DUODECIM
KÄYPÄ HOITO

Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito

Käypä hoito -suositus | Julkaistu: 19.06.2018 | Tila: voimassa
Aihepiiri(t): Hammaslääketiede, Keuhkosairaudet, Päihdelääketiede, Työterveyshuolto, Yleislääketiede
Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä

Miten viitata Käypä hoito -suositukseen? «K1»

Keskeinen sanoma

- Tupakka- ja nikotiiniriippuvuus on vakava sairaus, jonka hoito on vaativaa. Tupakoinnin ehkäisy on siten erittäin tärkeää. Ehkäisy tulee kohdistaa erityisesti 10–16-vuotiaisiin.
- Nikotiini aiheuttaa fyysistä riippuvuutta. Tupakkariippuvuuteen liittyvät voimakkaasti myös psyykkiset ja sosiaaliset tekijät. Tupakointi johtaa suureen sairastuvuuteen ja kuolleisuuteen.
- Potilaan tupakoinnista ja nikotiinituotteiden käytöstä tulee tietää, ja tiedon tulee olla helposti löydettävissä potilastiedoista.
- Terveydenhuollon henkilöstön tehtävänä on tunnistaa potilaan tupakointi ja nikotiiniriippuvuus, kehottaa häntä lopettamaan tupakointi sekä auttaa ja kannustaa häntä vieroituksessa. Lääkärin kannustavat viestit ovat erityisen tärkeitä.
- Potilasta hoitavien terveydenhuollon ammattilaisten velvollisuutena on käydä tupakoivan potilaan kanssa tupakoinnin lopettamista tukeva keskustelu vähintään kerran vuodessa.
- Vieroituksen aloittavalle tulee järjestää seurantakontaktit 1–2 viikon, 1 kuukauden ja 3 kuukauden päähän vieroituksen alusta. Seurantavälejä muokataan yksilöllisten tarpeiden mukaan.
- Tupakoinnin uudelleen aloittaminen ei osoita vieroituksen lopullista epäonnistumista. Lopettaminen vaatii keskimäärin 3–4 yritystä.
- Varenikliini, bupropioni, nortriptyliini ja nikotiinikorvaushoito ovat tehokkaita, ja niitä tulee aktiivisesti käyttää vieroituksessa.
- Elintapamuutosta tukevien ohjausmenetelmien hallitseminen auttaa vieroituksen toteuttamisessa.
- Tupakoivan potilaan hoitosuunnitelmaan tulee yhdessä hänen kanssaan kirjata vieroituksen tavoitteet ja toteutus.
- Tupakoinnin lopettaminen voi vaikuttaa muiden potilaan käytössä olevien lääkkeiden pitoisuuksiin elimistössä.

Aiheen rajaus

- Suositus käsittelee tupakasta ja nikotiinituotteista vieroitusta ja vieroituksen vaikutuksia vähintään 6–12 kuukauden seurannassa sekä uutena asiana tupakoinnin ja nikotiinituotteiden käytön ehkäisyä. Lyhytaikaisemmat tutkimukset on rajattu pois suosituksesta.

Tavoitteet

- Suosituksen tavoitteena on tehostaa terveydenhuollon ammattilaisten toimintaa tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisyssä ja hoidossa ja edistää vaikuttaviksi todettujen hoitomuotojen käyttöä.

Käytämme evästeitä, jotta pystymme tarjoamaan sinulle parhaan mahdollisen käyttökokemuksen sivustollamme.
Jatkamalla sivustollemme hyväksyt evästeiden käytön.
Ok

Kohderyhmä

- Suosituksen kohderyhmänä ovat kaikki terveydenhuollon ammattilaiset, ja se korostaa lääkärin aktiivisen toiminnan merkitystä.

Määritelmät

- Tupakalla tarkoitetaan tässä suosituksessa tupakkatuotteita ja sähkösavukkeita.
- Tupakkariippuvuudella tarkoitetaan tupakoinnin aiheuttamaa fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen riippuvuuden muodostamaa oireyhtymää .
- Nikotiiniriippuvuus on nikotiinin käytöstä syntyvä keskushermoston nikotiinireseptoreiden määrän ja toiminnan muutos, jonka seurauksena käytön lopettaminen johtaa fyysisiin vieroitusoireisiin. Se on farmakologisilta ja käyttäytymistä säätéleviltä tekijöiltään muiden aineriippuvuuksien kaltainen ja täyttää kansainvälisen psykiatrisen luokituksen mukaan kemiallisen riippuvuuden kriteerit [1].
- Tupakkariippuvuus täyttää kroonisen sairauden määrittelykriteerit. Tupakoinnin aiheuttaman riippuvuusoireyhtymän ICD-10-diagnoosikoodit ovat F17.29 (tupakan käytön aiheuttama tarkemmin määrittämätön riippuvuusoireyhtymä), F17.20 (tupakan käytön aiheuttama riippuvuusoireyhtymä; tällä hetkellä vieroittunut) ja F17.3 (tupakan aiheuttamat vieroitusoireet) [2], http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085423. Ellei riippuvuutta ole todettu, voidaan käyttää koodia Z72.0 (tupakan käyttö). ICPC koodi on P17 (tupakan haitallinen käyttö) [3], http://shop.kunnat.net/download.php?filename=uploads/p20100309095440223.pdf.
- Suosituksessa käytettävät termit selitetään lisätietoaineistossa .

Epidemiologia

- Tupakointi on tärkein estettävissä oleva ennenaikaisen kuolleisuuden aiheuttaja [1].
  - Maailmanlaajuisesti tupakointi aiheuttaa vuosittain noin 7 miljoonaa ennenaikaista kuolemaa [1]. Suomessa tupakoinnin aiheuttamiin sairauksiin kuolee vuosittain noin 4 000 henkeä [4].
- Tupakoinnin lopettamista tukemalla ja aloittamista ehkäisemällä saavutetaan merkittäviä kustannussäästöjä terveydenhuollossa ja koko yhteiskunnassa.
  - Suomessa tupakointi aiheuttaa vuosittain noin 340 000 sairaalahoitopäivää, ja tupakoinnin aiheuttamien välittömien terveydenhuollon kustannusten on laskettu olevan vuositasolla yhteensä noin 277 miljoonaa euroa [4].
  - Tupakoinnin välittömät ja välilliset yhteiskunnalliset kustannukset ovat vuositasolla yhteensä noin 1,5 miljardia euroa [4].
- Väestökyselyssä vuonna 2017 työikäisistä miehistä 15 % ja naisista 12 % tupakoi päivittäin [5].
  - Tupakointi on yhteydessä koulutustasoon. Vuonna 2017 matalasti koulutetuista 16 %, keskitasoisesti koulutetuista 11 % ja korkeasti koulutetuista 5 % tupakoi päivittäin [5].
  - Raskaudenaikainen tupakointi on Suomessa yhä yleistä. Vuonna 2016 raskaana olleista 14 % tupakoi raskauden alkuvaiheessa päivittäin. Vain puolet heistä lopetti raskauden aikana [6].
- Päivittäin tupakoivista aikuisista
  - kahdeksan kymmenestä on huolissaan tupakoinnin vaikutuksista omaan terveyteensä
  - kuusi kymmenestä haluaisi lopettaa tupakoinnin
  - vuosittain noin neljä kymmenestä yrittää lopettamista [7].
- 14–18-vuotiaista pojista ja tytöistä 7 % tupakoi päivittäin vuonna 2017 [8].
  - Koulutustason mukainen eriytyminen tupakoinnissa alkaa varhain. Vuonna 2017 lukiolaisista 3 % ja ammatillisessa koulutuksessa olevista 23 % tupakoi päivittäin [9].
- Päivittäin nuuskaavia miehiä oli aikuisväestössä 3 % vuonna 2016. Naisilla nuuskaamista ei ole juuri esiintynyt [5].
  - Pojilla nuuskaaminen on yleistynyt. Vuonna 2017 päivittäin nuuskaavien poikien osuus oli yläkouluissa ja lukioissa 8 % ja ammatillisissa oppilaitoksissa 17 % [9].
- Sähkösavuketta käytti 1 % aikuisista vuonna 2016.

Käytämme evästeitä, jotta pystymme tarjoamaan sinulle parhaan mahdollisen käyttökokemuksen sivustollamme.
Jatkamalla sivustollemme hyväksyt evästeiden käytön.
Ok

- Nuorilla sähkösavukkeiden kokeilu on yleistä, mutta säännöllistä käyttöä on toistaiseksi esiintynyt lähinnä pojilla. Vuonna 2017 päivittäin sähkösavuketta käyttäviä poikia oli yläkouluissa 5 %, lukioissa 2 % ja ammatillisissa oppilaitoksissa 7 % [9].

Ehkäisy

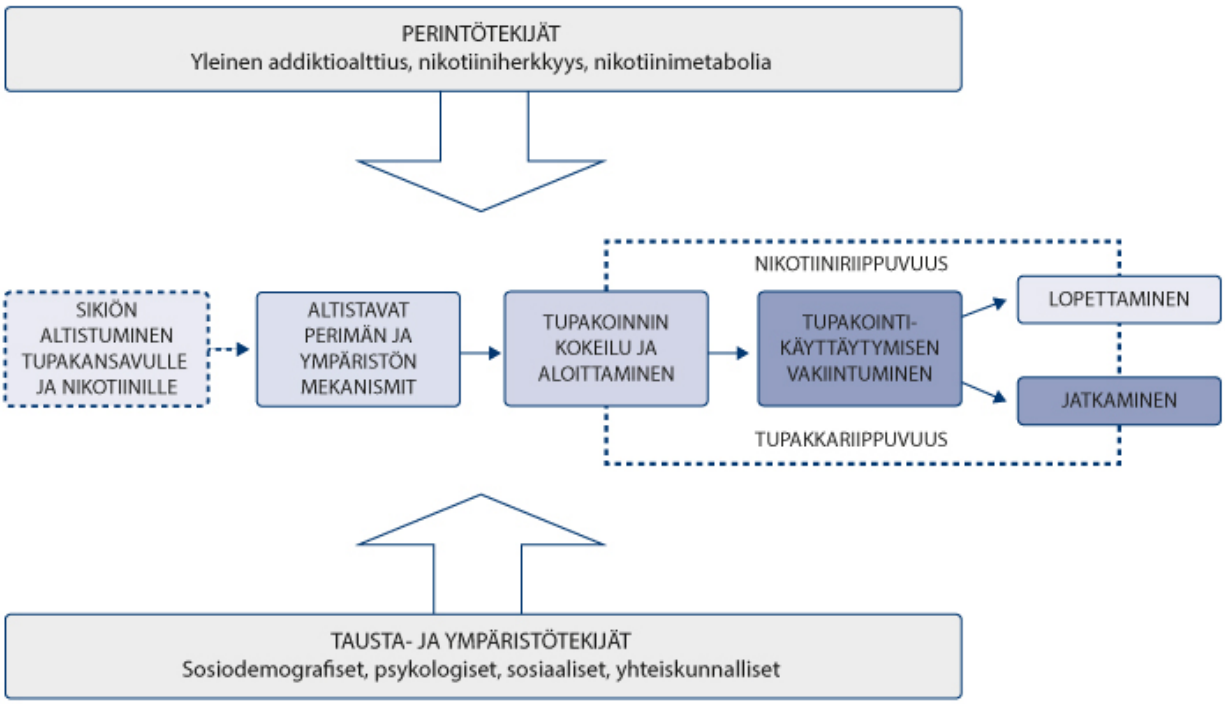
- **Suositus: Tupakka- ja nikotiinituotteiden kokeiluja ja käytön aloittamista tulee kaikin tavoin ehkäistä. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden kuuluu ottaa tupakka- ja nikotiinituotteiden käyttö puheeksi lasten ja nuorten sekä heidän vanhempiensa kanssa ja käydä nikotiinittomuuteen kannustava keskustelu.**
- Tupakoinnin aloittamista voidaan ilmeisesti ehkäistä terveydenhuollossa nuorten ohjauksella sekä perheinterventioilla, joissa tuetaan perheen toiminnallisuutta ja ohjaavaa kasvatusta **[B]**.
- Jos vanhemmat tai huoltajat eivät pysty lopettamaan tupakointiaan, lasten altistumista tupakansavulle voidaan mahdollisesti ehkäistä hyödyntämällä motivoivaa keskustelua tai intensiivistä ohjausta, kun vanhemmat vierailevat lasten terveystarkastusten tai sairaanhoidon yhteydessä terveydenhuollossa .
- Suomessa tyypillisin ikä ensimmäisille tupakkakokeiluille on 14–16 vuotta [8]. Aloittamisen ehkäisy tulee kohdentaa erityisesti tähän ikäryhmään ja sitä nuorempiin.
- Ehkäisyssä tulee huomioida aloittamisen riskitekijät, kuten vertaisten tupakointi, vanhempien tupakointi ja ongelmat koulunkäynnissä .
- Yhteisöjen ja yhteiskunnan tasolla tupakka- ja nikotiinituotteiden korkea hinta, saatavuuden rajoittaminen, markkinoinnilta suojaaminen ja lasten ja nuorten nikotiinittomat kasvu- ja elinympäristöt ovat tärkeimpiä käyttöä ehkäiseviä tekijöitä.
- Sähkösavukkeet ja savuttomat tupakkatuotteet altistavat nikotiiniriippuvuudelle ja ovat yhteydessä tupakoinnin aloittamiseen [10], [11].

Tupakoinnin aloittamista ja jatkamista selittävät tekijät

- Tupakoinnin aloittamisen ja jatkamisen taustalla on useita eri tekijöitä, kuten perintötekijät , sosiaaliset ja psyykkiset tekijät ja niiden yhteisvaikutukset . Ks. kuva «Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden kehittyminen perintö- ja ympäristötekijöiden vuorovaikutuksena».
- Tupakoinnin aloittamisen periytyvyysestimaatit vaihtelevat eri väestöissä ja ikäryhmissä.
- Aikuisilla geneettisten tekijöiden vaikutus tupakoinnin aloittamiseen ja jatkamiseen on suhteellisesti suurempi kuin nuorilla, joilla taas ympäristötekijöillä on suurempi merkitys [8].
- Aikuisilla nikotiiniriippuvuuden kehittyminen on merkittävin tupakoinnin jatkamiseen vaikuttava tekijä , .
- Psykiatriset sairaudet, erityisesti masennus ja skitsofrenia, ovat vahvasti yhteydessä tupakointiin [12].

Käytämme evästeitä, jotta pystymme tarjoamaan sinulle parhaan mahdollisen käyttökokemuksen sivustollamme.
Jatkamalla sivustollemme hyväksyt evästeiden käytön.

Ok



Kuva 1.

Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden kehittyminen perintö- ja ympäristötekijöiden vuorovaikutuksena.

Alkuperäinen kuvio lähteestä: Lerman C, Niaura R. Applying genetic approaches to the treatment of nicotine dependence. Oncogene 2002;21:7412-20, suomentaneet ja muokanneet Tellervo Korhonen, Ulla Broms ja Jaakko Kaprio «PMID: 12379882»

Tupakka- ja nikotiiniriippuvuus

Tupakkariippuvuus

- **Suositus: Tupakoinnista tulee kysyä, ja tupakka- ja nikotiiniriippuvuus tulee arvioida. Myös psyykkisen riippuvuuden arviointi kuuluu osaksi hoidonsuunnittelua.**
- Tupakkariippuvuudella tarkoitetaan tupakoinnin aiheuttamaa fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen riippuvuuden muodostama oireyhtymää, joka luokitellaan krooniseksi sairaudeksi .
- Tupakoinnin koetut vaikutukset, kuten mielihyvän tunne, keskittymiskyvyn paraneminen ja tupakoinnin liittyminen sosiaalisiin tilanteisiin, ovat palkitsevia ja vahvistavat siten tupakoivaksi oppimista.
- Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden arviointi on osa hyvää hoitokäytäntöä
- Tupakkariippuvuuden arviointi edellyttää tupakoinnista kysymistä. Kaikilta potilailta tulee siten kysyä tupakoinnista, jos potilastiedoissa ei ole asiasta tietoa. Erityisen tärkeää kysyminen on silloin, kun potilaan kliiniset oireet voivat johtua tupakoinnista.
- Tupakoivalta tulee kysyä tupakoinnista vähintään kerran vuodessa, ja samalla tulee keskustella tupakoinnin lopettamisesta
- Tupakointi, tupakoinnin määrä ja kesto sekä riippuvuus kirjataan.
- Tupakointitiedon tulee kulkea eri terveydenhuollon toimipaikkojen välillä (esim. lähetteessä ja epikriisissä).

Nikotiiniriippuvuus ja sen mittaaminen

- Nikotiiniriippuvuus on nikotiinin käytöstä syntyvä keskushermoston nikotiinireseptoreiden määrän ja toiminnan muutos, jonka seurauksena käytön lopettaminen johtaa fyysisiin vieroitusoireisiin. Se on käyttäytymistä säätelevilta tekijöiltään muiden aineriippuvuuksien kaltainen ja täyttää kansainvälisen psykiatrisen luokituksen mukaan kemiallisen riippuvuuden kriteerit.
- Nikotiiniriippuvuuden hoidon tulee perustua riippuvuuden vakavuuden arviointiin.

Käytämme evästeitä, jotta pystymme tarjoamaan sinulle parhaan mahdollisen käyttökokemuksen sivustolamme. Jatkamalla sivustolisen riippuvuuden käytön.
Ok

- Kaksi laajasti käytettyä nikotiiniriippuvuuden mittaria ovat Fagerströmin nikotiiniriippuvuustesti (FTND) [13] ja sen kaksi kysymystä sisältävä versio Heaviness of Smoking Index (HSI) [14]. Taulukossa 1 esitellään Fagerströmin lyhyemmän testin (HSI) kysymykset ja pisteytys.
- Fagerströmin nikotiiniriippuvuustesti ja HSI sopivat käytettäväksi erityisesti aikuisille.
- Nuorten nikotiiniriippuvuuden arvioinnissa voidaan käyttää nuorille kehitettyä Hooked On Nicotine Checklist -testiä, joka havaitsee herkemmin riippuvuuden ensimmäistenmerkkien ilmaantumisen .

Taulukko 1. Fagerströmin kahden kysymyksen nikotiiniriippuvuustesti (HSI) ja riippuvuusasteen luokittelu [14].

Kysymys	Määrä	Pisteet
Kuinka pian (minuuteissa) herättyäsi poltat ensimmäisen savukkeen?		
	alle 6	3
	6–30	2
	31–60	1
	yli 60	0
Kuinka monta savuketta poltat päivittäin?		
	10 tai vähemmän	0
	11–20	1
	21–30	2
	yli 30	3
Tulkinta: yhteispisteet 0–1 = vähäinen nikotiiniriippuvuus, 2 = kohtalainen riippuvuus, 3 = vahva riippuvuus, 4–6 = hyvin vahva riippuvuus		

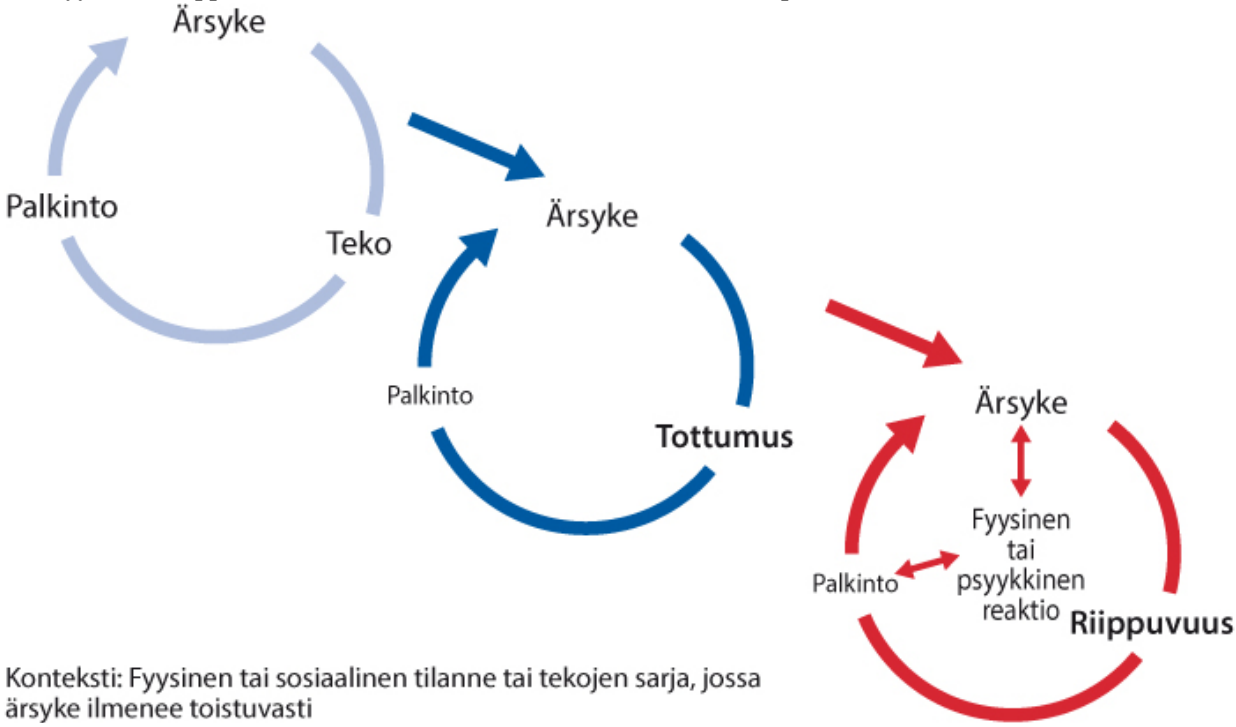
Psyykkinen riippuvuus

- Psyykkisellä tupakkariippuvuudella tarkoitetaan sitä yksilön ehdollistunutta käytöstä, joka liitetään toistuvaan tupakointiin [15], [16].
- Tupakointikäyttäytymiseen liittyy vakiintuneita kontekstisidonnaisia tapoja. Konteksti voi olla fyysinen tai sosiaalinen tilanne, psyykkinen tila, tai tekojen sarja, jossa esiintyvä ärsyke laukaisee tottumuksen automaattisesti tai ilman suurempaa pohdintaa. Tällaisia tilanteita voivat olla esimerkiksi autolla ajo, ruokailun päättäminen, sisältä ulkoilmaan siirtyminen, tehtävän loppuun saattaminen, tiettyjen ihmisten seura ja voimakas tunnetila.
- Tupakoijat kokevat usein tupakoinnissa jonkin palkitsevan elementin, kuten mielihyvä tai rauhoittuminen, joka kannustaa toistoon ja tukee samalla automatisoitumisen kehittymistä (ks. «Tottumuksen ja riippuvuuden muodostuminen»). Kun automatisoitumiseen liittyy psyykkisiä ja fyysisiä vaikutuksia, riippuvuuden syntymisen riski suurenee [16].
- Psyykkisessä riippuvuudessa psyykkisillä tekijöillä on keskeinen merkitys joko ärsykkeinä, palkkioina tai molempina. Esimerkkinä psyykkisestä riippuvuudesta on kyvyttömyys lievittää ahdistusta muilla keinoin kuin tupakoimalla.
- Voimakkaalle psyykkiselle riippuvuudelle tyypillisiä ovat pakonomainen halu saada tupakkatuotteita ja kykenemättömyys pidättäytyä tupakka- ja nikotiinituotteiden käytöstä [17].
- Sosiaalisella tupakkariippuvuudella tarkoitetaan psyykkistä riippuvuutta, jossa tupakointikäyttäytyminen yhdistyy vahvasti sosiaalisiin tilanteisiin, sekä näiden tilanteiden synnyttämää yhteenkuuluvuuden ja yhteisöllisyyden tunnetta tupakoijien välillä. Sosiaalinen tupakkariippuvuus vahvistaa osaltaan muuta tupakkariippuvuutta.
- Lopettamisen tukemisessa tulisi aina selvittää myös potilaan psyykkinen riippuvuus: Mitkä ovat ne tärkeimmät kontekstit ja niissä toistuvat ärsykkeet, jotka pitävät potilaan tupakointia yllä. Mitä lopettaja

Käytämme evästeitä jotta pystymme tarjoamaan sinulle parhaan mahdollisen käyttökokemuksen sivustollamme.
Jatkamalla sivustollamme hyväksyt evästeiden käytön.
Ok

eniten tarvitsee: tupakointiin altistavan kontekstin ja siinä olevien ärsykkeiden muokkausta tai eliminointia, omien reaktioidensa hallintaa vai palkitsemisjärjestelmän muutosta?

- Psyykkisen riippuvuuden voimakkuutta voidaan arvioida oireiden perusteella (taulukko 2, [18]).



Kuva 2.

Tottumuksen ja riippuvuuden muodostuminen.

© Suomalainen Lääkäriseura Duodecim

Taulukko 2. Psyykkisen tupakkariippuvuuden oireita (lähteenä taulukko s. 117 / [18])

Oireita tupakoinnin jatkuessa	Voimakas tupakanhimo, vaikkei fyysistä nikotiiniriippuvuutta
	Levottomuus, jos tupakkatuotteita ei ole
	Ahdistuneisuus tupakkatuotteiden loppuessa
	Pakonomainen tupakointi
	Hallitsemattomuuden tunne tupakan käytössä
	Ongelmien kieltäminen
	Tupakoinnin idealisointi
	Mielialan vaihtelut
	Ruokahaluttomuus
	Unettomuus
Oireita tupakointia lopetettaessa	Ahdistuneisuus lopettamista ajatellessa tai suunnitellessa

Moniriippuvuus

- **Suositus: Tupakasta vieroituksessa tulee tunnistaa muut samanaikaiset riippuvuudet ja pyrkiä niiden samanaikaiseen hoitamiseen.**
- Kahvin nauttiminen voi voimistaa nikotiiniriippuvuutta samalla tavalla kuin alkoholi- ja tupakkariippuvuudet vahvistavat toisiaan. Kahvi ja alkoholi liitetään tupakoinnin myöhäisrelapseihin (yli 2 vuotta lopettamisen jälkeen) [19].
- Päihdehäiriöihin, erityisesti alkoholismiin, liittyy usein samanaikainen nikotiiniriippuvuus (kuva «Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden kehittyminen perintö- ja ympäristötekijöiden vuorovaikutuksena»).

Käytämme evästeitä, jotta pystymme tarjoamaan sinulle parhaan mahdollisen käyttökokemuksen sivustollamme.
Jatkamalla sivustollemme hyväksyt evästeiden käytön.
Ok

- Huumausaineiden käyttö altistaa nikotiiniriippuvuudelle. Erityisesti riippuvuus opioideista ja rauhoittavista lääkkeistä liittyy samanaikaiseen nikotiiniriippuvuuteen [20].
- Tupakasta vieroitus vähentää palaamista huumausaineiden käyttöön [21].
- Samanaikainen tupakasta ja päihteistä vieroitus ilmeisesti lisää tupakasta vieroittumista, eikä se haittaa päihdevieroituksessa onnistumista **[B]**.

Tupakkasairaudet

- Tupakointi aiheuttaa lukuisia sairauksia , [22], [23].
- Tupakointi on merkittävin ehkäistävissä oleva ennenaikaisen kuolleisuuden aiheuttaja.
  - Tupakoija menettää keskimäärin 10 elinvuotta.
  - Merkittävimmät tupakoinnin aiheuttamat sairaudet ovat syöpä-, hengityselin- ja verenkiertoelimistön sairaudet.
  - Tupakointi heikentää merkittävästi monien sairauksien hoitojen tehoa, suurentaa hoitoihin tai toimenpiteisiin, kuten leikkauksiin, liittyvien komplikaatioiden riskiä ja hidastaa muun muassa haavojen ja murtumien paranemista. Tupakoinnin lopettaminen sen sijaan parantaa ennustetta ja pienentää komplikaatioriskejä merkittävästi.
  - Tupakkatuotteet aiheuttavat lukuisia sairauksia ja ovat kalliita käyttäjälle ja yhteiskunnalle [4]. Tupakointi aiheuttaa lisäksi passiivisen tupakoinnin myötä altistuvien sairastumista sydänsairauksiin ja syöpään [24], [25]. Ympäristöön kertyvät savun partikkelit (third hand smoke) lisäävät altistuvien sairastuvuutta [26]. Tupakointi heikentää myös monien lääkehoitojen tehoa nopeuttamalla tiettyjen lääkeaineiden metaboliaa . Tupakoinnin vaikutus lääkeainemetaboliaan tulee huomioida tupakasta vieroituksessa: lääkeannoksia voi olla tarpeen muokata tupakoinnin lopettamisen myötä.
- Tupakoinnin lopettaminen on keskeinen osa monien sairauksien hoitoa: tupakasta vieroituksen tulee olla selkeästi osa potilaan hoitosuunnitelmaa.

Tupakoinnin lopettaminen

- **Suositus: Terveydenhuollon ammattilaisten pitää ottaa tavoitteekseen kaikkien potilaiden tupakasta vieroittuminen.**

Lopettamishalukkuuden selvittäminen

- Kysy potilaan tupakoinnista ja siitä, mitä hän itse ajattelee tupakoinnistaan ja lopettamisesta. Älä syyllistä äläkä moralisoi.
- Tee mini-interventio soveltamalla motivoivaa keskustelua Viiden A:n toimintamalliin .
  - Ask: Kysy tupakan käytöstä vähintään kerran vuodessa.
  - Advise: Kerro, miksi lopettaminen olisi tärkeää – mieluiten nyt hoitamasi sairauden kannalta. Käskemisen ja määräämisen sijasta näytä, että välität ja olet huolissasi potilaasta.
  - Assess: Arvioi halukkuus ja sovi lopettamisyrityksestä. Kysy, mitä potilas itse ajattelee tupakoinnistaan. Entä minkälaisia ajatuksia ja kokemuksia hänellä on lopettamisesta?
  - Assist: Avusta lopettamisyritystä. Kerro, että olet apuna ja tukena – nyt ja tulevaisuudessa. Arvioi lääkehoidon tarve ja keskustele siitä, ohjaa lopettamisryhmään tai sähköiseen tukeen (esim. www.stumppi.fi ja mobiilisovellukset).
  - Arrange: Järjestä seuranta. Sovi seuraava kontakti mieluiten viikon päähän lopetuspäivästä. Kirjaa tupakointitapa ja tupakoinnin määrä ja kesto sekä sopimus lopettamissuunnitelmasta.
- Viiden A:n malli korvaa aikaisemmin suosituksessa olleen 6 K:n mallin. Uudella toimintamallilla korostetaan vieroituskeskustelun tärkeitä osia .
- Tupakoinnin lopettaminen on prosessi, joka tähtää elintapojen pysyvään muutokseen .
- Tupakoivien motivoituminen lopettamiseen vaihtelee eri ajankohtina.
- Muutosvalmiuden tunnistaminen auttaa vieroituskeskustelun suuntaamisessa [27], . Vieroitusta tulee tarjota kaikille tupakoijille, olipa heidän muutosvalmiutensa mikä tahansa [28].

Käytämme evästeitä, jotta pystymme tarjoamaan sinulle parhaan mahdollisen käyttökokemuksen sivustollamme.
Jatkamalla sivustollemme hyväksyt evästeiden käytön.
Ok

- Jos potilas ei ole halukas lopettamaan, voit käydä motivoivan keskustelun 5 R:n mukaan, mikä antaa työvälineitä syvällisempään käyttäytymisen muutokseen tähtäävän motivoivan keskustelun käymiseen .
- Motivoivalla keskustelulla voidaan lisätä potilaan halukkuutta elintapamuutokseen [29], **[A]**.
- Motivoivaa keskustelua voi harjoitella verkkokurssin avulla http://www.oppiportti.fi/op/dvk00017 (sopimusasiakkaille, muille maksullinen).
- Motivoivaa keskustelua hyödyntävän vieroitusohjauksen tueksi on saatavilla myös erilaisia neuvontakortteja https://thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/tupakka/vieroitusohjaus.

Lopettamisen myönteiset vaikutukset

- **Suositus: Tupakoinnin lopettaminen on aina hyödyllistä. Korosta tupakoijalle lopettamisen myönteisiä vaikutuksia.**
- Tupakoinnin lopettaja hyötyy nopeasti lopettamisen myönteisistä vaikutuksista:
  - Hiilimonoksidi häviää elimistöstä lähes täysin vuorokauden kuluessa ja nikotiini 2 vuorokauden kuluessa [30].
  - Haju- ja makuaisti alkavat korjautua muutamassa päivässä [31].
  - Yskä ja limannousu lievittyvät 1–2 kuukauden kuluessa [32].
  - Keuhkojen toiminta paranee merkittävästi 2–3 kuukauden kuluessa [32].
  - Tupakoinnin lopettaminen on ainoa keino estää keuhkoahtaumataudin eteneminen [33].
  - Tupakoinnin lopettaminen vähentää koettua stressiä ja parantaa unen laatua ja sen kestoa .
  - HDL-kolesterolipitoisuus suurenee tupakoinnin lopettamisen jälkeen nopeasti. Lopettamiseen mahdollisesti liittyvä painon nousukaan ei poista myönteisiä lipidivaikutuksia [34].
  - Erektiohäiriö paranee joka neljännellä tupakoinnin lopettaneella [35].
  - Tupakoinnin lopettaminen pienentää papilloomavirusinfektioon liittyvän kohdunkaulan syövän kehittymisen riskiä [36], [37].
- Tupakoinnin lopettaminen pienentää sairastumisen riskiä kaikenikäisillä [38]:
  - Sepelvaltimotaudin riski puolittuu vuodessa [39]. Parinkymmenen vuoden tupakoimattomuus pienentää riskin lähes samalle tasolle kuin niillä, jotka eivät ole koskaan tupakoineet.
  - Keuhkosyövän vaara poistuu hitaammin, ja siihen vaikuttaa se, kuinka monta vuotta ja kuinka paljon lopettaja on polttanut. Tupakoinnin lopettaminen pienentää keuhkosyövän riskiä, mutta se ei koskaan täysin palaa tupakoimattomien tasolle.
  - Lopettaminen 30-vuotiaana palauttaa kuoleman riskin lähes tupakoimattoman tasolle, ja vielä 50-vuotiaanakin lopettaminen lähes puolittaa sen [40].
    - Sepelvaltimotaudista johtuvan kuoleman riski puolittuu vuodessa [41].
- Tupakoinnin lopettaminen vähentää useiden lääkkeiden tarvetta . Esimerkiksi psyykelääkkeiden tarve ja mahdolliset haittavaikutukset voivat vähentyä.
- Tupakoinnin lopettaminen parantaa merkittävästi suun terveyttä. Se esimerkiksi vähentää hampaiden menetystä, parantaa parodontiumin terveyttä ja hoitovastetta **[A]** ja pienentää limakalvomuutosten ja suusyövän riskiä [23], [42], [43].

Vieroitusoireet

- Tupakoinnin lopettaminen aiheuttaa valtaosalle vieroitusoireita .
- Tupakasta vieroittautuminen voi aiheuttaa fysiologisia, psykologisia, käyttäytymiseen liittyviä ja sosiaalisia vaikutuksia [44].
- Yleisimpiä vieroitusoireita ovat
  - ärtyisyys
  - huonovointisuus
  - kärsimättömyys

Käytämme evästeitä, jotta pystymme tarjoamaan sinulle parhaan mahdollisen käyttökokemuksen sivustollamme.
Jatkamalla sivustollemme hyväksyt evästeiden käytön.
Ok

- tupakanhimo
- levottomuus
- keskittymisvaikeudet
- univaikeudet
- päänsärky
- makean himo ja ruokahalun lisääntyminen.

- Tupakoinnin lopettamisesta johtuva elimistön nikotiinipitoisuuden pieneneminen aiheuttaa pääosan vieroitusoireista .
- Monet tupakointiin liitettävät positiiviseksi koetut vaikutukset (muistin koheneminen, keskittymiskyvyn paraneminen) johtuvat vieroitusoireiden helpottumisesta .
- Fyysiset vieroitusoireet alkavat 2–12 tunnin kuluessa tupakoinnin lopettamisen jälkeen, ovat huipussaan 1–3 vuorokauden kuluttua ja kestävät keskimäärin 3–4 viikkoa [45], .
- Oireiden kestossa on suuria yksilöllisiä eroja, jotka eivät selity poltettujen savukkeiden määrästä tai nikotiiniriippuvuuden asteesta .
- Kahvin nauttiminen voi pahentaa vieroitusoireita .

Painon nousu

- **Suositus: Huomioi vieroitushoitoa suunnitellessasi lopettamisen aiheuttama todennäköinen painonnousu.**
- Vieroitushoidossa on syytä varautua mahdolliseen painon nousuun. Paino nousee keskimäärin 3–5 kg vuoden kuluessa tupakoinnin lopettamisesta. Painon nousun taustalla on useita tekijöitä, mutta keskeisimpiä niistä ovat lisääntynyt syöminen ja vähentynyt perusaineenvaihdunta .
  - Naisilla paino nousee enemmän kuin miehillä. Huolestuneisuus painosta saattaakin heikentää motivaatiota tupakoinnin lopettamiseen erityisesti naisilla .
  - Tupakasta vieroituksessa käytettävät lääkkeet hidastavat painon nousua, mutta niiden myönteinen vaikutus häviää vuoden seurannassa **[A]**.
  - Eläinkokeiden perusteella nikotiinilla on myös syömistä hillitseviä vaikutuksia aivoissa [46].
- Yksilöllinen painonhallinnan ohjaus on ilmeisesti tehokasta painon nousun ehkäisemiseksi tupakasta vieroitushoidon aikana **[B]**.
- Liikuntainterventio ei näytä vähentävän painon nousua vieroituksen aikana, mutta se ilmeisesti vähentää sitä pitkällä aikavälillä **[B]**.
- Jos painon nousu on tupakoinnin lopettajalle ongelma, hänen ohjauksessaan suositellaan seuraavia asioita :
  - Potilaalle kerrotaan, että painon nousu on yleistä ja että se tavallisesti tasaantuu itsestään.
  - Korostetaan tupakoinnin lopettamisen terveyshyötyjä suhteessa painon nousun riskeihin.
  - Kannustetaan liikunnan aloittamiseen tai lisäämiseen.
  - Suositellaan vähäenergiaisten tuotteiden, kuten vihannesten ja sokerittomien purukumien ja pastillien, käyttöä.
  - Korostetaan terveellisen ruokavalion ja liikunnan merkitystä.
  - Ohjataan tarvittaessa potilas ravitsemusneuvontaan.

Vieroitussuunnitelma

- **Suositus: Tee aina yksilöllinen vieroitussuunnitelma ja kirjaa se hoitosuunnitelmaan.**
- Ammattilaisen tuki tupakasta vieroittujalle perustuu tämän tarpeiden tunnistamiseen. Hyviä työvälineitä ovat motivoiva keskustelu **[A]**, sekä tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden kartoittaminen , .
- Vieroitussuunnitelmaan kirjataan niitä asioita, joista vieroituksessa on päästy sopimukseen, kuten
  - vieroituksen aikataulu, tapaamiset ja ohjaus **[A]**, **[A]**, **[A]**, **[A]**
  - käytettävät lääkkeet **[A]**, **[A]**, **[A]**, **[A]**.

Käytämme sivustollamme evästeitä. Jatkamalla sivustollemme hyväksyt evästeiden käytön.
Ok

- Vieroitussuunnitelmaa tehtäessä on hyvä puhua aikaisemmista lopettamisyrityksistä, relapseista, ja ennakoida tarvittavaa relapsin ehkäisyä **[C]**, **[B]**, .
- Vieroitussuunnitelman merkityksestä on vähän tutkimustietoa. Vieroitussuunnitelma vaikuttaa kuitenkin auttavan, jos potilas on sen avulla monipuolisesti valmistautunut lopettamiseen liittyviin vaikeuksiin (esim. vieroitusoireet, tupakan himo, lipsahdukset) [47].
- Edes lyhyesti kirjattu suunnitelma konkretisoi sovitut vieroitusaskeleet sekä lopettajalle että hoitavalle tiimille. Esimerkki hoitosuunnitelmaan kirjatusta vieroitussuunnitelmasta: .

Vieroitusohjaus

Ryhmäohjaus

- **Suositus: Ryhmäohjausta tulee tarjota kaikille sitä vieroituksessa tarvitseville.**
- Ryhmäohjaus kaksinkertaistaa tupakoinnin lopettamisessa onnistumisen mahdollisuuden [48].
- Ryhmäohjaus on tupakasta vieroituksessa yhtä tehokasta kuin intensiivinen yksilöohjaus ja tehokkaampaa kuin opasmateriaali tai lyhyt yksilöohjaus **[A]**.
- Eri ryhmänohjausmenetelmien välillä ei ilmeisesti ole eroa tupakoinnin lopettamisen onnistumisessa **[B]**.
- Hyvin suunniteltu ryhmäohjelma on monipuolinen, joustava, vaiheittain etenevä ja ryhmän tarpeet huomioiva .

Yksilöohjaus

- **Suositus: Tee aina vieroitusinterventio, kun kliininen tilanne sitä edellyttää. Sovi seurannasta, jos vieroitus aloitetaan.**
- Lääkärin toteuttama lyhytkin interventio lisää tupakoinnin lopettamisen todennäköisyyttä. Intensiteetin lisääntyessä tupakoinnin lopettaneiden määrä lisääntyy jonkin verran **[A]**.
- Lopettamisen tukeminen vieroitusohjauksen ja lääkehoidon yhdistelmällä lisää lopettamisen todennäköisyyttä lyhyeen ohjaukseen tai kirjallisten ohjeiden antamiseen verrattuna **[A]**.
- Keskustelumahdollisuutta tupakoinnista kannattaa tarjota kaikille tupakoijille, ja siihen tulee olla valmius jokaisen terveydenhuollon ammattilaisen vastaanotolla.
- Hoitajien toteuttama vieroitusohjaus on tehokasta **[A]**, .
- Suun terveydenhuollon ammattilaisten toteuttama tupakasta vieroitus on tehokasta **[A]**.
- Työpaikoilla toteutetut yksilöihin kohdistetut tupakasta vieroituksen interventiot ovat tehokkaita **[A]**.
- Lyhyillä (< 20 min) motivoivan haastattelun tapaamisilla voidaan lisätä tupakkatuotteiden käytön lopettamisen todennäköisyyttä potilaan ennakkomotivaatiosta riippumatta **[A]**.
- Vieroituksen onnistuminen lisääntyy, jos hoitoon osallistuu useita terveydenhuollon ammattilaisia [49].
- Puhelimitse annettava vieroitusohjaus on tehokasta, kun ohjauskertoja on useita (3–7) **[A]**.
- Apteekin farmaseuttisen henkilökunnan toteuttama tupakasta vieroitus ilmeisesti lisää tupakoinnin lopettamista **[B]**. Apteekissa tulee erityisesti tukea vieroituslääkehoidon onnistumista. Apteekista voi hakea neuvoja ja apua tupakoinnin lopettamiseen .
- Potilaan fyysisiä vieroitusoireita tulee seurata hoidon aikana. Erityisesti jos vieroitusoireet ovat voimakkaita, saatetaan tarvita useita tapaamisia. Seurannan työvälineeksi soveltuu oirepisteytys .

Lääkehoito vieroituksessa

- **Suositus: Tupakasta vieroituksen tulokset parantuvat vieroituslääkehoidolla. Tupakoinnin lopettajaa tulee rohkaista vieroituslääkkeiden käyttöön. Niiden oikeaan käyttöön tulee myös kiinnittää huomiota.**
- Tupakasta vieroituksessa auttavista lääkkeistä on Suomessa saatavissa reseptivalmisteina varenikliinia, bupropionia ja nortriptyliiniä ja ilman reseptiä nikotiinikorvausvalmisteita. Varenikliini on tehokkain vieroituslääke **[A]**.

Käytämme evästeitä, jotta pystymme tarjoamaan parhaan mahdollisen käyttökokemuksen sivustollamme.
Jatkamalla sivustollemme hyväksyt evästeiden käytön.
Ok

- Lääkehoito lisää tupakoinnin lopettamisen todennäköisyyttä 1,5–3 kertaiseksi lumelääkkeeseen verrattuna **[A]**, **[A]**, **[A]**, **[A]**. Lääkehoitoa valittaessa on syytä käyttää tehokkainta potilaalle soveltuvaa lääkehoitoa.
- Vieroitusohjaus (kasvokkain tai puhelimitse) lisää vieroituslääkkeitä tai nikotiinikorvaushoitoa käyttävien onnistumista tupakasta vieroituksessa **[A]**.
- Erityistä huomiota tulee kiinnittää vieroituslääkkeiden oikeaan käyttöön . Parhaan lopputuloksen saavuttamiseksi lääkehoitoa on syytä käyttää optimaalinen aika.
- Lääkehoitoon tulee yhdistää riittävä tuki. Käytetty aika ja tukikertojen määrän kasvu parantavat vieroitustulosta **[A]**, **[50]**.
- Apteekit tukevat lääkkeiden oikeaa käyttöä. Lääkehoitoon sitoutumista edistävä neuvonta ilmeisesti lisää sitoutumista vieroituslääkkeen käyttöön **[B]**.
- Lääkesuositukset koskevat yli 18-vuotiaita. Nuorten ja raskaana olevien vieroituslääkityksestä ks. kohdat Nuoret «A1» ja Hedelmättömyyshoitopotilaat, raskaana olevat naiset ja pienten lasten vanhemmat «A2».
- Taulukossa 3 esitellään lyhyesti kaikki tupakasta vieroituksessa Suomessa myynnissä olevat lääkkeet.

Taulukko 3. Vieroitushoidossa käytettävät lääkkeet

Valmiste	Vasta-aiheet ja varoitukset	Tavallisimmat haittavaikutukset	Annostus	Hoidon kesto
Reseptilääkkeet				
Varenikliini	Annoksen pienennys munuaisten vaikeassa vajaatoiminnassa	Pahoinvointi Värikkäät unet	Aloitus viikko ennen tupakoinnin lopettamista: aloitusannos 0,5 mg x 1 kolme vrk, minkä jälkeen 0,5 mg x 2 neljä vrk, minkä jälkeen nosto hoitoannokseen 1 mg x 2	12–24 viikkoa
Bupropioni	Vasta-aiheet/varovaisuutta noudatettava: Kouristusalttius Anoreksia ja bulimia Kaksisuuntainen mielialahäiriö Huomioitavaa: Annoksen pienennys munuaisten tai maksan vajaatoiminnassa Yhteisvaikutukset katsottava Pharmaca Fennicasta / Inxbasesta	Unettomuus Suun kuivuminen	Aloitus 1–2 viikkoa ennen tupakoinnin lopettamista: 150 mg aamuisin 6 vrk, minkä jälkeen 150 mg x 2	7–9 viikkoa
Nortriptyliini[1]	Vasta-aiheet: sydänsairaudet, rytmihäiriöt	Väsymys ja suun kuivuminen	75–100 mg/vrk	8–12 viikkoa
Pitkävaikutteinen nikotiinikorvaushoitotuote				
Nikotiinilaastari päivälaastarit (16 h): 25 mg, 15 mg, 10 mg/16 h vuorokausilaastarit (24 h): 21 mg, 14 mg, 7 mg/24 h	Ei suositella raskauden aikana	Ihoärsytys Unettomuus	Aloitusvahvuus tupakointimäärän mukaan: enintään 20 savuketta/vrk: 15 mg/16 h tai 14 mg/24 h yli 20 savuketta/vrk: 25 mg/16 h tai 21 mg/24 h.	2–3 kk laastari-vahvuutta asteittain vähentäen
Lyhytvaikutteiset nikotiinikorvaushoitotuotteet				
Nikotiinipurukumi 2 mg ja 4 mg	Ei varsinaisia vasta-aiheita	Suun ja nielun arkuus Vatsavaivat	Aloitusvahvuus ja käyttömäärä tupakointimäärän tai nikotiiniriippuvuuden voimakkuuden mukaan:	2–3 kk annosta asteittain vähentäen

[1] Tupakasta vieroitus ei ole nortriptyliinin virallinen käyttöaihe.

Käytämme evästeitä, jotta pystymme tarjoamaan sinulle parhaan mahdollisen käyttökokemuksen sivustollamme.
Jatkamalla sivustollemme hyväksyt evästeiden käytön.
Ok

Valmiste	Vasta-aiheet ja varoitukset	Tavallisimmat haittavaikutukset	Annostus	Hoidon kesto
			normaaliannos 8–12 purukumia/vrk enimmäisannos valmisteen ja vahvuuden mukaan 12–25 purukumia/vrk.	
Nikotiini-imeskelytabletti 1, 2 ja 4 mg	Ei varsinaisia vasta-aiheita	Suun ja ruokatorven ärsytys	Aloitusvahvuus ja käyttömäärä tupakointimäärän tai nikotiiniriippuvuuden voimakkuuden mukaan: normaaliannos 8–12 imeskelytablettia/vrk enimmäisannos valmisteen ja vahvuuden mukaan 15–30 imeskelytablettia/vrk	2–3 kk annosta asteittain vähentäen
Nikotiiniresoribletti 2 mg	Ei varsinaisia vasta-aiheita	Suun ja nielun ärsytys	Aloitusannos yleensä 1 resoribletti 1–2 tunnin välein, normaaliannos 8–12 resoriblettia/vrk ja enimmäisannos 30 resoriblettia/vrk.	2–3 kk annosta asteittain vähentäen
Nikotiini-inhalaattori 10 mg nikotiinipatruunat	Ei varsinaisia vasta-aiheita	Suun ja nielun ärsytys	Tarvittavien imaisujen määrä ja tiheys vaihtelevat yksilöllisesti. 1 patruuna korvaa noin 3–4 savuketta. Annos yleensä 4–12 patruunaa/vrk ja enimmäisannos 12 patruunaa/vrk	2–3 kk annosta asteittain vähentäen
Nikotiini-suusumute 1 mg/dos	Ei varsinaisia vasta-aiheita 2 valmistetta, toinen annostellaan suihkeena kielen päälle, toinen suihkauksena posken limakalvolle	Suun ja nielun ärsytys, hikka	Yleensä 1–2 suihketta kerrallaan 30–60 min välein, enintään 4 suihketta/tunti. Vuorokausiannos valmisteen mukaan enintään 30–64 suihketta	2–3 kk annosta asteittain vähentäen
Nikotiinijauhe suuonteloon 4 mg:n annospussit	Ei varsinaisia vasta-aiheita. Annostelumuodolla ei ole tehty teho- ja turvallisuustutkimuksia.	Suun ja nielu ärsytys, hikka, vatsavaivat	1 pussi ylähuulen alle 30 minuutin ajaksi. Tavanomainen annos 8–12 pussia/vrk ja enimmäisannos 24 pussia/vrk	2–3 kk annosta asteittain vähentäen

[1] Tupakasta vieroitus ei ole nortriptyliinin virallinen käyttöaihe.

Vieroituslääkkeet

Varenikliini

- Varenikliini on tehokkain vieroituslääke: se on 2,2 kertaa tehokkaampi kuin lumelääke, 1,3 kertaa tehokkaampi kuin nikotiinikorvaushoito ja 1,4 kertaa tehokkaampi kuin bupropioni **[A]**.
- Varenikliini on tupakoinnin lopettamisessa ilmeisesti yhtä tehokas tai lievästi tehokkaampi kuin yhdistelmänikotiinikorvaushoito **[C]**.
  - Tavanomainen hoidon kesto on 12 viikkoa. Hoitoa on syytä jatkaa 24 viikkoon asti, jos potilaan tupakointi on vähentynyt mutta jatkunut ensimmäisten 2 hoitokuukauden aikana. Tämän takia on järkevää sopia hoitokontaktit 1–2 viikon, 1 kuukauden ja 3 kuukauden päähän aloittamisesta. Jos potilaalla on erittäin vaikea nikotiiniriippuvuus ja hän on polttanut suuria määriä savukkeita ennen hoidon aloittamista, on syytä harkita 24 viikon hoitojaksoa **[C]**.
  - Varenikliinista ei liene hyötyä nuuskasta vieroitettaessa **[C]**.

Käytämme evästeitä, jotta pystymme tarjoamaan sinulle parhaan mahdollisen käyttökokemuksen sivustollamme. Jatkamalla sivustollemme hyväksyt evästeiden käytön.

- Varenikliini ei lisää neuropsykiatrista oireilua terveillä tupakoijilla eikä psykiatrisesti oireilevilla potilailla [51].
- Varenikliinin kardiovaskulaarihaittojen arvioimiseksi on tehty useita tutkimuksia. Suurentunutta riskiä ei ole havaittu [52], [53].

Bupropioni

- Bupropioni on tehokas vieroituslääke **[A]**.
  - Bupropioni ja nikotiinikorvaushoito ovat yhtä tehokkaita [51].
  - Hoitoaika on noin 8 viikkoa. Hoitoa ei kannata jatkaa, jos tupakointi ei lopu 7 viikon aikana.
  - Bupropionilla on merkittäviä yhteisvaikutuksia ja vasta-aiheita, jotka pitää huomioida. Ks. taulukko 3.

Nortriptyliini

- Nortriptyliini on tehokas vieroituslääke **[A]**.
  - Nortriptyliini on edullinen lääke, jos varenikliinia tai bupropionia ei voi käyttää. Hoidon kesto on yleensä 8 viikkoa, mutta myös 12 viikon hoito on mahdollista.
  - Tyypillisiä haittavaikutuksia ovat antikolinergiset haitat, kuten suun kuivuminen ja ummetus sekä akkomodaatiohäiriö ja näön hämärtyminen. Ortostaattinen hypotensio on myös yleinen. Hyvin yleisiä haittavaikutuksia ovat lisäksi sydämen tykytys, epäsäännölliset sydämenlyönnit ja takykardia. Lääke voi myös väsyttää, joten iltapainotteinen annostelu on järkevää.

Yleistä

- Bupropionin ja nortriptyliinin teho vieroitushoidossa ei perustu niiden antidepressiiviseen vaikutukseen, ja ne ovat yhtä tehokkaita sekä depressiivisillä että ei-depressiivisillä tupakoijilla [54].
- Muilla depressiolääkkeillä tai anksiolyyteillä ei ilmeisesti ole merkittävää tehoa tupakasta vieroituksessa **[B]**.

Nikotiinikorvaushoito

- Nikotiinikorvaushoidolla tarkoitetaan hoitoa, joka toteutetaan nikotiinia sisältävillä myyntiluvallisilla lääkevalmisteilla, joiden käyttöaihe on tupakasta vieroituksen tukeminen.
- Kaikki nikotiinikorvaushoitovalmisteet tehoavat tupakasta vieroituksessa ja lisäävät onnistumismahdollisuutta noin 1,5–2,5-kertaiseksi riippumatta muusta vieroitustuesta **[A]**.
- Nikotiinikorvaushoitoa on hyvä suositella lopettamista yrittäville tupakoijille, jotka polttavat yli 10 savuketta päivässä [55], [56].
- Nikotiinista vahvasti riippuvaisilla tupakoijilla 4 mg:n purukumi on tehokkaampi kuin 2 mg:n [57], [58].
- Nikotiinilaastarihoidon (muttei nikotiinipurukumin tai suussa hajoavan tabletin) aloittaminen 2 viikkoa ennen suunniteltua lopettamispäivää saattaa parantaa onnistumistuloksia **[C]**.
- Nikotiinikorvaushoito sopii myös nuuskasta eroon pyrkiville [59].
- Kun tupakasta saatava nikotiini väliaikaisesti korvataan nikotiinikorvaushoitotuotteista saatavalla, voidaan välttyä tupakoinnin lopettamisen yhteydessä esiintyviltä vieroitusoireilta tai ainakin merkittävästi lievittää niitä [60].
- Nikotiinikorvaushoitotuotteita käytettäessä veren nikotiinipitoisuus jää aina pienemmäksi kuin tupakoitaessa. Se riittää lievittämään vieroitusoireita muttei saa aikaan nikotiinipitoisuuden huippuja, jotka pitäisivät yllä riippuvuutta [60].
- Nikotiinikorvaushoidon oikeaan käyttöön tulee kiinnittää huomiota .
- Happamien juomien (esim. tuoremehun) tai kahvin nauttiminen nikotiinipurukumin tai -tablettien kanssa samaan aikaan voi vähentää nikotiinin imeytymistä suun limakalvoilta. Näiden juomien nauttimista tulee välttää noin 15 minuuttia ennen purukumin pureskelua ja sen aikana [61].
- Nikotiinikorvaushoitotuotteita annostellaan annoksia asteittain vähentäen.
- Osa potilaista hyötyy pidemmästä hoitoajasta, ja hoitoa voidaan jatkaa turvallisesti ainakin puolen vuoden ajan, ellei tavanomainen 2–3 kuukauden hoitoaika ole riittävä vieroitusoireiden poistamiseen [22],

Käytämme evästeitä, jotta pystymme tarjoamaan sinulle parhaan mahdollisen käyttökokemuksen sivustollamme.
Jatkamalla sivustollemme hyväksyt evästeiden käytön.
Ok

[62], [63], [64]. Tavanomaisen ja pidempikestoisen hoidon välillä ei ole havaittu merkittävää eroa tehossa [65].

- Kun nikotiinipurukumin pitkäaikaisesta käytöstä halutaan eroon, annosta pienennetään asteittain tai siirrytään nikotiinilaastareihin [66], koska nikotiinilaastareiden pitkäaikaiskäyttöä ei esiinny.

Lääkehoitojen yhdistäminen vieroituksessa

- Nikotiinilaastarihoito liitettynä varenikliiniin ilmeisesti parantaa tupakasta vieroituksen tulosta, jos nikotiinilaastarihoito aloitetaan 2 viikkoa ennen lopetuspäivää **[B]**.
- Nikotiinilaastarin yhdistäminen lyhytvaikutteiseen nikotiinikorvaushoitovalmisteeseen on tehokkaampaa kuin vain yhden nikotiinikorvaushoitotuotteen käyttö **[A]**.
- Ohjeet nikotiiniyhdistelmähoidon toteuttamiseen: . Varsinkin voimakkaasti nikotiinista riippuvaisten vieroitustuloksia on mahdollista parantaa nikotiinikorvaushoitojen yhdistelmällä [67].
- Nikotiinikorvaushoidon yhdistäminen bupropioniin ei todennäköisesti paranna hoitotuloksia [68]. Sama koskee sen yhdistämistä nortriptyliiniin [68].

Sähkösavukkeet ja nuuska vieroituksessa

- Sähkösavukkeet ovat sähköllä toimivia, alun perin ulkoisesti savukkeiden näköisiä nikotiinin annostelulaitteita .
- Tupakkalaissa sähkösavukkeet ja niissä käytetyt nesteet rinnastetaan tupakkatuotteisiin.
- Laitteisiin saa Suomessa myydä nestettä, jonka nikotiinipitoisuus on enintään 20 milligrammaa millilitrassa ja jolla ei ole lääkelain mukaista käyttötarkoitusta eli jota ei ole hyväksytty lääkkeeksi.
- Sähkösavukkeissa käytettävien propyleeniglykolin tai glyserolin turvallisuudesta keuhkoihin hengitetyssä höyryssä ei ole julkaistu raportteja. Lämpöelementin liian korkea lämpötila voi tuottaa höyryyn terveydelle vaarallisia yhdisteitä, kuten formaldehydiä [69], .
- Sähkösavukkeiden vaikuttavuudesta tupakoinnin lopettamisen apuna ei ole riittävästi näyttöä **[C]**. Niiden vieroitustulokset myös vaikuttavat selvästi huonommilta kuin hoitokäytössä olevien nikotiinikorvaushoitotuotteiden [70], [71].
- Sähkösavukkeiden käyttö ylläpitää nikotiiniriippuvuutta ja vähentää tupakasta vieroittautumista [72].
- Nuuska on tupakkatuote, joka aiheuttaa elimistöön nikotiinikorvaushoitoja suuremman nikotiinipitoisuuden [55]. Pitkäaikaisessa käytössä nuuska ilmeisesti myös suurentaa suusyövän riskiä **[B]** ja aiheuttaa muita terveyshaittoja [73]. Nuuskaaminen ei näytä lisäävän tupakoinnin lopettamisessa onnistumista [74], [75], [76].

Tupakoinnin vähentäminen vieroituskeinona

- **Suositus: Tupakointi tulee pyrkiä lopettamaan kokonaan. Paras terveyshyöty on pysyvästä tupakoinnin lopettamisesta.**
- Suunnitelmallisuus on tupakoinnin vähentämisessä hyödyllistä. Poltettu savukemäärä tulisi puolittaa, ja tupakointi tulisi myöhemmin lopettaa kokonaan.
- Tupakoijille, jotka eivät pysty tai halua lopettaa tupakointia, nikotiinikorvaushoidosta (paitsi laastarista) ja neuvonnasta on apua tupakoinnin vähentämisessä, ja hoito saattaa johtaa myös lopettamiseen **[A]**.
- Kehotus vähentää tupakointia ja ohjaus vähentämisen toteuttamiseen ilmeisesti auttavat tupakoinnin lopettamisessa myös niitä tupakoijia, jotka eivät ole lopettamishalukkaita **[B]**.
- Nikotiinikorvaushoidosta on ilmeisesti hyötyä myös tupakoinnin asteittaisessa lopettamisessa, mutta lopettamaan motivoituneilla kerralla lopettaminen on ilmeisesti tehokkaampaa **[B]**.
- Varenikliinista, bupropionista, tupakointia korvaavista valmisteista tai nuuskasta ei ilmeisesti ole hyötyä savukkeiden polton vähentämisen apukeinona **[B]**.

Käytämme evästeitä, jotta pystymme tarjoamaan sinulle parhaan mahdollisen käyttökokemuksen sivustollamme.
Jatkamalla sivustollemme hyväksyt evästeiden käytön.
Ok

- Poltettujen savukkeiden lukumäärän vähentäminen puoleen korvaamalla niitä muilla keinoin saattaa olla hyödyllinen toissijainen keino niille tupakoijille, jotka eivät kykene tai halua lopettaa tupakointia [74], [77]. Vähentäminen saattaa myös tukea myöhempää tupakasta vieroituksen onnistumista, sillä vähentämisessä

onnistuminen lisää tupakoijan uskoa omiin valmiuksiinsa ja kykyynsä myöhemmin lopettaa tupakointi [74], [78], [79].

Haittojen vähentäminen

- Haittojen vähentäminen (harm reduction) on lähestymistapa, jossa tupakoija pyrkii vähentämään tupakan aiheuttamia terveyshaittoja erilaisilla keinoilla. Näitä voivat olla tupakan käytön vähentäminen, vähemmän haitta-aineita sisältävien tupakkatuotteiden käyttäminen ja tupakan korvaaminen kokonaan tai osittain muilla nikotiinin lähteillä tai muilla tuotteilla, joiden käyttökokemus muistuttaa esimerkiksi savukkeiden polttamista. Ks. kohta Sähkösavukkeet ja nuuska vieroituksessa «A4».
- Haittojen vähentämiseen pyrkivässä toiminnassa hyväksytään nikotiiniriippuvuuden jatkuminen, eikä sen ensisijaisena tavoitteena ole nikotiinin käytön lopettaminen.
- Pitkäaikaisissa seurantatutkimuksissa savukemäärän vähentyminen vähintään puoleen tuottaa joitain terveyshyötyjä [80] mutta sillä ei ole havaittu olevan vaikutusta kuolleisuuteen [81]. Kehotus vähentää tupakointia ja ohjaus vähentämisen toteuttamiseen ilmeisesti saattavat auttaa tupakoinnin lopettamisessa myös niitä tupakoijia, jotka eivät ole halukkaita lopettamaan tupakointia **[B]**.
- Tupakoinnin kokonaan lopettamista tulee aina suositella ensisijaisesti, koska se on varmin keino vähentää tupakoinnista johtuvia terveysriskejä [8], [77], [81], [82], [83], [84].

Retkahdus on tavallista tupakasta vieroituksessa

- Retkahduksella (relapsi) tarkoitetaan tupakoinnin uudelleen aloittamista.
- Tupakoinnin lopettaneet ovat yrittäneet lopettaa tupakoinnin keskimäärin 3–4 kertaa ennen pysyvää onnistumista [85], [86].
- Lopettaminen tulisikin mieltää pitkäaikaiseksi, jopa vuosia kestäväksi prosessiksi, jonka aikana tupakoijan tulee etsiä uusia toimintamalleja tilanteisiin, joissa hänen tekee mieli tupakoida.
- Jopa yli puolet tupakoinnin lopettajista aloittaa tupakoinnin uudelleen 6–12 kuukauden kuluttua lopettamisesta [87], [88]. Aiempien lopettamisyritysten kokemuksia kannattaa hyödyntää lopettamisen suunnittelussa.
- Toistuvat retkahdukset ovat pitkäaikaissairauden tunnusmerkkejä [89], eikä niistä saa syyllistää potilasta. Retkahtaneille voi tarjota vertaistukea.
- Retkahdus tapahtuu useimmiten 3 kuukauden aikana lopettamisesta [90], [91], [92], [93].
- Voimakas nikotiiniriippuvuus ja siitä johtuvat vieroitusoireet ovat keskeisiä uudelleen aloittamisen riskitekijöitä [89], [94], [95], [96].
- Toistuvat yksittäiset lipsumiset (lyhytaikainen tupakointi) tupakasta vieroittautuessa johtavat toistuessaan helposti retkahdukseen [97], [98], [99].
- Muita riskitekijöitä ovat motivaation puute [31], [97], [99], mielenterveysongelmat **[B]**, muiden perheenjäsenten tai työyhteisössä tapahtuva tupakointi [89], [100], painonhallinnan ongelmat [90], , stressi [94], [95], [96] alkoholinkäyttö ja kahvinjuonti .

Uudelleen aloittamisen esto

- Uudelleen aloittamisen estolla tarkoitetaan normaalihoitoa pidempään jatkuvaa hoitoa, joka tähtää tupakoimattomana pysymiseen. Sillä tarkoitetaan myös hoitoja, joilla tuetaan lyhytaikaisesti retkahtaneita tai niitä, joilla on yksittäisiä lipsahduksia.
- Varenikliinihoidon jatkaminen 24 viikkoon asti saattaa ainoana hoitona auttaa relapsin estossa **[C]**.
- Vieroitushoidossa tupakointia lopettava on hyvä kutsua seurantakäynnille 1–2 viikkoa hoidon alusta, jolloin voidaan yksilöllisesti arvioida relapsin eston tarve.
- Sairaalahoidossa olevan potilaan tupakoimattomuutta tuetaan päivittäisillä vieroituskeskusteluilla.
- Retkahdusta edeltää tupakoinnin lopettajan uskon horjuminen kykyynsä lopettaa tupakointi [98], [99]. Tupakoijaa tulisi rohkaista etsimään keinoja, jotka tukisivat hänen luottamustaan omiin kykyihinsä.

Käytämme evästeitä, jotta pystymme tarjoamaan sinulle parhaan mahdollisen käyttökokemuksen sivustollamme.
Jatkamalla sivuston käyttöä hyväksyt evästeiden käytön.
OK

- Tupakoijalle tulee kertoa, että retkahduksetkin ovat osa tupakoinnin lopettamisprosessia, eikä niitä tule hävetä eikä pelätä epäonnistumista.
- Tupakoijaa tulee kannustaa laatimaan ennakoivia toimintamalleja niihin tilanteisiin, joissa kiusaus tupakoinnin uudelleen aloittamiseen on suuri.
- Tupakoijaa tulee informoida nikotiinin vieroitusoireista, luonteesta ja kestosta sekä vieroitusoireiden mahdollisesta lääkehoidosta, retkahdusten riskitilanteiden tunnistamisesta ja toiminnasta yksittäisen lipsahduksen jälkeen. Hänelle tulee kertoa myös psyykkisestä riippuvuudesta ja tupakanhimon pitkäaikaisuudesta.

Vieroituksessa käytetyt muut keinot

- Vieroitukseen tähtäävästä opasmateriaalista on hyötyä omaehtoisen lopettajan apuna, mutta ainoastaan silloin, kun se on vastaanottajan yksilöllisten ominaisuuksien perusteella räätälöityä **[A]**.
- Internetissä annettava interaktiivinen ja räätälöity tuki voi auttaa vieroituksessa tai tehostaa henkilökohtaista vieroitusta kokonaan ilman interventiota jääviin verrattuna **[C]**.
- Vieroitushoitojen korvaaminen potilaille ilmeisesti lisää tupakoinnin lopettamista ja vieroituslääkkeiden käyttöä lopettamisen apuna **[B]**.
- Rahoitus terveydenhuollon yksiköille ilmeisesti lisää vieroitusohjausta muttei tupakoinnin lopettamista **[B]**.
- Kannustimet ilmeisesti lisäävät pitkäaikaista tupakoinnin lopettamista erityisesti raskaana olevilla, mutta muissa ryhmissä teho heikkenee kannustinohjelman loputtua **[B]**.
- Häkämittaus ja spirometria eivät lisää tupakoijien vieroittautumista **[A]**.
- Raskaudenaikainen vieroitusohjaus lisää tupakoinnin lopettamista ja vähentää pienipainoisina syntyneiden ja tehohoitoon joutuneiden vastasyntyneiden lasten määrää **[A]**.
- Spirometriamittauksesta laskettu keuhkoikä ja ultraäänellä mitatut karotis- ja femoralissuonten plakit lisäsivät tupakasta vieroitusta [101].
- Kotiniinimittaus ei kuulu tavanomaiseen hoitoon.
- Akupunktuurista tai sen kaltaisista hoidoista ei ole apua tupakoinnin lopettamisessa **[A]**, .
- Hypnoosista ei todennäköisesti ole apua tupakasta vieroituksessa **[B]**, .
- Liikunnasta saattaa olla apua tupakasta vieroituksessa **[C]**. Liikunta myös vähentää akuuttia tupakanhimoa [102].
- Tukihenkilön nimeäminen ja osallistaminen tupakasta vieroitukseen ei näytä lisäävän lopettamisessa onnistumista **[C]**.
  - Ympäristön tuki on kuitenkin tärkeää monelle tupakoinnin lopettamisessa ja muissa elämäntapamuutoksissa [103].
- Vieroittujaa voi kannustaa hakemaan lisätietoa internetistä osoitteista (www.tupakkainfo.fi http://www.tupakkainfo.fi/, www.stumppi.fi http://www.stumppi.fi/, www.fressis.fi https://www.fressis.fi/ ja www.28paivaailman.fi http://www.28paivaailman.fi/).

Vieroitushoidon valinta

- Kaikki vieroitustoimet edistävät tupakoinnin lopettamista, mutta jokaisen tupakoivan vieroituksessa tulee pyrkiä käyttämään tehokkainta hänelle sopivaa hoitoa.
- Eri vieroituskeinojen teho vaihtelee. Kuvatut tulokset hoitojen tehosta ovat suuntaa-antavia, eikä kaikista vieroitushoidoista ole Suomessa tehty tutkimuksia.
- Naisille ja miehille voidaan käyttää samoja vieroitushoitoja. Eri hoitomuotojen suhteellinen vaikuttavuus saattaa kuitenkin vaihdella sukupuolen mukaan .
- Lääkityksen lisääminen mihin tahansa vieroitushoitoon 2–3-kertaistaa tuloksen **[A]**, **[A]**, **[A]**, **[A]**.
- Ryhmäohjauksen lisääminen mihin tahansa vieroitushoitoon taas kaksinkertaistaa tuloksen **[A]**.

Käytämme evästeitä, jotta pystymme tarjoamaan sinulle parhaan mahdollisen käyttökokemuksen sivustollamme.
Jatkamalla sivustollemme hyväksyt evästeiden käytön.
OK

Eri ikäryhmien ja potilasryhmien tupakasta vieroitus

Nuoret

- Osa nuorista voi osoittaa merkkejä riippuvuudesta tai kokea vaikeuksia lopettamisessa jo vähäisen tai lyhytkestoisen nikotiinialtistuksen jälkeen .
- Nuoret tarvitsevat ikäryhmänsä erityispiirteet ja tupakointitottumukset huomioivaa tukea tupakoinnin lopettamiseen matalan kynnyksen palveluina .
- Ryhmäohjaus ilmeisesti lisää nuorten tupakoinnin lopettamisessa onnistumista **[B]**.
  - Eniten näyttöä on koulu- tai oppilaitoskontekstiin sijoittuvasta ohjauksesta.
  - Vieroitusohjaus, joka hyödyntää ja yhdistää motivoivaa keskustelua tai muita motivointitekniikoita sekä kognitiivis-behavioraalista ohjausta ja huomioi muutosvaiheen ja sosiaalisten tekijöiden vaikutuksen, on nuorilla tehokasta **[B]**.
  - Tutkimuksissa ohjauskertoja on ollut tyypillisesti viikoittain, usein yhteensä vähintään 5 kertaa. Kliinisessä työssä merkittävää on, että seuranta ja tarvittava lisätuki järjestetään.
- Nikotiinikorvaushoitojen tai vieroituslääkkeiden yhdistäminen vieroitusohjaukseen ei liene hyödyllistä nuorten tupakasta vieroituksessa **[C]**.
  - Säännöllisesti tupakoiville alaikäisille nuorille voidaan riippuvuuden arvioinnin perusteella tarvittaessa määrätä nikotiinikorvaushoitoa. Nikotiinikorvaushoidoilla ja vieroituslääkkeillä ei ole Suomessa virallista käyttöaihetta tupakasta vieroitukseen alle 18-vuotiailla.
  - Valmisteiden hyödyt ja riskit on käytävä huolellisesti läpi nuoren kanssa, ja käytön tukena tulee olla säännöllistä vieroitusohjausta ja seurantaa. Nikotiinikorvaushoitojen ja vieroituslääkkeiden turvallisuutta nuorilla on tutkittu vähän, mutta raportoiduissa tutkimuksissa niihin on liittynyt samoja haittavaikutuksia kuin aikuisilla.
  - Nuorilla nopea relapsi on tyypillistä ja aktiivista seurantaa tarvitaan erityisesti nikotiinikorvaushoidon aloitusvaiheessa.

Keski-ikäiset ja ikääntyvät

- -Suosituksessa edellä esitetty tupakasta vieroituksen näyttö on pääsääntöisesti kerätty laajalla ikähaitarilla tupakoivien aikuisten (yli 18-v) keskuudesta.
- Tupakasta vieroituksen interventiot ovat ilmeisesti tehokkaita myös 50–65-vuotiailla **[B]**.
- Ikääntyneille voidaan käyttää kaikkia suosituksessa esitettyjä vieroitushoitoja, kun huomioidaan niiden vasta-aiheet.
  - Monimuotoiset interventiot (jotka sisältävät neuvontaa, materiaaleja eri muodoissa ja seurantaa) näyttävät saavan aikaan parhaimman vaikutuksen [104].
  - Vuoden kestävä käyttäytymisterapiaohjaus näyttää olevan kustannusvaikuttavaa mutta vuoden kestävä nikotiinikorvaushoito ei [105].

Hedelmättömyyshoitopotilaat, raskaana olevat naiset ja pienten lasten vanhemmat

- **Suositus: Terveydenhuollossa tulee toimia aktiivisesti, ettei raskaana oleva nainen tupakoisi.**
- Tupakointi heikentää sekä naisen että miehen hedelmällisyyttä. Vieroituksen tulee olla osa tupakoivien hedelmättömyyden hoitoa [106], [107], [108].
- Raskaudenaikainen vieroitusohjaus lisää tupakoinnin lopettamista ja vähentää pienipainoisina syntyneiden ja tehohoitoon joutuneiden vastasyntyneiden lasten määrää **[A]**.
  - Raskauden aikana tulee suosia erityisesti käyttäytymisen muutokseen tähtääviä interventioita [109].
  - Toisin kuin muussa väestössä, raskaana olevien ryhmässä vieroitusohjaukseen yhdistetty mittauksiin perustuva palaute ja taloudelliset kannustimet lisäävät tupakoinnin lopettamista **[A]**, [110], [111].
    - Tutkittu palaute on koskenut sikiön terveydentilaa tai tupakan haitallisten aineiden pitoisuuksia äidin elimistössä ja perustunut esimerkiksi ultraääni-tutkimuksen havaintoihin, häkämittaukseen tai virtsan kotiniinimittaukseen.
    - Tutkitut taloudelliset kannustimet ovat koskeneet tupakoimattomuudesta riippuvaisia rahallisia palkkioita, kuten etuseteleitä (vouchers).

Käytämme evästeitä, jotta pystymme tarjoamaan sinulle parhaan mahdollisen käyttökokemuksen. Jatkamalla sivuston käyttöä hyväksyt evästeiden käytön.
Ok

- Nikotiinikorvaushoidot (ks. taulukko 3) saattavat lisätä tupakoinnin lopettamista raskauden aikana **[C]**. Myös imetyksen aikana tulee suosia lyhytvaikutteisia valmistemuotoja [112].
- Muista tupakoinnin lopettamisen lääkkeellisistä hoidoista ei ole näyttöä raskauden aikana.
- Nikotiinikorvaushoitoa suositellaan tueksi sellaisille raskaana oleville tupakoijille, jotka eivät muilla keinoin pysty lopettamaan tupakointia [112], [113], [114].
- Nikotiinikorvaushoito imetyksen aikana on turvallisempaa vauvalle kuin äidin tupakointi [115].
- Vieroitushoitoja tulee tarjota myös pienten lasten vanhemmille, jotta estetään lasten altistuminen tupakansavulle [116], [117], [118] ja ehkäistään lasten ja nuorten tupakoinnin aloittamista **[B]**. Erityisesti astmaa ja toistuvia infektioita sairastavien lasten tupakoivien vanhempien tulisi saada vieroitushoitoja [119].

Sydän- ja verisuonitauteja sairastavat

- **Suositus: Jokaisen valtimotauteja sairastavan tupakoijan tulee saada riittävä vieroitushoito. Sairaalahoitoon tai verisuonitoimenpiteeseen joutuneen potilaan tupakasta vieroitus tulee käynnistää jo sairaalahoidon aikana, ja vieroituksen tuen tulee jatkua sairaalasta kotiutumisen jälkeen.**
- Riski kuolla verisuonitautiin on SCORE-aineiston mukaan alle 50-vuotiailla tupakoijilla viisinkertainen ja yli 60-vuotiailla kaksinkertainen verrattuna tupakoimattomiin [120], [121].
- Tupakoinnin lopettaminen on kustannustehokkain keino vähentää sydän- ja verisuonitauteihin sairastuvuutta ja kuolleisuutta. Sydän- ja verisuonitauteja sairastavien tupakasta vieroituksella voidaan merkittävästi pienentää kuolleisuutta ja sairaalahoitojen määrää [122].
- Tupakasta vieroitus on sekä sydän- ja verisuonitautien primaaripreventiota että jo sairastuneella sekundaaripreventiota.
  - Tupakoinnin lopettamisen myötä sepelvaltimotautia sairastavien kuolleisuus pienenee 36 % ja sydäninfarktiriski 32 % [122].
  - Sairastetun sydäninfarktin jälkeen tupakoinnin lopettaminen pienentää seuraavien 6 kuukauden aikana uuden sydäninfarktin, aivoinfarktin tai kuoleman riskiä 26 % [122].
  - Pallolaajennuksen jälkeen 4,5 vuoden seurannan aikana tupakoinnin lopettaneiden kuolleisuus pieneni 30 % tupakointia jatkaneisiin verrattuna [122].
- Varenikliini ja bupropioni ovat turvallisia käyttää sydän- ja verisuonitauteja sairastavilla, ja ne ovat lumelääkettä tehokkaampia stabiileja sydän- ja verisuonitauteja sairastavilla.
- Nikotiinivieroitukseen käytetyt tuotteet eivät näytä lisäävän sydäntapahtumia, ja ne ovat turvallisia sepelvaltimotautia sairastavilla [123], [124], [125].
- Nikotiinikorvaushoito on turvallista myös sydäntapahtuman yhteydessä [125]. Ks. kohta Nikotiinikorvaushoito «A3».

Diabeetikot

- **Suositus: Diabetes on jo itsessään niin suuri valtimosairauksien riski, että diabeetikoiden tupakasta vieroitukseen tulee erityisesti panostaa.**
- Tupakointi suurentaa tyypin 2 diabeteksen riskiä: se on tupakoijalla 30–40 % suurempi kuin tupakoimattomalla [116]. Vähintään 20 savuketta päivässä tupakoivilla tyypin 2 diabeteksen riski on miehillä noin 60 % ja naisilla noin 90 % suurempi kuin tupakoimattomilla [126]. Tupakoinnin lopettaminen pienentää riskin tupakoimattomien tasolle 5–10 vuodessa [127].
- Tupakoivan diabeetikon sydän- ja verisuonitautien ja niihin liittyvän kuolleisuuden riski on merkittävästi suurempi kuin tupakoimattoman diabeetikon. Sepelvaltimotaudin riskin on todettu tupakoinnin myötä suurenevan 54 %, aivohalvauksen riskin 44 % ja sydäninfarktin riskin 52 % [127]. Tupakoinnin lopettaminen pienentää näitä riskejä ja ylipäätään diabeetikon verisuonitautien kehittymisen riskiä. Myös diabeettisen nefropatian kehittymisen riski on suurempi tupakoivilla diabeetikoilla.

Käytämme evästeitä, jotta pystymme tarjoamaan sinulle parhaan mahdollisen käyttökokemuksen sivustollamme. Jatkamalla sivustollemme hyväksyt evästeiden käytön.
Ok

Keuhkoahtaumatauti ja astma

- **Suositus: Keuhkopotilaat hyötyvät merkittävästi vieroituksesta, joten heidän pitää saada vieroitukseen tähtäävää tukea jokaisella hoitokäynnillä.**
- Keuhkoahtaumataudissa tupakoinnin lopettaminen hidastaa taudin etenemistä, vähentää oireita, pahenemisvaiheita ja sairaalahoidon tarvetta ja pienentää kuolleisuutta [128], [129], [130]. Tupakoinnin lopettamisesta on hyötyä keuhkoahtaumataudin kaikissa vaikeusasteissa [131].
- Keuhkoahtaumatautipotilaiden vieroituksessa lääkehoidon merkitys korostuu ja intensiivistä tukea on syytä tarjota **[A]**.
- Bupropioni ja varenikliini ovat lumelääkettä tehokkaampia lievää tai kohtalaista keuhkoahtaumatautia sairastavilla [132], [133].
- Tupakoivilla astmaatikoilla on enemmän oireita ja pahenemisvaiheita. Lisäksi he käyttävät enemmän lyhytvaikutteisia avaavia lääkkeitä ja käyvät useammin päivystyskäynneillä astman pahenemisvaiheen vuoksi [134], [135], [136], [137]. Tupakoivien astmaatikkojen keuhkojen toiminta huononee nopeammin kuin ei-tupakoivien astmaatikkojen [134].
- Tupakoinnin lopettaminen parantaa keuhkojen toimintaa astmassa [138].

Syöpäpotilaat

- **Suositus: Tupakoinnin lopettamiseen kannustaminen ja vieroitus ovat tärkeä osa syövän kokonaishoitoa.**
- Tupakointi on merkittävin tunnettu syövän syy ja tärkein keuhko-, kurkunpää- ja virtsarakkosyövän syy. Tupakointi suurentaa myös suu-, ruokatorvi- ja mahasyövän, haimasyövän, munuaissyövän, maksasyövän ja kohdunkaulan syövän riskiä [23], [116]. Tupakointi huonontaa syövän hoitotuloksia myös silloin, kun se ei ole merkittävä syövän syy.
- Tupakoinnin lopettaminen parantaa monien syöpien ennustetta [116]. Tupakoinnin lopettaneilla potilailla on pienempi riski hoitojen haittavaikutuksiin, syövän uusiutumiseen, sekundaarisen syövän kehittymiseen ja kuolemaan. Tupakoinnin lopettaminen syövän toteamisvaiheessa voi pienentää kuolemanriskiä 30–40 % [116].
- Kuten muissakin leikkauksissa myös syöpäleikkauksissa komplikaatioiden riskit ovat tupakoivalla suuremmat kuin tupakoimattomalla [116], [139]. Tupakoinnin lopettaneet toipuvat leikkauksista paremmin kuin tupakointia jatkaneet. Syöpäleikkausta edeltävä ja leikkauksen jälkeinen vieroituksen tuki tulee järjestää kuten muissakin leikkauksissa. Relapsit tapahtuvat yleensä 1–6 kuukauden kuluessa leikkauksesta, joten erityisesti leikkauksen jälkeiseen savuttomuuden tukeen tulee panostaa.
- Monen kuratiivistavoitteisesti hoidetun syövän uusimisriski pienenee merkittävästi tupakoinnin lopettamisen jälkeen. Seurantakäynneillä tulee tarkistaa tupakoinnin tila, kannustaa tupakoinnin lopettamiseen ja opastaa vieroitukseen.
- Sädehoidon hankalien haittavaikutusten riski pään ja kaulan alueen syöpää tai kohdunkaulan syöpää sairastavilla on merkittävästi suurempi tupakointia jatkavilla kuin tupakoinnin lopettaneilla [139], [140]. Tupakointi myös heikentää sädehoidon vastetta [141].
- Tupakointi voi vaikuttaa myös syöpälääkkeiden metaboliaan, mikä voi heikentää syöpälääkkeen tehoa tupakoivalla [142].
- Tupakoinnin lopettaminen voi kohentaa merkittävästi syöpää sairastavan oireita. Erityisesti sydän- ja keuhkosairauksia sairastavilla hengitystie- ja sydänoireet vähenevät. Tupakoinnin lopettaneilla esiintyy myös selvästi vähemmän kipuja kuin tupakointia syöpädiagnoosin jälkeen jatkaneilla [139].
- Tupakoinnin lopettamisen merkitys on tärkeää ottaa puheeksi potilaiden kanssa. Heille tulee myös kertoa lopettamisen hyödyistä ja tarjota apua tupakasta vieroittautumiseen.

Käytämme evästeitä, jotta pystymme tarjoamaan sinulle parhaan mahdollisen käyttökokemuksen sivustollamme.
Jatkamalla sivustollemme hyväksyt evästeiden käytön.
Ok

Psykiatriset potilaat

- **Suositus: Psykiatristen potilaiden vieroituspalvelut vaativat erityistä huomiota. Vieroitushoidot voidaan toteuttaa vastaavilla menetelmillä kuin terveillä, mutta sairauden luonne ja käytetty lääkitys tulee huomioida vieroitushoidon yksiöllisessä toteutuksessa.**
- Tupakointi on psyykkistä sairautta potevilla 2–4 kertaa yleisempää kuin terveillä [12], [143], [144], [145]. Länsimaissa skitsofreniaa sairastavista jopa 80 % [146], [147], [148], [149] ja masennusta sairastavista 30–45 % [150] tupakoi. Psyykkisesti sairaiden tupakointi pysyy ennallaan, vaikka muun väestön tupakointi vähenee [151].
- Vaikeaa mielenterveydenhäiriötä sairastavat kuolevat 10–20 vuotta aikaisemmin kuin muu väestö [152]. Ennenaikainen kuolevuus johtuu pääasiassa tupakkasairauksista [12], [153].
- Vakavasta mielenterveyden häiriöstä kärsivillä tupakasta vieroituksessa tulee käyttää varenikliinia tai bupropionia. Ne ovat tehokkaita ja turvallisia psykiatristen potilaiden tupakasta vieroituksessa **[A]**. Hoitoajan tulee olla vähintään 12 viikkoa, mutta hoidon jatkaminen jopa vuoden ajan tukee savuttomuutta [154], [155].
- Psykiatristen potilaiden vieroitushoidon seuranta tulee järjestää siten, että hoidon tehoa ja vaikutuksia mielenterveyteen tai psyykelääkitykseen voidaan tarkistaa [156].
- Mielenterveyspotilaiden vieroitusta tulee järjestää myös sairaalahoidon aikana.
- Masennusta sairastavat tai sitä aikaisemmin sairastaneet hyötyvät masennuslääkkeistä tai psyykkisestä hoidosta vieroitushoidon aikana **[A]**.
- Bupropioni ja nortriptyliini ovat tehokkaita vieroituslääkkeitä masennuspotilaiden vieroituksessa **[A]**.
- Pitkäaikaissairaiden masennusoireet voivat huonontaa vieroituksen onnistumista **[B]**.
- Tupakasta vieroitus parantaa mielenterveyttä **[A]**. Tupakoinnin lopettaminen esimerkiksi vähentää masennusta, ahdistusta ja stressiä sekä parantaa mielialaa. Masennuspotilailla lopettamisen hyöty voi olla jopa suurempi kuin masennuslääkkeistä saatu apu [157].

Suun sairaudet

- **Suositus: Suun terveydenhuollon ammattilaisten pitää osallistua tupakoivan potilaan tupakkavieroitukseen. Erityisen tärkeää tupakkainterventio on nuorilla ja potilailla, joilla on todettu tupakkatuotteiden käytöstä johtuvia hampaiden kiinnityskudos- tai suun limakalvosairauksia.**
- Tupakkatuotteiden käyttö ja erityisesti niiden yhtaikainen käyttö alkoholin kanssa suurentavat suusyöpäriskiä ja siihen liittyvää kuolleisuutta [158] merkittävästi. Tupakointi suurentaa suusyövän riskiä **[A]** ja nuuskaaminen ilmeisesti suurentaa sitä **[B]**. Erityisen suureksi vaara muodostuu tupakan ja alkoholin yhteiskäytössä **[A]**.
- Tupakointi suurentaa parodontiitin **[B]** ja hampaiden menetyksen **[A]**, **[A]** riskiä ja huonontaa hammasimplanttien ennustetta [159].
- Suun terveydenhuollon ammattilaisten antama tupakkainterventio on tehokasta **[A]**. Erityisen tärkeää interventio on, kun potilaalla on suun limakalvosairauksia (ienvetäymä, leukoplakia, suusyöpä) tai kiinnityskudossairauksia (parodontiitti tai peri-implantiitti) tai potilaalle suunnitellaan hammasimplanttien laittamista.
- Pään ja kaulan alueen syöpäpotilaiden tupakasta vieroitus on tehokasta [160].
- Tupakoinnin lopettamisella on myönteisiä vaikutuksia suun terveyteen. Se esimerkiksi parantaa parodontiitin hoitotulosta ja ennustetta **[A]**.
- Tupakoinnista ja muiden tupakkatuotteiden käytöstä pitää kysyä suun perustutkimuksen yhteydessä kaikilta potilailta ja tupakoivia potilaita tulee kehottaa lopettamaan. Suun sairauksien ehkäisyssä tupakkainterventio on erityisen tärkeää nuorilla tupakoijilla.
- Tupakasta vieroituksesta suun terveydenhuollossa on tehty toimintamalli .

Käytämme evästeitä, jotta pystymme tarjoamaan sinulle parhaan mahdollisen käyttökokemuksen sivustollamme.
Jatkamalla sivustollemme hyväksyt evästeiden käytön.
Ok

Leikkaus- ja sairaalapotilaat

- **Suositus: Sairaalajakso voi olla tupakasta vieroituksen mahdollistaja. Tupakoinnin lopettamiseen tähtäävä hoito tulee aina käynnistää heti tupakkasairauksien ilmaantuessa.**
- Tupakointi lisää huomattavasti leikkauskomplikaatioita, kuten haavainfektioita, leikkauksenaikaisia ja -jälkeisiä sydän- ja keuhko-ongelmia sekä haavojen paranemisen hidastumista [161].
- Tupakoinnin lopettaminen ennen leikkausta on todettu vähentävän kaikkia komplikaatiota 30–40 % tupakointia jatkaneisiin verrattuna [162].
- Tupakoinnin lopettaminen juuri ennen leikkaustakin on hyödyllistä ja turvallista, mutta paras hyöty komplikaatioriskien vähenemiseksi saadaan, kun potilas lopettaa tupakoinnin 1–2 kuukautta ennen leikkausta [163].
- Intensiivinen preoperatiivinen tupakasta vieroitus vähentää leikkauskomplikaatioita ja auttaa pysyvään tupakoimattomuuteen **[A]**.
- Intensiiviset sairaalahoidon aikaiset vieroitushoidot, jotka jatkuvat vähintään kuukauden kotiuttamisen jälkeen, ovat tehokkaita **[A]**.
- Tuleva leikkaus on todettu merkittäväksi tupakoinnin lopettamisen motivaatiotekijäksi. Sen myötä onnistumisen todennäköisyys jopa kaksinkertaistuu. Jo leikkausta suunniteltaessa tai potilasta leikkausarvioon lähetettäessä tulee kannustaa tupakoinnin lopettamiseen ja järjestää tarvittava vieroituksen tuki mahdollisine lääkehoitoineen. Vieroitusprosessin ja tupakoinnin lopettamisen tuen tulee jatkua edelleen sairaalassa ja sairaalasta kotiutumisen jälkeen.
- Yhteistyö perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä on keskeistä, ja alueellisia "Tupakoimattomana leikkaukseen" -malleja ja hoitoketjuja tulee kehittää ja ylläpitää [164].
- Savuton sairaala -toimintamalli edistää tupakoimattomuutta http://www.steso.fi/toiminta/savuton-sairaala.
  - Ks. Tupakasta vieroituksen laatukriteerit https://www.thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/tupakka/vieroitusohjaus/laatukriteerit.
  - Euroopan savuton terveydenhuolto -verkoston vuosittaiset itsearvioinnit tukevat organisaatioiden pyrkimyksiä savuttomuuteen http://www.steso.fi/toiminta/savuton-sairaala/.

Savuttomien tupakkatuotteiden käyttäjät

- Savuttomissa tupakkatuotteissa tupakkaa imeskellään, pureskellaan tai saatetaan nenän limakalvoille. On myös savukkeita, joissa tupakkaa kuumennetaan muttei polteta.
- Tuotteista Suomessa tunnetuin on ruotsalaistyyppinen nuuska. Nuuskan käyttö aikuisilla on selvästi vähäisempää kuin tupakan poltto. Nuorten osalta nuuskan kokeilut ja käyttö ovat viime vuosina lisääntyneet pojilla. Myös savuttomat tupakkatuotteet aiheuttavat riippuvuutta.
- Varenikliinista ei liene hyötyä nuuskasta vieroitettaessa **[C]**.

Tupakoinnin ehkäisyn ja vieroituksen organisointi

- **Suositus: Kaikkialla terveydenhuollossa on tunnettava tupakoinnin merkitys sairauksien vaaratekijänä ja potilaiden tupakointitavat. Tupakka- ja nikotiinituotteiden käyttöä on ehkäistävä, ja potilaita on kehotettava luopumaan niistä. Lisäksi heille on suositeltava vieroitushoitoa ja heidät on tarvittaessa ohjattava jatkohoitoon.**
- Neuvolassa tulee kiinnittää tupakoivien vanhempien huomio tupakoinnin lopettamisen hyötyihin ja tupakka- ja nikotiinituotteiden aiheuttamiin vaaroihin lapselle, suurentunut tupakoinnin aloittamisen riski mukaan luettuna.
- Tupakoinnin ja tupakkakokeilujen ehkäisyssä ja varhaisen tupakoinnin lopettamisen lisäämisessä erityisesti koulu- ja opiskeluterveydenhuollon, ehkäisyneuvolan ja suunterveydenhuollon aktiivisuus on tärkeää.
- Vieroitusta tulee tarjota kaikille tupakoijille. Erityisesti tulee panostaa tupakasta johtuvia sairauksia poteviin ja sellaisiin potilaisiin, joiden taudin kulkuun, hoitoon tai paranemiseen tupakointi vaikuttaa oleellisesti.
- Tupakoijien hoitosuunnitelmassa tulee potilaan kanssa yhteistyössä todeta vieroituksen tavoitteet ja toteutus.

Käytämme evästeitä, jotta pystymme tarjoamaan sinulle parhaan mahdollisen käyttökokemuksen sivustollamme.
Jatkamalla sivustollemme hyväksyt evästeiden käytön.
OK

- Vieroituksen käynnistyessä potilaalle järjestetään hoitokontaktit 1–2 viikon, 1 kuukauden ja 3 kuukauden päähän.
- Hoitoyksiköiden tulisi uusia tupakasta vieroituksen hoitoprosessinsa suosituksessa annettujen suuntaviivojen mukaisesti.
- Toiminnallisilla muutoksilla terveydenhuollon yksiköissä saatetaan lisätä tupakoinnin selvittämistä, lopetuskehotuksen antamista, vieroitusohjauksen tarjoamista ja neuvontapuhelinpalveluun ohjaamista **[C]**.
- Terveydenhuollon ammattilaisten velvollisuus on käydä tupakoinnin lopettamista tukeva keskustelu vähintään kerran vuodessa.
- Hoitohenkilökunnan on otettava tupakointi puheeksi ja tarjottava vieroitushoitoa jokaiselle sitä haluavalle potilaan muun hoidon yhteydessä
- Vieroitusklinikoiden hoitotulokset ovat parempia kuin perusterveydenhuollon palveluiden [165]. Suomen jokaisessa keskussairaalassa pitäisikin olla tupakasta vieroituksen yksikkö.
- Vieroitusyksikön on hallittava kaikki tunnetut tehokkaat vieroitusmenetelmät, organisoitava alueellaan niiden käyttö ja toimittava konsultaatioyksikkönä muulle terveydenhuollolle.
- Kaikilla erikoissairaanhoidon aloilla tulee kannustaa tupakoimattomuuteen, aloittaa vieroitushoito ja ohjata potilaat tarvittaessa jatkohoitoon.
- Tupakasta vieroitus pitää liittää kaikkien niiden sairausryhmien valtakunnallisiin ja alueellisiin hoito-ohjelmiin, joissa tupakoinnin vähentäminen on tärkeää.
- Työryhmä ehdottaa, että hoidot järjestettäisiin Suomessa taulukon 4 mukaisesti.
- Apteekkien henkilökunnan tulee ohjata vieroituksessa ja seurata lääkehoitojen oikeaa toteutumista .
- Tupakasta vieroituksen järjestämisessä pitää kiinnittää erityishuomiota riittävään osaamiseen.
- Terveydenhuollon ammattilaisten tulee kouluttautua vieroitusmenetelmien hallintaan [166].
- Erityistä huomiota tulee kiinnittää tupakka ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisyn ja vieroitushoidon alueelliseen organisointiin yhteistyössä sosiaali- ja opetusalan sekä kansalais- (nuoriso- ja liikunta-) ja potilasjärjestöjen kanssa.

Taulukko 4. Hoidon organisointi terveydenhuollon eri toimintapisteissä

	Tehtävät	**Osaaminen**
• Avohoidon lääkäri • Hammaslääkäri ja suuhygienisti • Neuvola-, koulu- ja opiskeluhuollon terveydenhoitaja • Astma-, verenpaine- ja diabeteshoitaja	• Kannustaa tupakoimattomuuteen • Arvioi ja kirjaa vähintään kerran vuodessa potilaiden tupakoinnin tilan • Kehottaa tupakoivia potilaita lopettamaan tupakoinnin • Toteuttaa vieroitushoitoja	• Ymmärtää nikotiiniriippuvuuden nopean kehittymisen • Osaa käyttää tupakoinnin lopettamisen "5A:ta" • Tietää oman alueensa vieroituspalvelut • Osaa vieroituslääkehoitojen ja nikotiinikorvaushoidon periaatteet • Tuntee tupakoinnin merkityksen sairauksien vaaratekijänä
• Erikoislääkäri • Avohoidon ja laitoshoidon muut ammattilaiset	• Arvioi ja kirjaa potilaiden tupakoinnin tilan • Kehottaa tupakoivia potilaita lopettamaan tupakoinnin • Toteuttaa vieroitushoitoja tai ohjaa vieroituspalveluihin	• Tuntee tupakoinnin lopettamisen "5A:ta" • Tuntee tupakoinnin merkityksen oman alansa sairauksien ehkäisyssä ja hoidossa • Osaa vieroituslääkehoitojen ja nikotiinikorvaushoidon periaatteet • Löytää tiedot oman alueensa vieroituspalveluista
• Tupakasta vieroituksen yksikkö	• Antaa vieroitushoitoja eri menetelmillä • Konsultoi vieroitushoidon toteuttamisessa • Toimii alueellisena kouluttajana	• Tuntee syvällisesti tupakoinnin patofysiologian ja tupakointiin liittyvät kulttuuriset ja sosiaaliset merkitykset • Hallitsee kaikki tehokkaat vieroitusmenetelmät

Käytämme evästeitä, jotta pystymme tarjoamaan sinulle parhaan mahdollisen käyttökokemuksen verkkosivustollamme.
Jatkamalla sivustollemme hyväksyt evästeiden käytön.
Ok

		• Edustaa monipuolista lääketieteellistä ja käyttäytymistieteellistä osaamista
• Terveydenhuollon ylin ja keskijohto	• Vastaa tupakoinnin ehkäisyn ja tupakasta vieroituksen resursoinnista ja palveluiden toimivuudesta • Huolehtii hoitoketjujen toiminnasta ja niistä tiedottamisesta • Huolehtii henkilöstön kouluttamisesta • Informoi kunnallisia päätöksentekijöitä • Organisoi vieroitusryhmät • Vastaa vieroittamistyöstä yksiköissä	• Tuntee tupakoinnin yleisyyden alueensa väestössä • Tuntee tupakoinnin kansanterveydellisen merkityksen • Tuntee tupakoinnin lopettamisen merkityksen kansantaloudelle • Tuntee ryhmähoidossa toimivat menetelmät
• Apteekkihenkilökunta	• Huolehtii lääkehoidon oikeasta toteutumisesta • Ohjaa myös muihin vieroitushoitoihin	• Tuntee lääkehoitojen periaatteet ja toteutustavat • Tuntee tupakoinnin lopettamisen "5A:ta" • Löytää tiedot oman alueensa vieroituspalveluista

Tupakasta vieroitusyksikkö

- **Suositus: Kaikkiin keskussairaaloihin perustetaan tupakasta vieroitusyksiköt tukemaan alueen tupakasta vieroitusta.**
- Alueelliset vieroitusyksiköt voisivat toimia tupakasta vieroituksen koordinaatiokeskuksina, jotka pitäisivät yllä tietoa alueellisista tupakasta vieroituspalveluista ja henkilökunnan (alueellisista) koulutuksista, auttaisivat suunnittelemaan ja kehittämään näitä toimia ja tarjoaisivat moniammatillisia vieroituspalveluita perustason (perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon) vieroituspalveluiden tueksi.

Vieroitusosaamisen kehittäminen

- **Suositus: Ammattilaisten vieroitusosaamista on kehitettävä ja toimintatapoja yhtenäistettävä.**
- Vieroitusta tulee tarjota kaikille tupakoijille, joten jokaisen ammattilaisen on terveydenhuollossa osaltaan huolehdittava potilaiden tupakoinnin tunnistamisesta, vieroituksen aloittamisesta ja tarvittaessa jatkohoitoon ohjaamisesta [89].
- Vieroituksen järjestämisessä pitää huolehtia ammattilaisten riittävästä asiantuntemuksesta, koska ammattilaisten kouluttaminen edistää interventioiden toteutumista ja lisää niiden tehoa.
  - Suomessa lääkärien ja hammaslääkärien aktiivisuus vieroituksessa on vähäistä, ja he kokevat, että heidän vieroitusosaamisessaan on puutteita [167], [168].
  - Koulutus lisää halukkuutta tarjota vieroitusohjausta [169], [170].
  - Oma tupakointi saattaa vähentää halua tarjota vieroitusohjausta potilaille [171].
- Vieroitukseen erikoistuneen ohjaajan antama yksilöohjaus on tehokkaampaa kuin pelkkä lopettamiskehotus, tavanomainen hoito tai itsehoito – sekä ilman lääkehoitoa että lääkehoidon kanssa **[A]**.
- Elintapamuutosta tukevien ohjausmenetelmien hallinta edistää vieroituksen toteutusta .
- Myös kiireisillä vastaanotoilla tulee panna tupakasta vieroitus etusijalle, koska se tuottaa terveyshyötyä yksilöille ja vähentää yhteiskunnan kustannuksia [172].
- Järjestelmälliset vieroitusohjauksen toimintamallit, jotka sisältävät koulutusta ja annetun ohjauksen dokumentointia, lisäävät ammattilaisten toteuttamaa vieroitusohjausta [173].

Käytämme evästeitä, jotta pystymme tarjoamaan sinulle parhaan mahdollisen käyttökokemuksen sivustollamme.
Jatkamalla sivustollamme hyväksyt evästeiden käytön.
Ok

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä

Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito -suosituksen historiatiedot

Puheenjohtaja:

Klas Winell, LT, yleislääketieteen erikoislääkäri, laatukouluttaja; Conmedic Oy, Espoo

Jäsenet:

Marja Pöllänen HLT, parodontologian erikoishammaslääkäri; Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Käypä hoito -toimittaja

Pilvikki Absetz, PsT, terveyden edistämisen dosentti, tutkimusjohtaja, johtaja; Itä-Suomen yliopiston kansanterveystieteen ja kliinisen ravitsemustieteen yksikkö, Collaborative Care Systems Finland

Heikki Ekroos, LT, keuhkosairauksien erikoislääkäri, osastonylilääkäri; HUS Porvoon sairaala

Tiina Kortteisto, TtT, ylihoitaja; Taysin sisätautien vastuualue, Tampere

Terhi Kurko, FaT, erikoistutkija; Kelan tutkimus

Hanna Ollila, VTM, asiantuntijatutkija; THL, Helsinki

Matti Rautalahti, LT, pääsihteeri; Suomalainen Lääkäriseura Duodecim

Annamari Rouhos, LT, keuhkosairauksien erikoislääkäri; HYKS Sydän- ja keuhkokeskus

Asiantuntijat:

Tellervo Korhonen, FT, THM, dosentti, vanhempi tutkija; Helsingin yliopisto

Jaakko Kaprio, professori; Helsingin yliopisto

Sidonnaisuudet

Pilvikki Absetz: Asiantuntijapalkkio (AbbVie Oy), Luentopalkkio (Useita lääkeyrityksiä, järjestöjä ja terveydenhuollon organisaatioita)

Heikki Ekroos: Asiantuntijapalkkio (AZ, AZ, Boehringer, Boehringer, Roche), Johtokunnan tms jäsenyys (STVY), Luentopalkkio (AZ, Boehringer, GSK, Lilly, Mundipharma, Novartis, Pfizer)

Tiina Kortteisto: Ei sidonnaisuuksia

Terhi Kurko: Asiantuntijapalkkio (Pfizer Oy), Luentopalkkio (Farmasian oppimiskeskus), Osakeomistus (Orion Oy)

Hanna Ollila: Ei sidonnaisuuksia

Marja Pöllänen: Luentopalkkio (Denstal, Hammaslääkäriseura Apollonia, Lääkäriliitto, MSD, Novo Nordisk, Turun hammaslääkäriseura, YTHS)

Matti Rautalahti: Savuton Suomi 2030 ohjausryhmä ja tieteellinen neuvottelukunta, Suomen ASH ry hallitus, Tupakka- ja nikotiinipolitiikan kehittämistyöryhmä (STM) 2017-18, Suomen DAT työvaliokunta

Annamari Rouhos: Luentopalkkio (Astra, Boehringer Ingelheim, MSD, Pfizer, Roche), Korvaukset koulutus – ja kongressikuluista (Boehringer Ingelheim, Roche)

Klas Winell: Asiantuntijapalkkio (Pfizer), Luentopalkkio (AstraZeneca, Bayer, HY, Pfizer, Boehringer-Ingelheim, Bristol-Myers Squibb, Novo Nordisk), Lisenssitulo tai tekijänpalkkio (Kustannus Oy Duodecim)

Kirjallisuusviite

Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2018 (viitattu pp.kk.vvvv). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

Tarkemmat viittausohjeet: http://www.kaypahoito.fi/web/kh/viittaaminen

Vastuun rajaus

Käytämme evästeitä, jotta pystymme tarjoamaan sinulle parhaan mahdollisen käyttökokemuksen sivustollamme. Hyväksymällä sivustollemme hyväksyt evästeiden käytön.
OK

Käypä hoito -suositukset ja Valtti viisaasti -suositukset ovat asiantuntijoiden laatimia yhteenvetoja yksittäisten sairauksien diagnostiikan ja hoidon vaikuttavuudesta. Ne eivät korvaa lääkärin tai muun

terveydenhuollon ammattilaisen omaa arviota yksittäisen potilaan parhaasta mahdollisesta diagnostiikasta, hoidosta ja kuntoutuksesta hoitopäätöksiä tehtäessä.

Tiedonhakukäytäntö

Systemaattinen kirjallisuushaku on hoitosuosituksen perusta. Lue lisää artikkelista khk00007

Kirjallisuutta

1. GBD 2015 Risk Factors Collaborators.. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet 2016;388:1659-1724 «PMID: 27733284»
2. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tautiluokitus ICD-10. 2011, Suomalainen 3. uudistettu painos Maailman terveysjärjestön (WHO) luokituksesta ICD-10 https://thl.fi/documents/10531/1449887/ICD-10.pdf/8091c7cc-fda6-4e86-8ef9-7790d8d6a1a2
3. Kvist M, Savolainen T (toim.). ICPC-2 Perusterveydenhuollon kansainvälinen luokitus. Kuntaliiton verkkojulkaisu 2010 http://shop.kunnat.net/product_details.php?p=343
4. Vähänen M. Tupakoinnin yhteiskunnalliset kustannukset ja niiden arviointimenetelmät. Raportti 15/2015, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126796/URN_ISBN_978-952-302-503-5.pdf
5. Murto J, Kaikkonen R, Pentala-Nikulainen O ym. Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen perustulokset 2010–2016, Verkkojulkaisu: http:// www.thl.fi/ath
6. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Perinataalitilasto - synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2016. Suomen virallinen tilasto.Tilastoraportti 37/2017, 31.10.2017 https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/seksuaali-ja-lisaantymisterveys/synnyttajat-synnytykset-ja-vastasyntyneet/perinataalitilasto-synnyttajat-synnytykset-ja-vastasyntyneet
7. Helldán A, Helakorpi S. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2014. Raportti 6/2015, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126023/URN_ISBN_978-952-302-447-2.pdf?sequence
8. Kinnunen J, Pere L, Raisamo S, Katainen A, Ollila H, Rimpelä A. Nuorten terveystapatutkimus 2017: Nuorten tupakkatuotteiden ja päihteiden käyttö sekä rahapelaaminen. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:28, Helsinki http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80160/V2_kirjanmerkit_20170824_Suomi%20100_NTTT2017_korjaukset_mukana%20%282%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y
9. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Kouluterveyskysely 2017. http://www.thl.fi/kouluterveyskysely/tulokset
10. Soneji S, Barrington-Trimis JL, Wills TA ym. Association Between Initial Use of e-Cigarettes and Subsequent Cigarette Smoking Among Adolescents and Young Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Pediatr 2017;171:788-797 «PMID: 28654986»
11. Watkins SL, Glantz SA, Chaffee BW. Association of Noncigarette Tobacco Product Use With Future Cigarette Smoking Among Youth in the Population Assessment of Tobacco and Health (PATH) Study, 2013-2015. JAMA Pediatr 2018;172:181-187 «PMID: 29297010»
12. Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S ym. Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. JAMA 2000;284:2606-10 «PMID: 11086367»
13. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC ym. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. Br J Addict 1991;86:1119-27 «PMID: 1932883»
14. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC ym. Measuring the heaviness of smoking: using self-reported time to the first cigarette of the day and number of cigarettes smoked per day. Br J Addict 1989;84:791-9 «PMID: 2758152»
15. Jarvis MJ. Why people smoke. BMJ 2004;328:277-9 «PMID: 14751901»
16. Taipale J. Vakiintunut väliaikaisratkaisu, addiktio, itsesäätely ja toistaminen. Psykoterapia 2017;36:169-81
17. Heloma A, Kiianmaa K, Korhonen T, Winell K. (toim.). Tupakka- ja nikotiiniriippuvuus. Kustanus Oy Duodecim 1. painos 2017, sivuja 229
18. Patja K, Ollila H. Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ja tunnistamisen keinot ja riippuvuuden arviointi. Kirjassa: Heloma A, Kiianmaa K, Korhonen T, Winell K. (toim.). Tupakka- ja Nikotiiniriippuvuus. Kustanus Oy Duodecim 1. painos, 2017;111-9
19. Krall EA, Garvey AJ, Garcia RI. Smoking relapse after 2 years of abstinence: findings from the VA Normative Aging Study. Nicotine Tob Res 2002;4:95-100 «PMID: 11906685»
20. Goodwin RD, Sheffer CE, Chartrand H ym. Drug use, abuse, and dependence and the persistence of nicotine dependence. Nicotine Tob Res 2014;16:1606-12 «PMID: 25063773»
21. Sullivan MA, Covey LS. Current perspectives on smoking cessation among substance abusers. Curr Psychiatry Rep 2002;4:388-96 «PMID: 12230968»
22. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US) Office on Smoking and Health. The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. 2014 «PMID: 24455788»
23. WHO monograph on tobacco cessation and oral health integration. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255692/9789241512671-eng.pdf;jsessionid=963FB0AC71C76A7C6DD826BA4D2548B7?sequence=1
24. IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Personal habits and indoor combustions. Volume 100 E. A review of human carcinogens. IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum 2012;100:1-538 «PMID: 23193840»
25. Centers for Disease Control and Prevention (US), National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US), Office on Smoking and Health (US). How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease. A Report of the Surgeon General 2010 «PMID: 21452462»
26. Acuff L, Fristoe K, Hamblen J ym. Third-Hand Smoke: Old Smoke, New Concerns. J Community Health 2016;41:680-7 «PMID: 26512014»
27. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. J Consult Clin Psychol 1983;51:390-5 «PMID: 6863699»
28. West R. Time for a change: putting the Transtheoretical (Stages of Change) Model to rest. Addiction 2005;100:1036-9 «PMID: 16042624»
29. Miller W, Rollnick S. Motivational interviewing preparing people for change, 2nd ed. J Healthc Qual 2003;25;46
30. Benowitz NL, Hukkanen J, Jacob P 3rd. Nicotine chemistry, metabolism, kinetics and biomarkers. Handb Exp Pharmacol 2009;:29-60 «PMID: 19184645»
31. Abrams D, Niaura R, Brown RA, Emmons KM, Goldstein MG, Monti PM. The Tobacco Dependence Treatment Handbook: A Guide to Best Practices. The Guilford Press, New York; 2003
32. Willemse BW, Postma DS, Timens W ym. The impact of smoking cessation on respiratory symptoms, lung function, airway hyperresponsiveness and inflammation. Eur Respir J 2004;23:464-76 «PMID: 15065840»
33. Willemse BW, ten Hacken NH, Rutgers B ym. Effect of 1-year smoking cessation on airway inflammation in COPD and asymptomatic smokers. Eur Respir J 2005;26:835-45 «PMID: 16264044»
34. Berlin I. Endocrine and metabolic effects of smoking cessation. Curr Med Res Opin 2009;25:527-534 «PMID: 28925757»
35. Pourmand G, Alidaee MR, Rasuli S ym. Do cigarette smokers with erectile dysfunction benefit from stopping?: a prospective study. BJU Int 2004;94:1310-3 «PMID: 15610111»
36. Gunnell AS, Tran TN, Tommasi AM ym. Synergy between cigarette smoking and human papillomavirus type 16 in cervical cancer in situ development. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2006;15:2141-7 «PMID: 17057029»
37. Louvanto K. Outcames of cervical human papillomavirus (HPV) infection among mothers in the Finnish Family HPV Study. Väitöskirja, Turun Yliopisto 2011 http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-29-4534-4
38. Health Benefits of Stopping Smoking. Julkaisussa: Reversal of Risk After Quitting Smoking. IARC Handbooks of Cancer Prevention, Tobacco Control. IARC 2007, vol. 11. Lyon, France http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/prev/handbook11/HB11_Reversal_of_Risk.pdf
39. Fagerström K. The epidemiology of smoking: health consequences and benefits of cessation. Drugs 2002;62 Suppl 2:1-9 «PMID: 12109931»

Käytämme evästeitä, jotta pystymme tarjoamaan sinulle parhaan käyttökokemuksen. Jatkamalla sivustollemme hyväksyt evästeiden käytön.

40. Doll R, Peto R, Boreham J ym. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. BMJ 2004;328:1519 «PMID: 15213107»
41. Cigarette smoking and health. American Thoracic Society. Am J Respir Crit Care Med 1996;153:861-5 «PMID: 8564146»
42. Warnakulasuriya S, Dietrich T, Bornstein MM ym. Oral health risks of tobacco use and effects of cessation. Int Dent J 2010;60:7-30 «PMID: 20361572»
43. Heikkinen AM, Meurman JH, Sorsa T. Tupakka, nuuska ja suun terveys. Duodecim 2015;131:1975-80 http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/etusivu/artikkeli?tunnus=duo12513
44. Clinical Practice Guideline Treating Tobacco Use and Dependence 2008 Update Panel, Liaisons, and Staff.. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A U.S. Public Health Service report. Am J Prev Med 2008;35:158-76 «PMID: 18617085»
45. Hughes JR, Higgins ST, Bickel WK. Nicotine withdrawal versus other drug withdrawal syndromes: similarities and dissimilarities. Addiction 1994;89:1461-70 «PMID: 7841857»
46. Mineur YS, Abizaid A, Rao Y ym. Nicotine decreases food intake through activation of POMC neurons. Science 2011;332:1330-2 «PMID: 21659607»
47. de Vries H, Eggers SM, Bolman C. The role of action planning and plan enactment for smoking cessation. BMC Public Health 2013;13:393 «PMID: 23622256»
48. Kilpeläinen M, Sandström P, Vasankari T. Ryhmähoito tupakasta vieroituksessa. Kirjassa: Heloma A, Kiianmaa K, Korhonen T, Winell K. (toim.). Tupakka- ja Nikotiiniriippuvuus. Kustanus Oy Duodecim 1. painos, 2017
49. Kottke TE, Battista RN, DeFriese GH ym. Attributes of successful smoking cessation interventions in medical practice. A meta-analysis of 39 controlled trials. JAMA 1988;259:2883-9 «PMID: 3367456»
50. Stead LF, Koilpillai P, Fanshawe TR ym. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2016;3:CD008286 «PMID: 27009521»
51. Anthenelli RM, Benowitz NL, West R ym. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. Lancet 2016;387:2507-20 «PMID: 27116918»
52. Kotz D, Viechtbauer W, Simpson C ym. Cardiovascular and neuropsychiatric risks of varenicline: a retrospective cohort study. Lancet Respir Med 2015;3:761-8 «PMID: 26355008»
53. Monárrez-Espino J, Galanti MR, Hansson J ym. Treatment With Bupropion and Varenicline for Smoking Cessation and the Risk of Acute Cardiovascular Events and Injuries: a Swedish Case-Crossover Study. Nicotine Tob Res 2018;20:606-613 «PMID: 28595356»
54. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2007;1:CD000031 «PMID: 17253443»
55. Krupski L, Cummings KM, Hyland A ym. Nicotine replacement therapy distribution to light daily smokers calling a quitline. Nicotine Tob Res 2013;15:1572-7 «PMID: 23482718»
56. Stead LF, Perera R, Bullen C ym. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2012;11:CD000146 «PMID: 23152200»
57. Herrera N, Franco R, Herrera L ym. Nicotine gum, 2 and 4 mg, for nicotine dependence. A double-blind placebo-controlled trial within a behavior modification support program. Chest 1995;108:447-51 «PMID: 7634882»
58. Kornitzer M, Kittel F, Dramaix M ym. A double blind study of 2 mg versus 4 mg nicotine-gum in an industrial setting. J Psychosom Res 1987;31:171-6 «PMID: 3295212»
59. Rökning och ohälsa i munnen. En evidensbaserad kunskapssammanställning. Stockholm; 2002
60. Benowitz NL. Pharmacology of nicotine: addiction, smoking-induced disease, and therapeutics. Annu Rev Pharmacol Toxicol 2009;49:57-71 «PMID: 18834313»
61. Henningfield JE, Radzius A, Cooper TM ym. Drinking coffee and carbonated beverages blocks absorption of nicotine from nicotine polacrilex gum. JAMA 1990;264:1560-4 «PMID: 2395197»
62. Sims TH, Fiore MC. Pharmacotherapy for treating tobacco dependence: what is the ideal duration of therapy? CNS Drugs 2002;16:653-62 «PMID: 12269859»
63. Lee PN, Fariss MW. A systematic review of possible serious adverse health effects of nicotine replacement therapy. Arch Toxicol 2017;91:1565-1594 «PMID: 27699443»
64. Smoking: harm reduction. NICE. Public health guideline Published: 5 June 2013 https://www.nice.org.uk/guidance/ph45/resources/smoking-harm-reduction-pdf-1996359619525
65. Carpenter MJ, Jardin BF, Burris JL ym. Clinical strategies to enhance the efficacy of nicotine replacement therapy for smoking cessation: a review of the literature. Drugs 2013;73:407-26 «PMID: 23572407»
66. Pietilä K, Puska P. Nikotiinikorvaushoidon turvallisuus. Suom Lääkäril 2000;55:45-50
67. Hsia SL, Myers MG, Chen TC. Combination nicotine replacement therapy: strategies for initiation and tapering. Prev Med 2017;97:45-49 «PMID: 28257667»
68. Hughes JR, Stead LF, Hartmann-Boyce J ym. Antidepressants for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2014;1:CD000031 «PMID: 24402784»
69. Jensen RP, Luo W, Pankow JF ym. Hidden formaldehyde in e-cigarette aerosols. N Engl J Med 2015;372:392-4 «PMID: 25607446»
70. Hartmann-Boyce J, McRobbie H, Bullen C ym. Electronic cigarettes for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2016;9:CD010216 «PMID: 27622384»
71. Kalkhoran S, Glantz SA. E-cigarettes and smoking cessation in real-world and clinical settings: a systematic review and meta-analysis. Lancet Respir Med 2016;4:116-28 «PMID: 26776875»
72. Glantz SA, Bareham DW. E-Cigarettes: Use, Effects on Smoking, Risks, and Policy Implications. Annu Rev Public Health 2018;39:215-235 «PMID: 29323609»
73. Norwegian Institute of Public Health. Health risks of Scandinavian snus consumption - English summary (pdf). 2014 https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2014/health-risks-of-scandinavian-snus-consumption-english-summary-pdf.pdf
74. Lindson-Hawley N, Hartmann-Boyce J, Fanshawe TR ym. Interventions to reduce harm from continued tobacco use. Cochrane Database Syst Rev 2016;10:CD005231 «PMID: 27734465»
75. Fagerstrom K, Rutqvist LE, Hughes JR. Snus as a smoking cessation aid: a randomized placebo-controlled trial. Nicotine Tob Res 2012;14:306-12 «PMID: 21994343»
76. Carpenter MJ, Wahlquist AE, Burris JL ym. Snus undermines quit attempts but not abstinence: a randomised clinical trial among US smokers. Tob Control 2017;26:202-209 «PMID: 27071730»
77. Hart C, Gruer L, Bauld L. Does smoking reduction in midlife reduce mortality risk? Results of 2 long-term prospective cohort studies of men and women in Scotland. Am J Epidemiol 2013;178:770-9 «PMID: 23825165»
78. Harm reduction in nicotine addiction: helping people who can't quit. A report by the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians. London; 2007 https://shop.rcplondon.ac.uk/products/harm-reduction-in-nicotine-addiction-helping-people-who-cant-quit?variant=6509405637
79. Beard E, West R, Michie S ym. Association between electronic cigarette use and changes in quit attempts, success of quit attempts, use of smoking cessation pharmacotherapy, and use of stop smoking services in England: time series analysis of population trends. BMJ 2016;354:i4645 «PMID: 27624188»
80. Pisinger C, Godtfredsen NS. Is there a health benefit of reduced tobacco consumption? A systematic review. Nicotine Tob Res 2007;9:631-46 «PMID: 17558820»
81. Tverdal A, Bjartveit K. Health consequences of reduced daily cigarette consumption. Tob Control 2006;15:472-80 «PMID: 17130377»
82. Godtfredsen NS, Holst C, Prescott E ym. Smoking reduction, smoking cessation, and mortality: a 16-year follow-up of 19,732 men and women from The Copenhagen Centre for Prospective Population Studies. Am J Epidemiol 2002;156:994-1001 «PMID: 12446255»
83. Godtfredsen NS, Osler M, Vestbo J ym. Smoking reduction, smoking cessation, and incidence of fatal and non-fatal myocardial infarction in Denmark 1976-1998: a pooled cohort study. J Epidemiol Community Health 2003;57:412-6 «PMID: 12775785»
84. Gerber Y, Myers V, Goldbourt U. Smoking reduction at midlife and lifetime mortality risk in men: a prospective cohort study. Am J Epidemiol 2012;175:1006-12 «PMID: 22306566»

Käytämme evästeitä, jotta pystymme tarjoamaan sinulle parhaan mahdollisen käyttökokemuksen sivustollamme. Jatkamalla sivustoilemme hyväksyt evästeiden käytön.
Ok

85. Curry SJ, McBride CM. Relapse prevention for smoking cessation: review and evaluation of concepts and interventions. Annu Rev Public Health 1994;15:345-66 «PMID: 8054089»
86. Helakorpi S, Patja K, Prättälä R, Uutela A. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2001. Helsinki 2001
87. Hughes JR, Keely J, Naud S. Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. Addiction 2004;99:29-38 «PMID: 14678060»
88. Borland R, Partos TR, Yong HH ym. How much unsuccessful quitting activity is going on among adult smokers? Data from the International Tobacco Control Four Country cohort survey. Addiction 2012;107:673-82 «PMID: 21992709»
89. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Quick Reference Guide for Clinicians. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. April 2009. https://www.healthquality.va.gov/tuc/phs_2008_quickguide.pdf
90. Ockene JK, Emmons KM, Mermelstein RJ ym. Relapse and maintenance issues for smoking cessation. Health Psychol 2000;19:17-31 «PMID: 10709945»
91. Hunt WA, Barnett LW, Branch LG. Relapse rates in addiction programs. J Clin Psychol 1971;27:455-6 «PMID: 5115648»
92. Gulliver SB, Hughes JR, Solomon LJ ym. An investigation of self-efficacy, partner support and daily stresses as predictors of relapse to smoking in self-quitters. Addiction 1995;90:767-72 «PMID: 7633293»
93. Garvey AJ, Bliss RE, Hitchcock JL ym. Predictors of smoking relapse among self-quitters: a report from the Normative Aging Study. Addict Behav 1992;17:367-77 «PMID: 1502970»
94. al'Absi M, Carr SB, Bongard S. Anger and psychobiological changes during smoking abstinence and in response to acute stress: prediction of smoking relapse. Int J Psychophysiol 2007;66:109-15 «PMID: 17544533»
95. Piasecki TM, Niaura R, Shadel WG ym. Smoking withdrawal dynamics in unaided quitters. J Abnorm Psychol 2000;109:74-86 «PMID: 10740938»
96. Swan GE, Ward MM, Jack LM. Abstinence effects as predictors of 28-day relapse in smokers. Addict Behav 1996;21:481-90 «PMID: 8830906»
97. Brandon TH, Vidrine JI, Litvin EB. Relapse and relapse prevention. Annu Rev Clin Psychol 2007;3:257-84 «PMID: 17716056»
98. Kirchner TR, Shiffman S, Wileyto EP. Relapse dynamics during smoking cessation: recurrent abstinence violation effects and lapse-relapse progression. J Abnorm Psychol 2012;121:187-97 «PMID: 21787035»
99. Shiffman S. Reflections on smoking relapse research. Drug Alcohol Rev 2006;25:15-20 «PMID: 16492573»
100. Buczkowski K, Marcinowicz L, Czachowski S ym. Motivations toward smoking cessation, reasons for relapse, and modes of quitting: results from a qualitative study among former and current smokers. Patient Prefer Adherence 2014;8:1353-63 «PMID: 25336926»
101. Bize R, Burnand B, Mueller Y ym. Biomedical risk assessment as an aid for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2012;12:CD004705 «PMID: 23235615»
102. Roberts V, Maddison R, Simpson C ym. The acute effects of exercise on cigarette cravings, withdrawal symptoms, affect, and smoking behaviour: systematic review update and meta-analysis. Psychopharmacology (Berl) 2012;222:1-15 «PMID: 22585034»
103. Absetz P, Hankonen N. Miten auttaa potilaita omaksumaan ja ylläpitämään terveellisiä elämäntapoja? Duodecim 2017;13:1015-21 http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/etusivu/artikkeli?tunnus=duo13734
104. Zbikowski SM, Magnusson B, Pockey JR ym. A review of smoking cessation interventions for smokers aged 50 and older. Maturitas 2012;71:131-41 «PMID: 22209349»
105. Barnett PG, Wong W, Jeffers A ym. Cost-effectiveness of extended cessation treatment for older smokers. Addiction 2014;109:314-22 «PMID: 24329972»
106. Vine MF. Smoking and male reproduction: a review. Int J Androl 1996;19:323-37 «PMID: 9051418»
107. Higgins S. Smoking in pregnancy. Curr Opin Obstet Gynecol 2002;14:145-51 PMID: 11914691
108. Shiverick KT, Salafia C. Cigarette smoking and pregnancy I: ovarian, uterine and placental effects. Placenta 1999;20:265-72 «PMID: 10329346»
109. Siu AL, U.S. Preventive Services Task Force. Behavioral and Pharmacotherapy Interventions for Tobacco Smoking Cessation in Adults, Including Pregnant Women: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med 2015;163:622-34 «PMID: 26389730»
110. Chamberlain C, O'Mara-Eves A, Porter J ym. Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2017;2:CD001055 «PMID: 28196405»
111. Cahill K, Hartmann-Boyce J, Perera R. Incentives for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2015;5:CD004307 «PMID: 25983287»
112. Dempsey DA, Benowitz NL. Risks and benefits of nicotine to aid smoking cessation in pregnancy. Drug Saf 2001;24:277-322 «PMID: 11330657»
113. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. June 2000 http://whyquit.com/pharmacology/June2000Guideline.pdf
114. Coleman T, Britton J, Thornton J. Nicotine replacement therapy in pregnancy. BMJ 2004;328:965-6 «PMID: 15105300»
115. Ilett KF, Hale TW, Page-Sharp M ym. Use of nicotine patches in breast-feeding mothers: transfer of nicotine and cotinine into human milk. Clin Pharmacol Ther 2003;74:516-24 «PMID: 14663454»
116. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: 50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2014. Printed with corrections, January 2014 https://www.surgeongeneral.gov/library/reports/50-years-of-progress/full-report.pdf
117. Pbert L, Farber H, Horn K ym. State-of-the-art office-based interventions to eliminate youth tobacco use: the past decade. Pediatrics 2015;135:734-47 «PMID: 25780075»
118. Baxi R, Sharma M, Roseby R ym. Family and carer smoking control programmes for reducing children's exposure to environmental tobacco smoke. Cochrane Database Syst Rev 2014;3:CD001746 «PMID: 24671922»
119. von Mutius E. Environmental factors influencing the development and progression of pediatric asthma. J Allergy Clin Immunol 2002;109:S525-32 «PMID: 12063508»
120. De Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K ym. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Third Joint Task Force of European and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. Eur Heart J 2003;24:1601-10 «PMID: 12964575»
121. Syvänne M, Kesäniemi A, Kiilavuori K ym. Valtimosairauksien ehkäisy 2010-luvulla: eurooppalainen hoitosuositus. Duodecim 2014;130:451-9 http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/etusivu/artikkeli?tunnus=duo11529
122. Aboyans V, Thomas D, Lacroix P. The cardiologist and smoking cessation. Curr Opin Cardiol 2010;25:469-77 «PMID: 20671551»
123. Benowitz NL, Gourlay SG. Cardiovascular toxicity of nicotine: implications for nicotine replacement therapy. J Am Coll Cardiol 1997;29:1422-31 «PMID: 9180099»
124. Nicotine replacement therapy for patients with coronary artery disease. Working Group for the Study of Transdermal Nicotine in Patients with Coronary artery disease. Arch Intern Med 1994;154:989-95 «PMID: 8179456»
125. Meine TJ, Patel MR, Washam JB ym. Safety and effectiveness of transdermal nicotine patch in smokers admitted with acute coronary syndromes. Am J Cardiol 2005;95:976-8 «PMID: 15820167»
126. Patja K, Jousilahti P, Hu G ym. Effects of smoking, obesity and physical activity on the risk of type 2 diabetes in middle-aged Finnish men and women. J Intern Med 2005;258:356-62 «PMID: 16164575»
127. Sliwinska-Mosson M, Milnerowicz H. The impact of smoking on the development of diabetes and its complications. Diab Vasc Dis Res 2017;14:265-276 «PMID: 28393534»
128. Anthonisen NR, Connett JE, Kiley JP ym. Effects of smoking intervention and the use of an inhaled anticholinergic bronchodilator on the rate of decline of FEV1. The Lung Health Study. JAMA 1994;272:1497-505 «PMID: 7966841»
129. Godtfredsen NS, Lam TH, Hansel TT ym. COPD-related morbidity and mortality after smoking cessation: status of the evidence. Eur Respir J 2008;32:844-53 «PMID: 18827152»
130. Josephs L, Culliford D, Johnson M ym. Improved outcomes in ex-smokers with COPD: a UK primary care observational cohort study. Eur Respir J 2017;49: «PMID: 28536250»

Käytämme evästeitä, jotta pystymme tarjoamaan sinulle parhaan mahdollisen käyttökokemuksen sivustollamme. Jatkamalla sivustolla hyväksyt evästeiden käytön.
Ok

131. Scanlon PD, Connett JE, Waller LA ym. Smoking cessation and lung function in mild-to-moderate chronic obstructive pulmonary disease. The Lung Health Study. Am J Respir Crit Care Med 2000;161:381-90 «PMID: 10673175»
132. Tashkin D, Kanner R, Bailey W ym. Smoking cessation in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a double-blind, placebo-controlled, randomised trial. Lancet 2001;357:1571-5 «PMID: 11377644»
133. Tashkin DP, Rennard S, Hays JT ym. Effects of varenicline on smoking cessation in patients with mild to moderate COPD: a randomized controlled trial. Chest 2011;139:591-599 «PMID: 20864613»
134. Thomson NC, Chaudhuri R, Livingston E. Asthma and cigarette smoking. Eur Respir J 2004;24:822-33 «PMID: 15516679»
135. Polosa R, Russo C, Caponnetto P ym. Greater severity of new onset asthma in allergic subjects who smoke: a 10-year longitudinal study. Respir Res 2011;12:16 «PMID: 21261960»
136. Shavit O, Swern A, Dong Q ym. Impact of smoking on asthma symptoms, healthcare resource use, and quality of life outcomes in adults with persistent asthma. Qual Life Res 2007;16:1555-65 «PMID: 17917792»
137. Thomson NC. Asthma and smoking-induced airway disease without spirometric COPD. Eur Respir J 2017;49: «PMID: 28461294»
138. Jang AS, Park SW, Kim DJ ym. Effects of smoking cessation on airflow obstruction and quality of life in asthmatic smokers. Allergy Asthma Immunol Res 2010;2:254-9 «PMID: 20885910»
139. Jyrkkiö S, Boström P, Minn, H. Tupakointi ja syöpä – mitä hyötyä lopettamisesta? Duodecim 2012;128:1081-7 http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/etusivu/artikkeli?tunnus=duo10283
140. Eifel PJ, Jhingran A, Bodurka DC ym. Correlation of smoking history and other patient characteristics with major complications of pelvic radiation therapy for cervical cancer. J Clin Oncol 2002;20:3651-7 «PMID: 12202666»
141. Chen AM, Chen LM, Vaughan A ym. Tobacco smoking during radiation therapy for head-and-neck cancer is associated with unfavorable outcome. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2011;79:414-9 «PMID: 20399030»
142. Rouhos A. Tupakoinnin ja lääkeaineiden yhteisvaikutusten mekanismit ja merkitys. Kirjassa: Heloma A, Kiianmaa K, Korhonen T, Winell K. (toim.). Tupakka- ja Nikotiiniriippuvuus. Kustanus Oy Duodecim 1. painos, 2017
143. Hickman NJ 3rd, Delucchi KL, Prochaska JJ. A population-based examination of cigarette smoking and mental illness in Black Americans. Nicotine Tob Res 2010;12:1125-32 «PMID: 20855413»
144. Smith PH, Mazure CM, McKee SA. Smoking and mental illness in the U.S. population. Tob Control 2014;23:e147-53 «PMID: 24727731»
145. Lawrence D, Mitrou F, Zubrick SR. Smoking and mental illness: results from population surveys in Australia and the United States. BMC Public Health 2009;9:285 «PMID: 19664203»
146. Lohr JB, Flynn K. Smoking and schizophrenia. Schizophr Res 1992;8:93-102 «PMID: 1360812»
147. Li Y, Cao XL, Zhong BL ym. Smoking in male patients with schizophrenia in China: A meta-analysis. Drug Alcohol Depend 2016;162:146-53 «PMID: 26996743»
148. Cao XL, Li Y, Zhong BL ym. Current cigarette smoking in Chinese female patients with schizophrenia: A meta-analysis. Psychiatry Res 2016;235:203-5 «PMID: 26688158»
149. Keltner NL, Grant JS. Smoke, smoke, smoke that cigarette. Perspect Psychiatr Care 2006;42:256-61 «PMID: 17107571»
150. Heffner JL, Strawn JR, DelBello MP ym. The co-occurrence of cigarette smoking and bipolar disorder: phenomenology and treatment considerations. Bipolar Disord 2011;13:439-53 «PMID: 22017214»
151. Cook BL, Wayne GF, Kafali EN ym. Trends in smoking among adults with mental illness and association between mental health treatment and smoking cessation. JAMA 2014;311:172-82 «PMID: 24399556»
152. Westman J, Eriksson SV, Gissler M ym. Increased cardiovascular mortality in people with schizophrenia: a 24-year national register study. Epidemiol Psychiatr Sci 2017;:1-9 «PMID: 28580898»
153. Parks J, Svendsen D, Singer P, Foti M. Morbidity and Mortality in People with Serious Mental Illness. Alexandria VA: National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD) Medical Directors Council. 2006 https://www.nasmhpd.org/sites/default/files/Mortality%20and%20Morbidity%20Final%20Report%208.18.08.pdf
154. Evins AE, Cather C. Effective Cessation Strategies for Smokers with Schizophrenia. Int Rev Neurobiol 2015;124:133-47 «PMID: 26472528»
155. Cather C, Pachas GN, Cieslak KM ym. Achieving Smoking Cessation in Individuals with Schizophrenia: Special Considerations. CNS Drugs 2017;31:471-481 «PMID: 28550660»
156. Rüther T, Bobes J, De Hert M ym. EPA guidance on tobacco dependence and strategies for smoking cessation in people with mental illness. Eur Psychiatry 2014;29:65-82 «PMID: 24485753»
157. Taylor G, McNeill A, Girling A ym. Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. BMJ 2014;348:g1151 «PMID: 24524926»
158. Siddiqi K, Shah S, Abbas SM ym. Global burden of disease due to smokeless tobacco consumption in adults: analysis of data from 113 countries. BMC Med 2015;13:194 «PMID: 26278072»
159. Atieh MA, Alsabeeha NH, Faggion CM Jr ym. The frequency of peri-implant diseases: a systematic review and meta-analysis. J Periodontol 2013;84:1586-98 «PMID: 23237585»
160. Klemp I, Steffenssen M, Bakholdt V ym. Counseling Is Effective for Smoking Cessation in Head and Neck Cancer Patients-A Systematic Review and Meta-Analysis. J Oral Maxillofac Surg 2016;74:1687-94 «PMID: 26973223»
161. Kyrö A. Tupakasta vieroituksen vaikutukset leikkaushoidon tuloksiin. Kirjassa: Heloma A, Kiianmaa K, Korhonen T, Winell K. (toim.). Tupakka- ja Nikotiiniriippuvuus. Kustanus Oy Duodecim 1. painos, 2017
162. Mills E, Eyawo O, Lockhart I ym. Smoking cessation reduces postoperative complications: a systematic review and meta-analysis. Am J Med 2011;124:144-154.e8 «PMID: 21295194»
163. Wong J, Lam DP, Abrishami A ym. Short-term preoperative smoking cessation and postoperative complications: a systematic review and meta-analysis. Can J Anaesth 2012;59:268-79 «PMID: 22187226»
164. Grönholm A, Karhunen-Enckell U, Liira H. Tupakasta vieroitus ennen leikkausta. Suom Lääkäril 2017;5
165. Brose LS, West R, McDermott MS ym. What makes for an effective stop-smoking service? Thorax 2011;66:924-6 «PMID: 21709164»
166. Lancaster T, Silagy C, Fowler G. Training health professionals in smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2000;3:CD000214 «PMID: 10908465»
167. Keto J, Jokelainen J, Timonen M ym. Physicians discuss the risks of smoking with their patients, but seldom offer practical cessation support. Subst Abuse Treat Prev Policy 2015;10:43 «PMID: 26525302»
168. Grönholm A, Litkey D, Jokelainen J ym. Finnish Dentists Find Smoking Cessation Important but Seldom Offer Practical Support for Their Patients. Community Dent Health 2017;34:241-247 «PMID: 29112340»
169. Gordon JS, Mahabee-Gittens EM, Andrews JA ym. A randomized clinical trial of a web-based tobacco cessation education program. Pediatrics 2013;131:e455-62 «PMID: 23319529»
170. Flemming K, Graham H, McCaughan D ym. Health professionals' perceptions of the barriers and facilitators to providing smoking cessation advice to women in pregnancy and during the post-partum period: a systematic review of qualitative research. BMC Public Health 2016;16:290 «PMID: 27030251»
171. Duaso MJ, Bakhshi S, Mujika A ym. Nurses' smoking habits and their professional smoking cessation practices. A systematic review and meta-analysis. Int J Nurs Stud 2017;67:3-11 «PMID: 27880873»
172. Maciosek MV, LaFrance AB, Dehmer SP ym. Health Benefits and Cost-Effectiveness of Brief Clinician Tobacco Counseling for Youth and Adults. Ann Fam Med 2017;15:37-47 «PMID: 28376459»
173. Katz DA, Holman J, Johnson S ym. Implementing smoking cessation guidelines for hospitalized veterans: effects on nurse attitudes and performance. J Gen Intern Med 2013;28:1420-9 «PMID: 23649783»
174. Ahluwalia JS, Harris KJ, Catley D ym. Sustained-release bupropion for smoking cessation in African Americans: a randomized controlled trial. JAMA 2002;288:468-74 «PMID: 12132977»
175. Allen SS, Hatsukami D, Brintnall RA ym. Effect of nicotine replacement therapy on post-cessation weight gain and nutrient intake: a randomized controlled trial of postmenopausal female smokers. Addict Behav 2005;30:1273-80 «PMID: 16022925»
176. Anthenelli RM, Morris C, Ramey TS ym. Effects of varenicline on smoking cessation in adults with stably treated current or past major depression: a randomized trial. Ann Intern Med 2013;159:390-400 «PMID: 24042367»

Käytämme evästeitä, jotta pystymme tarjoamaan sinulle parhaan mahdollisen käyttökokemuksen sivustollamme.
Jatkamalla selaamista hyväksyt evästeiden käytön.
OK

177. Apollonio D, Philipps R, Bero L. Interventions for tobacco use cessation in people in treatment for or recovery from substance use disorders. Cochrane Database Syst Rev 2016;11:CD010274 «PMID: 27878808»
178. Assali AR, Beigel Y, Schreibman R ym. Weight gain and insulin resistance during nicotine replacement therapy. Clin Cardiol 1999;22:357-60 «PMID: 10326169»
179. Baker TB, Piper ME, Stein JH ym. Effects of Nicotine Patch vs Varenicline vs Combination Nicotine Replacement Therapy on Smoking Cessation at 26 Weeks: A Randomized Clinical Trial. JAMA 2016;315:371-9 «PMID: 26813210»
180. Banham L, Gilbody S. Smoking cessation in severe mental illness: what works? Addiction 2010;105:1176-89 «PMID: 20491721»
181. Barnes J, Dong CY, McRobbie H ym. Hypnotherapy for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2010;10:CD001008 «PMID: 20927723»
182. Bergström J. Periodontitis and smoking: an evidence-based appraisal. J Evid Based Dent Pract 2006;6:33-41 «PMID: 17138394»
183. Berlin I, Oncken C. Maternal Smoking During Pregnancy and Negative Health Outcomes in the Offspring. Nicotine Tob Res 2018;20:663-664 «PMID: 29471548»
184. Berndt N, de Vries H, Lechner L ym. High intensity smoking cessation interventions: Cardiac patients of low socioeconomic status and low intention to quit profit most. Neth Heart J 2017;25:24-32 «PMID: 27752966»
185. Broms U, Korhonen T, Kaprio J. Smoking reduction predicts cessation: longitudinal evidence from the Finnish adult twin cohort. Nicotine Tob Res 2008;10:423-7 «PMID: 18324560»
186. Brown TJ, Todd A, O'Malley C ym. Community pharmacy-delivered interventions for public health priorities: a systematic review of interventions for alcohol reduction, smoking cessation and weight management, including meta-analysis for smoking cessation. BMJ Open 2016;6:e009828 «PMID: 26928025»
187. Cahill K, Lancaster T. Workplace interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2014;2:CD003440 «PMID: 24570145»
188. Cahill K, Lindson-Hawley N, Thomas KH ym. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2016;5:CD006103 «PMID: 27158893»
189. Cahill K, Stevens S, Perera R ym. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. Cochrane Database Syst Rev 2013;5:CD009329 «PMID: 23728690»
190. Caldwell BO, Adamson SJ, Crane J. Combination rapid-acting nicotine mouth spray and nicotine patch therapy in smoking cessation. Nicotine Tob Res 2014;16:1356-64 «PMID: 24872027»
191. Canga N, De Irala J, Vara E ym. Intervention study for smoking cessation in diabetic patients: a randomized controlled trial in both clinical and primary care settings. Diabetes Care 2000;23:1455-60 «PMID: 11023136»
192. Carr AB, Ebbert J. Interventions for tobacco cessation in the dental setting. Cochrane Database Syst Rev 2012;6:CD005084 «PMID: 22696348»
193. Carson K, Brinn M, Peters M ym. Superiority of a course of varenicline tartrate plus counselling over counselling alone for smoking cessation: A 24-month randomised controlled trial for inpatients. Respirology 2016;21:45
194. Chambrone L, Chambrone D, Lima LA ym. Predictors of tooth loss during long-term periodontal maintenance: a systematic review of observational studies. J Clin Periodontol 2010;37:675-84 «PMID: 20528960»
195. Chambrone L, Preshaw PM, Rosa EF ym. Effects of smoking cessation on the outcomes of non-surgical periodontal therapy: a systematic review and individual patient data meta-analysis. J Clin Periodontol 2013;40:607-15 «PMID: 23590649»
196. Chang PH, Chiang CH, Ho WC ym. Combination therapy of varenicline with nicotine replacement therapy is better than varenicline alone: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. BMC Public Health 2015;15:689 «PMID: 26198192»
197. Chen D, Wu LT. Smoking cessation interventions for adults aged 50 or older: A systematic review and meta-analysis. Drug Alcohol Depend 2015;154:14-24 «PMID: 26094185»
198. Coleman T, Chamberlain C, Davey MA ym. Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2015;12:CD010078 «PMID: 26690977»
199. Cook JW, Collins LM, Fiore MC ym. Comparative effectiveness of motivation phase intervention components for use with smokers unwilling to quit: a factorial screening experiment. Addiction 2016;111:117-28 «PMID: 26582140»
200. Costa FO, Lages EJ, Cota LO ym. Tooth loss in individuals under periodontal maintenance therapy: 5-year prospective study. J Periodontal Res 2014;49:121-8 «PMID: 23647520»
201. Dickson-Spillmann M, Haug S, Schaub MP. Group hypnosis vs. relaxation for smoking cessation in adults: a cluster-randomised controlled trial. BMC Public Health 2013;13:1227 «PMID: 24365274»
202. Dobbie F, Hiscock R, Leonardi-Bee J ym. Evaluating Long-term Outcomes of NHS Stop Smoking Services (ELONS): a prospective cohort study. Health Technol Assess 2015;19:1-156 «PMID: 26565129»
203. Doyle F, Rohde D, Rutkowska A ym. Systematic review and meta-analysis of the impact of depression on subsequent smoking cessation in patients with coronary heart disease: 1990 to 2013. Psychosom Med 2014;76:44-57 «PMID: 24367125»
204. Etter JF. Comparing the efficacy of two Internet-based, computer-tailored smoking cessation programs: a randomized trial. J Med Internet Res 2005;7:e2 «PMID: 15829474»
205. Fanshawe TR, Halliwell W, Lindson N ym. Tobacco cessation interventions for young people. Cochrane Database Syst Rev 2017;11:CD003289 «PMID: 29148565»
206. Farley AC, Hajek P, Lycett D ym. Interventions for preventing weight gain after smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2012;1:CD006219 «PMID: 22258966»
207. Fiorini T, Musskopf ML, Oppermann RV ym. Is there a positive effect of smoking cessation on periodontal health? A systematic review. J Periodontol 2014;85:83-91 «PMID: 23600995»
208. Gennuso KP, Thraen-Borowski KM, Schlam TR ym. Smokers' physical activity and weight gain one year after a successful versus unsuccessful quit attempt. Prev Med 2014;67:189-92 «PMID: 25091879»
209. Hajek P, Stead LF, West R ym. Relapse prevention interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2013;8:CD003999 «PMID: 23963584»
210. Hanioka T, Ojima M, Tanaka K ym. Causal assessment of smoking and tooth loss: a systematic review of observational studies. BMC Public Health 2011;11:221 «PMID: 21477320»
211. Hartmann-Boyce J, Lancaster T, Stead LF. Print-based self-help interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2014;6:CD001118 «PMID: 24888233»
212. Heikkinen AM, Pajukanta R, Pitkäniemi J ym. The effect of smoking on periodontal health of 15- to 16-year-old adolescents. J Periodontol 2008;79:2042-7 «PMID: 18980511»
213. Hill AL, Roe DJ, Taren DL ym. Efficacy of transdermal nicotine in reducing post-cessation weight gain in a Hispanic sample. Nicotine Tob Res 2000;2:247-53 «PMID: 11082825»
214. Ho SY, Alnashri N, Rohde D ym. Systematic review and meta-analysis of the impact of depression on subsequent smoking cessation in patients with chronic respiratory conditions. Gen Hosp Psychiatry 2015;37:399-407 «PMID: 26022383»
215. Hughes JR, Carpenter MJ. Does smoking reduction increase future cessation and decrease disease risk? A qualitative review. Nicotine Tob Res 2006;8:739-49 «PMID: 17132521»
216. Hughes JR, Solomon LJ, Livingston AE ym. A randomized, controlled trial of NRT-aided gradual vs. abrupt cessation in smokers actively trying to quit. Drug Alcohol Depend 2010;111:105-13 «PMID: 20537810»
217. Hurt RD, Sachs DP, Glover ED ym. A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. N Engl J Med 1997;337:1195-202 «PMID: 9337378»
218. Jorenby D. Clinical efficacy of bupropion in the management of smoking cessation. Drugs 2002;62 Suppl 2:25-35 «PMID: 12109933»
219. Kim Y, Myung SK, Jeon YJ ym. Effectiveness of pharmacologic therapy for smoking cessation in adolescent smokers: Meta-analysis of randomized controlled trials. Am J Health Syst Pharm 2011;68:219-26 «PMID: 21258027»
220. Klemperer EM, Fagerstrom KO, Hughes JR. Abrupt versus gradual smoking cessation with pre-cessation nicotine replacement therapy for cigarette smokers motivated to quit. Ann Transl Med 2016;4:384 «PMID: 27826586»
221. Klemperer EM, Hughes JR, Solomon LJ ym. Motivational, reduction and usual care interventions for smokers who are not ready to quit: a randomized controlled trial. Addiction 2017;112:146-155 «PMID: 27566993»

Käytämme evästeitä, jotta pystymme tarjoamaan sinulle parhaan mahdollisen käyttökokemuksen sivustollamme. Jatkamalla sivustollemme hyväksyt evästeiden käytön.
Ok

222. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2017;3:CD001292 «PMID: 28361496»
223. Lee CT, Huang HY, Sun TC ym. Impact of Patient Compliance on Tooth Loss during Supportive Periodontal Therapy: A Systematic Review and Meta-analysis. J Dent Res 2015;94:777-86 «PMID: 25818586»
224. Lee YC, Marron M, Benhamou S ym. Active and involuntary tobacco smoking and upper aerodigestive tract cancer risks in a multicenter case-control study. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2009;18:3353-61 «PMID: 19959682»
225. Lewin F, Norell SE, Johansson H ym. Smoking tobacco, oral snuff, and alcohol in the etiology of squamous cell carcinoma of the head and neck: a population-based case-referent study in Sweden. Cancer 1998;82:1367-75 «PMID: 9529030»
226. Lindson N, Aveyard P. An updated meta-analysis of nicotine preloading for smoking cessation: investigating mediators of the effect. Psychopharmacology (Berl) 2011;214:579-92 «PMID: 21060996»
227. Lindson-Hawley N, Aveyard P, Hughes JR. Reduction versus abrupt cessation in smokers who want to quit. Cochrane Database Syst Rev 2012;11:CD008033 «PMID: 23152252»
228. Lindson-Hawley N, Thompson TP, Begh R. Motivational interviewing for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2015;3:CD006936 «PMID: 25726920»
229. Lubin JH, Purdue M, Kelsey K ym. Total exposure and exposure rate effects for alcohol and smoking and risk of head and neck cancer: a pooled analysis of case-control studies. Am J Epidemiol 2009;170:937-47 «PMID: 19745021»
230. Macfarlane TV, Macfarlane GJ, Oliver RJ ym. The aetiology of upper aerodigestive tract cancers among young adults in Europe: the ARCAGE study. Cancer Causes Control 2010;21:2213-21 «PMID: 20835759»
231. Mai X, Wactawski-Wende J, Hovey KM ym. Associations between smoking and tooth loss according to the reason for tooth loss: the Buffalo OsteoPerio Study. J Am Dent Assoc 2013;144:252-65 «PMID: 23449901»
232. Matuliene G, Pjetursson BE, Salvi GE ym. Influence of residual pockets on progression of periodontitis and tooth loss: results after 11 years of maintenance. J Clin Periodontol 2008;35:685-95 «PMID: 18549447»
233. Mills EJ, Wu P, Lockhart I ym. Comparisons of high-dose and combination nicotine replacement therapy, varenicline, and bupropion for smoking cessation: a systematic review and multiple treatment meta-analysis. Ann Med 2012;44:588-97 «PMID: 22860882»
234. Mohiuddin SM, Mooss AN, Hunter CB ym. Intensive smoking cessation intervention reduces mortality in high-risk smokers with cardiovascular disease. Chest 2007;131:446-52 «PMID: 17296646»
235. Moore D, Aveyard P, Connock M ym. Effectiveness and safety of nicotine replacement therapy assisted reduction to stop smoking: systematic review and meta-analysis. BMJ 2009;338:b1024 «PMID: 19342408»
236. Moreno-López LA, Esparza-Gómez GC, González-Navarro A ym. Risk of oral cancer associated with tobacco smoking, alcohol consumption and oral hygiene: a case-control study in Madrid, Spain. Oral Oncol 2000;36:170-4 «PMID: 10745168»
237. Morozumi T, Kubota T, Sato T ym. Smoking cessation increases gingival blood flow and gingival crevicular fluid. J Clin Periodontol 2004;31:267-72 «PMID: 15016254»
238. Nides M, Rand C, Dolce J ym. Weight gain as a function of smoking cessation and 2-mg nicotine gum use among middle-aged smokers with mild lung impairment in the first 2 years of the Lung Health Study. Health Psychol 1994;13:354-61 «PMID: 7957014»
239. Park EW, Tudiver FG, Campbell T. Enhancing partner support to improve smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2012;7:CD002928 «PMID: 22786483»
240. Paulander J, Wennström JL, Axelsson P ym. Some risk factors for periodontal bone loss in 50-year-old individuals. A 10-year cohort study. J Clin Periodontol 2004;31:489-96 «PMID: 15191581»
241. Peirson L, Ali MU, Kenny M ym. Interventions for prevention and treatment of tobacco smoking in school-aged children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. Prev Med 2016;85:20-31 «PMID: 26743631»
242. Radoï L, Menvielle G, Cyr D ym. Population attributable risks of oral cavity cancer to behavioral and medical risk factors in France: results of a large population-based case-control study, the ICARE study. BMC Cancer 2015;15:827 «PMID: 26520570»
243. Rice VH, Hartmann-Boyce J, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2013;8:CD001188 «PMID: 23939719»
244. Rigotti NA, Clair C, Munafò MR ym. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. Cochrane Database Syst Rev 2012;5:CD001837 «PMID: 22592676»
245. Rigotti NA, Regan S, Levy DE ym. Sustained care intervention and postdischarge smoking cessation among hospitalized adults: a randomized clinical trial. JAMA 2014;312:719-28 «PMID: 25138333»
246. Roberts E, Eden Evins A, McNeill A ym. Efficacy and tolerability of pharmacotherapy for smoking cessation in adults with serious mental illness: a systematic review and network meta-analysis. Addiction 2016;111:599-612 «PMID: 26594837»
247. Roosaar A, Johansson AL, Sandborgh-Englund G ym. A long-term follow-up study on the natural course of snus-induced lesions among Swedish snus users. Int J Cancer 2006;119:392-7 «PMID: 16470839»
248. Roosaar A, Johansson AL, Sandborgh-Englund G ym. Cancer and mortality among users and nonusers of snus. Int J Cancer 2008;123:168-73 «PMID: 18412245»
249. Rosa EF, Corraini P, Inoue G ym. Effect of smoking cessation on non-surgical periodontal therapy: results after 24 months. J Clin Periodontol 2014;41:1145-53 «PMID: 25265872»
250. Rosa GM, Lucas GQ, Lucas ON. Cigarette smoking and alveolar bone in young adults: a study using digitized radiographs. J Periodontol 2008;79:232-44 «PMID: 18251656»
251. Saba M, Diep J, Saini B ym. Meta-analysis of the effectiveness of smoking cessation interventions in community pharmacy. J Clin Pharm Ther 2014;39:240-7 «PMID: 24749899»
252. Schwartz J, Fadahunsi O, Hingorani R ym. Use of Varenicline in Smokeless Tobacco Cessation: A Systematic Review and Meta-Analysis. Nicotine Tob Res 2016;18:10-6 «PMID: 25646351»
253. Shiloah J, Patters MR, Waring MB. The prevalence of pathogenic periodontal microflora in healthy young adult smokers. J Periodontol 2000;71:562-7 «PMID: 10807119»
254. Simon P, Kong G, Cavallo DA ym. Update of Adolescent Smoking Cessation Interventions: 2009-2014. Curr Addict Rep 2015;2:15-23 «PMID: 26295017»
255. Spring B, Howe D, Berendsen M ym. Behavioral intervention to promote smoking cessation and prevent weight gain: a systematic review and meta-analysis. Addiction 2009;104:1472-86 «PMID: 19549058»
256. Stead LF, Buitrago D, Preciado N ym. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2013;5:CD000165 «PMID: 23728631»
257. Stead LF, Carroll AJ, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2017;3:CD001007 «PMID: 28361497»
258. Stead LF, Hartmann-Boyce J, Perera R ym. Telephone counselling for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2013;8:CD002850 «PMID: 23934971»
259. Stead LF, Koilpillai P, Lancaster T. Additional behavioural support as an adjunct to pharmacotherapy for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2015;10:CD009670 «PMID: 26457723» «PMID: 26457723»
260. Taylor GMJ, Dalili MN, Semwal M ym. Internet-based interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2017;9:CD007078 «PMID: 28869775»
261. Thomas D, Abramson MJ, Bonevski B ym. System change interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2017;2:CD010742 «PMID: 28185257»
262. Thomas RE, Baker PR, Thomas BC ym. Family-based programmes for preventing smoking by children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev 2015;2:CD004493 «PMID: 25723328»
263. Thomsen T, Villebro N, Møller AM. Interventions for preoperative smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2014;3:CD002294 «PMID: 24671929»
264. Tonstad S, Tønnesen P, Hajek P ym. Effect of maintenance therapy with varenicline on smoking cessation: a randomized controlled trial. JAMA 2006;296:64-71 «PMID: 16820548»
265. Tsoi DT, Porwal M, Webster AC. Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev 2013;2:CD007253 «PMID: 23450574»

Käytämme evästeitä, jotta voimme tarjoamaan sinulle parhaan mahdollisen käyttökokemuksen sivustollamme.
Jatkamalla sivustollemme hyväksyt evästeiden käytön.
Ok

266. Tulloch HE, Pipe AL, Els C ym. Flexible, dual-form nicotine replacement therapy or varenicline in comparison with nicotine patch for smoking cessation: a randomized controlled trial. BMC Med 2016;14:80 «PMID: 27233840»
267. Turati F, Garavello W, Tramacere I ym. A meta-analysis of alcohol drinking and oral and pharyngeal cancers: results from subgroup analyses. Alcohol Alcohol 2013;48:107-18 «PMID: 22949102»
268. Ussher MH, Taylor AH, Faulkner GE. Exercise interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2014;8:CD002295 «PMID: 25170798»
269. Walters ST, Wright JA, Shegog R. A review of computer and Internet-based interventions for smoking behavior. Addict Behav 2006;31:264-77 «PMID: 15950392»
270. Wan CP, Leung WK, Wong MC ym. Effects of smoking on healing response to non-surgical periodontal therapy: a multilevel modelling analysis. J Clin Periodontol 2009;36:229-39 «PMID: 19236535»
271. van den Brand FA, Nagelhout GE, Reda AA ym. Healthcare financing systems for increasing the use of tobacco dependence treatment. Cochrane Database Syst Rev 2017;9:CD004305 «PMID: 28898403»
272. van der Meer RM, Willemsen MC, Smit F ym. Smoking cessation interventions for smokers with current or past depression. Cochrane Database Syst Rev 2013;8:CD006102 «PMID: 23963776»
273. van Eerd EA, van der Meer RM, van Schayck OC ym. Smoking cessation for people with chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database Syst Rev 2016;8:CD010744 «PMID: 27545342»
274. Wang D, Connock M, Barton P ym. 'Cut down to quit' with nicotine replacement therapies in smoking cessation: a systematic review of effectiveness and economic analysis. Health Technol Assess 2008;12:iii-iv, ix-xi, 1-135 «PMID: 18093448»
275. White AR, Rampes H, Liu JP ym. Acupuncture and related interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2014;1:CD000009 «PMID: 24459016»

Artikkelin tunnus: hoi40020 (040.020)
© 2020 Suomalainen Lääkäriseura Duodecim

Käytämme evästeitä, jotta pystymme tarjoamaan sinulle parhaan mahdollisen käyttökokemuksen sivustollamme.
Jatkamalla sivustollemme hyväksyt evästeiden käytön.

Ok

Tietosuoja - Ehdot