



Nuorten tupakointia ehkäisevä mini-interventio

Toteutettavuus suun terveydenhuollossa

JUKKA KENTALA,
PEKKA UTRIAINEN, KIMMO
PAHKALA, KARI MATTILA

Nuorten tupakointi on merkittävä kansanterveydellinen ongelma. Artikkelissa selvitetään mini-intervention tyyppisen tupakoinnin vieroitus- ja ehkäisymenetelmän toteutettavuutta terveystieteiden käytännön suun terveydenhuollossa. Taustatiedoksi kerättiin suun terveydenhuollon henkilöstön mielipiteitä ja asenteita tupakoinnista ja sen vastustamisesta. Henkilöstö suhtautui periaatteessa myönteisesti tämäntyyppiseen toimintaan ja piti sitä järkevänä osana käytännön suun terveydenhuoltoa. Toteutettavuutta mitattiin lisäksi tiedustelemalla intervention toteuttajien omia kokemuksia mini-interventiosta suun tutkimuskäyntien yhteydessä. Tutkimuksessa havaittiin selviä puutteita intervention käytännön toteutuksessa. Henkilökunnan oma tupakointi heijastui asenteissa ja toiminnassa.

Tupakointi on suurimpia kansanterveysongelmia sekä maailmanlaajuisesti että Suomessa. Terveystieteiden henkilöstön rutiinistyössä tupakoinnin vieroitus on tärkeää sekä yksilö- että väestötasolla (1). Erityisen hyvä mahdollisuus vieroitukseen on perusterveydenhuollossa, jossa väestö tavoitetaan kattavasti ja potilaskontaktit ovat säännöllisiä. Nuorilla tämä toteutuu erityisesti suun terveydenhuollossa.

Suomalaisnuoret aloittavat tupakointikokeilut yleensä jo 12–14 vuoden iässä. Nämä kokeilut johtavat usein säännölliseen tupakointiin (2). Suun terveydenhuollon henkilöstöä nuori kohtaa keskimäärin kerran vuodessa (3). Näihin käynteihin on mahdollista sisällyttää tupakointiin liittyvää terveysneuvontaa.

Suomessa kartoitettiin vuoden 1987 lopussa valtakunnallisesti ham-

maslääkäreiden tupakointia koskevia asenteita sekä osallistumista tupakoinnin vastaiseen terveystieteiden huoltoon. Tuolloin Telivuo työtovereineen huomasi, että suomalaiset hammaslääkärit suhtautuivat enimmäkseen myönteisesti tupakoinnista vieroitukseen (4). Tehävään positiivisesti suhtautuvat hammaslääkärit olivat aktiivisempia toteuttamaan vieroitustoimia omassa työssään. Vuonna 1999 selvitettiin EU:n alueella hammaslääkäreiden suhtautumista tupakoinnin vastustamistyöhön (5). Valtaosa hammaslääkäreistä piti tupakoinnin vastustamistyötä suun terveydenhuollon tehtäviin kuuluvana. Kuitenkin käytännössä vain kolmannes hammaslääkäreistä tiedusteli potilaidensa tupakointitapoja.

Pitkään kestänyt tupakointi vaikuttaa suun terveyteen ja ulkonäköön monin tavoin. Tavallisimpia muutoksia ovat hampaiden värjäytymät ja pahan-

hajuinen hengitys, joista on merkittävää sosiaalista haittaa. Myös tupakoinnin yhteys suusyöpään sekä vaikutukset hampaisiin ja hampaiden kiinnityskudoksiin tunnetaan (6, 7). Näkyvät muutokset suussa saattavat olla tehokas keino motivoida murrosikäisiä nuoria lopettamaan tupakointi. Tässä iässä nuoret ovat hyvin tarkkoja ulkonäkönsä liittyvissä asioissa.

Tupakoinnin vieroitusmenetelmistä on olemassa useita näyttöön perustuvia ohjeistoja. Mini-interventio on tällä hetkellä eräs yleisimmän käytetyistä. Kansainvälisten suositusten mukaan sen tulisi aina sisältyä terveydenhuollon keinovalikoimaan (8, 9). Mini-interventio on yksi Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin laatimien Käypä hoito -suositusten sisältämä menetelmä (10). EU:n ”Tupakka ja suun terveys” -ryhmän ohjeeseen (11) on kirjattu, että tupakointiin tulisi puuttua vähintään lyhyen neuvonnan keinoin. Tupakointiin kohdistuvan mini-intervention toteutettavuus sekä sen ongelmat ja esteet käytännön kliinisessä työssä tulisi tuntea ennen kuin menetelmä otetaan laajempaan käyttöön suun terveydenhuollossa.

Mini-interventio toteutettiin neljässä Länsi-Suomen läänin kaupungissa yhteistyössä terveystieteiden hammaslääkäreiden ja hoitajien kanssa. Mini-interventiosta esiteltiin tupakoinnin haittoja suun terveydelle ja verrattiin näitä koululaisen havaintoihin oman suunsa terveydestä. Kokeilun tulokset olivat rohkaisevia. Yhden koululaisikäluokan kahden vuoden seurannan jälkeen mini-interventioyryhmästä tupakoi 18,1 % ja kontrolliryhmästä 20,8 % (12). Vastavia suun terveydenhuollon tutkimuk-

Taulukko 1. Ennen hammaslääkärin tarkastusta koululaisille jaetun kyselylomakkeen sisältämät kysymykset. Vastausvaihtoehdot olivat kyllä tai ei muissa kuin määrää mittaavissa kysymyksissä.

Tupakoitko?

Kysymykset tupakoiville:

- Tupakoitko säännöllisesti?
- Montako savuketta poltat päivässä?
- Montako savuketta poltat viikossa?
- Tupakoiko jompikumpi vanhemmistasi?
- Hyväksyvätkö vanhempasi tupakointiasi?
- Onko Sinulla tietoa tupakoinnin aiheuttamista terveysvaaroista?
- Luuletko jatkavasi tupakointia?
- Oletko yrittänyt lopettaa?
- Haluaisitko lopettaa?
- Tulisitko ryhmään, joka auttaisi Sinua lopettamaan tupakoinnin?
- Oletko kokeillut nuuskaa tai purutapakkaa?

Kysymykset niille, jotka eivät tupakoi

- Oletko kokeillut tupakointia?
- Aiotko kokeilla?
- Tupakoiko jompikumpi vanhemmistasi?
- Onko Sinulla tietoa tupakoinnin aiheuttamista terveysvaaroista?
- Oletko kokeillut nuuskaa tai purutapakkaa?

sia ei ole aiemmin tehty. Lääkäreiden toteuttamissa, tosin vain puoli vuotta kestäneissä seurantatutkimuksissa, mini-interventioissa on päästy vastaaviin tuloksiin (13).

Tämän raportin tarkoituksena on tarkastella tupakoinnin aloittamisen ehkäisyyn ja tupakoinnista vieroittamiseen tarkoitettua mini-intervention toteutettavuutta suun terveydenhuollossa. Tavoitteena oli myös kartoittaa suun terveydenhuollon henkilöstön mielipiteitä menetelmästä ja sen käytännön toteutuksesta.

Aineisto ja menetelmät

Mini-intervention toteutettavuutta tutkittiin:

- arvioimalla mini-intervention kattavuutta, kun se toteutettiin osana ter-

veyskeskusten järjestelmällisiä suun tarkastuksia

- lähettämällä postikysely kaikkien Etelä- ja Keski-Pohjanmaan terveyskeskusten suun terveydenhuollon henkilöstölle. Kyselyllä tutkittiin mielipiteitä tupakoinnin vastustamistyöstä sekä mini-intervention menetelmästä. Mini-intervention toteuttajilta pyydettiin lisäksi oma arvio menetelmän käytännön toteutuksesta.

Mini-intervention koejärjestelyt

Tupakoinnin ehkäisyyn ja lopettamiseen pyrkivä mini-interventio toteutettiin neljässä Pohjanmaan kaupungissa: Vaasassa, Seinäjoella, Pietarsaareissa ja Kokkolassa. Ensimmäisessä tarkastuksessa nuoret olivat keskimäärin 13-vuotiaita koululaisia. Parittomina päivinä syntyneet nuoret arvottiin koeryhmään, jolle määrääkaistarkastuksen yhteydessä tehtiin mini-interventio. Parillisina päivinä syntyneet muodostivat vertailuryhmän. Tutkimuksen alussa 2 586 nuorta käsitänyttä kohorttia seurattiin kahden vuoden ajan. Seuranta oli mahdollista, koska he kuuluivat järjestelmällisen suun terveydenhuollon piiriin. Ennen määrääkaistarkastusta he täyttivät odotushuoneessa tupakointitapoja ja -tietämystä selvittävän kyselylomakkeen (**taulukko 1**). Hampaiston tarkastanut henkilö ei nähnyt vastauksia ennen tarkastusta, koska lomake liitettiin tarkastuslomakkeeseen vasta käynnin jälkeen. Tupakointia koskeva kysymys validoitiin mittaamalla samanikäisiltä nuorilta syljen tiösyaanaattipitoisuus sekä uloshengitysilman häkä (14).

Tarkastuksessa kirjattiin D, DMF ja CPITN-indeksit. Vertailuryhmän tarkastus kirjattiin siniselle, koeryhmän punaiselle lomakkeelle, jotta mini-intervention kohdistuminen oikealle ryhmälle varmistui. Vertailuryhmälle ei tehty tupakoinnin vieroitukseen liittyviä toimia. Koeryhmään kuuluville koululaisille tehtiin mini-interventio (**taulukko 2**).

Mini-interventiossa suun määrääkaistarkastuksen tekijä kysyi koeryhmän koululaiselta, tupakoiko tämä. Sen jälkeen tehtiin tavanomainen suun kliininen tutkimus. Tutkimuksen jälkeen näytettiin neljän värikuvan sarja tupakoinnin aiheuttamista suumuutoksista sekä peilin kautta nuoren oma hampaisto. Tupakoimattomalle annettiin positiivi-

nen palaute hänen tupakoimattomuudestaan ja tupakoivaa rohkaistiin lopettamaan. Mini-intervention toteuttamiseen kului aikaa 2–3 minuuttia tarkastuskäynnistä.

Ennen ikäkohortin ensimmäistä tarkastusta ja seurannan alkua järjestettiin seurantaan osallistuvien neljän terveyskeskuksen suun terveydenhoitohenkilökunnalle valmennustilaisuus, johon osallistui yhteensä 60 henkilöä. Mini-intervention periaatteet, kirjalliset ohjeet ja käytännön toteutus käytiin läpi intervention tulevien toteuttajien kanssa. Ohjeistuksessa painotettiin, että interventio on kokeiluajana osa nuorten normaalia tarkastusrutiinia. Muilta osin määrääkaistarkastusten toimintatapoja ei haluttu muuttaa. Ikäluokasta seurannassa pysyneiden nuorten määrä selvitettiin vuosittain mini-intervention kattavuuden arvioimiseksi.

Postikyselyn toteutus

Etelä- ja Keski-Pohjanmaan kaikkien terveyskeskusten suun terveydenhoitohenkilökunnalle lähetettiin mini-interventio-ohjeiden jälkeen postikysely, jossa pyydettiin mielipiteitä ja arviota menetelmän käytännön toteutettavuudesta sekä menetelmän ongelmista. Mini-intervention menetelmä kuvailtiin seikkaperäisesti kyselylomakkeen etusivulla.

Kaikilta vastauslomakkeen palauttaneilta saatiin arviot mini-intervention ja tupakointiin liittyvistä väitämistä janamittarin (visual analogue

Taulukko 2. Tupakoinnin ehkäisyyn pyrkivän mini-intervention sisältö.

- 1) Kysytään: Tupakoitko?
- 2) Normaali hampaiston ja suun pehmytosten tarkastus.
- 3) Nuorelle näytetään neljä värivalokuvaa tupakan haitallisista vaikutuksista suun alueella.
- 4) Nuorelle näytetään peilillä hänen omat hampaansa ja ikenensä kiinnittäen huomiota mahdollisiin tupakan aiheuttamiin muutoksiin.
- 5) Suun löydöksiin perustuen nuorelle annetaan positiivinen palaute tupakoimattomuudesta tai tupakoivia rohkaistaan lopettamaan.

scale eli VAS) avulla. Janamittariin vedettiin poikkiviiva kohtaan, joka vastasi arvioijan mielipidettä janan kahden ääripään välillä, jotka olivat ”täysin eri mieltä” (0) ja ”täysin samaa mieltä” (100). Poikkiviivan etäisyys janan 0-päästä muutettiin graafisen levyn avulla tietokoneelle indeksiluvuksi, kun koko janan mitta-asteikko oli nolasta sataan (15). Henkilökunnalta tiedusteltiin myös avoimella kysymyksellä, mitkä ovat mahdollisia mini-interventiokoikeilun koko Suomeen laajentamisen esteitä tai ongelmia.

Kokeilun toteuttajia pyydettiin lisäksi arvioimaan intervention eri osien (tupakoinnista kysyminen, valokuva-sarjan katselu, oman hampaiston tarkastelu peilistä sekä positiivisen palautteen antaminen) toteutumista janamittarilla. Janamittarin ääripäitä kuvasivat luonnehdinnat ”aina” (0) ja ”ei koskaan” (100). Näin saatiin edellä esitetyllä tavalla janaindeksi, jonka numeerinen arvo oli välillä nolasta sataan. Yhdellä avoimella kysymyksellä kartoitettiin interventiotesta saatuja kokemuksia.

Alueella oli 34 terveyskeskusta, joista 24:stä saatiin yhteensä 274 vastausta. Näistä 135 oli hammaslääkäreiltä.

Vastanneiden terveyskeskusten virkati-lanteesta laskettuna hammaslääkäreiden vastausprosentti oli 83,5 ja muun hammashuollon henkilöstön (hammashoitajat ja hammashuoltajat) 70,1. Mini-interventiota oli vastanneista hammaslääkäreistä tehnyt 36 ja muusta henkilö-kunnasta 23 työntekijää.

Vastaukset analysoitiin frekvenssijakautumina siten, että janaindeksin yläkvartiilin arvot sijoitettiin luokkiin ”täysin samaa mieltä” tai ”ei koskaan”. Alakvartiilin arvot sijoitettiin luokkiin ”täysin eri mieltä” tai ”aina”. Janaindeksien keskiarvojen tilastollista merkitsevyyttä kuvattiin p-arvon sekä luottamusvälien avulla. Ryhmien väliset erot testattiin t-testillä käyttäen analyysissa SPSS-tilasto-ohjelmaa. Tutkimus tehtiin yhteistyössä Länsi-Suomen lääninhallituksen kanssa, ja sille oli Vaasan terveyskeskuksen eettisen toimikunnan lupa.

Tulokset

Mini-intervention kattavuus

Kaikissa kokeilukaupungeissa interven-tion perusjoukko tavoitettiin kattavasti. Seurantavuosien aikana tehtiin neljäs-

sä kaupungissa 2 586 koululaiselle yhteensä 6 335 tarkastusta. Perusjoukosta 84 %:lle tehtiin kaksi tarkastusta ja 61 %:lle kolme.

Suun terveydenhuollon henkilöstön mielipiteet tupakoinnin vastustamistyöstä

Keski- ja Etelä-Pohjanmaan suun terveydenhuoltohenkilökunnasta 11 % oli sitä mieltä, että Suomen tupakkalaki on liian ankara. Täysin eri mieltä oli 64 %. Väittämän ”Tupakoinnin vastustamistyö kuuluu hammashuollon tehtäviin” kanssa oli täysin samaa mieltä 33 % ja täysin eri mieltä 15 %. Väittämään ”Tupakointiin voidaan ratkaisevasti vaikuttaa terveysneuvonnalla” olivat prosentit vastaavasti 31 ja 12. Vastaajan peruskoulutuksella (hammaslääkäri tai muu henkilöstö eli hammashoitaja/hammashuoltaja) ei näyttänyt olevan tilastollisesti merkitsevää yhteyttä tupakointiin liittyviin yleisiin väittämiin annettuihin vastauksiin.

Joitakin ammattiryhmien välisiä eroja kuitenkin havaittiin. Hammaslääkärit olivat muita ammattiryhmiä useammin sitä mieltä, että tupakointiin puuttuminen on suun terveydenhuol-

Taulukko 3. Suun terveydenhuoltohenkilöstön mielipiteet tupakointia käsitteleviin väittämiin ammattiryhmän, interventioon osallistumisen ja oman tupakoinnin suhteen. Tuloksena on esitetty janaindeksin keskiarvo (95 %:n luottamusväli), kun ”täysin samaa mieltä” sai arvon 100 ja ”täysin eri mieltä” arvon 0.

		Koulutus		
	Hammaslääkärit n = 135		Muu henkilöstö n=124	p
Suomen tupakkalaki on liian ankara	26 (21—31)		28 (23—34)	0,531
Tupakointiin voidaan ratkaisevasti vaikuttaa terveysneuvonnalla	57 (52—61)		66 (61—70)	0,005
Tupakoinnin vastustustyö kuuluu hammashuollon tehtäviin	62 (57—67)		55 (50—60)	0,035
		Interventio		
	Osallistui n = 59		Ei osallistunut n=192	p
Suomen tupakkalaki on liian ankara	24 (17—32)		28 (24—32)	0,395
Tupakointiin voidaan ratkaisevasti vaikuttaa terveysneuvonnalla	62 (56—69)		60 (57—64)	0,603
Tupakoinnin vastustustyö kuuluu hammashuollon tehtäviin	62 (55—69)		58 (54—62)	0,379
		Oma tupakointi		
	Ei tupakoi n = 235		Tupakoi n = 23	p
Suomen tupakkalaki on liian ankara	26 (22—29)		41 (27—55)	0,017
Tupakointiin voidaan ratkaisevasti vaikuttaa terveysneuvonnalla	62 (59—65)		52 (42—63)	0,070
Tupakoinnin vastustustyö kuuluu hammashuollon tehtäviin	59 (55—63)		53 (42—64)	0,317

lon tehtävä. Hammashuoltajat ja hammashoitajat uskoivat sen sijaan hammaslääkäreitä enemmän yleisen terveysneuvonnan tehoon (**taulukko 3**).

Interventiokokeiluun osallistuminen oli yhteydessä ilmoitettuihin mielipiteisiin. Ne jotka olivat osallistuneet kokeiluun ja tehneet mini-interventiota, suhtautuivat selvästi muita myönteisemmin esitettyihin väittämiin. Vastaajan oma tupakointi heijastui selvästi asenteisiin koko tupakkaterveysneuvontaa kohtaan. Tupakoivien suhtautuminen tupakkalakiin oli kriittisempi kuin tupakoimattomilla.

Suun terveydenhuollon henkilöstön mielipiteet mini-interventiosta

Kahdeksan prosenttia vastaajista ilmoitti, että tupakointiin kohdistuva mini-interventio on täysin turhaa ja seitsemän prosenttia ilmoitti, että tupakoinnin tiedustelevinen potilaalta on kiusallista. Hampaiden värjäytyminen tupakoinnin seurauksena ja siihen vetoaminen kiinnosti vastaajien mielestä koululai-

sia. Vain neljä prosenttia oli täysin toista mieltä. Suun terveydenhuollon resurssien riittävyttä tämänkaltaiseen tupakoinnin vastustamistyöhön epäiltiin. Resurssien riittävydestä oli täysin samaa mieltä 35 % ja täysin eri mieltä 22 %. Ammattiryhmien välillä ei havaittu eroja suhtautumisessa mini-interventioon (**taulukko 4**). Interventiokokeilussa mukana olleiden mielestä tupakoinnista tiedustelevinen oli merkittävästi helpompaa kuin kokeiluun osallistumattomien mielestä.

Vastaajan oma tupakointi heijastui selvästi myös mielipiteessä mini-interventiosta. Tupakoitsijoista yli puolet oli sitä mieltä, että mini-interventio on hyödytöntä, ja yli kolmasosan mielestä tupakoinnin kysyminen nuorelta on kiusallista (**taulukko 4**).

Kun avoimella kysymyksellä tiedusteltiin mahdollisia esteitä tai ongelmia mini-interventiokokeilun laajentamisessa koko Suomeen, tuli vastauksista esiin huoli ajan ja henkilökunnan puutteesta. Jotkut vastaajista näkivät ongelma-

na koulutuksen puutteen ja motivaation vähäisyyden.

”Terveyskasvatus ehkä tulisi rutiniinomaiseksi, jolloin vaikuttavuus kärsii. Aikapulaa kokee monet hammas-huollon työntekijöistä.”

”Riittääkö aika kyseiseen hommaan kaikilla? Tupakoivilla asenne hamma-shoittoon voi kärsiä, jos he kokevat valistuksen painostukseksi ja epämielilyttävänä.”

”Att själv orka motivera, är efter år. Och att kunna informera på ett sätt som går hem.”

”Toimenpiteen vaatima aika on pois muusta hammashoidosta. Pikku-tarkka esteettisten seikkojen korostaminen synnyttäisi myös tarpeettomia oikomishoito tms. -paineita.”

Taulukko 4. Suun terveydenhuoltohenkilöstön mielipiteet mini-interventiota käsitteleviin väittämiin ammattiryhmän, interventioon osallistumisen ja oman tupakoinnin mukaan. Tuloksena esitetty janaindeksin keskiarvo (95 %:n luottamusväli), kun ”täysin samaa mieltä” sai arvon 100 ja ”täysin eri mieltä” arvon 0.

		Koulutus		
	Hammaslääkärit n = 135		Muu henkilöstö n = 124	p
Mini-interventio on turhaa touhua	32 (27–37)		31 (27–36)	0,849
Tupakoinnin kysyminen potilaalta on kiusallista	23 (19–29)		27 (23–32)	0,201
Hampaiden värjäytyminen kiinnostaa koululaisia	73 (69–76)		73 (69–77)	0,956
Hammashuollon resurssit eivät riitä tupakoinnin vastustamistyöhön	45 (40–50)		45 (40–61)	0,983
		Interventio		
	Osallistui n = 59		Ei osallistunut n = 193	p
Mini-interventio on turhaa touhua	36 (28–44)		31 (27–34)	0,215
Tupakoinnin kysyminen potilaalta on kiusallista	19 (14–25)		27 (23–31)	0,030
Hampaiden värjäytyminen kiinnostaa koululaisia	72 (69–79)		72 (69–75)	0,851
Hammashuollon resurssit eivät riitä tupakoinnin vastustamistyöhön	49 (40–57)		44 (39–48)	0,299
		Oma tupakointi		
	Ei tupakoi n = 235		Tupakoi n = 23	p
Mini-interventio on turhaa touhua	30 (27–33)		50 (36–65)	0,007
Tupakoinnin kysyminen potilaalta on kiusallista	24 (21–27)		38 (24–51)	0,051
Hampaiden värjäytyminen kiinnostaa koululaisia	73 (70–76)		69 (60–78)	0,378
Hammashuollon resurssit eivät riitä tupakoinnin vastustamistyöhön	45 (41–49)		44 (30–57)	0,828

Mini-interventiota tehneiden arvio menetelmän toteutuksesta

Mini-interventioon osallistuneet suun terveydenhuoltohenkilökuntaan kuuluvat ilmoittivat, että he olivat toteuttaneet mini-intervention vaiheet puutteellisesti; vaiheet eivät aina toteutuneet suunnitellulla tavalla (taulukko 5). Vastaajista 75 % oli sitä mieltä, että kysymys koululaisen tupakoinnista toteutui aina ja kahdeksan prosenttia oli sitä mieltä, että ei koskaan. Vastaajista 51 % ilmoittivat antaneensa aina positiivisen palautteen tupakoimattomuudesta. Valokuvasarjan tupakoinnin haittoista näytti 57 % aina. Vastaajien mukaan vain 34 % koululaisista tutki peilillä oman hampaistonsa aina tarkastuksen yhteydessä. Vain harvat (6 %) ilmoittivat, että he eivät toteuttaneet mini-intervention eri osia lainkaan.

Ammattiryhmällä (hammaslääkäri / muu henkilöstö) näytti olevan merkitystä mini-intervention vaiheiden toteutumisessa. Muu henkilökunta arvioi mini-intervention toteutuneen kaikilta osiltaan paremmin kuin hammaslääkärit arvioivat (taulukko 5). Erot eivät kuitenkaan olleet tilastollisesti merkittäviä. Tupakoijia oli suorittajissa niin vähän (kuusi), että arviota toteutuksesta ei tehty tupakoinnin suhteen.

Kaupunkien välillä havaittiin eroja vaiheiden toteutumisessa. Toteuttajien oman arvion perusteella intervention vaiheet toteutettiin tunnollisimmin Vaasassa, jossa vain koululaisten hampaiden näyttäminen peilin kautta toteutui muita kaupunkeja huonommin.

Tiedusteltaessa suorittajien kokemuksia mini-interventiosta avoimella kysymyksellä vastauksista tuli esiin menetelmän käyttökelpoisuus nopeana ja helppona tupakan vieroituskeinona. Negatiivisina piirteinä vastauksista nousivat epäily nuorten vastausten totuu-

denmukaisuudesta sekä ajankäyttöön liittyvät ongelmat:

”Nopea ja helppo tehdä. Jos yksikin jättää tupakoinnin kokeilun vuoksi, on se ollut järkevää.”

”Kuvasarja oli tehokas nuorille. Samojen kuvien toisto vuosittain ehkä vähensi nuoren kiinnostusta asiaan.”

”Vei aikaa, nuoret eivät ehkä vastanneet totuudenmukaisesti kysymyksiin.”

Pohdinta

Säännölliset suun tarkastukset ja potilaskontaktit mahdollistavat myös muun kuin hampaisiin kohdistuvan terveysneuvonnan. Suomessa on otettu käyttöön lasten ja nuorten yksilölliset tarkastusväli jo vuosia sitten. Kutsujärjestelmän toimiessa suunnitellusti tarkastusväli määräytyy arvioidun hammas-sairauksien riskin mukaan. Riskiyksilöt tarkastetaan muita useammin, ja kontaktien yhteydessä pystytään antamaan myös muuta terveysneuvontaa. Yksilöllisen tarkastusvälin idea ei ole vielä toteutunut täysin tyydyttävästi terveyskeskuksissa (3). Toisaalta osaa ikäluokasta ei tarkasteta, mikä saattaa heikentää suun terveydenhuollon mahdollisuuksia osallistua yleiseen ja kattavaan terveyskasvatukseen. Tämä ei ole ongelma, jos tarkastukset kuitenkin tavoitavat suurimmassa terveysvaarassa olevat riittävän usein. Tutkimuksessamme kaikkia mini-interventioon osallistuneita ei tarkastettu vuosittain, ja osa tutkitun ikäkohortin hävikistä johtui oppilaiden muuttamisesta toiselle paikkakunnalle tutkimusvuosien aikana.

Suun terveydenhuollon kaikissa ammattiryhmissä ollaan melko valmiita

tekemään tupakointiin liittyvää terveyskasvatusta. Toteutusta voidaan parantaa valitsemalla tehtävään hyvin motivoituneet ja koulutetut henkilöt. Myönteisesti terveysneuvontaan asennoituvilla on motivaatiota tämäntyyppiseen toimintaan osana normaalia suun terveydenhuoltoa. Terveydenhuoltohenkilöstön oma tupakointi heijastuu selvästi asenteisiin ja toimintaan, joten henkilökunnalle tulisi ensimmäiseksi tarjota ja järjestää mahdollisuus tupakasta vieroitukseen.

Tutkimus antoi realistisen kuvan mini-intervention toteutuksen ongelmista. Menetelmään liittyviä ongelmia ei juuri ollut, mutta käytännön toteutuksessa havaitut motivaatiovaikeudet täytyy ottaa huomioon mietittäessä laajempia kokeiluja. Hyvin harva oli toteuttanut intervention kokonaisuudessaan, mikä heijastaa puutteellista sitoutumista tehtävään.

Intervention toteuttajien koulutusta tulee parantaa laadullisesti ja määrällisesti. Kontrolloiduissa tutkimuksissa, joissa intervention tekijöille on annettu runsaasti koulutusta, he ovat luottaneet paremmin kykyihinsä ja ovat olleet halukkaampia neuvomaan potilaitaan (16, 17). Selvityksissä on tosin havaittu, että koulutuksen lisääminen ei välttämättä paranna intervention tehoa, mutta neuvonnan määrää se lisää (18).

Vaikka lääkärin/hammaslääkärin tekemän lyhyen neuvonnan teho on ollut tutkimuksissa vain muutaman prosentin luokkaa, on sen kansanterveydellinen ja kansantaloudellinen merkitys väestötasolla erittäin huomattava. Tupakoinnin ehkäisyn velvoitteen kirjaaminen kaikkien terveydenhuoltojärjestelmässä toimivien asiaksi mm. Käypä hoito -suosituksessa edistää tärkeän asian muuntumista luontevaksi arkipäivän toiminnaksi. Toteutuksen ongelmis-

Taulukko 5. Mini-interventiota toteuttaneen suun terveydenhuoltohenkilöstön vastaukset kysymykseen: Toteutuiko kokeilussa mini-interventio ohjeissa kuvatulla tavalla? Tuloksena esitetty janaindeksin keskiarvot (95 %:n luottamusväli) ammattiryhmittäin jaoteltuna, kun ”aina” sai arvon 0 ja ”ei koskaan” arvon 100.

Mini-intervention suorittaja			
	Hammaslääkäri n = 36	Muu henkilöstö n=23	p
Tupakoinnin kysyminen	20 (10–30)	14 (4–25)	0,402
Valokuvasarjan katselu	31 (19–42)	20 (9–30)	0,339
Oman hampaiston tutkiminen peilillä	51 (39–63)	41 (26–56)	0,445
Positiivisen palautteen antaminen	33 (23–42)	24 (13–34)	0,398

ta huolimatta menetelmää voi suositella kaikille vastaanotoille. Ottamalla huomioon tutkimuksessa havaitut ongelmat ja rajoitukset sekä kehittämällä menetelmää voidaan saada merkittäviä väestötason tuloksia.

Puutteellinen koulutus tai riittämätön laadun varmistusjärjestelmä selettäne kaupunkien väliset erot toteutuksessa. Terveyskeskuksen johdon tulisi ottaa vastuu ja sitoutua uskottavasti tavoitteisiin. Terveyskeskuksissa vallitseva hallinto- ja työolultuuri vaikuttavat lopulta siihen, kuinka hyvin yhteisesti sovituista periaatteista ja hoitotavoista pidetään kiinni.

Avoimissa kysymyksissä tuli esiin ajankäytön ongelma. Työtahti terveyskeskuksissa on uuden lainsäädännön tuomien lisävelvoitteiden myötä kiihtynyt, ja vaatimukset työn tuottavuuden osalta terveyskeskusten suun terveydenhuollossa ovat kasvaneet (19). Hammaslääkäriin kokonaistyöajasta mini-interventioon käytetty ajallinen uhraus on kuitenkin pieni.

Mini-interventiolla on suun terveydenhuollossa perinteiseen tupakoinnin vieroituksessa käytettävään terveysneuvontaan verrattuna huomattavia etuja. Se saavuttaa määrääikäistarkastuksissa nuoret hyvin, se on halpa menetelmä eikä tarvitse erillistä käyntiä. Lisäksi tiedetään, että suun terveyden riskipotilaat ovat myös tupakoinnin riskiryhmiä. Ennaltaehkäisyyn ja hoitoon tulisi näillä potilasryhmillä kohdentaa enemmän voimavaroja.

Tiivistelmä

Tutkimuksen tarkoituksena oli seurata mini-intervention toteutusta nuorten tupakoinnin ehkäisyssä ja vieroituksessa normaalin järjestelmällisen suun terveydenhuollon osana. Mini-interventio kohdistui yhteisen kokonaiseen ikäkohorttiin seurannan kestäessä kaksi vuotta. Toteutettavuutta mitattiin tiedustelemalla intervention suorittajilta mini-intervention eri vaiheiden todellista toteutumista hammashoitokäyntien yhteydessä. Mini-intervention kului neljä vaihetta: tupakoinnista kysyminen, positiivisen palautteen anto, valokuvien näyttäminen sekä nuorten omien hampaiden näyttäminen peilin kautta. Taustatiedoiksi kerättiin Pohjanmaalla suun terveydenhuoltohenkilöstön mielipiteitä ja asenteita tupakoinnista ja tupakointiin kohdistuvasta

terveyskasvatuksesta.

Henkilöstö suhtautui periaatteessa positiivisesti tämäntyyppiseen toimintaan ja piti sitä järkevänä osana suun käytännön terveydenhoitoa. Ammattiryhmien välillä havaittiin joitakin eroja suhtautumisessa tupakointiin liittyviin väittämiin. Samoin henkilökunnan oma tupakointi heijastui suhtautumisessa projektiin sekä tupakointiin liittyviin väittämiin. Tutkimuksessa havaittiin selviä puutteita käytännön toteutuksessa. Kaikki mini-intervention vaiheet toteutuivat vain osassa käynneistä.

Menetelmän toteutettavuutta voitaneen parantaa kehittämällä henkilöstön omaa motivaatiota ja sitoutumista terveysneuvontaan, muokkaamalla mini-interventiomenetelmää sekä asettamalla toiminnalle laatuksiteerit, joita seurataan terveyskeskuksen laadunvarmennusjärjestelmässä.

Smoking prevention among youth – feasibility of mini-intervention in oral health care

The aim of this study was to evaluate the real-life feasibility of a brief intervention method for use in dentistry, especially for use in prevention of smoking. The brief intervention was focused on one age cohort with a follow-up period of two years. Those who took part in the intervention measures were asked how well the different phases of the intervention had been implemented during their dental visits. The four stages of the brief intervention were: asking about smoking, providing positive feedback, showing photographs and looking at teeth with a mirror.

All employees of the municipal dental health service in the province of Ostrobothnia were also asked about their attitudes towards smoking-related issues and the kind of health education that should be given. The dental staff was mostly of the opinion that prevention of smoking is an important factor

within dentistry. Certain interprofessional differences were noted in relation to theories concerning smoking, and it could be seen that the respondents' individual smoking habits were clearly reflected in their attitudes towards the project and towards smoking issues. Obvious defects were observed in the practical feasibility of the brief intervention method. This was probably due to insufficient implementation of the method by the administration and personnel.

The various phases of the brief intervention were carried out only partially during dental visits. The feasibility of the method can be improved by raising the self-motivation of the staff for health counselling. Feasibility will also be enhanced when quality standards for this kind of action are accompanied by quality assurance.

Kirjallisuus

1. West R, Mc Neill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax* 2000; 55: 987–999.
2. Rimpelä A, Lintonen T, Pere L, Rainio S, Rimpelä M. Nuorten terveystapatutkimus 2003. Tupakoinnin ja päihitteiden käytön muutokset 1977–2003. *Stakes. Aiheita* 13. Helsinki 2003.
3. Eerola A, Hausen H, Lahti S ja Widström E (toim.). Tutkimus- ja tarkastusvälit lasten ja nuorten suun terveydenhoidossa. Asiantuntijaryhmän raportti. *Stakesin Raportteja* 225. Gummerus Kirjapaino Oy. Saarijärvi 1998.
4. Telivuo M, Vehkalahti M, Lahtinen A, Murtomaa H. Finnish dentists as tobacco counsellors. *Community Dent Oral Epidemiol* 1991; 19: 221–224.
5. Allard RH. Tobacco and oral health: attitudes and opinions of European dentists; a report of the EU working group on tobacco and oral health. *Int Dent J* 2000; 50: 99–102.
6. McCann D. Tobacco use and oral health. *J Am Dent Assoc* 1989; 118: 18–25.
7. Johnson NW, Bain CA. Tobacco and oral disease. EU-Working Group on Tobacco and Oral Health. *Br Dent J* 2000; 189: 200–206.
8. Fiore M, Bailey W, Cohen SJ et al. Treating tobacco use and dependence. *Clinical Practice Guideline. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service. Rockville* 2000.

9. A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence. A US Public Health Service Report. JAMA 2000; 283: 3244—3254.
10. Käypä hoito -suositus. Suomen Yleislääketieteen yhdistys ry:n asettama työryhmä. Tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot. Duodecim 2002; 118 (24): 2578—2587. Luettavissa <www.duodecim.fi/kh>
11. EU Working Group on Tobacco and Oral Health Consensus Meeting. Copenhagen, 23—26 October 1997. Abstracts. Oral Dis 1998; 4: 48—67.
12. Kentala J, Utriainen P, Pahkala K, Mattila K. Can brief intervention through community dental health have an effect on adolescent smoking. Prev Med 1999; 29: 107—111.
13. Lancaster T, Stead LF. Physician advice for smoking cessation. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 4.
14. Kentala J, Utriainen P, Pahkala K, Mattila K. Verification of adolescent self-reported smoking. Addict Behav 2004; 29: 405—411.
15. Virjo I, Virjo A, Mattila K, Isokoski M. Graphics tablet facilitates use of visual analogue scale. Kirjassa: 14th WONCA World Conference. Family medicine meeting new challenges. Hong Kong 1995.
16. Cohen SJ, Stookey GK, Katz BP, Drook CA, Christen AG. Helping smokers quit: a randomized controlled trial with private practice dentists. J Am Dent Assoc 1989; 118: 41—45.
17. Secken-Walker RH, Solomon LJ, Hill HC. A statewide survey of dentist's smoking cessation advice. J Am Dent Assoc 1989; 118: 37—40.
18. Lancaster T, Silagy C, Fowler G. Training health care professionals in smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2004.
19. Widström E, Pietilä I, Huhtala S, Suominen-Taipale L. Hammashuoltouudistuksen käynnistyminen terveyskeskuksissa. Suom Hammaslääkäril 2002; 3: 104—107.

Jukka Kentala
HLL, johtava ylilääkäri
Sosiaali- ja terveysvirasto
PL 241
65101 Vaasa
jukka.kentala@vaasa.fi

Pekka Utriainen
HLL, FT
Jyväskylän kaupungin sosiaali- ja terveyspalvelut
Jyväskylä

Kimmo Pahkala
LKT
Länsi-Suomen lääninballitus
Vaasa

Kari Mattila
LKT
Lääketieteen laitos
Tampereen yliopisto sekä
Pirkanmaan sairaanhoitopiiri,
yleislääketieteen yksikkö
Tampere

Hyväksytty julkaistavaksi 18.9.2005

Eniten ksylitolia!



Pikku Kakkosen täysksylitolipurukumi on makeutettu ainoastaan ksylitolilla. Markkinoiden korkein ksylitolipitoisuus: 77 paino-%. Huom! Pikku Kakkonen ei sisällä keinomakeuttajia, väriaineita eikä soijaa. Maku: suosittu hedelmä. 120 g prk.

Fennobon Oy:n v. 2005 kotimainen purukumiutuus on **XyliMax 77% täysksylitolipurukumi**. XyliMax on makeutettu yksinomaan ksylitolilla. Markkinoiden korkein ksylitolipitoisuus: 77 paino-%. XyliMax ei sisällä: keinomakeuttajia, väriaineita eikä soijaa. XyliMax makuna raikas icementhol. Tuote pakattu kätevään 120 g suljettavaan purkkipakkaukseen. Suojele ympäristöäsi. Kääri käytetty XyliMax-purukumi pakkauksen sisällä olevaan suojapaperiin ja heitä roskakorin.

XyliSuu on suussa sulava miedonmakuinen ksylitolitabletti päivittäiseen suuhygieniaan. Vaihtoehto henkilöille/ryhmille, jotka eivät voi tai halua käyttää purukumia. Esim. pienet lapset, oikomispotilaat, kuivasuiset, ikääntyvät, laitospotilaat, leukanivelvaivoista kärsivät henkilöt ja kehitysvammaiset. XyliSuun sisältämä ksylitoli lisää syljen eritystä, vaikuttaa positiivisesti suun pH-arvoihin edistäen suun terveyttä. XyliSuu on tutkittu tuote, jonka käyttö erityisryhmille on helppoa tabletin koostumuksen, koon ja miedon makunsa vuoksi. Annostus: aikuisille 1-2 tablettia ja alle 5 v. lapsille 1/2 tablettia, 5-6 krt päivässä aina aterian ja välipalan jälkeen. XyliSuu ksylitolitabletti n. 78 g prk.



Aidosti kotimainen!

Fennobon Oy
HYVÄNTEKIJÄ KARKKILASTA

Yrittäjätie 54, 03600 Karkkila Puh. 09 3478 660