mittarin, nykyversiossa on 37 väittämää, ja se kehitettiin mittaamaan erilaisia riippuvuuteen johtavia motivaatioalueita. Mittarissa on kaksi useista alulottuvuuksista koostuvaa pääulottuvuutta ja tärkein ulottuvuus sisältää tupakoinnin automatisoitumiseen, hallinnanmenetykseen, tupakanhimoa ja sietokykyyn liittyviä osa-alueita. Toissijaiseen ulottuvuuteen kuuluu muissa mittareissa vähemmän painoarvoa saaneita alueita, kuten ryhmään kuuluminen ja kognitiivisten toimintojen paraneminen. Mittari on hiljattain otettu Suomessa tutkimuskäyttöön. Kummankin moniulotteisen mittarin ns. konstruktiivisen validiteetin on todettu olevan hyvä eli mittarit näyttävät mittaavan sitä mitä niiden halutaankin mittaavan.

Nikotiiniriippuvuusmittarit kuvaavat hiukan eri puolia riippuvuudesta, ja siksi onkin perusteltua, että tutkimuskäytössä pyrittäisiin käyttämään useita eri mittareita, jotta riippuvuusilmiön eri puolet tulisivat katetuksi. Edellä mainitut mittarit on suomennettu yhteistyössä mittareiden kehittäjien kanssa.

Mittareiden tulkinta

Mittareiden tulkinta ei ole aina yksiselitteistä, ja joihinkin mittareihin kuuluu oma erityinen pisteytysohjeensa. Nikotiiniriippuvuuden voidaan ajatella olevan ennemminkin jatkuvaa kuin kaksijakoista, mikä tuo oman ulottuvuutensa tulkintaan. Kaksijakoinen tulkinta, jossa henkilö on joko riippuvainen tai ei-riippuvainen, ei kuvaa ilmiön todellista luonnetta, ja tulkittaessa riippuvuutta tällä asteikolla on hyvä muistaa, että ilmiö tällöin yksinkertaistuu.

Itse raportoitua savukkeiden kulutusta ei kaikissa tilanteissa voida pitää luotettavana. Tupakoimattomuutta suosiva kulttuuri voi vaikuttaa halukkuuteen kertoa terveydenhuoltohenkilöstölle omasta tupakoinnista ja siihen, miten totuudenmukaisesti kyselyissä vastataan tupakointia koskeviin kysymyksiin.

Kotiniini on nikotiinin aineenvaihduntatuote ja se on mitattavissa elimistöstä pitempään kun itse nikotiini. Se voidaan mitata verestä, virtsasta tai syljestä ja se kuvaa luotettavasti nikotiinin saantia. Kotiniini ilmaisee nikotiinin saannin myös silloin, kun käytetään nikotiinia sisältäviä nikotiinikorvaushoitotuotteita (SRNT 2002 -suositus). Se ei ole suora riippuvuuden mittari, vaan antaa kuvan siitä kuinka paljon elimistössä on nikotiinia ja kuvaa karkeasti poltettujen savukkeiden määrää. Tätä kautta kotiniinin voidaan ajatella kuvaavan riippuvuuden voimakkuutta paremmin kuin itse ilmoitettu poltettujen savukkeiden määrä.

Savukemäärän ilmoittamisessa haasteena on, että ihmiset inhaloivat eli sisäänhengittävät savukkeita eri tavalla; enemmän nikotiinia tarvitseva saa savukkeesta irti enemmän imemällä savuketta voimakkaammin ja päinvastoin. Aivot ilmaisevat tupakoijalle tarkkaan kuinka paljon ne nikotiinia tarvitsevat. Häkämittaus on edullinen ja helppo keino varmistaa tupakointistatus erityisesti suuria määriä polttavilla (SRNT 2002-suositus). Mittauksia tehdään terveyskeskuksissa ja työterveyshuolloissa. Esimerkiksi Helsingin kaupungin terveyskeskuksen kaikilla terveysasemilla on mittauslaite, ja kaupungin tupakkaklinikalla häkämittaus tehdään vieroitusryhmään tulon yhteydessä ja tapaamiskerroilla tähän tarjotaan mahdollisuutta. Häkämittaus tehdään myös yksilöneuvonnan vastaanottokäyntien yhteydessä. (L-M Kiviaho, suullinen tiedonanto, 2011). Häkämittaus varmistaa tupakoimattomuuden muutamalta tunnilta, kun taas kotiniini enintään parilta päivältä (Aveyard & Bauld 2011). Kotiniini- ja häkämittauksia voidaan käyttää lopettamisen motivointikeinona ja tupakoimattomuuden varmistamisessa myös kokeellisissa tutkimuksissa.

Nikotiiniriippuvuuden yleisyys

Suomessa väestön päivittäisestä tupakoinnista on kerätty tietoa vuosikymmeniä systemaattisesti. Tällaisia aineistoja ovat mm. Aikuisväestön terveystietäytymiskysely (AVTK), FINRISKI-tutkimus ja Nuorten terveystapatutkimus (NTTT). Nikotiiniriippuvuutta on ryhdytty kysymään järjestelmällisemmin vasta 2000-luvulla, kun kiinnostus riippuvuuteen ja sen tutkimiseen on kasvanut.

Nikotiiniriippuvuuden esiintyvyyden tarkasteleminen ei ole yksiselitteistä. Laajasti terveyttä tiedustelemissa lomakkeissa ei ole tilaa esittää pitkiä kyselysarjoja. Vuoden 1994 AVTK-kyselyssä käytettiin ensimmäistä kertaa FTND-kyselyä, jossa nikotiiniriippuvaisiksi luokiteltiin neljä tai enemmän pisteitä saaneet. Tässä väestötasoisessa tutkimuksessa nikotiiniriippuvaisiksi luokiteltiin 44 prosenttia päivittäisistä tupakoijista. (A Haukka ja S Helakorpi henkilökohtainen tiedonanto).

Suomalaisessa aikuisväestössä koskeneessa FINRISKI 2007 -tutkimuksessa oli erikseen tupakointia selvittänyt DILGOM-alaryhmä. Tässä ryhmässä olleilta mitattiin nikotiiniriippuvuus FTND-kyselyllä. Tulosten mukaan nykyisistä tupakoijista 40 prosenttia oli nikotiiniriippuvaisia FTND-mittarilla (4 \geq) mitattuna. Tästä nykytupakoijien joukosta voidaan erotella päivittäin tupakoivat ja satunnaisesti tupakoivat. Jaottelun perusteella päivittäin tupakoivista noin puolet ja satunnaisesti tupakoivista alle kymmenesosa oli nikotiiniriippuvaisia. (Broms ym. 2012a).

FINRISKI 2007 -tutkimus osoitti, että 27 prosenttia miehistä ja 13 prosenttia naisista luokiteltiin nikotiiniriippuvaisiksi HSI-mittarilla mitattuna (Peltonen ym. 2008; Broms ym. 2011). Kuten mainittu, nikotiiniriippuvuutta voidaan tarkastella myös HSI-mittarin toisella kysymyksellä (kuinka pian heräämisen jälkeen polttaa ensimmäisen savukkeen). AVTK-tutkimuksessa aikuisista miehistä 58 ja naisista 56 prosenttia poltti aamun ensimmäisen savukkeen puolen tunnin sisällä heräämisestä (Helakorpi ym. 2011).

Päivittäin tupakoivista 14–18-vuotiaista pojista 45 prosenttia poltti puolen tunnin kuluessa heräämisestä ensimmäisen savukkeen ja tytöistä reilu 30 prosenttia (Rimpelä ym. 2007). Nuorten osalta on huomattava, että vaikka he haluaisivat tupakoida pian heräämisen jälkeen, heille ei ehkä tarjoudu siihen luontevaa mahdollisuutta, koska valtaosa asuu kotona ja tilaisuus polttaa päivän ensimmäinen savuke tarjoutuu vasta kodin ulkopuolella.

Helsingin yliopiston kaksostutkimuksessa nikotiiniriippuvuutta tarkasteltiin 1428 tupakoijan aikuisen perheaineistossa. Tutkituista nikotiiniriippuvaisia oli FTND-mittarilla mitattuna 48 prosenttia ja DSM-IV-mittarilla 52 prosenttia (Broms ym. 2012b). Kun riippuvaisten määrää tarkasteltiin kolmella mittarilla yhtä aikaa (DSM-IV, FTND ja NDSS), eli nikotiiniriippuvaiseksi luettiin ne, jotka täyttivät riippuvuuden ehdon jollakin näistä mittareista, oli nikotiiniriippuvaisia kolme neljäsosaa tutkittavista (Broms 2008). Tämä esimerkki valaisee käsitystä, jonka mukaan mittarit mittaavat nikotiiniriippuvuuden eri osa-alueita. Vaikka tutkimuksessa käytettiin kolmea eri mittaria, ei neljäsosa täyttänyt nikotiiniriippuvuuden ehtoa yhdelläkään mittarilla.

Päivittäin tupakoivista 14–18-vuotiaista (NTTT-aineisto, Raisamo ym. 2012) oli HSI-mittarin mukaan 7 prosenttia riippuvaisia (≥ 4 pistettä) (pojista 11 ja tytöistä 5 prosenttia). Heistä valtaosa ilmoitti polttavansa 1–10 savuketta päivässä. Nikotiiniriippuvaisten pieni osuus saattaa viestiä, että HSI-mittari ei välttämättä ole sovelias vähäisempiä määriä polttaville, ja siten nuoret eivät saa sillä helposti pisteitä ja nikotiiniriippuvuus voi jäädä tunnistamatta. Heille pisteet tulevat valtaosin lopettamisen todennäköisyyttä hyvin ennustavasta toisesta kysymyksestä, eli kuinka pian heräämisen jälkeen polttaa ensimmäisen savukkeen. Systemaattisessa katsauksessa (Hughes ym. 2006) käytiin läpi aikuisten tupakojien nikotiiniriippuvuutta mitanneita tutkimuksia Yhdysvalloista, Saksasta ja Aasian maista. Nikotiiniriippuvuutta mitattiin DSM-haastattelulla. Vajaa kolmasosa joskus elämässään tupakoineista ja noin puolet nykyisistä tupakojista oli tämän katsauksen mukaan nikotiiniriippuvaisia. Uusimmissa tutkimuksissa nikotiiniriippuvuuden esiintyvyys vaihtelee maittain kymmenesosan ja reilun viidesosan välillä (Sussman ym. 2011; Sacks-Eriksson ym. 2011). Vuodelta 2000 olevan katsauksen mukaan nuorilla riippuvuus eri mittareilla mitattuna oli karkeasti ottaen noin puolet aikuisten esiintyvyydestä (Colby ym. 2000), ja tuoreemmassa useita eri riippuvuuksia tarkastelevassa katsauksessa nuorten nikotiiniriippuvuus oli alle kymmenesosan (Sussman ym. 2011).

Koska säännöllisesti tupakoivista osa ei tule määritetyksi nikotiiniriippuvaisiksi, voidaan ajatella, että mahdollisesti sopivia mittareita ei ole vielä kehitetty ja ilmiönä nikotiiniriippuvuus on vasta aukeamassa. Aina on myös mahdollista, että vastaajat eivät ole rehelliisiä tai että tupakointia jatkavat eivät koe itseään nikotiiniriippuvaisiksi. Väestötutkimuksiin on myös haasteellista saada osallistujia kaikista tupakointiryhmistä, ja siten on mahdollista, että eniten riippuvaiset jäävät pois kyselytutkimuksista.

Yleensä tutkimuksissa nikotiiniriippuvuutta on tarkasteltu päivittäin tupakoivilla. Nykyään paine tupakoimattomuuteen on kuitenkin suuri, ja osa pyrkii vähentämään päivittäistä tupakointiaan tai siirtyä tupakoimaan erikoistilanteissa. Sen vuoksi nikotiiniriippuvuuden tarkastelussa on syytä huomioida myös satunnaiset tupakojat.

Koska tupakointi on vähentynyt länsimaissa ja ympäristön paine lopettamiseen on koventunut, voidaan kysyä onko tupakoinnin lopettaminen erityisen vaikeaa niille, jotka edelleen tupakoivat ja onko heidän riippuvuutensa vahvempi lopettaneisiin verrattuna. Verrattaessa nikotiiniriippuvuutta FTND-mittarilla kolmessatoista maassa havaittiin, että maissa, joissa tupakointi oli vähäisempää, oli riippuvuudessa korkeammat keskiarvot verrattuna maihin, joissa tupakointi on yleisempää (Fagerström ym. 2008). Tämä tuo lisää haastetta tupakoinnin lopettamistyöhön.

Ketkä ovat nikotiiniriippuvaisia ja mitkä ovat riippuvuuden riskitekijät?

Tupakoivien vanhempien lapset aloittavat tupakoinnin useammin kuin tupakoimattomien, joten voidaan sanoa tupakoinnin kulkevan perheittäin. Tämä voi johtua sekä nikotiiniriippuvuudelle altistavista biologisista, ensisijaisesti geneettisistä tekijöistä että sukupolvelta toiselle periytyvistä sosiaalisista tekijöistä. Lukuisat kaksos-, adoptio- ja perhetutkimukset viittaavat siihen, että geneettiset erot ihmisten välillä vaikuttavat tupakoinnin aloittamiseen, riippuvuuden kehittymiseen ja kykyyn lopettaa tupakointi. Perimä vaikuttaa enemmän riippuvuuden asteeseen, kun taas ulkoiset tekijät perheen sisällä ja kodin ulkopuolella ovat tärkeämpiä tupakoinnin aloituksessa ja alkuvaiheessa (Korhonen ja Kaprio 2011).

Voimakkaasti kehittyneet geenitutkimusmenetelmät ovat mahdollistaneet nikotiiniriippuvuudelle altistavien geenien tutkimuksen hyvin suurissa aineistoissa. Tutkimukset ovat vahvistaneet, että nikotiinireseptorin alayksiköitä koodaavien geenien geneettinen vaihtelu vaikuttaa nikotiiniriippuvuuden voimakkuuteen (Korhonen ja Kaprio 2011). Erityisesti nikotiinireseptorin alfa5-yksikön geenissä on havaittu emäspäriin muutos, joka vaikuttaa reseptorin (siis valkuaisaineen) rakenteeseen ja toimintaan. Koe-eläinmallit ovat vahvistaneet tämän löydöksen toiminnallisen merkityksen (Fowler ym. 2011). Tätä geenimuutosta kantavat henkilöt siis polttavat enemmän ja ovat riippuvaisempia esimerkiksi FTND-asteikolla. Lisäksi on osoitettu, että geenin yhteys tupakoinnin määrään ja riippuvuuden vaikeusasteeseen on riippuvainen ympäristötekijöistä nuoruudessa, joskin nämä havainnot kaipaavat edelleen vahvistamista. Väestötasolla tämä yksi alfa5-geenimuutos selittää vajaa viisi prosenttia veren nikotiinipitoisuuksien eroista tupakoitsijoiden välillä, kun nikotiinipitoisuuden epäsuorana osoittimena pidetään nikotiinin pääasiallista pitkäikäistä aineenvaihduntatuotetta, kotiniinia. Kotiniinipitoisuus voidaan mitata syljestä, verestä tai virtsasta ja se on luotettava tuoreen tupakoinnin merkki.

Toinen geeni, jolla on merkitystä geneettisten erojen synnyssä, on nikotiinia pilkkovan sytokromi P450-järjestelmän 2A6-entsyymiä koodaava geeni. Tässä geenissä todettu vaihtelu vaikuttaa siihen, kuinka nopeasti tai hitaasti nikotiini poistuu verestä. Suurin osa suomalaisista on ns. nopeita metaboloijia, eli he pilkkovat nikotiinia nopeasti kotiniiniksi, jolla siis ei ole keskushermostovaikutuksia. Afrikkalaiset ja aasialaiset ovat suomalaisia paljon useammin hitaita metaboloijia, jolloin he polttavat vähemmän.

He saavat saman vaikutuksen vähemmällä savukkeilla ja toisaalta heidän on helpompi lopettaa. Toistaiseksi tätä ominaisuutta tai nikotiinireseptorien geneettistä vaihtelua ei mitata eikä käytetä nikotiinikorvaushoitojen suunnittelussa. Lähitulevaisuudessa on mahdollista, että geenitiedon avulla räätälöidään sopivin hoito osana kokonaishoitosuunnitelmaa. Tällä hetkellä kehitetään lääkkeitä, joiden tavoitteena on nikotiinimetabolian hidastaminen.

Sosioekonomisten erojen ja muiden tekijöiden yhteys nikotiiniriippuvuuteen Tupakoinnilla ja nikotiiniriippuvuudella on havaittu olevan yhteys sosioekonomiseen asemaan. Tämä havainto pätee myös Suomessa (Helakorpi ym. 2010). Vaikeus olla ilman tupakkaa koko päivä ja nopeampi tarve tupakoida päivän ensimmäinen savuke on yleisempää ihmisillä, joiden sosioekonominen asema on matala. Näitä eroja voidaan selittää sillä, että matalaan sosioekonomiseen asemaan kuuluvat aloittavat tupakoinnin usein nuorempana, ovat tupakoineet pidempään, tupakoivat suurempia annosmääriä, imevät savukkeita intensiivisemmin ja onnistuvat harvemmin tupakoinnin lopettamisessa verrattuna korkeamman sosioekonomisen aseman ryhmiin (Hiscock ym. 2012).

Naiset tupakoivat vähemmän kuin miehet (Helakorpi ym. 2011), mutta naisten on kuitenkin miehiä vaikeampi lopettaa tupakointi (Pogun ym. 2009). Naishormonit säätelevät nikotiiniaineenvaihduntaa, joka on naisilla nopeampaa kuin miesten (Pogun ym. 2009). Naiset ovat siten alttiimpia nikotiiniriippuvuudelle (Benowitz 2010) ja tarvitsevat todennäköisesti enemmän ja useammin nikotiinia välttääkseen vieroitusoireita ja erityisesti negatiivisiin tunnetiloihin liittyviä oireita (Kinnunen ym. 2008).

Raskaus ja ehkäisyvalmisteiden käyttö nopeuttavat naisten nikotiiniaineenvaihduntaa. Raskaana olevista naisista noin 15 prosenttia tupakoi raskauden aikana (Jaakkola 2002). Syntymän jälkeen otetuissa verinäytteissä on todettu lapsen nikotiinipitoisuuden olevan yhtä suurta tai jopa suurempaa kuin äidin nikotiinipitoisuus. Sikiöaikana nikotiiniin altistuneilla lapsilla saattaakin olla syntymän jälkeen nikotiinista johtuvia vieroitusoireita, ja heidän riskinsä tulla myöhemmällä iällä nikotiiniriippuvaisiksi on suurempi (Pogun ym. 2009).

Tupakoijilla on todettu olevan matalampi painoindeksi kuin tupakoimattomilla, ja useiden paino nousee tupakoinnin lopettamisen yhteydessä. Tämän johtuu muun muassa siitä, että tupakkatuotteissa oleva nikotiini nopeuttaa aineenvaihduntaa ja sen on todettu vähentävän ruokahalua. Toisaalta tupakoinnin lopettaminen aiheuttaa vieroitusoireita, joista yleisiä ovat esimerkiksi lisääntynyt makeanhimo ja syömishalu (Kendzor ym. 2008). Huoli painon noususta voi toimia onnistuneen tupakoinnin lopettamisen esteenä (Kendzor ym. 2008).

Nikotiiniriippuvuudella ja masennuksella on havaittu olevan kaksisuuntainen yhteys. Toisaalta masennus altistaa tupakoinnille itselääkintämekanismien kautta, jolloin negatiivisia tunnetiloja korjataan lisäämällä veren nikotiinipitoisuutta, ja toisaalta pitkäaikainen tupakointi altistaa masennukselle. (Korhonen ym. 2008.) Myös niillä, jotka sairastavat skitsofreniaa, lapsuusajan ADHD:ta tai kaksisuuntaista mielialahäiriöitä, on suurentunut riski runsaaseen tupakointiin ja nikotiiniriippuvuuteen (Dome ym. 2010).

Nikotiiniriippuvuus potilastyössä

Nikotiiniriippuvuuden ja tupakkariippuvuuden tärkein oire on tupakoinnin lopettamisen vaikeus. Kliinisten tutkimusten mukaan voimakas nikotiiniriippuvuus heikentää merkittävästi tupakoijan mahdollisuuksia onnistua tupakoinnin lopettamisessa (Fiore ym. 2008). Erilaiset käytössä olevat nikotiiniriippuvuuden mittarit eivät kuitenkaan näytä toimivan yhtä hyvin ennustettaessa onnistumista. Nikotiiniriippuvuuden DSM-IV-diagnoosi ei ole empiirisissä tutkimuksissa ennustanut tupakoinnin lopettamista kovinkaan hyvin (DiFranza 2010), kun taas FTND ja sen kaksi kysymystä sisältävä osa HSI ennustavat tupakoinnin lopettamista hyvin (West ym. 2001). Jopa yhdellä edellä mainitun testin kysymyksellä, joka koskee aikaa heräämisestä päivän ensimmäisen savukkeen polttamiseen, on merkittävä ennustearvo tupakoinnin lopettamisessa onnistumiselle. Mitä lyhyempi tuo aika on, sitä huonommat mahdollisuudet on onnistua lopettamisyrityksessä (Fagerström ym. 2011). Tämä lienee käytännössä näin silloin, jos nikotiiniriippuvuutta ei hoideta millään lailla lopettamisyrityksen yhteydessä.

Vieroitusoireet

Riippuvuudesta kärsivä tupakoija kokee erilaisia vieroitusoireita hyvin pian tupakoinnin lopettamisen jälkeen. On hyvä muistaa, että pohdittaessa erilaisten psykoaktiivisten aineiden aiheuttaman riippuvuuden voimakkuutta, on nikotiini rinnastettu heroiiniin (Royal College of Physicians of London 2007). Tätä taustaa vasten on helpompi ymmärtää, kuinka tärkeää on selvittää nikotiiniriippuvuuden taso ennen tupakoinnin lopettamisen yritystä. Vieroitusoireita voidaan ja tulee hoitaa mahdollisimman tehokkaasti.

Repsahdus

Valitettavan suuri osa lopettajista alkaa tupakoida uudelleen. Yksittäisiä, satunnaisia tupakointikertoja ei vielä katsota 'relapseiksi' eli repsahduksiksi, mutta sen sijaan uudelleen aloitettu suhteellisen säännöllinen tupakointi täyttää relapsin määritelmän. Nikotiinin vieroitusoireiden lisäksi repsahduksille on myös muita riskitekijöitä. Erilaiset ulkoiset ärsykkeet, kuten muut tupakoijat samassa taloudessa tai sosiaaliset tilanteet, joissa henkilöllä on aiemmin ollut tapana tupakoida, altistavat repsahduksille. Sisäisistä ärsykeistä altistaa esimerkiksi stressi, johon henkilö on aiemmin hakenut lievityksen tunnetta tupakoimalla (Haustein 2003; Mustonen 2004). Muita keskeisiä riskitekijöitä ovat alkoholin käyttö (Fiore ym. 2008) ja erityisesti naisilla lihomisen pelko (Borrelli ym. 2001; Pomerleau ym. 2007).

Myös sietokyvyn kehittyemisellä on hoidon kannalta merkitystä erityisesti silloin, jos tupakoinnin lopettanut alkaa tupakoida uudelleen. Vuosia tupakoimatta ollut henkilö, jolle oli ehtinyt kehittyä hyvä nikotiinin sietokyky ennen tupakoinnin lopettamista, palaa suhteellisen nopeasti aiempiin tupakointimääriin. Siksi myös yksittäinen repsahdus voi olla tupakkalakossa olevalle haitallinen, koska yksikin savuke voi laukaista 'nikotiinimuistin' ja aktivoida toleranssin.

Nikotiiniriippuvuuden hoito

Nikotiiniriippuvuuden hoidon lopullisena tavoitteena on tupakasta vieroitus pysyvästi, vaikka tämä vaatiikin yleensä useita yrityksiä. Nikotiiniriippuvuutta voidaan hoitaa sekä lääkehoidolla että käyttäytymistieteellisin menetelmin ja parhaiten yhdistämällä molemmat järkevästi (Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus: Käypä hoito -suositus 2012). Farmakologisia keinoja ovat muun muassa nikotiinikorvaushoito, bupropioni, varenikliini ja nortriptyliini (Fiore ym. 2008). Toistaiseksi parhaimmat onnistumistulokset on raportoitu kahden nikotiinikorvaushoidon yhdistelmällä (esim. nikotiinilaastari ja -purukumi) (33 %) ja varenikliini-lääkityksellä (37 %) (Fiore ym. 2008).

Laaja kokoava tutkimus osoitti, että mitä intensiivisempi neuvonta (useampia ja kestoaltaan pidempiä neuvontakertoja) on, sitä suurempi on todennäköisyys onnistua tupakasta vieroituksessa. Yhteensä 35 kokeellisen tutkimuksen tulosten mukaan yhdestä kolmeen minuuttiin kestävä neuvonta tuotti 14 prosenttia onnistumisia, 4–30 minuuttia kestävä 19 prosenttia ja 31–90-minuuttinen neuvontakokonaisuus 27 prosenttia onnistuneita vieroituksia. Vertailuryhmä, jota ei neuvottu lopettamisessa ollenkaan, tuotti 11 prosentin onnistumistuloksen (Fiore ym. 2008).

Vaikka suomalaisista tupakoijista suuri osa haluaisi lopettaa tupakoinnin, se on pikemminkin myönteisen asenteen kuin varsinaisen motivaation mittari. Halukkuus ei vielä tarkoita sitä, että oikeasti suunnittelisi lopettamista siihen motivoituneena. Kuinka motivaatiota voisi lisätä? Terveystieteiden ammattilaisen toteuttamasta motivoivasta haastattelusta on ainakin saatu rohkaisevia tuloksia (Fiore ym. 2008).

Lääkehoidon noudattamatta jättäminen ja vähäinen osallistuminen muuhun vieroitushoittoon on tupakoinnin lopettamistutkimuksissa yleistä. Tämä luonnollisesti vähentää mahdollisuuksia onnistua tupakasta vieroittautumisessa. (Fiore & Baker 2011.) Potilaat tyypillisesti saavat vain noin puolet suositellusta lääkemannoksesta (Shiffman ym. 2008) ja usein osallistuvat vähemmän kuin puoleen heille suunnitelluista neuvontakäynneistä (Smith ym. 2009). Lääkehoidon kesken jättäminen liittyy uskomuksiin, etteivät ne ole tehokkaita tai turvallisia, tai ettei lääkettä pidä käyttää, jos sortuu tupakoimaan (Vogt ym. 2008). Koska lääkityksen laiminlyöminen on yhteydessä epäonnistumiseen tupakoinnin lopettamisessa, lääkärin tulisi keskustella potilaan huolenaiheista ja rohkaista noudattamaan hoito-ohjelmaa (Fiore & Baker 2011). Heikko hoitoon sitoutuminen olisi tärkeä huomioida Suomessa vieroitukseen sitoutumista pohdittaessa. Jos esimerkiksi tupakoinnin lopettamisryhmään joutuu jonottamaan tai kulkemaan kauas, tai jos lääkehoidosta ei saa korvausta sairausvakuutuksesta, vain noin joka kymmenes toteuttaa hoidon loppuun saakka. (Fiore & Baker 2011).

Käypä hoito -suositus

Käypä hoito -suositus (2012) korostaa, että kaikkien terveydenhuollon ammattilaisten tehtävänä on tunnistaa potilaan tupakkariippuvuus ja auttaa häntä vieroituksessa. Potilaan tupakkariippuvuuteen ja sen hoitoon liittyvät tiedot tulee kirjata siten, että ne ovat helposti löydettävissä potilaskertomuksesta. Vieroitusmenetelmän valinnassa tulee riippuvuuden lisäksi huomioida erityisryhmiin kuulumisen ja lääkitys. Tupakoinnin lo-

pettamisen myötä elimistön lääkeainepitoisuudet voivat nousta merkittävästi, joten potilaan lääkityksen tarkistaminen on tärkeää. Paras vieroitustulos saadaan yhdistämällä lääkehoito ja neuvonta. Varenikliini, bupropioni, nortriptyliini ja nikotiinikorvaushoito ovat tehokkaita lääkkeitä. Tarvittaessa niitä tulee käyttää vieroituksessa mahdollisimman optimaalisesti, mikä tarkoittaa riippuvuusasteen mukaan määrättyä hoitoannosta ja riittävän pitkää hoitoaikaa sekä mahdollista yhdistelmähoitoa.

Tupakasta irrottautuminen on pitkä prosessi, joka tähtää elintapojen pysyvään muutokseen. Neuvonnassa tulee huomioida erot tupakojien lopettamismotivaatiossa. Jos potilas ei ole halukas lopettamaan, motivoivalla haastattelulla voidaan lisätä valmiutta elintapamuutoksiin. Välittävä, empaattinen ja ymmärtävä ote on tärkeää tupakasta vieroituksessa. Vieroitus onnistuu parhaiten, kun lopettajaa rohkaistaan ja tuetaan, ja kun hänelle annetaan käytännön ohjeita repsahdustilanteiden tunnistamiseen ja repsahdusten välttämiseen. Käypä hoito -suosituksen mukaan tupakkariippuvuus on vakava krooninen sairaus. Pysyvä tupakasta vieroitus vaatii pitkäjänteistä työtä ja yleensä useampia yrityksiä. Intensiivistä vieroitushoitoa tulee tarjota kaikille nikotiinista ja tupakasta riippuvaisille potilaille nykyistä aktiivisemmin (Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus: Käypä hoito -suositus 2012).

YDINKOHDAT

- ☀ Nikotiiniriippuvuus on monimuotoinen, vakavasti otettava krooninen sairaus.
- ☀ Tupakointiin kannattaa puuttua varhaisessa vaiheessa, sillä jo vähäisillä savukemäärillä voi tulla riippuvaiseksi.
- ☀ Nikotiiniriippuvuuden mittaaminen motivoi tupakoijaa ja on tärkeää hoidon suunnittelun, seurannan ja arvioinnin kannalta.
- ☀ Tupakoinnin lopettamiseen on saatavissa apua, kuten ammattilaisten tuki, ryhmän tuki, nikotiinikorvaushoito, muu lääkehoito ja toivottavasti jatkossa myös tarvittaessa mahdollisuus sairaalahoitoon. Intensiivistä vieroitushoitoa tulee tarjota kaikille nikotiinista ja tupakasta riippuvaisille nykyistä aktiivisemmin.
- ☀ Avun tarjoaminen on tärkeää kohdentaa myös riskiryhmille. Soveltuvien keinojen tulisi olla mahdollisimman vaivattomasti saatavilla. Nikotiiniriippuvuuden lääkehoidon sairastuvuuskorvattavuus edistäisi vieroitusta.
- ☀ Nikotiiniriippuvuuden kehittymiseen vaikuttavat sekä perimään että ympäristöön liittyvät tekijät. Perimän vaikutus on suurempi riippuvuuden asteen määrittämisessä, kun taas ulkoiset tekijät perheen sisällä ja ulkopuolella ovat tärkeämpiä tupakoinnin aloitusvaiheessa.
- ☀ Käypä hoito -suositus perustuu uusimpaan tutkimustietoon ja on oleellinen hoidon yhtenäisten käytäntöjen ja tasalaatuisuuden takaamiseksi. Uudistettu versio otetaan käyttöön vuonna 2012.

Lähteet

- American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association
- Aveyard P & Bauld L (2011) Incentives for promoting smoking cessation: What we still do not know. *Cochrane Database Syst Rev.* Apr 13;(8).
- Benowitz N L (2010) Nicotine addiction. *The New England Journal of Medicine*, 362(24), 2295–2303.
- Borrelli B, Spring B, Niaura R, Hitsman B and Papanicolaou G (2001) Influences of gender and weight gain on short-term relapse to smoking in a cessation trial. *J Consult Clin Psychol* 69: 511–515.
- Broms U (2008) Nicotine dependence and smoking behaviour. A genetic and epidemiological study. Academic dissertation. Department of Public Health. Helsinki: University of Helsinki. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-10-1378-2>
- Broms U ym. (2011) Julkaisematon indeksitieto FINRISKI 2007 -tutkimus.
- Broms U, Pennanen M, Patja K, Ollila H, Korhonen T, Kankaanpää A, Haukkala A, Tuulio-Henriksson A, Koskenvuo M, Kronholm E, Laatikainen T, Peltonen M, Partonen T, Kaprio J (2012a) Diurnal evening type is associated with current smoking, nicotine dependence and nicotine intake in the population based National FINRISK

- 2007 Study. *Journal of Addiction Research & Therapy* S2:002.
- Broms U, Wedenoja J, Largeau MR, Korhonen T, Pitkäniemi J, Keskitalo-Vuokko K, Häppölä A, Heikkilä KH, Heikkilä K, Ripatti S, Sarin AP, Salminen O, Paunio T, Pergadia ML, Madden PA, Kaprio J, Loukola A (2012b). Analysis of Detailed Phenotype Profiles Reveals CHRNA5-CHRNA3-CHRNA4 Gene Cluster Association With Several Nicotine Dependence Traits. *Nicotine & Tobacco Research*. Jan 12. Painossa.
- Colby S M, Tiffany S T, Shiffman S, & Niaura R S (2000) Are adolescent smokers dependent on nicotine? A review of the evidence. *Drug and Alcohol Dependence*, 59, S83–S95.
- Collins AC, Salminen O, Marks MJ, Whiteaker P, Grady SR (2009) The road to discovery of neuronal nicotinic cholinergic receptor subtypes. Teoksessa "Nicotine Psychopharmacology" *Handbook of Experimental Pharmacology* 192: 83–111.
- Dani JA, Balfour D (2011) Historical and current perspective on tobacco use and nicotine addiction. *Trends in Neurosciences* 34(7): 383–392.
- DiFranza J (2010) A new approach to the diagnosis of tobacco addiction. *Addiction* 105, 381–382.
- DiFranza J R, Savageau J A, Fletcher K, Ockene J K, Rigotti N A, McNeill A D, Coleman M, & Wood C (2002) Measuring the loss of autonomy over nicotine use in adolescents: the DANDY (Development and Assessment of Nicotine Dependence in Youths) study. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, vol. 156, no. 4, pp. 397–403.
- DiFranza J R, Savageau J A, Fletcher K, O'Loughlin J, Pbert L, Ockene JK ym. (2007) Symptoms of tobacco dependence after brief intermittent use: the development and assessment of nicotine dependence in Youth-2 study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 161:704–10.
- Dome P, Lazary J, Kalapos M P, & Rihmer Z (2010) Smoking, nicotine and neuropsychiatric disorders. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 34(3), 295–342.
- Fagerström K, Furberg H (2008) A comparison of the Fagerström Test for Nicotine Dependence and smoking prevalence across countries. *Addiction* 103(5), 841–5. Mar 6.
- Fagerström K, Russ C I, Yu C-R, Yunis C, Foulds J (2011) The Fagerström Test for Nicotine Dependence as a predictor of smoking abstinence: A pooled analysis of Varenicline clinical trial data. Abstract. 13th Annual meeting of the SRNT-Europe, 8–11. Sept 2011, Antalya, Turkey.
- Fiore M C & Baker T B (2011) Treating Smokers in the Health Care Setting. *N Engl J Med* 2011;365, 1222–31.
- Fiore M C, Jaén C R, Baker T B & ym. (2008) Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Rockville D: Department of Health and Human Services. U.S. Public Health Services.
- Fowler C D, Lu Q, Johnson P M, Marks M J & Kenny P J (2011). Habenular alpha5 nicotinic receptor subunit signalling controls nicotine intake. *Nature* 471, 597–601.
- Haustein KO (2003) Tobacco or health: physiological and social damages caused by tobacco smoking. Berlin: Springer-Verlag.
- Hays J T, Croghan I T, Schroeder D R, Burke M V, Ebbert J O, McFadden D D, Hurt R D (2011) Residential treatment compared with outpatient treatment for tobacco use and dependence. *Mayo Clin Proc* 86:203–9. Epub 2011 Feb 9.
- Heatherton T E, Kozlowski L T, Frecker R C, Fagerstrom K O (1991) The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Br J Addict* 1991 Sep; 86(9), 1119–1127.
- Helakorpi S, Pajunen T, Jallinoja P, Virtanen S, & Uutela A (2011) Suomalaisten aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2010. Raportti 15/2011. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Helakorpi S, Laitalainen E, Uutela A (2010) Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2009. Raportti 7/2010. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
- Hiscock R, Bauld L, Amos A, Fidler JA, Munafo M (2012). Socioeconomic status and smoking: a review. *Ann NY Acad Sci* 2012 Feb;1248:107-123.
- Hughes J R, Helzer J E & Lindberg S A (2006) Prevalence of DSM/ICD-defined nicotine dependence. *Drug & Alcohol Dependence*, vol. 85, no. 2, pp. 91–102.
- Jaakkola N (2002) Passive smoking during pregnancy and early childhood: Occurrence, determinants, health effect and prevention. Academic dissertation. Department of public health. Helsinki:University of Helsinki.
- Kendzor D E, Baillie L E, & Copeland A L (2008) A review of behavioral interventions for smoking cessation and weight gain prevention. Teoksessa Wesley M K & Steinbach I A (Eds): Smoking and women's health. New York: Nova science publishers Inc.
- Kinnunen T, Korhonen T, Miesmaa P, & Terwal M D (2008) Tobacco use and dependence: Health impact on women. Teoksessa Wesley M K & Steinbach I A (Eds) Smoking and women's health. New York: Nova science publishers Inc.
- Korhonen T, Kaprio J (2011) Genetic Epidemiology of Smoking Behaviour and Nicotine Dependence. In: eLS. John Wiley & Sons, Ltd: Chichester.
- Korhonen T, Haukkala A, Koivumaa-Honkanen H

- & Kinnunen T (2008) Tupakointi ja masennus. *Duodecim* 124, 889–895.
- Mustonen T (2004) Tupakkariippuvuuden neurobiologinen tausta. *Duodecim* 120, 145–152.
- National Institute on Drug Abuse. Tobacco Addiction. National Institute of Health, 2009, NIH Publication Number 09-4342. Saatavilla Internetissä: http://www.nida.nih.gov/PDF/TobaccoRRS_v16.pdf
- Ollila H, Broms U, Kaprio J, Laatikainen T, Patja K (2010) Nuorten tupakkariippuvuuden arviointi ja hoito terveydenhuollossa. [Evaluation of tobacco addiction among adolescents and its treatment within the health care]. *Duodecim*. 126(11), 1269–77.
- Paolini M & De Biasi M (2011) Mechanistic insights into nicotine withdrawal. *Biochemical and Pharmacology* 82, 996–1007.
- Peltonen M ym. (2008) Kansallinen FINRISKI 2007-terveysstudium. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 35. ISBN 978-952-245-472-0 (painettu), ISBN 978-952-245-473-7 (pdf).
- Pietilä K (2003) Nikotiini. Teoksessa Salaspuro (toim.), Kiianmaa ja Seppä: Päihdelääketiede. Helsinki: *Duodecim*, 419–429.
- Piper, M E, Federman E B, Piasecki T M, Bolt D M, Smith S S, Fiore, M C, & Baker T B (2004) A multiple motives approach to tobacco dependence: The Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives (WISDM-68). *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 72, 139–154.
- Pogun S, & Yararbas G (2009) Sex differences in nicotine action. *Handbook of Experimental Pharmacology*, (192), 261–291.
- Pomerleau CS & Saules K (2007) Body image, body satisfaction, and eating patterns in normal-weight and overweight/ obese women current smokers and never-smokers. *Addict Behav* 32, 2329–2334.
- Raisamo S, Patja K, Broms U, Kaprio J, Rimpelä A (2012) Does self-rated addiction and the heaviness of smoking index predict of nicotine replacement therapy product use in adolescent smokers. *J Child & Adoles Subst Abuse*. Painossa.
- Rimpelä A, Rainio S, Huhtala H, Lavikainen H, Pere L, & Rimpelä M (2007) Nuorten terveystapatutkimus 2007. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus 2007. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus 2007. Helsinki: sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus 2007. [The adolescent health and lifestyle survey 2007. Reports 63]. Helsinki, Finland: Ministry of Social Affairs and Health. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus selvityksiä, ISSN 1236-2115, 2007:63) ISBN 978-952-00-2486-4 (nid.) ISBN 978-952-00-2487-1 (PDF)
- Royal College of Physicians of London (2007) Nicotine Addiction in Britain. London: Royal College of Physicians of London.
- Sachs-Ericsson N, Collins N, Schmidt B, Zvolensky M (2011) Older adults and smoking: Characteristics, nicotine dependence and prevalence of DSM-IV 12-month disorders. *Aging Men Health* Jan;15(1), 132–41.
- Shiffman S, Sweeney C T, Ferguson S G, Sembower M A, Gitchell J G (2008) Relationship between adherence to daily nicotine patch use and treatment efficacy: secondary analysis of a 10-week randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial simulating over-the-counter use in adult smokers. *Clin Ther* 30, 1852–8.
- Shiffman S, Waters A & Hickcox M (2004) The nicotine dependence syndrome scale: a multidimensional measure of nicotine dependence. *Nicotine & Tobacco Research*, vol. 6, no. 2, pp. 327–348.
- Smith S S, McCarthy D E, Japuntich S J, ym. (2009) Comparative effectiveness of 5 smoking cessation pharmacotherapies in primary care clinics. *Arch Intern Med* 169, 2148–55.
- SRNT suositus. SRNT Sub-Committee on Biochemical Verification. Biochemical verification of tobacco use and cessation. *Nicotine and Tobacco Research* 2002;4:149–59.
- Sussman S, Lisha N, Griffiths M (2011) Prevalence of the addictions: a problem of the majority or the minority? *Eval Health Prof. Mar*;34(1):3–56. Epub 2010 Sep 27.
- Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2012 [20.1.2012]. www.kaypahoito.fi.
- Vogt F, Hall S, Marteau T M (2008) Understanding why smokers do not want to use nicotine dependence medications to stop smoking: qualitative and quantitative studies. *Nicotine Tob Res* 10, 1405–13.
- West R, Hardy A (2006) *Theory of Addiction*. Oxford UK: Blackwell Publishing/Addiction Press.
- West R, McEwen A, Bolling K, Owen L (2001) Smoking cessation and smoking patterns in the general population: a 1-year follow-up. *Addiction* 96, 891–902.
- World Health Organization (2007) International statistical classification of diseases and related health problems, 10th Revision. Geneva: World Health Organization. www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/

Tupakoinnin lopettamisen tukea pitää vahvistaa

lokakuussa 2010 voimaan tulleessa tupakkalakiuudistuksessa on kirjattu tavoitteeksi tupakkatuotteiden käytön loppuminen Suomessa. Pyrkimyksenä on tupakkavapaa Suomi vuoteen 2040 mennessä. Päämäärää tukee laaja-alainen Savuton Suomi 2040 –verkosto, jossa on valtiollisten ja kunnallisten toimijoiden lisäksi mukana järjestöjen ja yritysmaailman edustajia. Tupakoimisen lopettamisen tukeminen ja niiden toimien vahvistaminen, jotka tähtäävät tähän päämäärään, ovat vahvoja prioriteetteja verkoston työssä.

Suuri osa tupakoijista tiedostaa tupakointiin liittyvät terveyshaitat ja haluaa lopettaa tupakoinnin. Väestötutkimuksen perusteella noin 40 prosenttia tupakoivista miehistä ja naisista yrittää lopettaa tupakoinnin joka vuosi (Helakorpi ym.2011). Tupakoivista nuorista 58–71 prosenttia, kysyntätavasta riippuen, ilmoittaa yrittäneensä joskus lopettaa ja yli puolet heistä on yrittänyt useammin kuin kerran (Bancej ym.2007). Tupakoinnin lopettaminen on kuitenkin vaikeaa ja vain kolmesta viiteen prosenttia tupakoijista onnistuu lopettamisyrityksessään ilman apukeinoja (Helakorpi ym. 2011).

Terveydenhuollon henkilöstön velvollisuus on ottaa tupakointi esille asiakastilanteissa ja auttaa tupakoijia lopettamaan. Tupakasta vieroituksen tulisi olla osa jokaisen tupakoivan potilaan hoitoa. Tupakointiin ei kuitenkaan terveydenhuollossa puututa niin usein kuin olisi mahdollista. Vieroitukseen tarkoitettua korvaushoitoa ja vieroituslääkkeitä määrätään liian vähän ja tupakoijia ohjataan vieroitusryhmiin liian harvoin (Winell 2010). Hyviä lopettamisen tuen käytäntöjä on jonkin verran alueellisesti, mutta toimivaa kansallista infrastruktuuria vieroitustyön tueksi ei Suomessa tällä hetkellä ole. Tässä artikkelissa käydään läpi erilaisia tapoja tupakoinnin lopettamisen tukipalveluiden järjestämiseksi ja vieroitusosaamisen lisäämiseksi Suomessa. Taulukkoon 1. on koottu yhteenveto lopettamisen tuen keinoista.

Laki velvoittaa tukemaan tupakoinnin lopettamista

Hallitusohjelmassa korostetaan koko väestön ja erityisesti lasten ja nuorten suojelemista tupakan ja muiden riippuvuutta aiheuttavien aineiden haitoilta. Tupakkalainsäädännön toimeenpanon varmistamiseksi tulee hallitusohjelman mukaan tehdä toimintasuunnitelma. Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämissuunnitelma Kaste (Kaste II) korostaa myös palveluiden kehittämistä, sosiaali- ja terveysalan henkilöstön saatavuuden ja

TAULUKKO 1.

Lopettamisen tuen mahdollisuuksia
• Alueellinen kokonaisvaltainen lähestyminen lopettamisen tukeen
• Savuttomien kuntien laaja-alainen tukeminen
• Terveydenhuollon henkilöstön osaamistason nostaminen
• Toimiva hoitoketju
• Palautejärjestelmä lopettamisen tuen tehosta
• Valtakunnallisen sähköisen asiakastietojärjestelmän hyödyntäminen
• Korvaushoitovalmisteiden ja vieroituslääkkeiden saaminen lääkekorvausjärjestelmän piiriin
• Toimenpidepalkkiojärjestelmä
• Käypä hoito-suositusta tukeva vieroitusmateriaali terveydenhuollon henkilöstölle
• Terveydenhuollon henkilöstön tupakastaveroituksen erityispätevyys perustaminen
• Vieroituspalveluiden saatavuuden tunnettavuus terveydenhuollon henkilöstön keskuudessa
• Väestön tiedon tason nostaminen vieroitusmenetelmistä ja vieroituspalveluiden saatavuudesta

osaamisen edistämistä sekä syrjäytymisen ehkäisyä. Tupakoinnin lopettamisen tuen kehittäminen paikallisesti on keskeinen osa tätä työtä.

Terveydenhuoltolain mukaan kunnalla on oltava terveyden edistämisen järjestämissuunnitelma ja kunnan on seurattava asukkaitensa hyvinvointia sekä siihen vaikuttavia tekijöitä. Kuntalaisten terveydestä ja hyvinvoinnista sekä toteutetuista toimenpiteistä on raportoitava kunnanvaltuustolle vuosittain. Tämän lisäksi valtuustolle on kerran valtuustokaudessa annettava laajempi hyvinvointikertomus. Lain toimeenpanoon liittyy, että kunnilla on velvoite ottaa huomioon tupakointi merkittävänä sairauksien riskitekijänä sekä järjestää tupakkariippuvuuden hoitoketju ja vieroituspalveluiden saatavuus asiaan kuuluvalla tavalla. Hoitoketjulla tarkoitetaan perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon sekä muiden asiakkaan hoitoon keskeisesti liittyvien tahojen yhdessä tekemää sopimusta siitä, miten tietyn sairauden tai terveysongelman hoito järjestetään. Hoitoketjun tavoite on terveysongelman tai sairauden yleisyyden väheneminen hoidon yhdenmukaistuksessa ja työnjaon selkiytyessä.

Tupakasta vieroituksen vahvistamistyötä koordinoi sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2011 perustama epävirallinen työryhmä, jossa on mukana ministeriön ja THL:n asiantuntijoita. Työryhmän tehtävä on vahvistaa tupakasta vieroituksen toteutumista ministeriön ja sen hallinnonalan käytössä olevin ohjausekeinoin esimerkiksi vieroituksen kehittämiseen, seurantaan ja edistämiseen liittyvissä asioissa.

Maailman terveysjärjestön tupakoinnin torjuntaa koskeva puitesopimus (WHO Framework Convention on Tobacco Control, FCTC) toimii vahvana perustana tupakoinnin lopettamistyölle maailmanlaajuisesti (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011). Puitesopimuksen 14 artiklan toimeenpano-ohje hyväksyttiin vuonna 2010, ja se on perustana myös Suomen mahdollisimman laadukkaaseen lopettamisen tukeen tähtäävässä työssä. Ohjeessa korostetaan vieroituksen kansallisen toimeenpanostrategian ja hoitosuosittelusten laatimista. Terveydenhuollon henkilöstön osaamista tulee vahvistaa ja

vieroituskoulutukselle tulee asettaa kansalliset standardit. Ohjeessa edellytetään myös muun muassa, että vieroituksen toimenpanoon luodaan seurantajärjestelmä, jossa terveydenhuolto on keskeisessä asemassa.

Kuntien rooli tupakoinnin lopettamisen tuen järjestämisessä

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetta uudistetaan osana kuntarakenteen uudistamista. Järjestämis- ja rahoitusvastuu säilynevät jatkossakin kunnilla ja sosiaali- ja terveydenhuoltoalueilla. Näillä toimijoilla tulee täten olemaan keskeinen asema myös tupakoinnin lopettamisen tuen hoitoketjujen kehittämisessä ja käytännön toimeenpanossa.

Kaikki sairaanhoitopiirit ovat Suomessa savuttomia, ja yhä useamman kunnan valtuusto on viime vuosina tehnyt päätöksen kunnan savuttomuudesta. Vuoden 2012 alussa 166 kuntaa oli julistautunut savuttomaksi työpaikaksi ja päätöstä valmisteltiin 40 kunnassa (Paasivirta, Punnonen 2012). Aidon savuttomuuden saavuttamiseksi tupakoinnin kieltäminen kunnan työntekijöiltä työajalla ei ole riittävä toimenpide, vaan ohjeistusta pitää täydentää tarjoamalla lopettamisen tukea. Kunnan on myös ehkäistävä tupakoinnin aloittamista. Jokaisessa kunnassa tai kuntayhtymässä tulisi laatia paikallinen toimenpideohjelma lopettamisen tuen järjestämisestä.

Toimiva paikallinen hoitoketju

Toimiva paikallinen hoitoketju yhdistää perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, työterveyshuollon ja yksityisen sekä kolmannen sektorin asiantuntemuksen niin, että tupakoijan saama tuki on yhdenmukaista ja kokonaisvaltaista. Tupakoinnin lopettaminen on usein vahvan ja monimuotoisen riippuvuuden takia vaikeaa, mikä korostaa tarvetta hoitoketjun moniammatillisuudelle. Lääkärillä, terveydenhoitajalla, sairaanhoitajalla, hammaslääkärillä, farmaseutilla ja muilla terveydenhuollon ammattilaisilla on kaikilla oma tupakasta vieroituksen erityisosaamisensa. Terveystieteiden ammattilaisella tulee olla selkeä käsitys sekä omasta tehtävästä ja mahdollisuuksista että muiden vastuualueista hoitoketjussa. Näin hän voi tarvittaessa ohjata tupakoijaa jatkohoitoon oikealle taholle.

Hoitoketjut jäävät usein soveltamatta käytännön työssä, koska niitä ei löydetä eikä tunneta tarpeeksi hyvin (Lehtomäki 2011). Hoitoketju tulisi jo lähtökohtaisesti laatia moniammatillisena yhteistyönä, koska se lisää sitoutumista käytännön toteutukseen. Hoitoketjun toteuttamiseen liittyvän koulutuksen tulisi myös olla moniammatillista. Paikallisissa toimipaikkakoulutuksissa voidaan näin samalla sopia sekä työnjaosta että toiminnan seurannan mittareista. Esimerkiksi Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä hoitoketjujen rakentamisen lähtökohtana on asiakaslähtöinen potilaan arjessa selviytyminen terveydenhuollon organisatoristen tarpeiden rinnalla. Tällaisella aidosti inklusiivisella lähestymistavalla edistetään terveydenhuollon henkilöstön toimintamahdollisuuksi-

en lisäksi myös potilaiden omien voimavarojen käyttöä. Syntyy ”potilaan ketju”, joka voi sisältää aineksia useammasta hoitoketjusta (Holmberg-Marttila & Valvanne 2011).

Terveydenhuollon henkilöstön osaamisen vahvistaminen

Tupakasta vieroituksen osaamisen kannalta keskeistä on Käypä hoito -suosituksen tunteminen (Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus: Käypä hoito -suositus 2012). Tutkimusten mukaan suositukseen tutustuminen on ollut tähän asti varsin vähäistä. Terveydenhuollon henkilöstölle tehtyjen kyselyjen perusteella farmaseuteista 45 prosenttia tuntee suosituksen, terveydenhoitajista 36 prosenttia ja perusterveydenhuollon lääkäreistä 25 prosenttia (Kurko ym. 2009).

Tupakoinnin lopettamisen tuen hoitoketjun onnistunut käyttöönotto vaatii koulutusta. Tupakasta vieroituksen tulisi kuulua luontevana osana kaikkien terveydenhuollon ammattilaisten perus- ja täydennyskoulutukseen. Terveydenhuollon henkilöstö kaipaa fyysisen nikotiiniriippuvuuden hoitoon liittyvän tiedon lisäksi asiantuntevaa koulutusta erityisesti psykologisen ja sosiaalisen riippuvuuden lähestymiseen. Lisäksi ammattilaisten tulee olla tietoisia tupakkariippuvuuden mekanismeista ja siitä, miten parhaiten tuetaan tupakoijaa pääsemään riippuvuudesta irti. Elintapamuutosta tukevien ohjausmenetelmien tuntemus yksilö- ja ryhmäohjauksessa on yhtä tärkeää kuin lääkeaineiden tuntemus niitä määrättäessä: on tiedettävä täsmällisesti mihin pyritään vaikuttamaan ja mitkä keinot ovat tehokkaimpia.

Koulutuksen tulee perustua uusimpaan ”Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus” Käypä hoito -suositukseen. Käypä hoito -suositus antaa ohjeita sekä tupakasta vieroituksen hoidon toteuttamiseksi että sen organisoimiseksi. Suositus korostaa, että osaamistason tulee olla riittävä kaikkialla terveydenhuollossa niin, että tupakointi otetaan puheeksi ja kirjataan, kehoitetaan lopettamaan, osataan suositella korvaushoitoa tai muuta vieroitukseen sopivaa lääkitystä, tunnetaan tupakasta vieroituksen olennaiset ohjausmenetelmät sekä osataan ohjata tarvittaessa jatkohoitoon. Vieroitusmenetelmien valinnassa tulee huomioida erityisryhmät, kuten nuoret ja raskaana olevat naiset, sekä mahdolliset lääketeinteraktiot. Erityisen tärkeässä asemassa tupakoinnin lopettamisen tukemisessa ovat perusterveydenhuolto, työterveyshuolto, koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto sekä suun terveydenhuolto.

Koulutusmateriaalia tupakan terveysvaikutuksista, riippuvuudesta ja tupakkavieroituksen menetelmistä on jo tällä hetkellä tarjolla. Esimerkkejä näistä ovat terveydenhuollon ammattilaisten koulutuspankki (www.uef.fi/tupakkakoulutus) ja Stumppi -sivuston terveydenhuollon henkilöstölle tarkoitettu wiki-pohjainen sivusto (<http://wiksu.stumppi.fi>). Käypä hoito -suosituksen yhteydessä on verkkokurssi motivoivan haastattelun käytöstä tupakasta vieroituksessa (www.kaypahoito.fi → Opiskele ja opeta → Verkkokurssit → Tupakasta vieroitus: riippuvuuden hoito ja motivoiva haastattelu).

Lääkekorvausjärjestelmä

Erityisesti terveysjärjestöt ovat tehneet useita aloitteita tupakasta vieroituksessa käytettävien korvaushoitotuotteiden ja vieroituslääkkeiden korvaamisesta sairausvakuutuksesta. Tupakoinnin aiheuttamat suorat terveydenhuollon hoitokustannukset (vuodeosastohoito, avohoito, lääkkeet) ovat noin 250 miljoonaa euroa vuodessa. Kustannuksista säästyisi 85 prosenttia jos kaikki tupakoivat lopettaisivat tupakoinnin. Tämän lisäksi tupakoijat aiheuttavat muita kustannuksia yhteiskunnalle ja työnantajalle, kuten esimerkiksi tupakkataukoihin menevä työaika ja tiheimmät sairauspoissaolot. Tupakoijat joutuvat myös useammin työkyvyttömyyseläkkeelle. On laskettu, että tupakoinnin keskimääräinen kokonaisvaikutus työvuosien menetyksenä on 2,6 vuotta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

Nikotiiniriippuvuus on kansainvälisessä tautiluokituksessa luokiteltu sairaudeksi (ICD-10, F17) ja tupakoinnin lopettamisen tueksi on tarjolla sekä itsehoito- että reseptilääkkeitä. Itsehoitotuotteita, joita ovat esimerkiksi nikotiinipurukumi ja -laastari, voi apteekkien lisäksi ostaa myös kauppoista ja kioskeista.

Sairausvakuutus voi korvata lääkärin sairauden hoitoon määräämiä lääkkeitä, jolle on vahvistettu tukkuhinta ja korvattavuus. Sekä reseptivalmisteet että välttämättömät itsehoitolääkkeet voivat olla korvattavia edellyttäen, että ne on määrätty käyttöaiheen mukaiseen tarkoitukseen. Tupakasta vieroitukseen tarkoitettuja lääkkeitä ei Suomessa kuitenkaan toistaiseksi korvata sillä perusteella, että vieroitusta ei ICD-10-luokituksista huolimatta katsota sairauden hoidoksi. Tupakkavieroituslääkkeitä voisi korvata myös osana julkista terveydenhuoltoa esimerkiksi terveyskeskuksissa. Tällöin tupakoija saisi lääkkeen ilmaiseksi tai siitä perittäisiin asiakasmaksu. Tämä malli edellyttäisi erityislainsäädäntöä, ja maksajana olisi valtio tai kunnat. Kansaneläkelaitoksen laskelmien mukaan kaikki tupakkavieroitukseen vuonna 2010 käytetyt lääkeaineet maksoivat 44 miljoonaa euroa.

Isossa-Britanniassa tupakoinnin lopettamiseen käytettävät lääkkeet ovat olleet sairausvakuutuksen piirissä vuodesta 1999. Myös USA:ssa, Australiassa ja Uudessa-Seelannissa on kokemusta vieroituslääkkeiden korvattavuudesta, mutta haasteena on usein ollut, että vain osa lääkkeistä on korvattavia (Vemer ym. 2010).

Tupakastavieroituksen erityispätevyys

Suomessa ei toistaiseksi ole riittävästi vieroitukseen erikoistuneita terveydenhuollon ammattilaisia. Vain 28 prosentissa terveyskeskuksista oli tupakastavieroitushoitaja vuonna 2009. Tupakastavieroitushoitajia oli erityisen vähän pienemmillä paikkakunnilla. (Heloma & Sandström 2009.) Useassa EU -maassa, kuten Ranskassa ja Italiassa, on myönnetty terveydenhuollon ammattilaisille tupakastavieroituksen erityispätevyys lisäkoulutuksen jälkeen. Henkilöillä, joilla on erityispätevyys, on usein lääkärin, terveyden-

hoitajan, sairaanhoitajan tai psykologin peruskoulutus. Erityispätevyysjärjestelmä tukee ja motivoi henkilöstöä vieroitustyössä ja ammattilaisten usko omaan pystyvyyteen lisääntyy. Tupakasta vieroituksen sisällyttäminen terveydenhuollon henkilöstön jo olemassa oleviin erikoistumisohjelmiin olisi hyödyllistä.

Sähköinen asiakastietojärjestelmä

Suomessa siirrytään parhaillaan yhtenäiseen kansalliseen sähköiseen asiakastietojärjestelmään STM:n, THL:n ja Kuntaliiton koordinoiman KanTa-hankkeen myötä. Tupakasta vieroituksen hoitoketjun toimivuuden kannalta keskeistä on kirjata tupakointipotilasasiakirjoihin. Moniin paikallisiin potilastietojärjestelmiin kirjataan jo nyt tietoa potilaan tupakointitilasta, tupakointimäärästä, riippuvuuden tasosta ja tupakoinnin lopettamisesta kiitettävästi. On varmistettava, että nämä tiedot ovat osa myös tulevaa kansallista asiakastietojärjestelmää. Sen lisäksi, että tupakoijan riippuvuuden hoito moniammatillisesti eri toimipisteissä näin helpottuu, terveydenhuollon henkilöstö saa samalla palautetta siitä, onnistuiko tupakoija lopettamisyrityksessään. On todettu, että aikapulan lisäksi yksi keskeisimmistä syistä siihen, että terveydenhuollon henkilöstö ei ota potilaan tupakointia puheeksi vastaanotolla on, että potilaan mahdollisuuksiin lopettaa ei uskota (Kurko ym. 2010). Vieroituksessa onnistumisen kirjaaminen järjestelmään tukisi myös tupakasta vieroituksen saatavuuden sekä näyttöön perustuvien vieroitusmenetelmien käytön arvioimista valtakunnallisella tasolla, mikäli tietoja hyödynnettäisiin tutkimuksessa, kuten Iso-Britanniassa on tehty (Brose ym. 2011 kts. myös www.ncsct.co.uk).

Toimenpidepalkkiot

Yksi mahdollisuus lisätä lopettamisen tukea terveydenhuollossa olisi vastaanotolla tapahtuvan terveysneuvonnan ja tupakasta vieroituksen saattaminen toimenpidepalkkioiden piiriin perusterveydenhuollon lääkäreille tai hammaslääkäreille. Muulla terveydenhuollon henkilöstöllä ei tällä hetkellä ole vastaavaa palkkiojärjestelmää käytössä. Toimenpidepalkkioista neuvottelemisen on virkaehtosopimusasia.

Lopettamisen tuen toimenpidepalkkiot ovat tällä hetkellä käytössä esimerkiksi Ruotsissa ja Iso-Britanniassa. Lääkärin antama tupakastavieroituksen lyhytneuvonta on todettu tehokkaaksi (Fiore ym. 2008). Iso-Britanniassa on todettu, että toimenpidepalkkiot lisäävät lääkäreiden puuttumista potilaidensa tupakointiin, mutta potilaskontaktin laatu vaihtelee. Toimenpidepalkkiojärjestelmän käyttöönottoaiheessa olisi tarkasti määriteltävä, millaista puuttumisen tasoa toimenpidepalkkioiden saaminen käytännössä edellyttää. (Coleman 2010)

Tukimateriaalia lopettamisen tueksi

Tupakastavieroitustyön avuksi käytännön potilastyössä tarvitaan helppokäyttöistä tukimateriaalia sekä terveydenhuollon henkilöstölle että lopettamista yrittäville tupakoijille.

Materiaalit voivat olla esimerkiksi kuntien tai sairaanhoitopiirien omia vieroituksen hoitoketjuja tai vieroitustyötä tukevia riippuvuustestejä tai mini-interventiomalleja. Tukimateriaalin tulisi olla vastaanotolla tai asiakastilanteessa helposti saatavilla joko internetissä tai paperiversiona.

Erillistä, suoraan tupakoijalle suunnattua materiaalia tulee myös olla saatavilla. Vertaistukea ja asiantuntijoiden apua löytyy tällä hetkellä esimerkiksi www.stump.fi -sivustolta sekä tupakoinnin lopettamisen neuvontapuhelimen kautta. Tietoa lopettamisen tuesta nuorille on esimerkiksi www.fressis.fi -sivustolla. Yksi tupakka-askien terveysvaroituksista ohjaa tupakoijan www.tupakkainfo.fi -sivustolle, jolta saa perustietoa ja ohjausta lopettamiseen ja joka kokoaa olemassa olevia palveluja yhteen. THL on yhteistyössä Hengitysliiton, Suomen ASH ry:n ja STM:n kanssa tuottanut kuntia ja terveydenhuoltoa varten tupakasta vieroitustyötä tukevaa aineistoa, joka sisältää riippuvuustestejä nuorille ja aikuisille sekä ohjeita mini-interventioon (www.thl.fi/tupakka).

Lopettamisen tuen saatavuus

Olemassa olevia vieroituspalveluja ja paikallista lopettamisen tuen lisätarvetta tulee kartoittaa ja seurata säännöllisesti. Riittävien vieroituspalveluiden määrittelyssä tulee ottaa huomioon maantieteellinen sijainti, väestöpohja sekä tukea tarjoavien ammattilaisten osaamistaso. Terveydenhuollossa pitäisi olla tarjolla tarpeeksi paljon matalan kynnyksen vieroituspalveluita, kuten rutiininomaisesti toteutettava tupakasta vieroituksen mini-interventio. Jokaisella tupakoijalla tulisi olla mahdollisuus sekä yksilöohjaukseen että vieroitusryhmään osallistumiseen. Valtakunnallisen tason tukipalveluiden, joita ovat esimerkiksi neuvontapuhelin ja internetpalvelut, toiminta tulee taata. Nämä tukevat henkilöitä, jotka eivät hakeudu terveydenhuollon palveluiden piiriin.

Tupakoijalle oman riippuvuuden mahdollisimman hyvä tunteminen on avainasemassa, kun hän haluaa päästä tupakkariippuvuudesta eroon. Tämän lisäksi tupakoijan tulee saada tietoa niistä apukeinoista, jotka ovat saatavilla lopettamiseen sekä siitä, mistä apua on paikallisesti saatavilla. Näin tupakoijan on helpompi hakea apua lopettamiseen ja vaatia kansallisten suositusten mukaista hoitoa terveydenhuollosta.

Kunnat ja sosiaali- ja terveydenhuollon alueet ovat vastuussa tupakoinnin lopettamisen tuen järjestämisestä ja rahoittamisesta. Paikallisen tehokkaan hoitoketjun rakentaminen ja moniammatillinen yhteistyö ovat tehokkain tapa auttaa tupakoivia lopettamaan. Alueellisten tupakasta vieroituksen osaamiskeskusten perustaminen muodostaisi tukevan pohjan tälle työlle. Jotta vieroitustyö voisi mahdollisimman tehokkaasti toteutua, tulee kuntien ja terveydenhuollon yksiköiden saada laaja-alaista tukea myös valtion ja kolmannen sektorin puolelta suunnittelun ja asiantuntija-avun muodossa.

Reittejä edetä kohti toimivaa tupakasta vieroitusta ja lopettamisen tukea on useita. Yhä useampaa toimintamalleista on kokeiltu jo muualla maailmassa. Jää nähtäväksi, mikä malli tai mallien yhdistelmä sopii parhaiten Suomen terveydenhuoltojärjestelmään ja oloihin. Selvää on kuitenkin, että Savuton Suomi 2040 – tavoitteen toteutuminen vaatii laaja-alaista lähestymistä ja innovatiivista ajattelua lopettamisen tuen järjestämiseksi tehokkaasti.

YDINKOHDAT

- ☀️ Suurin osa tupakoijista haluaa lopettaa, mutta harva onnistuu ilman tukea.
- ☀️ Tehokkaita apukeinoja tupakoinnin lopettamiseen on olemassa.
- ☀️ Tupakasta vieroitus kuuluu osaksi jokaisen tupakoivan potilaan hoitoa.
- ☀️ Kunnilla on terveydenhuoltolain nojalla velvoite taata tupakasta vieroituspalveluiden saatavuus.
- ☀️ Toimiva tupakasta vieroituksen hoitoketju yhdistää perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, yksityisen ja kolmannen sektorin toimivaksi potilaan hoitoketjuksi.
- ☀️ Kuntien on tarvittaessa saatava tukea vieroituspalveluiden järjestämiseen.
- ☀️ Käypä hoito -suosituksen tuntemus ja terveydenhuollon henkilöstön osaamisen kehittäminen ovat vieroitustyössä keskeisiä.
- ☀️ Tupakasta vieroitukseen käytettävien lääkkeiden tulisi olla korvattavia sairausvakuutuksesta.

Lähteet

- Bancej C, O'Loughlin J, Platt R W, Paradis G & Gervais A (2007) Smoking cessation attempts among adolescent smokers: a systematic review of prevalence studies. *Tobacco Control*;16:e8.
- Brose L, West R, Mcdermott M, Fidler J, Croghan E & McEwen A. (2011) What makes for an effective stop-smoking service? *Thorax* 2011;66:924-926.
- Coleman T (2010) Do financial incentives for delivering health promotion counseling work? Analysis of smoking cessation activities stimulated by the quality and outcomes framework. *BMC Public Health*, 10:167.
- Fiore M, Jaén C, Baker T ym. (2008) Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Rockville (MD): U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service; 2008 May. 257 p.
- Helakorpi S, Pajunen T, Jallinoja P, Virtanen S & Uutela A (2011) Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2010. Raportti 15. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Heloma A & Sandström P (2009) Tupakoinnin vähentäminen. Teoksessa: Rimpelä M, Saaristo V, Wiss K & Ståhl T (toim.) Terveyden edistäminen terveyskeskuksissa 2008. Raportteja 2009:19. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Holmberg-Marttila D & Valvanne J (2011) Hoitoketjut toimiviksi potilaan ketjuiksi. *Suomen Lääkärilehti* 32, s. 2227.
- Kurko T, Kentala J, Mesiäislehto-Soukka H & Sandström P (2010) Terveydenhuollon ammattilaiset tupakasta vieroituksen tukena – tutkimuskatsaus. Teoksessa: Sandström P, Leppänen A & Simonen O (toim.) Tupakasta vieroituksen organisointi ja käytännöt. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:15. Helsinki:STM.
- Lehtomäki L (2009) Valtakunnallisista suosituksista terveyskeskusten talon tavoiksi. *Acta Universitatis Tamperensis* 1426. Tampere: Tampere University Press.
- Paasivirta K & Punnonen H (2012) Savuton Kunta 2012-yhteenveto. Helsinki: Kuntaliitto. Poimittu 13.2.2012 <http://www.kunnat.net/fi/palvelualueet/hyvinvointikunta/savuton%20kunta/Sivut/default.aspx>
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2009) Tupakkapoliittisia lakimuutoksia ja toimia valmistelevalle työryhmän loppu- ja väliraportit. Ehdotukset tupakkalain ja tupakkaverolain muutoksiksi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:15. Helsinki: STM.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2011) Tupakkasopimus tutuksi. Tupakoinnin torjuntaa koskeva puitesopimus (WHO FCTC). Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2011. Helsinki: STM.
- Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2012 [19.1.2012]. www.kaypahoito.fi.
- Valtioneuvoston kanslia (2011) Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma. Valtioneuvosto.
- Vemer P, Rutten van Mólken M, Kaper J, Hoogeven R, Schayck van O & Feenstra T (2010) If you try to stop smoking, should we pay for it? The cost-utility of reimbursing smoking cessation support in the Netherlands. *Addiction* 105, 1088–1097.
- Winell K (2010) Vieroituksen organisointi terveydenhuollossa. Teoksessa: Sandström P, Leppänen A & Simonen O (toim.) Tupakasta vieroituksen organisointi ja käytännöt. Sosiaali- ja terveysministeriö 2009:15. Helsinki:STM.