

SUOMEN KIPU RY:N JÄSENLEHTI 4 | 2020

KIPU PUOMI



KIPUPUOMI

SUOMEN KIPU RY:N
JÄSENLEHTI
4 | 2020

VUODEN 2021 LEHDET

Kipupuomi 1/2021, ilmestyy vko 9, aineistojen deadline 27.1.2021
Kipupuomi 2/2021, ilmestyy vko 22, aineistojen deadline 28.4.2021
Kipupuomi 3/2021, ilmestyy vko 35, aineistojen deadline 28.7.2021
Kipupuomi 4/2021, ilmestyy vko 50, aineistojen deadline 10.11.2021

Kipupuomi on Suomen Kipu ry:n tuottama jäsenlehti. Suomen Kipu ry ei vastaa julkaisujen sisällön oikeellisuudesta tai puutteista eikä yksittäisten artikkeleiden tietojen oikeellisuudesta tai niissä esitetyistä näkökannoista. Julkaisuissa esiin tulevat näkökannat eivät ole – ellei toisin mainita – Suomen Kipu ry:n omia tai sen vahvistamia näkökantoja.

Suomen Kipu ry:n jäsenlehti
Ilmestyy 4 kertaa vuodessa
ISSN 1795-8652
Painosmäärä: 3 500

Julkaisija: Suomen Kipu ry
Painotalo: Waasa Graphics Oy

Päätoimittaja:
Mia Kujanpää p. 050 353 5955
kipupuomi@suomenkipu.fi
Taitto: Tilda Hopia
tilda@pukkimaki.fi
Kansi: Kim Majjala, Instagram:
@wish_of_soul, KCMART

Osoitteenmuutokset/toimisto:
Suomen Kipu ry
toimisto@suomenkipu.fi
p. 045 129 0707
Sepontie 3 th 4, 02130 Espoo

www.suomenkipu.fi
Facebook: suomenkipury
Twitter: @suomenkipu_ry
Instagram: @suomenkipury

SUOMEN KIPU RY

Toimistoassistentti Tiina Lemmetti
045 129 0707 / tiina.lemmetti@suomenkipu.fi

Toiminnanjohtaja Kaisa Hirn
045 355 2825 / kaisa.hirn@suomenkipu.fi

Järjestökoordinaattori Heidi Krogell
045 117 3131 / heidi.krogell@suomenkipu.fi

Tukipuhelin

Haluatko keskustella kivusta?
Tukipuhelimessa ja sähköpostissa päivystää koulutettu kipuvertainen. Keskustelut ovat luottamuksellisia.
ti ja to klo 17–19
p. 050 464 4333
tukilinja@suomenkipu.fi

Äijälinja

Äijälinja on suunnattu miehille ja pojille, jotka haluavat keskustella luottamuksellisesti kivusta.
ma klo 18–20
p. 050 327 5396

LEHDESSÄ

- 2 Puheenjohtajalta
- 3 Mitä ajattelen tänään?
- 4 Shokista sopeutumiseen
- 5 Leikkiin heittäytyminen voi saada hetkeksi unohtamaan kaiken muun
- 6 Suomen Kipu ry:n läheisten hankkeessa uusi työntekijä
- 7 Kivun ymmärtäminen ja ennaltaehkäisy omilla elintavoilla
- 8 Villi mieli: Kirje marraskuulle, kirje kivulle
- 10 ADHD-potilas X ja polvikipujen katoaminen kannabinooiditerapian ”sivuvaikutuksena”
- 12 Kuinka kannabis vaikuttaa?
- 16 Vuoden auttaja 2020 palkitseminen
- 16 Eduskuntaan perustettiin Kipu ja migreeni -ryhmä
- 18 Nuoren ihmisen kroonisen yläraajakivun syy voi olla TOS
- 20 Hallitus esittäytyy
- 25 Suomen hallituksen esitys vakuutuslääkärjärjestelmän epäkohtien korjaamiseksi eduskuntaan

PUHEENJOHTAJALTA

Kohti vuotta 2021

Vertaistuen merkitys ja tarve on tullut vahvasti esille vuoden 2020 aikana. Korona, tuo ‘virusvieraamme’, joka kevään aikana Suomeenkin rantautui, laittoi vertaistukitoimintaamme muokkautumaan suuresti ja toimimaan vallitsevien suositusten mukaisesti ja onneksemme saimme myös sen toimimaan etäyhteyksien varassa. Hienoa on myöskin todeta, että saimme muutaman uuden ryhmänkin käynnistymään poikkeuksellisesta tilanteesta huolimatta.

Sitä mitä vuosi 2021 tuo tullessaan, emme pysty vielä millään ennustamaan, mutta minulla ainakin on usko siihen, että saamme jatkossakin tarjota laadukasta vertaistukea kroonista kipua sairastaville ja heidän läheisilleen - ja tästä kuuluu ISO KIITOS teille kaikille aktiivisille toimijoillemme ympäri Suomen - teette todella arvokasta ja merkityksellistä työtä!

Yhdistyksessä on myös tapahtunut paljon muutakin kuluneen vuoden aikana – toimistolla on nyt kolme palkattua työntekijää, omaisten hanke on ollut todella kaivattu lisä toimintaamme ja pääsimme mukaan Duodecimin Potilaat mukaan – hankkeeseen, Väestöliiton Hyvä kysymys – sivustolle ja Eduskuntaan perustettuun kipu ja migreeni ryhmään.

Kiteytettynä voisi sanoa, että vaikkakin haasteita on vuoteen mahtunut riittävästi, olemme silti saaneet paljon asioita eteenpäin ja kipua taas hiukan näkyvämmäksi. Tästä on hyvä jatkaa taas ensi vuonna eteenpäin - yhdessä tekemällä saamme aikaan suuria asioita!

Iloista joulunaikaa toivotellen,
Ritva Johansson
Varapuheenjohtaja

Korona pakotti muuttamaan arkea

VUOSI 2020 KAIKKINE HAASTEINEEN, uusine avauksineen sekä muutoksineen alkaa olla lopussa. Koronaepidemia pakotti sekä yksilöt että yhteisöt muuttamaan arkeaan. On hyvä muistaa, että vaikka korona aiheutti paljon negatiivisia asioita, tapahtui vuoden aikana myös hyvääkin. Kun vuosi lähenee loppuaan, on hyvä hetki pysähtyä miettimään mennyttä vuotta.

Maaliskuussa teimme huikean digiloikan, kun pandemia pakotti kasvokkain tapaavat ryhmät tauolle. Toiminta, vuosikokous mukaan lukien, siirrettiin digimaailmaan. Keväällä ja kesällä kokoontui vertaistukiryhmiä myös hybridimallina, eli osa osallistujista kokoontui paikan päälle ja osa osallistui verkon välityksellä omalta kotisohvaltaan. Kesäkuussa uutta tuulta purjeisiin saatiin ”Kun kipu koskettaa” -hankkeen käynnistyessä. Hanke on toteutettu Stea:n erillisavustuksena, ja se tarjoaa verkossa tukea ja tietoa kipukroonikoiden läheisille ja perheille. Verkkoon siirtynyt vertaistuki tavoittaa uusia kipupotilaita. Erityisesti jos matkustaminen on vaikeaa tai omalla paikkakunnalla ei kokoonnu ryhmää, tiistaisin kokoontuva verkko-ryhmä on mainio paikka päästä tapaamaan muita kipukroonikoita.

Kipupotilaiden ja heidän läheistensä arkea parannetaan tarjoamalla suoraa tukea ja neuvontaa, mutta yhdistys tekee laajaa vaikuttamistyötä usealla yhteiskunnan areenalla. Rakenteiden muuttaminen on usein piinallisen hädästä ja työ tehdään kulisissa, mutta meillä on vahva usko siihen, että yhteistyöllä asioita saadaan kehitettyä ja muutoksia tehtyä! Vuonna 2019 Fimea kutsui kokoon Potilasneuvottelukunnan, johon kuuluu myös Suomen Kipu. Neuvottelukunnan tarkoitus on lisätä kommunikaatiota potilaiden ja viranomaisten välillä, luoda luottamusta sekä parantaa tiedotusta. Neuvottelukunta on kokoontunut nyt kahdesti, ja vaikka kokoontumiset on jouduttu järjestämään etäyhteyksin, on keskustelu ollut aktiivista ja sujuvaa.

”Kipupotilaiden ja heidän läheistensä arkea parannetaan tarjoamalla suoraa tukea ja neuvontaa, mutta yhdistys tekee laajaa vaikuttamistyötä usealla yhteiskunnan areenalla.

Keväällä yhdistys pääsi järjestökumppaniksi Duodecimin Potilaat mukaan -hankkeeseen. Hankkeen on tarkoitus vahvistaa potilaiden roolia Käypä Hoito -suositusten tekemisessä sekä jalkauttamisessa. On todella hienoa, että myös järjestöt otetaan jatkossa vahvemmin mukaan näin tärkeään kehitystyöhön. Käypä hoito -suosituksilla on vahva rooli suomalaisessa terveydenhuollossa, ja jokaisen potilaan ja hänen läheisensä olisikin hyvä käydä tutustumassa itseään koskeviin suosituksiin.

Syyskuussa kroonisen kivun teemakuukautena käynnistettiin eduskunnan Kipu ja migreeni -verkosto. Ryhmän puheenjohtajaksi valittiin kansanedustaja Inka Hopsu (vihr.), ja varapuheenjohtajina toimivat kansanedustajat Paula Risikko (kok.) ja Juha Mäenpää (ps.). Verkoston järjestöjäseniä ovat Suomen Kivun lisäksi Migreeniyhdistys, Suomen Horton-yhdistys sekä Kipukapina. Verkoston tarkoituksena on keskusteluiden ja asiantuntijakuulemisten myötä pohtia, kuinka kipupotilaiden ja vaikeista kroonisista kivuista kärsivien ja migreeniä sairastavien asemaa ja tilannetta voidaan edistää.

Yhdistyksen pitkäaikainen aktiivi Pertti Latvala käynnisti vuonna 2019 yhdessä Potilas- ja sosiaaliapu ry:n Heikki Päivikkeen kanssa kansalaisaloitteen vakuutuslääkärjärjestelmän muuttamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeri asetti valiokunnan tekemään esityksen lain muutoksesta, ja tämän lehden ilmestyessä asia onko esitelty eduskunnalle. Vaikka kaikki kansalaisjärjestöjen toiveet

eivät menneet esitykseen, se on kuitenkin askel kohti läpinäkyvämpää ja oikeudenmukaisempaa päätöksentekoa. Iso kiitos Pertille ja Heikille suuresta työstä! Haastavan ja työntäyteisen vuoden loppuun toivotan kaikille lukijoille rauhallista ja iloista joulun aikaa. Hommat jatkuvat vielä ensi vuonna, mutta yhdessä mennään eteenpäin! ♦

KAISA HIRN

Kirjoittaja on Suomen Kipu ry:n toiminnanjohtaja.



Shokista sopeutumiseen

Minkä vaiheiden kautta me selviämme?

Krooniseen kipuun sairastuminen haastaa ihmisen koko siihenastisen elämän. Terveillekin on selvää, että kipu rajoittaa fyysisiä suorituksia. Nivelrikko hankaloittaa marjastamista ja hermovaurio kädessä sähköpelastaamista. Pahimmillaan ihminen jää toisten avun varaan arkitöissäänkin. Tarvitaan joku pesemään ja pukemaan.

SAIRASTAMISEN KOKONAISVALTAISUUS TULEE KUITENKIN MONILLE YLLÄTYKSENÄ. Hyväksi esimerkiksi käyvät kivun kognitiiviset vaikutukset. Niitä ei tule ajatelleeksi, ellei niiden kanssa joudu tekemisiin. Tietoisuudesta koko ajan kaistaa vievä vihlonta häiritsee keskittymistä. Dekkarin juonenkäänneet tahtovat mennä ohi, ja kaverilta tulee kysyttyä viikonlopun suunnitelmia toistamiseen. Ilalla ei löydy asentoa, jossa pystyisi nukahtamaan. Jos uni tulee, se ei välttämättä kestä kauan, ole yhtenäistä tai laadultaan kunnollista. Vähitellen terävinkin potilas havahtuu siihen, että hänen muistinsa pätkee.

Jos työssä käyminen muuttuu mahdottomaksi, iskevät taloudelliset ongelmat. Kelan byrokratia ja pennin venyttäminen tulevat tutuiksi.

Kun ihminen menettää työnsä ja tutut harrastuksensa, kapeenee sosiaalisten kontaktien piiri. Kaikkien puolisoitakaan eivät jaksaa muuttunutta tilannetta.

Elämän mullistuminen ja kaikki siihen liittyvät menetykset tuottavat ahdistusta ja masentavat. Ei ole ihme, että kipupotilaita suuttuttaa ja surettaa.

Suuria haasteita

Hyvinvoiva ihminen tuntee elämänsä mielekkääksi. Suuriin muutoksiin ihminen ei sopeudu hetkessä. Vaaditaan paljon voimavaroja, kun pitää selviytyä siitä, että mattoa vedetään kaikin tavoin jalkojen alta. Siksi sopeutumisprosessi vie aikaa. Voi olla, ettei se edes tule kunnolla valmiiksi.

Joskus päämäärän saavuttaminen jää väliaikaiseksi. Jos voinnissa tapahtuu notkahdus, tarvitaan taas lisää aivo- ja tunnetyötä. Elämä voi tuntua kuluttavalta siksakilta, jossa toivo ja toivottomuus vuorottelevat.

Joka tapauksessa sopeutumisprosessin tavoitteena on kyky elää mielekästä elämää muuttuneessa tilanteessa. Sopeutumaan pystyvä onnistuu elämään toisenlaista elämää erilaisena itsenään. Tutkijat ovat todenneet, että selviytymisprosessissa on erotettavissa neljä eri vaihetta.

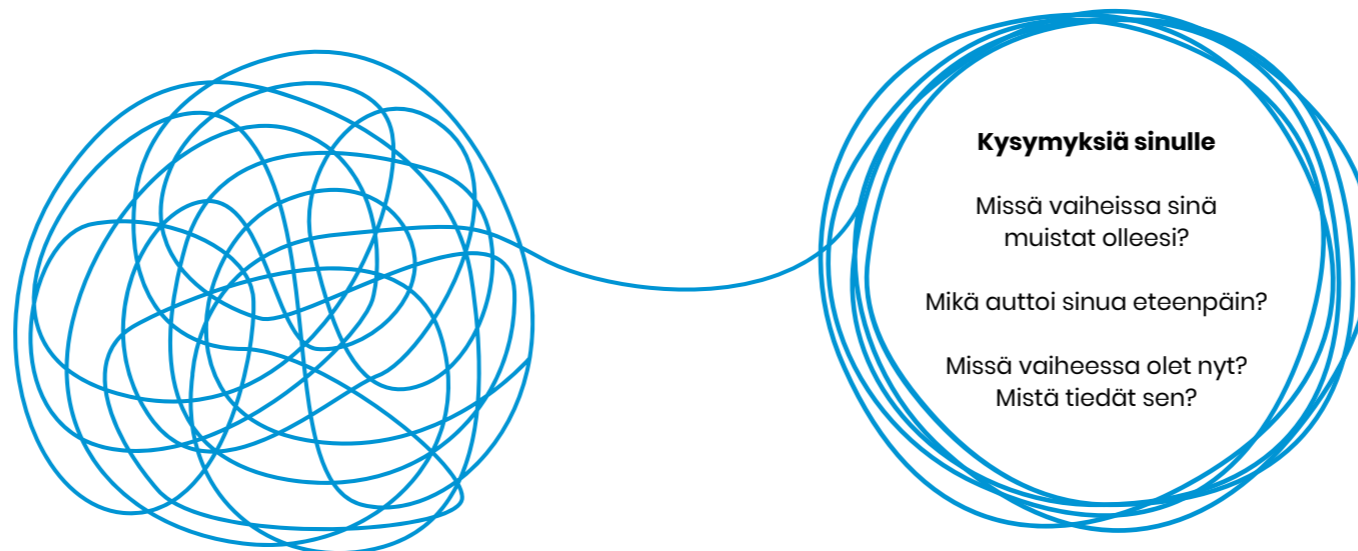
Shokki

Shokkivaiheessa ihminen on silloin, kun hän on juuri sairastunut. Shokki on helppo ymmärtää, kun ajattelee esimerkiksi niitä, jotka loukkaantuvat onnettomuudessa. Äkillisen kauhun valtaan joutuvat myös ne, joiden hoidot epäonnistuvat kohtalokkaalla tavalla.

Shokkivaiheessa ihmisen mieli on enemmän tai vähemmän kaoottisessa tilassa. Tunteet ryöpyävät. Ihminen voi itkeä niin,

että vaikuttaa hysteeriseltä. Hän voi myös käyttäytyä aggressiivisesti, esim. vaatia apua tai kosta nyt heti. Kolmas vaihtoehto on lamaantuminen, se, ettei näytä reagoivan oikeastaan mitenkään.

Shokkivaiheessa olevaa ihmistä kannattaa tukea ja rauhoitella. Pitkät puheet eivät kuitenkaan uppoa hedelmälliseen maaperään. Esimerkiksi hoito-ohjeet menevät sivuun. Hyödyllisempää on tarjota läsnäoloa ja turvaa. Shokissa olevaa ei pitäisi jättää yksin. Läheisten on tärkeää muistaa tämä.



Reaktio

Reaktiovaiheessa ihminen alkaa pikku hiljaa tajuta, mitä on tapahtunut. Samalla esiin nousee voimakkaita tunteita. Järkytys täyttää ihmisen. Hän on ihmeissään, miten hänen muka pitäisi jatkaa tästä eteenpäin. Luopuminen monista tärkeistä asioista tuottaa suurta surua. Yhden tekee mieli vihata hoitovirheeseen syyllystyntä lääkärinä tai onnettomuuden aiheuttanutta rattijuoppoa. Toinen syyttää tapahtuneesta itseään. Vastaaviin tilanteisiin joutuminen pelottaa vaistomaisesti jokaista. Häpeä muuttuneesta kehosta rajoittaa joidenkin elämää.

Moni ilmentää tunteita kehollisesti. Autonominen hermosto huitelee omia teitään. Verenpaine ja stressihormonit kohoavat. Ihminen kärsii vapinasta tai sydämentykytyksestä, ja häntä voi huimata. Usein myös rauhoittuminen nukkumaan hankaloituu. Ylikierrokset valvottavat.

Reaktiovaiheessa olevan ihmisen tunnepurkauksiin on hyvä suhtautua ymmärtäväisesti. Niitä voi tajuta, vaikka ei jotain niistä hyväksyisikään.

Käsittely

Käsittelyvaiheessa ihminen haluaa tietää kaiken sairaudestaan tai vammastaan. Hän googlaa diagnooseja ja hoitomuotoja googlaamasta päästyään ja tilaa kaukolainoja kirjastosta. Hän haluaa puhua niiden kanssa, joiden olettaa tietävän aiheesta jotain. Siksi käsittelyvaiheessa oleva henkilö hyötyy usein vertaistuesta.

Moni käsittelyvaiheessa oleva potilas puhuu tai kirjoittaa itse mielellään. Puhuminen selvittää ajatuksia ja antaa muotoa abstrakteille tunteille. Sanallistettuna kokonaisuus tulee hallittavaksi.

Sopeutuminen

Sopeutumisvaiheessa ihminen löytää uuden tasapainon itsensä ja elämänsä kanssa. Sopeutuminen merkitsee realismia. Se lähtee tosiasioiden tunnustamisesta. Mennään sillä, mitä on, koska muuta ei ole.

Uudet elämisen ehdot eivät tarkoita pelkkää luopumista ja menettämistä. Sopeutumisvaiheessa oleva ihminen kykenee keskittymään siihen, mikä vielä on mahdollista ja millä keinoilla menetettyä voisi saada takaisin. Näin hän pystyy etsimään elämäänsä positiivista sisältöä ja iloa.

Omien vaikeuksiensa kanssa sopeutumisvaiheeseen edennyt ihminen on arvokas toisten vaikeuksiin joutuneiden tukijana.



Leikkiin heittäytyminen voi saada hetkeksi unohtamaan kaiken muun

ANNETTE SIILIN KIRJOITTAMA Aikuisten leikkikirja kuitenkin osoittaa, että aikuisena saa tehdä mitä vain – myös leikkiä! Kirja esittelee ja ohjeistaa 35 leikkiä, joista ainakin osa on monelle tuttuja lapsuudesta. Vaikka leikkeihin löytyykin kirjasta selkeät ohjeet, kehottaa Vuosku rohkeasti jalostamaan leikkejä eteenpäin juuri omaan leikkiporukkaan sopiviksi. Leikit painottuvat sanoilla ja rooleilla leikkimiseen ja niitä voi leikkiä joko isommalla porukalla tai ihan kaksinkin. Vaikka leikkejä on kirjassa esitelty melko monipuolisesti, puuttuu kirjasta täysin fyysiset leikit, kuten hippa.

Jokaisen leikin esittelyssä on mukana pieni tarina siitä, missä tilanteissa kirjan kirjoittajat ovat leikkiin tutustuneet tai sitä leikkineet. Monia leikkejä on leikitty illanvietoissa, uusiin ihmisiin tutustuttaessa ja tylsissä hetkissä. Leikkiminen antaa hyvän mahdollisuuden tutustua sekä tuttuihin ja tuntemattomiin, mutta myös itseensä. Kirjan leikit sopivatkin hyvin esimerkiksi juhliin, kavereiden kanssa näkemiseen tai vertaistukiryhmiin rentouttamaan ilmapiiriä, auttamaan toisiin tutustumisessa sekä herättämään keskustelua.

Kirjan värikäs ilme ja runsas kuvitus tekee kirjasta kevyen lukea. Leikkejä voi silmäillä helposti ja selkeä otsikointi auttaa löytämään olennaiset tiedot leikeistä. Kirja soveltuu kaikille leikkimielisille aikuisille, jotka kaipaavat ideoita rentoon ajan viettämiseen leikin parissa.

Leikit herättelevät uteliaisuutta ja huumorintajua ja saavat hetkeksi unohtamaan kaiken muun.

Lähteenä on käytetty teosta Luomajoki, Hannu et al.: Ammatillaisen kipukirja. VK-kustannus 2020.

Suomen Kipu ry:n läheisten hankkeessa uusi työntekijä

Nimi: Jenni Tarhanen

Työ: "Kun kipu koskettaa – vertaistukea verkossa omaisille ja läheisille" -hankkeen projektkoordinaattori

Koulutus: Toimintaterapeutti

Harrastukset: Rakastan lukemista ja minulla onkin aina jokin kirja kesken. Muita kiinnostuksen kohteitani ovat esimerkiksi valokuvaus, lautapelit ja käsityöt. Myös luonnossa liikkuminen on minulle tärkeää.

Mitä työhösi kuuluu? Yhdistyksen läheisten toiminnan suunnittelu, kehittäminen, toteutus ja raportointi. Teen hankkeen puitteissa yhteistyötä myös muiden toimijoiden, kuten yhdistysten, ammattilaisten ja vapaaehtoisten kanssa. Järjestän ja olen mukana ohjaamassa läheisten toiminnassa, kuten webinaareissa ja chateissa. Toivon löytäväni loppuvuoden aikana toimintaan myös uusia vapaaehtoisia.

Millaisia terveisiä sinulla on kipusairaiden läheisille? Läheistenkään ei tarvitse jäädä yksin tilanteensa kanssa! Kipu kuormittaa sairastuneen lisäksi läheisiä, joten on tärkeää pitää huolta omasta jaksamisestaan. Läheisten hyvinvointi on myös kipua sairastavan etu.



Kivun ymmärtäminen ja ennaltaehkäisy omilla elintavoilla

KIPU TAI ERILAISET SAIRAUDET HAASTAVAT aina ihmisten arkea, ihan niin kuin omaanikin. Minulle tärkeä päivystävän sairaanhoitajan työ on ollut tauolla kohta kaksi vuotta Chiarin ja Syringomyelian vuoksi. Nämä sairaudet aiheuttavat niin kipuja, kuin neurologisia oireitakin. Tätä kirjoittaessani odotan pääsyä Chiari-leikkaukseen.

Kun tilanteensa äärelle pysähtyy ensin itse ja sitten ammattilaisen voimin keskitytään etsimään keinoja omahoitoon, pystyy paremmin löytämään tilanteensa valoisat puolet. Kun joku ymmärtää, on helpompi hyväksyä.

Kipu raastaa hermoja, vaikeuttaa normaaleja arkisia toimintoja kuten liikkumista, työntekoa ja yöuniäkin, puhumattakaan väsymyksen vuoksi epäsäännölliseksi muuttunutta syömistä. Jos kipua ei ole tutkittu kunnolla tai vaikka olisikin, voi ajatuksissa olla pelko, huoli ja epävarmuus. Entä jos kivut jäävät pysyviksi tai entä jos taustalla on muutakin?

Kun kipu pitkittyy, oikeanlainen liike ja elämäntavat ovat lääkettä parempi kivunhoitometodi. Säännöllinen unirytm, hyvä ja monipuolinen ravitsemus sekä stressinhallinta ovat suuressa roolissa. Ajatuksien muualle saattaminen esimerkiksi mielekkäällä tekemisellä, rentoutumisharjoituksilla, sosiaalisilla suhteilla tai liikkunnalla vie huomion pois kivusta ja näin kipu saattaa tuntua edes aavistuksen siedettävämältä.

Ymmärrän hyvin omasta kokemuksesta, kuinka vaikeaa on lähteä liikkeelle kun niskaa tai rankaa särkee niin, että sänkyyn käpertyminen särkylääkkeen turvin olisi mieluisin vaihtoehto. Tuossa tilanteessa ottaa ihan tosissaan kupoliini, kun joku sanoo, että "läheppäs kuule liikkumaan niin helpottaa!"

Kivun hoidossa on erityisen hyvä, että pääsee liikkumaan sellaisen lajin pariin, mikä on itselle mieluinen. Lenkkeily, ulkoilu, kuntosalit, pyöräily, vesiliikunta, pihatytöt. Kaikki liike on hyväksi. Aloittaminen voi olla vaikeaa, mutta harvoin se harmittaa, kun palaat sieltä kotia.

itse olen löytänyt rakkaat harrastukset pyöräilystä, vesiliikunnasta, kuntosalista ja koiran kanssa tehdyistä kävelylenkeistä.

Olen opetellut sellaisen ajattelutavan, että vaikka joku paikka on kipeä tai hankalana, voin silti tehdä jotain. Esimerkiksi, jos niskaa on kipeä, menen salille treenaamaan jalkoja tai kävelyllä. Jos taas jalat ovat hankalat, teen salilla yläkroppaa. Vesiliikunta auttaa kipulevää kroppaa aina. Eli en yleensä anna kivun estää liikkumista, mutta liikkumistapaa vaihdan. Helpottaa, kun saa ajatukset pois kivun ääreltä.

Entä se tunne, jos tuntuu että saat liikkunnalla itsesi vain enempi jumiin ja kipeäksi? Näin minulle aiemmin kävi. Jokaisen liikkumiskerran jälkeen mietin särkylääkkeen otettuani, missä on vika.

Itse löysin avun OMT fysioterapeutti Juhani Taivelalta. Kohtaaminen kokonaisvaltaisesti yksilönä ja tottakai ajatusmaailmojen kohtaaminen myös on saanut monta seikkaa selviämään, kun on voinut yhdessä ammattilaisen kanssa miettiä ja ymmärtää, mistä milloinkin on kysymys. Totuttu tapa käyttää kehoa kuormitti jatkuvasti väärää lihasryhmiä. Nämä tavat pitivät kipuja ja lihasjumeja yllä.

Parin vuoden aikana on aluksi tarvittu fysioterapiassa manuaalista käsittelyä ja on opeteltu taloudellisempaa tapaa käyttää kehoa arjessa. Se on tuonut helpotusta kipuihin ja sen kautta mielekkyyttä tekemiseen. Pikkuhiljaa kuminauhajumppien ja kotiharjoitteiden rinnalle on yhdistetty salitreeniä ja liikkeiden eri tekniikoita. Näiden merkityksen on huomannut voiman lisääntymisenä arjessa ja kipujen helpottumisena liikkeessä sekä arkiaskeissa. Henkinen tuki on ollut tärkeää. Se, että joku neuvoo, ymmärtää ja rohkaisee liikkeelle elämän sanelemien taukojen jälkeen (esimerkiksi sairastelu, kipujakso tai operaatio). Liikkuminen on myös opeteltu sovittamaan arjen muut kuormitustekijät omien voimavarojen mukaan.

Myös oikean hengitystekniikan oppimisella ja harjoituksilla on ollut merkitystä palautumiseen ja kipujen hallintaan. Kipuja voi oppia ennaltaehkäisemään omilla elintavoilla. Hyvinvoinnin kulmakivet (palautuminen, ravinto, liikunta ja niiden keskellä ajatukset, tunteet ja mieli) vaikuttavat kaikki olennaisesti toisiinsa. Jos nukkuminen on rikkonaista kivun vuoksi, ei välttämättä jaksa väsymyksen vuoksi keskittyä säännölliseen ruokailuun. Arki voi olla niin kiireistä, ettei liikkunnalle tai omalle hyvinvoinnille jää aikaa. Tällöin on hyvä pysähtyä miettimään omia arvoja tärkeysjärjestykseen. Mistä voisi karsia, jotta aikaa jäisi enemmän omalle hyvinvoinnille. Saisiko ateriarytmin pidettyä kiireestä huolimatta tai värikästä lautaselle ottamalla marjat sulamaan pakasteesta edellispäivänä. Liikkuminen täytyy aina sovittaa omien voimavarojen mukaan ja sen on oltava itselle mieluista, jotta siitä tulee tapa. Liikut itseäsi varten.

Joskus tarvitsee toisen näkemystä kokonaistilanteen hahmottamiseen. Aina ei tarvitse selvitä yksin. Kipu, kiire, epätoivo, taloudelliset huolet, perhetilanne tai sairaudet saattavat haastaa arjen hallintaa.

Elämä on täynnä muuttujia. Oma terveys kannattaa asettaa etusijalle sairauksista tai/ja kivuista huolimatta. Aina on jotain asioita, joita itse pystyy tekemään voidakseen paremmin. Pienistä asioista kasvaa suuri kokonaisuus. ♦



PainCAREER

PainCAREER mobiilisovellus kivunseurantaan - työkalu kroonisesta kivusta kärsiville potilaille kiputapahtumien kirjaukseen ja itsearviointiin. Helppokäyttöinen ja luotettava tapa hallinnoida kipukokemustasi. PainCAREER mobiilisovellus 20% alennuksella Suomen Kipu ry:n jäsenille. Alennuskoodi saatavilla Suomen Kipu ry:ltä.

Lisätietoa www.paincarer.com

Potilas- ja sosiaaliapu ry

Maallikko- ja vertaistukea, kokemusten kartoitusta, opastusta ja tietoa tarvitseville.

Tapaamiset - sopimuksen mukaan - Helsingin Oodikirjastossa arkisin ja pyhisin. Maksullinen syöpälääkärin vastaanotto Lahdessa kiiretapauksissa.

www.potilasjasosiaaliapu.fi

Nico Ojala, puheenjohtaja
nico.ojala@potilasjasosiaaliapu.fi
P. 040 1712 241
Soinistentie 26 J 35, 21110 Naantali

Heikki Päivike, potilaiden maallikkopohjainen vertaistuki
heikki.paivike@gmail.com
P. 040 0336 647
Velkuanpolku 4 M 112, 00300 Helsinki



Kirje marraskuulle, kirje kivulle

Tässä pimeässä vuodenajassa ja kivussa on jotain samaa: ne molemmat palaavat aina, eivät joka vuosi samannäköisenä, ja hiukan muuttuen, joskus yllättäviäkin piirteitä sisältäen. Kuin vuodenajat, myös kipu saa ihmiset toimimaan eri tavoin. Toiset ripustavat valoja ikkunaan, tunnelmoivat lukulampun valossa kirjaa lukien ja rauhoittuvat luonnonilmiön edessä. Toiset ahdistuvat, lamaantuvat, mieli synkkenee kilpaa pimeiden iltojen kanssa.

Olen omalla kohdalla oppinut, että suhtautumiseni, eli ajatukseni ja uskomukseni kipua kohtaan, muoavaat kokemukseni. Minulla itselläni on valta päättää, mitä ajattelen niin kivusta kuin edessä olevasta pitkästä ja kylmästä talvesta. Mieleni ei ole erillinen toimija, joka päättäisi tämän. Minä päätän, mitä kerron itselleni sen mukaan, mitä haluan kokea. Psykologiassa puhutaan minäpuheesta, tässä kohden kannustavasta ja positiivisesta minäpuheesta. Tahdonko, että jokaisen kivun ja lokakuun kynnyksellä elämäni ja arkeni hajoaisi? En todellakaan.

Matkani kohti mielen ja kivun hallintaa on ollut pitkä, ja koetan tässä avata sitä lyhyesti parhaani mukaan. Käytän vertauskuvana talvea, koska se on toisinaan sairauden kannalta haastavin vuodenaika. Monelle myös kipu on pimeä ja synkkä kokemus, joka tuntuu pitkältä ja loppumattomalta. Kuin Suomen talvi.

Lappilaisena rakastan lumikinoksia, pakkasyönä hangessa makaamista ja revontulten tuijottelua, pilkillä istumista ja etenkin kevättalven kauneutta. Yli 30 vuotta mukana kulkenut reuma ja nivelrikot kuitenkin haastavat tilannetta, sillä juuri kylmä ja veto saavat minut joskus liki toimintakyvyttömäksi. Olen kerran kuvailut lääkärille, että talvella käteni tuntuvat kuin sähköjohtojen ja leipätaikinan yhdistelmältä. Kipu säteilee ja särisee, eikä pitovoimaa ole lainkaan. Vain jotain viiltävää ja venyvää, joita en raajoiksini tunnista.

Kuinka siis aloin saada niskaotteen tilanteesta? Kuten alussa kirjoitin, sekä talvi että kivut palaavat aina. Se fakta ei muutu, joten minun oli muututtava. Kehityttävä.

Kaiken perusta oli kasvattaa tukeva henkinen pohja, tieto siitä, että minulla on sairaus, mutta minä en ole

sairaus. Se ei vie kaikkea elämästäni. Päätin, että kivut eivät saa valtaa niin että ne veisivät minulta mahdollisuuden nauttia talvesta (tai elämästä!). Sopeudun, etsin keinoja ja keskityn asioihin, jotka ovat hyvin.

Mieli on lopulta yksinkertainen, sillä se uskoo kaiken, minkä sille kerrot. Yksittäiset ajatukset toistuvina alkavat muuttaa uskomuksia, ja uskomusten mukana muuttuvat tunteet. Tunteet ohjaavat toimintaamme, joten sen mukana muuttuu myös käyttäytyminen. Lopputulos on sen mukainen, miten toimimme ja käyttäydymme.

Mihin ajatusmuutokseni johtivat? Viiman kestävät ulkoiluvaatteet ja jopa akkukäyttöiset lämmittävät hanskat ovat olemassa, joten tällaiset hankin. Fiilistelen pimeyttä ja luonnon seisahtumista sen sijaan, että valittaisin siitä. Joskus myös toimin hiukan kipua vasten, itselleni sopivassa mittakaavassa, haastan ja menen rajan yli. Teen jotain, vaikka se jonkin verran sattuu. Minulla on vahva ajatus, että haluan muistella vanhana kokemuksia, en sitä, että antauduin ihan jokaisen kivun edessä. Tämäkin on alunperin ajatus, jota lähdin mielelleni kertomaan sen perusteella, mitä haluan kokea. Se on vahvistunut niin, että toimin sen mukaan.

Nämä ajatusmallit antavat minulle ilon ja onnistumisen tunteita. Ne saavat jatkamaan tätä toimintaa, ja vahvistavat entisestään ajatuksia. Olen luonut ikään kuin positiivisen noidankehän.

Vielä noin viisi vuotta sitten elin arkea, jossa sairaus päätyi olemaan kaiken este, syy ja seuraus. Kasvatin itse kipuun liittyvän arkuuden ja pelot niin suuriksi, etten nähnyt niiden läpi. Suunta kuitenkin muuttui, ja se on mahdollista muuttaa - oman mielen voimalla.

Tämä englanninkielinen lause kuvaa mielestäni tätä pohjakokemuksen jälkeistä nousua erittäin hyvin: You need to have a breakdown, before you have a breakthrough. ♦

Ainutlaatuinen, nopea ja **tehokas lääkkeetön hoito**
- tyytyväiset hoitajat ja asiakkaat

cryonic-huippukylmä



Soita
040 670 1282
ja sovi
esittely!

”Kipu on meidän alalla se mikä asiakkaat luoksemme tuo. Kun on ammattilainen, joka osaa tutkia mistä kipu todella tulee ja kohdentaa Cryonic-hoidon kipukohtaan ja kivun lähteeseen, helpottuu asiakkaan kipu heti ja asiakkaan hoito muillakin fysioterapeuttisilla hoidoilla on mahdollista”, toteaa Fix-Halosen fysioterapeutti Maijaliisa Halonen, jolla on jo usean vuoden kokemus Cryonic-huippukylmähoitolaitteen käytöstä asiakastyössä.

NeuroCryoStimulation (NCS) -huippukylmähoitoa jo vuodesta 1993 maailmanlaajuisesti käyttäneet ammattilaiset ovat hyvin tyytyväisiä hoidon vasteisiin. Hoito perustuu kudoksen erittäin nopeaan jäädyttämiseen (-78°C-asteinen hiilidioksidisuihku jäädyttää hoidettavan alueen lämpötilan 32°C:sta 4°C:seen 30 sekunnissa) ja ihoon kohdistettuun paineeseen.

- **Tehokas** – vasteet yleensä välittömät ja pitkäkestoisemmat kuin kylmään jäähän, veteen tai ilmaan perustuvissa hoidoissa
- **Monipuolinen** – TULE-hoidot, liikkuvuusongelmat, krooninen ja akuutti kipu, urheiluvammat, reumasairaudet, leikkauksen jälkihoito
- **Erittäin nopea** – helppo yhdistää muiden hoitojen kanssa, hoitajan ”kolmas käsi”
- **Lääkkeetön ja kivuton** – suuri hoitomyöntyvyys kuivan kidesuihkun myötä, ei kosteuta vaan jäädyttää hoidettavan alueen nopeasti ja miellyttävästi
- **Turvallinen** – kehon ulkoinen paikallishoito, jota voidaan turvallisesti käyttää pääläelä jalkapohjiin

Kiinnostuitko? Lue sivuiltamme www.cryonic.fi lisää Cryonic-laitteista, joissa hyödynnetään myös lämpökamerateknologiaa. Sivuiltamme löytyy myös tapauskuvauksia ja hoitovideoita. Voit laittaa viestiä osoitteeseen asiakaspalvelu@cryonic.fi tai soittaa numeroon **040 670 1282**. Kerromme mielellämme lisää. Joustavat maksutavat.



CryonicMedicalFinland



CryonicFinland



cryonicmedicalfinland

cryonic
neurocryostimulation technologies

TEKSTI Aleks Hupli **KUVA** @aedka / Freepik

Aleks Hupli on valtiotieteiden maisteri (Helsingin yliopisto 2014) sekä terveystieteiden maisteri (Amsterdamin yliopisto 2013). Hän on parhaillaan viimeistelemässä sosiologian väitöskirjaansa Tampereen yliopistolla niin sanottujen älylääkkeiden käytöstä.

ADHD-potilas X ja polvikipujen katoaminen kannabinoiditerapian ”sivuvaikutuksena”

Kyseinen potilastarina perustuu yhdistelmään kirjoittajan suorittamia haastatteluja potilaan kotona, lääkäreiden lausuntojen, sairauskertomusten ja muiden potilaan tapaukseen liittyvien asiakirjojen läpikäyntiä, joita kirjoittaja on tehnyt potilaan kanssa vuodesta 2016 lähtien. Kirjoittaja oli alunperin ottanut yhteyttä potilaaseen Lääkekannabiksen käyttäjien yhdistys ry:n kautta. Aineistoon perustuva tapaustutkimus julkaistiin vuonna 2018 uudessa Medical Cannabis & Cannabinoids tiedejournalissa ja on tiettävästi Suomen ensimmäinen ja toistaiseksi ainoa kansainvälisesti julkaistu tapaustutkimus lääkekannabispotilaasta Suomessa (ks. Hupli 2018). Nyt suomennettu versio on osa tulevaa Vaihtehtona lääkekannabis -kirjaa (Vihervaara, M. & A. Hupli, Basam Books).

Johdanto

Potilas X on asunut pysyvästi Suomessa vuodesta 1995. Koulutukseltaan hän on historian maisteri, ja syyskuussa 2003, potilaan ollessaan 33-vuotias, suomalainen psykiatri diagnosoisi hänelle ADHD:n ja määräsi lääkkeeksi metyyliifenidaattia (Ritalin®) 10 milligrammaa kahdesti päivässä. Metyyliifenidaatti on tyypillinen stimulanttihoito niin lasten kuin aikuisten ADHD:n hoidossa meillä kuin muuallakin. Erityisesti potilaan matala turhautumistoleranssi vaati farmakologista interventiota työtehtävien hoitamiseksi, jotka vaativat jatkuvaa keskittymistä ja korkeampaa kognitiivista toimintaa.

Vuodesta 2003 vuoteen 2009 potilas käytti säännöllisesti metyyliifenidaattia ottamalla taukoja aika ajoin helpottaakseen lääkityksen kielteisiä vaikutuksia ruuansulatusjärjestelmäänsä. Potilaan kertoman mukaan kyseisen 6-vuotisen käyttöjakson aikana metyyliifenidaatti osoitti selvästi olevan tehokas, auttaen potilasta pysymään keskittyneenä työasioihin, etenkin tilanteissa, jolloin hänen oli pysyttävä paikallaan pitkään. Lisäksi potilas sai psykoterapiaa ja neuvontaa lievään alkoholiongelmaan sekä vihan hallintaan.

Kuitenkin, vuonna 2009, lisääntyneen työstressin vuoksi potilas alkoi huomata hoidon tehon huonontuneen ja metyyliifenidaatin aiheuttamien haittavaikutusten (vatsavaivat, hikoilu, ärtyneisyys, unettomuus) lisääntyneen. Nämä pakottivat potilaan tekemään suuria muutoksia ruokavalioonsa hallitakseen pahentuvia haittavaikutuksia, tyypillisesti vatsa- ja alasuolikouristuksien ja kipujen

muodossa. Potilaan heikentynyt tila tarkoitti, että hän käytti metyyliifenidaattia harvemmin, ja lisäksi hänelle tarjottiin useita korvaavia reseptilääkkeitä (esim. Pramipexole®, Bupropion®, Buspirone®, Lorazepam®, Temazepam®, Alprazolam®) tammikuun 2009 ja elokuun 2010 välisenä aikana. Nämä lääkkeet tarjosivat kuitenkin huonoa tehoa ensisijaiseen käyttöaiheeseen, ADHD:seen, ja vain pahensivat potilaan tilaa.

Matka kohti lääkekannabisreseptiä

Vuoden 2010 aikana potilas sai tietää, että Euroopassa oli tehty pieni tutkimus, jossa standardoituja lääkekannabisvalmisteita, Bedrocania® ja Bediolia®, määrättiin kahdelle eurooppalaiselle ADHD-potilaalle. Potilas sai tietää myös silloisista muutoksista, jotka tehtiin Suomen lääkelakiin, jonka mukaan suomalaiset lääkärit voivat muodollisesti määrätä lääkekannabista Fimean erityisluvalla. Potilas otti yhteyttä Fimean entiseen johtajaan ja pyysi selvennystä Bedrocan®-reseptin määräämiseen. Johtaja ilmoitti potilaalle henkilökohtaisessa sähköpostissaan, että Fimealla ei ole lääkärin suhteen mitään vaatimusta, jonka perusteella psykiatri ei voisi määrätä tätä tuotetta. Fimean johtaja oli todennut, että lääkelaista tulevat kriteerit päätökselle olivat, että 1) muut potilaan sairauden hoidot eivät ole antaneet suotuisaa tulosta tai ovat olleet huonosti siedettyjä ja (2) haettu käyttöaihe on lääketieteellisesti perusteltu.

Saatuana tämän vahvistuksen siitä, että potilaalla oli oikeus



käyttää kannabinoideja, hän alkoi virallisesti hakemaan Bedrocania® metyyliifenidaatin korvaavaksi lääkitykseksi, toivoen, että kannabinoidit tarjoaisivat vastaavan tai paremman tehon, siedettävimmillä sivuvaikutuksilla.

Koska potilas ei löytänyt suomalaista psykiatria tai neurologia, jolla olisi ollut riittävät lääketieteelliset tiedot kannabinoiditerapiasta, hän käytti potilaan itsemääräämisoikeuttaan ja vieraili kesäkuussa 2010 lääkärin luona Saksassa, joka oli ollut yllä mainitun eurooppalaisen ADHD-tutkimuksen takana. Myöhemmin potilas palasi Suomeen reseptit niin Bedrocanille®- kuin Bediolille®.

Suomeen saapuessa potilaan seuraava haaste oli löytää sopiva suomalainen lääkäri kannabinoiditerapian ja siihen liittyvien lääkereseptien vahvistamiseksi. Tämä kesti häneltä lopulta lokakuuhun 2010 asti - lähes 4 kuukautta. Asia oli ilmeisen haastava kyseiselle neurologille, sillä tietääksemme kukaan suomalainen neurologi tai psykiatri ei ollut aiemmin korvannut metyyliifenidaattihoidon kannabinoiditerapialla neuropsykiatrisen sairauden hoidossa. Aikuisilla ADHD:n Käypä hoito -suositus otettiin käyttöön Suomessa vasta vuonna 2017, päivittämällä vuonna 2007 julkaistua lasten ADHD Käypä hoito, joka oli päivitetty murrosikäisille vuonna 2013. Missään näissä Käypä hoito suosituksissa ei edellenkään mainita kannabinoiditerapian mahdollisuutta aikuisten, murrosikäisten tai lasten ADHD hoidon suhteen.

Kyseisen potilaan Bedrocan®-hakemus jätettiin kuitenkin Fimealle marraskuun 2010 lopulla, ja se hyväksyttiin joulukuun 2010

loppuun mennessä. Kuten määräävän lääkärin Fimealle antamassa lausunnossa kuvattiin, Bedrocanin® käytöllä oli positiivinen vaikutus potilaan ADHD-oireisiin, vähentämällä yliaktiivisuutta, parantamalla keskittymistä sekä impulssien ja turhautumisen hallintaa.

Kannabidolia ahdistukseen, nukahtamiseen... ja kipuun!

Potilaan kokopäivätyön äkillinen ja odottamaton päätyminen lisäsi stressiä kevään 2011 aikana, ja Bedrocan®, mikä sisältää suhteessa korkean määrän THC:ta verrattuna CBD:hen aiheutti tuona aikana unihäiriöitä ja levottomuutta. Toinen pieneen eurooppalaiseen tutkimukseen osallistunut potilas oli kuitenkin omasta kokemuksesta suositellut Bediol®:ia, kannabislääkevalmistetta, jossa on runsaasti kannabidolia tai CBD:tä. Hoitavan neurologin kanssa käydyn kiireellisen neuvottelun jälkeen potilaan toinen kannabinoidilääke Bediol® määrättiin iltalääkkeeksi THC:n stimuloivien vaikutusten torjumiseksi. Fimea käsitteli Bediol®-käyttöluvan toukokuussa 2011 ja se todella antoi toivotut ahdistusta vähentävän vaikutuksen, ja potilaan nukkuminen parani merkittävästi; hän pystyi nyt nukahtamaan nopeasti ja nukkumaan yön yli. Kirjoittajan käsityksen mukaan yhdellekään potilaalle Suomessa ei oltu koskaan aikaisemmin määrätty samanaikaisesti kahta erillistä lääkekannabisvalmistetta, mutta asia vaatisi tarkempaa tutkimusta lääkekannabispotilaista Suomessa.

Toukokuussa 2011 potilas huomasi myös Bediolin® hyödylliset vaikutukset toissijaisiin lääketieteellisiin indikaatioihin. Muun muassa marraskuussa 2010 tehty polven ristiveleen kohdistunut tapaturma, ja siihen liittyvät kivut, samoin kuin potilaan krooniset kivut vasemmassa nilkassa ja alaselässä vähentyivät. Kannabinoiditerapian lisäksi potilas hyödynsi myös fyysisiä lisähoitoja polven ympärillä olevien tukilihasten rakentamiseksi, mukaan lukien vesiterapia, hypertermiahoidot, pyöräily, kävely ja puutarhanhoito. Potilaan polven kuntoutus toteutettiin lopulta ilman leikkausta tai minkään muun kivun tai lihaksia rentouttavan lääkityksen käyttöä. Polven epävakausta on ollut vuodesta 2010 lähtien vain kahdesti. Vaikka lisätutkimukset ovat perusteltuja näiden toissijaisten terapeuttisten vaikutusten vahvistamiseksi, THC: n ja CBD: n synergisestä vaikutuksesta erilaisiin kiputiloihin on tiedetty jo jonkin aikaa.

Potilaan keskimääräinen päivittäinen annos vaihteli 1 - 2 gramman välillä, yleensä Bedrocania® ja Bediolia®suhteessa 2:1. Nopea imeytymistä ja titrausta varten kannabinoidit nautittiin Volcano-höyrystimen kautta. Potilas ilmoitti, että tämä vaporisointimenetelmä sai aikaan halutut terapeuttiset vaikutukset nopeasti, 10–15 minuutin sisällä. Kasvimuodossa oleva lääke antoi potilaalle mahdollisuuden hallita annostelua joustavammin, mukaan lukien mahdollisuuden tuottaa omia kustannustehokkaita uutetta ja tinktuuroita. Potilaan mukaan Bediol® oli ihanteellinen iltakäyttöön, mutta myös sellaisten toimintojen aikana, jotka vaativat pitkäaikaista istumista. Potilaan mukaan tämä oli Bediolin® terapeuttinen pääarvo yhdessä stimuloivamman Bedrocanin® kanssa. Bedrocan® auttoi keskittymää ja vähentämään ylivilkkautta; Bediol® puolestaan vähensi ahdistuksen ja levottomuuden tunteita ja tarvetta olla liikkeellä koko ajan, samoin kuin potilaan kroonisten kipujen vähentymistä. ♦

Lähteet:

- Hupli, A. (2018) Medical Cannabis for Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Sociological Patient Case Report of Cannabinoid Therapeutics in Finland. Medical Cannabis & Cannabinoids, 2, 112–118 <https://doi.org/10.1159/000495307>
- Vihervaara M. & A. Hupli (tulossa) Vaihtehtona lääkekannabis: tiedettä ja tosielämän tarinoita. Basam Books, Helsinki.

Kuinka kannabis vaikuttaa?



TOISAALLA TÄSSÄ LEHDESSÄ käsitellään lääkekannabista. Biologian opiskelijana halusin tutkiskella sitä, kuinka kannabis vaikuttaa elimistössä. Kannabiksen vaikutukset perustuvat siihen, että meillä on elimistössämme niin kutsuttu endokannabinoidijärjestelmä. Se reagoi kannabiskasvin tuottamiin aineisiin, joita kutsutaan kannabinoideiksi. Tarkoitukseni on selvittää hieman, mikä tämä endokannabinoidijärjestelmä on ja kuinka se liittyy luontaisesti kipukokemuksen säätelyyn. Tämä toimii pohjana sille, että kasvia voidaan käyttää kipulääkkeenä. Toivottavasti voin syventää aihetta kiinnostuneille. Tahdon muistuttaa, että en ole alan asiantuntija, ainoastaan fysiologiaan suuntautunut opiskelija ja pyrin tuomaan esiin, mitä itse olen aiheesta saanut koulun ja tutkimusten kautta selville. Aihe on myös valtavan laaja, joten tämän on vain hyvin pieni pintaraapaisu.

Endokannabinoidit ovat nimensä mukaisesti sisäsyntyisiä kannabinoideja. Ne ovat siis rakenteeltaan samankaltaisia kuin kasvin kannabinoidit, mutta syntyvät meidän sisällämme. Ne toimivat elimistössä hermoston välittäjäaineina. Välittäjäaineet ovat molekyyliä, jotka välittävät viestejä hermosolujen välillä hermoliitoksissa, eli synapseissa. Välittäjäaineet sitoutuvat solujen pinnalla oleviin, reseptoreiksi kutsuttuihin molekyyliin. Tämä sitoutuminen saa aikaan reaktion tai jon-

kin tapahtuman estymisen vastaanottavassa solussa. Välittäjäaineet reseptoreineen muodostavat elimistössä laajoja toiminnallisia kokonaisuuksia, joita kutsutaan järjestelmiksi. Tällaisia ovat esimerkiksi juuri endokannabinoidijärjestelmä, sekä serotoniini- ja opioidijärjestelmät. Endokannabinoidijärjestelmään katsotaan kuuluviksi kannabinoidireseptorit, endokannabinoidit ja jälkimmäisten muodostamisesta ja hajottamisesta vastaavat entsyymit. Eri järjestelmät vastaavat hieman eri asioista, vaikka niissä voikin olla päällekkäisyyttä. Tämä monimutkainen koneisto mahdollistaa elimistön reagoinnin ja säätelyn erilaisissa tilanteissa. (1, 2)

Endokannabinoidit ja niiden reseptorit eivät ole mikään ihmisten yksinoikeus. Erityisesti niitä on nisäkkäillä, mutta myös meille kaukaisemmillä eläimillä (3). Endokannabinoidijärjestelmällä on valtavasti erilaisia tehtäviä. Monilla eläimillä, ihmisen mukaan lukien, tämä järjestelmä liittyy muun muassa ruokahalun ja syömisen säätelyyn, liikkumisaktiivisuuteen ja koordinaatioon, oppimiseen ja muistiin (3), keskushermoston kehitykseen, sekä aivojen muovautuvuuteen (2). Endokannabinoidilla on myös tärkeä tehtävä toimia eräänlaisina viestinnän tasapainottajina hermosolujen välillä. (1, 2)

Lehden lukijoita kiinnostanee kuitenkin erityisesti endokannabinoidijärjestelmän osuus kipukokemuksen käsittelyssä.

Kannabiskasvin kipua lievittävä vaikutus on havaittu käytännön tasolla jo tuhansia vuosia sitten. Tutkimus taas on lähtenyt kunnolla käyntiin vasta viime vuosikymmeninä. Kannabiskasvia oli käytetty sukupolvien ajan niin lääkkeenä, kuituna kuin viihdykkeenäkin, kun sen ensimmäiset ja tärkeimmät vaikuttavat ainesosat kannabidioli (CBD) ja tetrahydrokannabinoli (THC) saatiin eristettyä kasvista, CBD ennen 1900-luvun puoliväliä ja THC vuonna 1964. (4) Nämä ovat kasvin kannabinoideja, eli niitä aineita, jotka saavat aikaan myös lääkinnällisiä vaikutuksia. Ensimmäiset kannabinoidireseptorit ja endokannabinoidit, eli elimistön omat välittäjäaineina toimivat kannabinoidit löydettiin vasta 1990-luvulla. (5, 6) Sitten tutkimus on edennyt nopeammin. Kannabinoideja ja niiden reseptoreja on löydetty joka puolelta elimistöä. Erityisesti niitä on keskushermostossa, aivoissa, hermosoluja ”huoltavissa” mikrogliasoluissa ja immuunijärjestelmän soluissa. (2)

Mennäänäpä sitten kipuun. Yleisimmin viesti kivusta kulkee ensin perifeeristä, eli keskushermostoon kuulumatonta kipupermoa pitkin selkäyttimeen ja jatkaa sieltä sentraalista hermoa pitkin aivoihin, missä varsinainen kipuaistimus syntyy (1). Endokannabinoidit ja -reseptorit osallistuvat kipuviestin kulkuun kaikilla näillä tasoilla (7). Iholla ja muualla elimistössä on kipureseptoreja, eli hermosoluja, joiden

toinen pää on erikoistunut havaitsemaan mekaanista tai kemiallista ärsytystä tai lämpötilanmuutosta. Näiden päätteiden ärsyttäminen laukaisee hermosolua pitkin kipuviestin kohti aivoja. Kudoksen vaurioituessa useat eri mekanismin käynnistyvät ja kipureseptorit herkistyvät, jolloin tavallinenkin kosketus alueella aiheuttaa kipua. Nämä hermopäätteet reagoivat myös elimistön itse tuottamiin aineisiin, joita vapautuu kudonvaurion, tulehduksen, hermovaurion tai syövän kasvun yhteydessä. Vasta tällä vuosituuhannella on havaittu, että vaurioituneella alueella vapautuu myös aineita, jotka vaikuttavat paikallisesti kipua lievittävästi. Endokannabinoidit ovat tässä mukana. Kudonvaurion ja tulehduksen seurauksena paikalliset kipupermot ja tietyt muut solut vapauttavat endokannabinoidia, jotka aktivoivat paikalliset endokannabinoidireseptorit. Tämän seurauksena vapautuu elimistön omaa morfiinia, beta-endorfiinia, joka hillitsee kipuviestin etenemistä. (8) Hiljattain on alettu enenevässä määrin tutkia myös kannabinoidien vaikutusta solujen pinoilla olevien TRPV-kanavien säätelyssä. Näitä kanavia on useampaa eri tyyppiä ja ne reagoivat kemiallisiin ja lämpötilaärsykkeisiin ja lähettävät viestiä kivusta. Moniin sairauksiin, kuten neuroopaattiseen kipuun, tulehdukseen ja hengityselinsairauksiin, liittyy näiden kanavien toiminnan häiriöitä. Kannabinoidien sitoutuminen näihin

kanaviin johtaa kipuviestin estymiseen. Erityisen tehokkaasti niihin vaikuttaisi sitoutuvan kannabiskasvin CBD. (9)

Kipuviestin käsittely jatkuu edelleen keskushermoston puolella. Endokannabinoidireseptoreja on runsaasti selkäytimen synapseissa, sekä tuovan, että vastaanottavan hermon päissä, missä ne voivat säädellä kipuviestin etenemistä. Selkäyttimeen annosteltujen kannabinoidien on myös havaittu lievittävän kipua. Varsinaisen kokemus kivusta syntyy vasta aivoissa, ja kannabinoidit ja niiden reseptorit osallistuvat myös tämän kokemuksen käsittelyyn. Tähän liittyy lukuisia prosesseja, sillä endokannabinoidireseptoreja esiintyy aivoissa monilla kivun säätelyyn liittyvillä alueilla. (7)

Endokannabinoidijärjestelmä siis toimii meissä kaikissa itsekseen. Kannabiskasvin tai siitä tehdyn lääkkeen vaikutukset perustuvat siihen, että nämä aineet vaikuttavat tämän saman järjestelmän kautta. Iso ero on siinä, että normaalisti järjestelmä toimii niin, että kannabinoideja vapautuu ja ne vaikuttavat paikallisesti. Kun kannabista nautitaan, kannabinoideja päätyy joka puolelle elimistöä ja vaikutukset ovat laajat. Kasvin kannabinoideja ei voi pyytää hoitamaan vain kipua, vaan ne vaikuttavat kaikkiin samoihin asioihin kuin endokannabinoiditkin. Mikään lääke ei kuitenkaan ole haitaton. Usein onkin tasapainoilta-va hyötyjen ja haittojen välillä. Kannabis-

ta lääkkeenä kokeileista kipukroonikosta suuri osa on kuvaillut haittavaikutuksia lieviksi tai kohtalaisiksi ja ohimeneviksi. Haittoja olivat enimmäkseen uneliaisuus, huimaus, suun kuivuminen, pahoinvointi ja keskittymishäiriöt. (10). Toisessa laajemmassa meta-analysissä havaittiin myös voimakkaampia haittavaikutuksia, mutta nekin olivat ohimeneviä. (11) Lisäksi viihdekäyttäjillä tehdyt tutkimukset ovat osoittaneet, että vaikka pitkäaikaisesta käytöstä voi olla haittoja, ne ovat erityisesti aikuisilla melko vähäisiä. Kannabis ei myöskään aiheuta yliannostuskuolemia. (12)

Hyötyjä ja haittoja on toki vaikeaa laittaa vaakakuppiin. Etenkin, kun kannabiksen hyötyjen mittaaminen tuntuu olevan haastavaa. Tämä johtuu erityisesti kivun kohdalla myös kivun kokonaisvaltaisesta ja henkilökohtaisesta luonteesta. Kannabiksen lääkinnällisiä vaikutuksia kipuun on testattu ja näistä testeistä on tehty meta-analyseja. Ne ovat kuitenkin osittain ristiriitaisia. Välillä hyötyjä näyttää olevan enemmän, välillä vähemmän. Selvimmin kannabiksesta näyttäisi olevan hyötyä neuroopaattisen ja syöpäkipuvuon hoidossa (11). Jonkin verran se vaikuttaisi auttavan myös muissa kroonisissa kivuissa, erityisesti fibromyalgian ja reuman kohdalla (10). On mielenkiintoista, että vaikka on olemassa lukuisia tarinoita siitä, että kannabis auttaa, tätä on kyetty heikosti toden-



”Kivut jäävät kotiin, kun tullaan pyytämään mukaan”

Tutkimus kotona asuvien iäkkäiden arjesta

Elämänote-tutkimus luotaa iäkkäiden vahvuuksia, arkea ja kotona asumisen edellytyksiä. Aineiston ovat keränneet eläkeikäiset valmennetut kanssatutkijat ikätovereidensa kanssa keskustellen. Tutkimus antaa eväitä iäkkäiden osallisuuden edistämiseen niin järjestöille kuin kunnillekin.

Tutkimusaineiston, tähän mennessä 84 haastattelua 33 ikäihmisen kanssa, ovat keränneet 26 iästä kanssatutkijaa 14 eri paikkakunnalta. ”Kyseessä on tietääkseni ensimmäinen tutkimus, joka Suomessa on tehty tällaisella tiedonkeruun menetelmällä”, Ikäinstituutin johtaja Päivi Topo kertoo. ”Uskon, että kun samassa kunnassa asuva ikätoveri haastattelee, niin saadaan esiin tavallista paremmin iäkkäiden omia yksityiskohtaisiakin kokemuksia ja arjen osallisuutta tukevia asioita. Tuloksista saa käytännöllisiä vinkkejä, kun mietitään miten iäkkäiden kotona asumista kannattaa tukea.”

”Tämmösiä meillä ois, näin hyviä [tukipalveluita] mutta kun maksaa. Milläs niitä maksaa meikäläinen.”

Tutkimus tukee aiempaa käsitystä siitä, että esteetön, viihtyisä ja yhdessäoloa tukeva asuinympäristö on hyvän arjen edellytys. Sujuva ja riittävä paikallisliikenne, saavutettavat lähipalvelut ja tieto siitä, mistä saa tarvittaessa apua, merkitsevät paljon ja tuovat turvallisuuden tunnetta. ”Haastateltavat kertovat, että pienetkin asiat voivat olla arjen osallisuudessa merkittäviä. Toisaalta tutkimus tuo esiin myös isompia, rakenteellisia ongelmia; esimerkiksi sen, että rahat eivät riitä apu- ja tukipalvelujen maksamiseen ja siksi ne jäävät käyttämättä. Monelle on myös epäselvää, mistä apua voi hakea, mihin palveluihin heillä on oikeus ja mitä ne maksavat”, tutkija Hanna-Kaisa Hopponia avaa tuloksia.

Digivälineiden hallinta on myös tärkeä osallisuuteen vaikuttava tekijä. Vaikka osa ikääntyneistä käyttää lukuisia digilaitteita ongelmitta arjessaan, palveluiden siirtyminen yhä enemmän verkkoon voi aiheuttaa niihin pääsyn vaikeutumista. Moni iäkäs tarvitsee tukea laitteiden hankinnassa, käytössä tai asioidensa hoitamiseen verkossa.

”Olen monesti kokenut sen, että on niin kauhee kipua jaloissa ja käsissä ja ovikello soi ja tullaankin sitten näistä jostakin, eksä jaksa lähteä? Ja minä sanon, että kuule, kivut jää tänne. Siitä se alkaa, se

on erittäin, särkylääke on hyvä mutta tällaisen ihmisen, joka antaa ajastaan meille, ihania ihmisiä.”

Rikkaasta aineistosta esiin nousevat ikääntyneiden ihmisten moninaisuus, voimavarat ja vastavuoroiset suhteet. ”Ikääntyneiden panos lähi-suhteissaan ja yhteisöissään ansaitsisi lisää huomiota. Lisääntynyt avun tarve ei tarkoita sitä, etteikö ihmisellä olisi annettavaa. Iäkkäiden ihmisten resurssit, kiinnostuksen kohteet, asenteet ja elämäntilanteet ovat samalla lailla kirjavia kuin muissakin ikäluokissa”, Hanna-Kaisa Hopponia tähdentää.

Tutkimus tuo uutta tietoa myös motivaatiosta ja tarpeesta osallistua arkea tukevaan järjestötoimintaan. ”Usein tarve osallistua liittyy muuttuneeseen elämäntilanteeseen. Järjestöt voivat tarjota maksuttomia tilaisuuksia yhdessäoloon sekä tietoja, taitoja ja tukea vaikeissakin tilanteissa. Elämänote-hankkeiden toiminnassa iäkkäillä on tilaisuus tulla kohdatuksi, toimia ja vaikuttaa asioihin yhdessä muiden kanssa. Säännöllinen sosiaalinen toiminta tuo arkeen rytmiä ja merkitystä”, Päivi Topo kuvailee kohtaamisten tärkeyttä.

Lisätietoa tutkimuksesta ja koko tutkimusraportti: *”Jos mä sit kerran tulen” – Elämänote-ohjelman osallisuustutkimuksen tuloksia, osa 1 / 2* on luettavissa osoitteessa: <https://www.ikainstituutti.fi/elamanote/osallisuustutkimus/>

tamaan tutkimuksissa. Jäin miettimään, johtuisiko tämä siitä, että usein niissä mitataan vain kipua. Törmäsin tuoreeseen artikkeliin, jossa käsiteltiin ednokannabinoidijärjestelmän linkittymistä aivojen palkitsemisjärjestelmään. Artikkelissa kerrottiin, että kasviperäisen kannabiksen on havaittu helpottavan kivun lisäksi myös masennuksen ja ahdistuksen oireita kipuroonikoilla. Moni koki elämänlaatunsa parantuneen. (13) Toisessa meta-analysissä kerrottiin, että, vaikka vaikutus itse kipuun oli vähäistä, monissa tutkimuksissa oli havaittu unen parantuneen (10). Ihminen on lopulta monen osan kokonaisuus. Myös hyvinvointi koostuu palasista, jotka kaikki vaikuttavat toisiinsa. Lääkinnässä olisi tietenkin ihanteellista käyttää aineita, joiden vaikutukset ovat mahdollisimman täsmällisiä. Toisaalta, jos lääke auttaa hieman moneen vaivaan ja parantaa sitä kautta kokonaisvaltaista hyvinvointia, kannattaahan sen potentiaalia selvittää! ♦

Lähteet:

Purves, D., Augustine, G.J., Fitzpatrick, D., Hall, W.C., LaMantia, A-S., White, L.E. 2012: Neuroscience. Sunderland: Sinauer Associates. 5. Painos
Lu, H. & Mackie, K. 2016, An Introduction to the Endogenous Cannabinoid System, Biological Psychiatry, 79(7), s. 516-525. DOI 10.1016/j.biopsych.2015.07.028.
Elphick, M.R. 2012, The evolution and comparative neurobiology of endocannabinoid signalling, Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences, 367(1607), s. 3201. DOI 10.1098/rstb.2011.0394.
Di Marzo, V. & De Petrocellis, L. 2006, Plant, synthetic, and endogenous cannabinoids in medicine, Annual Review of Medicine, 57, s. 553-574. DOI 10.1146/annurev.med.57.011205.135648.
Matsuda, L.A., Lolait, S.J., Brownstein, M.J., Young, A.C. & Bonner, T.I. 1990, Structure of a Cannabinoid Receptor and Functional Expression of the Cloned Cdna, Nature, 346(6284), s. 561-564. DOI 10.1038/346561a0.
Devane, W.A., Hanus, L., Breuer, A., Pertwee, R.G., Stevenson, L.A., Griffin, G., Gibson, D., Mandelbaum, A., Etinger, A. & Mechoulam, R. 1992, Isolation and Structure of a Brain Constituent that Binds to the Cannabinoid Receptor, Science, 258(5090), s. 1946-1949. DOI 10.1126/science.1470919.
Guindon, J. & Hohmann, A.G. 2009, The Endocannabinoid System and Pain, Cns & Neurological Disorders-Drug Targets, 8(6), s. 403-421. DOI 10.2174/187152709789824660.
Piomelli, D. & Sasso, O. 2014, Peripheral gating of pain signals by endogenous lipid mediators, Nature neuroscience, 17(2), s. 164-174. DOI 10.1038/nn.3612.

Muller, C., Morales, P. & Reggio, P.H. 2019, Cannabinoid Ligands Targeting TRP Channels, Frontiers in Molecular Neuroscience, 11. DOI 10.3389/fnmol.2018.00487.
Lynch, M.E. & Campbell, F. 2011, Cannabinoids for treatment of chronic non-cancer pain; a systematic review of randomized trials, British Journal of Clinical Pharmacology, 72(5), s. 735-744. DOI 10.1111/j.1365-2125.2011.03970.x.
Whiting, P.F., Wolff, R.F., Deshpande, S., Di Nisio, M., Duffy, S., Hernandez, A.V., Keurentjes, J.C., Lang, S., Misso, K., Ryder, S., Schmidtkofer, S., Westwood, M. & Kleijnen, J. 2015, Cannabinoids for Medical Use A Systematic Review and Meta-analysis, Jama-Journal of the American Medical Association, 313(24), s. 2456-2473. DOI 10.1001/jama.2015.6358.
Hall, W. 2015, What has research over the past two decades revealed about the adverse health effects of recreational cannabis use? Addiction, 110(1), s. 19-35. DOI 10.1111/add.12703.
Mlost, J., Wasik, A. & Starowicz, K. 2019, Role of endocannabinoid system in dopamine signalling within the reward circuits affected by chronic pain, Pharmacological Research, 143, s. 40-47. DOI 10.1016/j.phrs.2019.02.029.



TEKSTI Ritva Johansson

Vuoden auttaja 2020 palkitseminen

Vuoden Auttaja 2020, Eksoten kipupoliiklinikan hoitotiimi, palkittiin 5.10.2020 Lappeenrannan sairaalan tiloissa. Palkitsemistilaisuuteen osallistuivat Tempurin alue-edustaja Niko Hirvonen, Suomen Kipu ry:n Lappeenrannan aluevastaava Tapio Tiittanen ja varapuheenjohtaja Ritva Johansson, Eksoten hoitotiimin jäseniä sekä paikallislehden (Etelä-Saimaa) toimittaja kera valokuvaajan. Tilaisuudessa palkituille luovutettiin Tempurin 2000 € palkintoshekki ja kunniakirja kera kukkien.

Kipupoliiklinikan osaston ylilääkäri Jukka Lempinen kera muun hoitotiimin olivat todella otettuja saamastaan tunnustuksesta. Kiitoksen sanoja kuului jokaisen hoitotiimin jäsenen äänellä ja kakkukahvit maistuivat iloisen puheensorinan siivittämänä.

- Tunnustuksen arvoa nostaa se, että se tulee potilasjärjestöltä, Lempinen kertoi.

Tilaisuudessa oli vahvasti aistittavissa se, että vaikka hoitotiimi koostuu monen osaston väestä, heidän tekemänsä moniammatillinen yhteistyö ja potilaan tilanteen kokonaisvaltainen huomioiminen on tuottanut todella hyvää tulosta, joka nosti tunnustuksen arvoa vielä enemmän.

Eksoten kipupoliiklinikan hoitotiimi saa olla todella ylpeitä omasta työstään ja erityisesti potilaiden yksilöllisestä kohtaamisesta ja heidän tilanteensa kartoittamisesta.



TIEDOTE 9.9.2020

Eduskuntaan perustettiin Kipu ja migreeni -ryhmä

Eduskunnan Kipu ja migreeni -ryhmä perustettiin 8. syyskuuta 2020.

Ryhmän tarkoituksena on keskusteluiden ja asiantuntijakuulemisten myötä pohtia, kuinka kipupotilaiden ja vaikeista kroonisista kivuista kärsivien ja migreeniä sairastavien asemaa ja tilannetta voidaan edistää. Tavoitteena on jakaa tietoa ja nostaa kroonisista sairauksista kärsivien ihmisten haastavat tilanteet julkiseen keskusteluun ja edelleen osaksi poliittista päätöksentekoa. Kipu ja migreeni -ryhmä laatii kannanottoja ja tekee yhteistyötä migreenin ja kipusairauksien kanssa elävien parhaaksi.

- Neurologisilla sairauksilla, kuten migreenillä, on merkittäviä vaikutuksia yksilön elämään sekä koko yhteiskuntaan ja kansan-

talouteen. Keskeinen keino kipupotilaiden aseman parantamiseksi on kipupotilaiden sujuvan hoitopolun varmistaminen sekä työelämän joustavuuden lisääminen, kansanedustaja Inka Hopsu sanoo.

Ryhmän puheenjohtajaksi valittiin kansanedustaja Inka Hopsu (vihr.), ja varapuheenjohtajina toimivat kansanedustajat Paula Risikko (kok.) ja Juha Mäenpää (ps.). Ryhmän jäseniksi ja toiminnasta kiinnostuneiksi ovat ilmoittautuneet myös kansanedustajat Pihla Keto-Huovinen (kok.), Mirka Soinikoski (vihr.), Päivi Räsänen (kd.), Merja Kyllönen (vas.), Sari Sarkomaa (kok.), Mari-Leena Talvite (kok.), Eeva-Johanna Eloranta (sd.) ja Eva Biaudet (r.).

Järjestöjä ryhmässä edustavat Suomen Migreeniyhdistys ry, Suomen Horton-yhdistys, Suomen Kipu ry ja Kipukapina ry.

Kärsimys lisää hyvinvointia, mutta ensin se pitäisi osata kohdata

Teemme kaikemme, jotta välttyisimme kärsimyksestä. Tasoitamme elämäämme mukavuudenhalullemme sopivaksi. Rajaamme mielellämme vastoinkäymiset, ikävät yllätykset ja kärsimyksen hallittavan elämän piirimme ulkopuolelle. Vesisade on riittävä syy jäädä pois ulkoilmanäytöksestä, myös katse siirtyy nopeasti pois kituvasta oliosta.

Olemme vieraantuneet kärsimyksestä. Ajattelemme, ettei kärsimyksestä seuraa mitään hyvää, joten sen välttely tuntuu luontevalta. Eihän kukaan halua kokea kärsimystä.

Annu Hahon 17.11. ilmestynyt teos *Mitä kärsimys opettaa elämästä?* osoittaa, miksi meistä jokaisen kannattaisi kohdata kärsimys niin omassa kuin toisten elämässä. Kirja ei ole koottu opas onnellisuuden tavoittelussa tai kehoitus noudatettavista elämänohjeista. Sen sijaan siinä rohkaistaan vastaanottamaan niin oma kuin läheistenkin kärsimys todellisenä, elämää vahvistavana ja iloa terävöittävästä kokemuksena.

Pinnallinen onnellisuus vai elämänilo kärsimyksen kautta?

Kulttuurissamme ravitaan onnellisuutta, korostetaan hyviä puolia ja keuhataan itseä ja toisia. Negatiiviset asiat ohitetaan, tai niitä ei ainakaan korosteta. Hahon mukaan meidän olisi kuitenkin tärkeää kyetä tunnistamaan ja kohtaamaan myös heikkoudet ja ikävät asiat.

”Teknologinen yhteiskunta perustuu siihen, että mikä ei kiinnosta, ole tuottavia tai tuota välitöntä mielihyvää skipataan tai deletoidaan”, Haho summaa. Mielihyvää haetaan välittömästi nopean yhteiskunnan jatkuvassa viihdykkeiden tulvassa. Ikävät asiat ohitetaan, eikä taaksepäin katsota. Monella onkin sellainen virheellinen käsitys, että kärsimys pitää torjua ja sitä tulisi vältellä.

”Sekin lisää ihmisten hyvinvointia, että pysähtyy elämän ikävien, rujen ja kärsimystä tuottavien asioiden äärelle”, Haho muis-

tuttaa. Hahon mukaan sen sijaan, että suljemme silmämme kärsimyksestä, meidän tulisi kohdata se, koska silloin elämän roikeus ja ilo saavat tilaa.

Sanattomuus kärsimyksen äärellä

Kärsimystä voi olla vaikeaa tunnistaa ja sanoittaa. Haho havahtui siihen, että meiltä, sekä tavallisilta ihmisiltä että sosiaali- ja terveysalan ammattilaisilta, puuttuu sanoja ja keinoja ilmaista kärsimystä. Tämän myötä kärsimyksestä puhuminen, sen mittaaminen ja sen näkeminen vaikeutuvat.

Kärsimyksen näkyväksi tekeminen ja ymmärtäminen ei onnistu pelkästään luonnontieteellisin menetelmin, kuten mittaamalla kivun kestoa ja voimakkuutta tai muita aistein havaittavia ja tunnistettavia seikkoja. Näiden sijaan kärsimys voidaan saada näkyväksi ihmisten välisellä vuorovaikutuksella. Empatialla, kuuntelemalla ja kohtaamalla kärsivä ihminen.

Kärsimys on välttämätöntä ihmiseksi kasvamisessa. Kärsimyskokemus muistuttaa oman olemassa olemisen olevan todellista. Se lyö polvilleen sen kysymyksen edessä, onko kärsimyksen täyttämä todellisuus enää arvokasta. Silti olemisen sellaisenaan vielä on. Ja jos olemisen on arvokas, niin kärsimys on myös arvokas.

Mitä kärsimys opettaa elämästä?

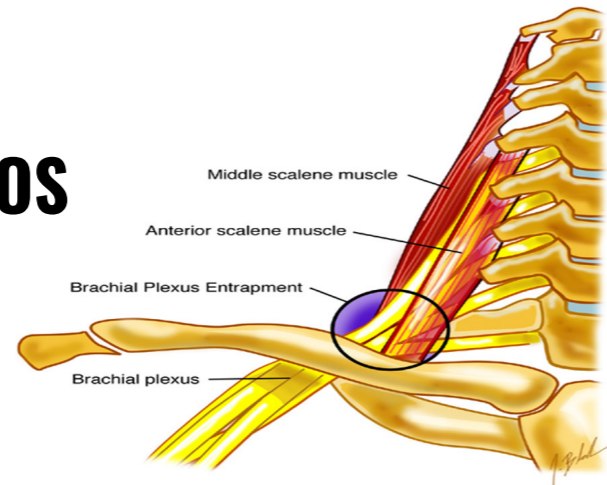
Kirjan keskeinen tarkoitus on auttaa ihmisiä ymmärtämään elämän merkitystä ja olemisen mieltä kuoleman ja kärsimyksen väistämättömän läsnäolon näkökulmasta. Kirjassa johdatetaan lukijaa tunnistamaan niitä tekijöitä, jotka vaikuttavat vahvasti sen hetkiseen kärsimykseemme ja tapaamme tarkkailla ulkomaailmaa, itseämme ja toisia ihmisiä. ♦



Annu Haho on terveystieteiden tohtori, jolla on vuosikymmenien kokemus sosiaali- ja terveysalan kouluttajana. Koulutuksissaan hän käsittelee muun muassa etiikkaa, vastuullisuutta ja arvotietoisuutta.

Nuoren ihmisen kroonisen yläraajakivun syy voi olla TOS

TEKSTI JA KUVAT Martti Vastamäki
professori, käsikirurgian dosentti
Bulevardin Klinikka, Helsinki ja Trinitas Lääkäripalvelut, Turku



PITKÄAIKAISESTA ELI KROONISESTA KIVUSTA PUHUTAAN, kun kipu kestää pidempään kuin kolmesta kuuteen kuukautta. Krooninen kipu on yleinen vaiva. Siitä kärsii lähes joka viides suomalainen aikuinen. Useimmilla kipu on lievää ja hallittavissa pääosin lääkkeettömin hoitokeinoin. Hyvin vaikeasta toimintakykyä hähtaavasta pitkäaikaisesta kivusta kärsii suomalaisista aikuisista noin 5 %. Yleisiä kroonisen kivun esiintymispaikkoja ovat selkä, pää, vatsa ja yläraajat. Tavallisimpia kroonisen kivun syitä ovat tuki- ja liikuntaelimestön sairaudet kuten selkärangan sairaudet, polvien ja lonkien nivelrikko, olkapään pehmytosaperäiset vaivat ja niska-hartiavaivat, ääreishermostojen vauriot, erilaiset päänsärkyt ja pään alueen kiputilat sekä leikkausten ja vammojen jälkitilat. Kroonista kipua ei useinkaan pystytä kokonaan poistamaan, mutta sitä voidaan lievittää ja potilaan selviytymistä tukea.

Aina ei kroonisen kivun todellista syytä ole onnistuttu vuosienkaan tutkimusponnistelujen kuluessa selvittämään siten, että kyettäisiin suuntaamaan hoito juuri siihen syyhyn. Tässä kirjoituksessa keskitytään yhteen kroonisen yläraajakivun syyhyn, thoracic outlet-syndroomaan eli TOSiin.

Tähän artikkeliin pontimena oli se, että tapasin sattumalta eräässä järjestöjohtajan koulutustilaisuudessa kaksi Suomen Kipu ry:n johtohenkilöä. Olen tavannut viimeisten 50 vuoden aikana vastaanotollani yli 2000 nuorta TOS-potilasta. Heistä suurimmalla osalla yläraajan kroonisen vaikean kivun syyn selvittämiseen on kulunut jopa vuosikausia. Osalle diagnoosi on selvinnyt vasta vastaanotollani. Varsin usein diagnoosiksi jää määrittelemätön rasituksen liittyvä ”jännettupittulehdus”, kun kuvantamistutkimukset ja ENMG ovat jääneet normaaleiksi. Lopulta on sitten löytynyt TOS, jonka asianmukainen hoito pelastaa useimmat työkykyisiksi ja riittävän oireettomiksi. Usein tilanne helpottuu asianmukaisella fysioterapialla, mutta ainakin joka neljäs tarvitsee leikkaushoidon. Leikkauskaan ei aina auta, naispotilaistani 85 % ja miehistä 76 % saa avun tuoreen väitöskirjatutkimuksen mukaan.

Mikä on TOS?

Thoracic outlet -oireyhtymä, TOS, on koko yläraajaan, hartiaan, lapaseutuun ja kaulalle oireita aiheuttava kaulan hermoverisuoni-

punoksen pinnetila, jossa oireita vaikeuttavat erityisesti käden kohoasennot (Kuva 1). Oireiden monimuotoisuuden vuoksi TOS:a on usein vaikea tunnistaa. Yläraajan puutuminen, särky, rasitusherkkyys ja voimattomuus varsinkin yläseenoissa viittaavat TOS:iin. Usein diagnoosi viivästyy vuosiakin. TOS on erityisesti nuorten vaiva. Yli 50-vuotiaalla se on hyvin harvinainen.

Millaisia ovat TOSin oireet?

TOS:n oireet vaihtelevat pinnetilan vaikeuden ja pinteiden kohdan mukaan. Jos puristukseen jäävät hartiapunoksen hermorakenteet, oireina ovat puutuminen, pistely, voimattomuus ja särky. Yläraajan lisäksi kipu voi tuntua kaulalla, kainalossa, rinnan alueella, niska-hartiaseudulla, lapojen välissä ja jopa päässä. Hermopuristus kohdistuu useimmiten hartiapunoksen alaosaan, jolloin oireilu painottuu yläraajan pikkusormen puoleiselle sivulle (8. hermojuuri) tai kädenselkään ja keskimmäisiin sormiin (7. hermojuuri). Yli 95 % TOSeista on hermopuristuksesta johtuvia. Solisvaltimon puristuminen aiheuttaa oireina raajan kipua, heikkoutta, viileyttä, kylmänarkuutta ja väsymistä. Solislaskimon puristumiseen eli laskimoperäiseen TOS:ään liittyvät yläraajan kohoasennossa paheneva turvotus, käden sinisyys eli syanoosi, särky ja väsyminen.

Suurin osa TOS-potilaista on naisia. Ikäjakauksella on murrosiästä 50-vuotiaaseen, eli se kattaa parhaassa työiässä olevat. Jos TOS-oireet alkavat jo alle 20-vuotiaana, on kovin todennäköistä, että syynä on anatominen poikkeavuus, jota kirurginen hoito voi helpottaa oleellisesti.

Miten TOS diagnosoidaan?

TOS-diagnoosi on paljolti poissulkudiagnoosi, ainoastaan pieni osa tapauksista voidaan kohtuullisen varmasti diagnosoida TOS:ksi. Diagnostiikassa on eduksi riittävän monen alan specialistien konsultaatiomahdollisuus (käsikirurgi, neurologi, fysiatrinen, kliininen neurofysiologi). TOS-oireet ovat osittain päällekkäisiä kaularankaperäisten, olkaperäisten tai perifeerisen hermopinteiden oireiden kanssa.

Oleellista on, että lääkärille tai potilaalle tulee mieleen TOS. TOSin oireet ovat usein niin moninaiset ja kivun paikkakin voi vaihdel-

la päivittäin, että tutkijan voi olla vaikeaa ”nähdä metsää puilta”. Potilaalle on osattava esittää oikeita kysymyksiä. Miten hän pystyy lukemaan lehteä tai kirjaa selällään sängyssä? TOS-potilaan kädet väsyvät eikä tämä onnistu. Miten sujuu verhojen tai pyykin ripustaminen, kattolampun vaihto tai oman tukan laittaminen. TOS-potilaalla yläraajasta häviää voima kesken suorituksen. Autolla ajaessa kättä on välillä lepuutettava sylissä. Yöllisen yläraajan puutumisen osalta on hyvä selvittää nukkuma-asento. Jos potilas pystyy nukkumaan kädet niskan takana tai hartiatason yläpuolella, on TOS-diagnoosi epätodennäköinen. Vaikeassa TOS-oireessa koko yläraaja puuttuu usein öisin aivan ”kuolleeksi”, ja sitä on liikuteltava toisella kädellä.

Usein potilaan oireet ovat jatkuneet jo vuosia ja hänen selvityksensä oireista on niin pitkä ja sekava, että on tosiaan vaikea nähdä metsää puilta. Jokin yksittäinen oire saattaa korostua, ja tutkiva lääkäri ehkä tarttuu tähän ja keskittyy tarmonsensa sen selvittelyyn ja hoitoon ja samalla työntää muut oireet taka-alalle. Näin moni TOS-vaiva on saanut diagnoosin rannekanava -oireyhtymä, jännettupittulehdus, tenniskyynärpää tms. Usein potilas on leikattukin näillä diagnooseilla ilman apua. Öisin TOS-potilaan yläraaja pyrkii puutumaan. On selvittettävä, mikä osa puuttuu, miten paljon ja kuinka usein. TOS-potilaan yläraaja puuttuu ylhäältä asti, rannekanavaoireyhtymäpotilaan käsi yleensä vain ranteeseen asti.

TOS-diagnoosia ei yleensä pystytä varmistamaan millään kuvantamis- tai muulla tutkimuksella vaan diagnoosi on pitkälti poissulkudiagnoosi eli suljetaan tutkimuksilla pois muut samankaltaisia oireita aiheuttavat sairaudet. TOS-provokaatiotestit auttavat diagnoosin teossa jonkin verran. Testeissä provosoidaan TOS-oireita esiin erilaisilla toimenpiteillä. Adsonin testissä tutkitaan rannepulssin häviämistä tietyissä provokaatioasentoissa (Kuva 2), Roosin testissä sitä, miten potilas pystyy toimimaan kädet ylhäällä (tiputesti, Kuva 3). Hartiapunosta koputellaan (Tinelin testi) ja komprimoidaan oireiden esiin saamiseksi jne.

Koneellisista tutkimuksista on syytä ottaa ainakin kaularankaröntgenkuvaus, jolla suljetaan pois mm. kaulakylkiluu, joka joskus vaikeuttaa oireita. ENMG eli hermoratatutkimus pitää myös aina tehdä. Se on TOSissa aina normaali, mutta sillä suljetaan pois esim. rannekanavaoireyhtymä. Magneettitutkimus ei auta TOS-diagnostiikassa.

Miten TOSia hoidetaan?

TOSin hoito aloitetaan aina konservatiivisin keinoin eli fysioterapialla ja fysioterapeutin neuvominen itsehoidon keinoin. Leikkaukseen turvaututaan vasta sitten, jos asianmukainen konservatiivinen hoito ei toho tai sen edullinen vaikutus jää liian lyhyeksi. Itsehoidon ohjaus on hoidon lähtökohtana. Sillä lisätään potilaan ymmär-

ystä TOS:stä ja hänen omia mahdollisuuksiaan vaikuttaa hoitoon. Hoitokokonaisuus sisältää oireita lisäävän työsuorituksen muuttamista tarvittaessa vähemmän yläaukeamaa kuormittavaksi ergonomisilla muutoksilla, liikuntahoitoa ja tarvittaessa kipulääkitystä.

Fysioterapeutin ohjauksessa tapahtuvassa liikuntahoidossa pyritään parantamaan ryhtiä sekä vahvistamaan hartiakaaren lihaksistoa. Harjoitukset tähtäävät rintakehän yläaukeaman väljenty-miseen, mikä johtaisi hermoverisuonirakenteiden vapautumiseen pinteestä. Kylläluunkannattajalihaksia aktivoidaan harjoittelulla, koska niitä pidetään tärkeinä yläaukeaman liikkuvuuden ylläpitäjinä. Lihastapainon optimointi lihasvenytyksin ja lapaa tukevien lihasten vahvistaminen kuuluvat harjoitusohjelmaan. Konservatiivisen hoidon tulisi olla pitkäaikaista, useita kuukausia kestävää.

Ajoittainen oireiden paheneminen ja lievän oireen jatkuminen ei vielä aiheellista kirurgista hoitoa, mutta jos tilanne kestää asianmukaisesta hoidosta huolimatta yli puoli vuotta, kannattaa potilaasta konsultoida TOSista kiinnostunutta käsikirurgia. Käytössä on kaksi leikkaustapaa: skalenotomia, joka tarkoittaa hermoja ja verisuonia puristavan pehmytkudoksen vapauttamista kaulalta solisluun yläpuolelta ja ensimmäisen kylkiluun resektio eli osittainen poisto joko kainalon kautta tai rintaontelon tähyysty-leikkauksessa.

Skalenotomia suoritetaan yleisanestesiassa ilman relaksaatioita, jotta hartiapunoksen osat voidaan tunnistaa sähköärsytyksellä. Noin 4-5 cm:n pituisesta kaulan ihopoimujen suuntaisesta viillosta paljastetaan ja katkaistaan scalenus anticus-lihas. TOS-potilailla tämä lihas on usein tavallista paksumpi ja jänteinen. Varsinkin lihaksen takafaskia voi puristaa tiukasti takana olevia hermoja ja solisvaltimoa. Leikkauksessa hermoja ahdistavat ”ylimääräiset” sidekudosjuosteet katkaistaan myös. Kirjoittajan kokemuksen mukaan tämä leikkaus soveltuu yli 90 prosentille TOS-potilaista. Leikkaus on oleellisesti vähemmän ongelmia tuottava kuin kylkiluun poisto. Potilas pääsee samana päivänä kotiin ja sairausloma on 4 viikon luokkaa. Monet menevät töihin jo parin viikonkin kuluessa.

Ammatilliseen kuntoutukseen joudutaan turvautumaan, jos leikkaushoitokaan ei auta riittävästi.

Lopuksi

Kun tämä kirjoitus nyt on julkaistu kroonista kipua sairastaville suunnatussa lehdessä, on muistettava, että TOS on kuitenkin melko harvinainen vaiva. Liikaa toivoa ei siis ole syytä luoda kroonisesta yläraajakivusta kärsiville. Varmana kuitenkin pidän sitä, että kymmenille tätä lehteä lukeville voisi olla hyödyllistä varmistaa, ettei hänen kipunsa syy ainakaan ole TOS, joka voitaisiin hoitaa. On myös muistettava se, että ainakaan kirjoittajan potilaista kuitenkin 15-20 % ei ole hyötynyt hoidosta. ♦



Kirjallisuutta

Vastamäki M. TOS – Nuoren ihmisen muistettava yläraajavaiva. Suomen Lääkäril. 2003;58:1545-52.
Arokoski J, Karppinen J, Lindgren K-A, Vastamäki H, Vastamäki M, Ristolainen L, Laimi K. Rintakehän yläaukeaman oireyhtymä – toiminnallinen yläraajavaiva. Duodecim 2017;133:1043-51.
Lindgren K-A. TOS – haaste konservatiiviselle hoidolle. Suom Lääkäril 1997;52:2265-72.
Gockel M, Vastamäki M, Alaranta H. Long-term results of primary scalenotomy in the treatment of thoracic outlet syndrome. J Hand Surg Br 1994;19:229-33.

HALLITUS ESITTÄYTY

PERTTI LATVALA

Kivut tuli leikkupöydällä 2005 ja siitä lähtien tutuiksi ovat tulleet vakuutusyhtiöt, vertaistuki ja muiden kärsivien avustajana toimiminen. Mietinnän jälkeen aloitin ryhmän Oulussa 2011 helmikuussa ja siitä lähtien olen ollut toiminnassa mukana. Yhdistykseltä haluan kannanottojen jatkamista sekä yhteistyötä eri saman alan järjestöjen kanssa. Hakeutumista potilasjärjestöasiantuntijaksi STM: n alaisuuteen eduskuntaan. Avointa keskustelua kroonisen kipupotilaiden hoitomenetelmistä ja lääkähoidoista. Kokemustoiminta on lähellä sydäntäni, siksi olen yhdistyksen vapaaehtoiskokeyhetyshenkilö.



RITVA JOHANSSON

Toimin hallituksen varapuheenjohtajana sekä Muuramen aluevastaavana. Kiputaustaa löytyy lapsuudesta asti migreenin osalta ja krooniset kivut ovat kulkeneet päivittäisenä matkassa jo reilut 7 vuotta. Minun näkökulmastani katsottuna yhdistyksen tärkeimmät tehtävät ovat tehdä kroonista kipua mahdollisimman 'näkyväksi', tehdä riittävästi vaikuttamistyötä ja tukea kroonisesta kivusta kärsiviä sekä heidän läheisiään.



SUSANNA KOVASIN

Olen hallituksen varajäsen ja kokemusasiantuntija sekä Imatran vertaisryhmän vetäjä. Aisaparini kulkee opaskoira Fiksu, ikää 3 vuotta. 1980 kivut alkoivat päänsäryllä. Aivokasvaimen leikkauksessa meni näkö ja tuli uusia diagnooseja, jotka kaikki aiheuttavat kipua. Yhdistystoiminnassa sydämenasia ovat jäsenet, vertaistuki ja toiminnan ja tiedotuksen kehittäminen kaikille jäsenille saavutettavaksi.



ANU WICKHOLM

Asun Tampereella ja toimin yhdistyksessä rahastonhoitajana. Kipukroonikko 21 vuotta ilman varsinaista diagnoosia. Kiinnostunut erityisesti kipuoireyhtymiin sairastuneiden oikeuksista ja etuuksista. Yhdistystoiminnan lisäksi harrastan käsitöitä ja kuorolaulua.



KAISA HIRN

Olen yhdistyksen toiminnanjohtaja ja toimin hallituksen sihteerinä ilman äänivaltaa. Olkapääni hermot vaurioituivat työtaturmassa 12 vuotta sitten, ja krooninen kipu on kulkenut siitä asti mukana. Nyt missioni on varmistaa, ettei kukaan jää yksin kivun kanssa.



MIA KUJANPÄÄ

Lietolainen erikoissairaanhoidon suurkuluttaja, kokemuksen kautta asiantuntija ainakin MS- taudin, migreenin ja melanooman osalta. Hallituksen varajäsen sekä Kipupuomi-lehden päätoimittaja ja kehittäjä. Avustajakoira-aktiivi; tällä hetkellä koulutettavanani oma 2,5-vuotias kasvattini Hikka.



ELINA LAINE

Turkulainen taiteen, kulttuurin ja hyvinvoinnin yrittäjä, joka on kiinnostunut tasa-arvonäkökulmista, yhdenvertaisuudesta ja saavutettavuudesta, oli kyse sitten esimerkiksi terveydenhuollosta tai taiteesta. Tärkeitä asioita yhteiskunnassa ovat muun muassa hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen sekä yhtäläiset mahdollisuudet osallisuuteen.



ARTO HANNOLIN

Toimin Helsingin aluevastaavana. Hallituksen jäsenenä olen yksi kolmesta aluekoordinaattorista. Sairaus- ja hoitopuolelta olen ATEK-asiakasraadin jäsen HUS-hoitoalueella. Kipuihin olen saanut kokemusta jo nuoruudesta alkaneesta ja vuosikymmeniä jatkuneesta erittäin fyysisen lajin tavoitteellisesta urasta. Vuonna 2014 suoritetusta aivolisäkkeen kasvainleikkauksen yhteydessä pääkipuni kroonistui ja sain kivusta sananmukaisesti kipukaverin. Olen monessa aktiiviteijä, mm. vertaistuki, auttaminen, kiputoiminnasta ja yhdistyksestä kertominen yhteisöille ja yksityisille, sairauksiin ja jaksamiseen liittyen kipublogejani unohtamatta.



ILJA ANTTILA

Tervehdys kaikille! Olen lahtelainen kokemusasiantuntija ja paikallisen vertaisryhmän vetäjä. Kipupolkuni alkoi 2012 leikkauspöydältä ja pyörätuoliin jouduin 2014. Olen toista kautta mukana hallituksen toiminnassa, ensimmäisenä olin varajäsenenä. Tavoitteeni on vaikuttaa ammattilaisten asenteisiin ja parantaa kipupotilaiden asemaa, paikallisesti ja valtakunnallisesti.



LIISA JUTILA

Asun Tohmajärvellä ja kipukroonikko olen ollut vuodesta 1988. Kotona puolison lisäksi on saksanpaimenkoira Hiippari. Hallitukseen tuon tietoa vuosien varrelta, sillä olen ollut jollain tavalla aktiivina jo vuodesta 2002. toimin Suomen Kivun kattojärjestön PAE (Pain Alliance Europe) varapuheenjohtajana ja sitäkin kautta on yhteys niin kotimaan, kuin myös muiden maiden järjestöihin, yrityksiin sekä terveydenhuollon ammattilaisiin. Toiminkin aktiivina SIP Finlandissa näen tärkeänä yhteistyön päättäjien sekä kipukentällä toimivien yritysten kesken. Mielestäni yhdistyksen tulisi yhä enenevässä määrin viedä kiputietoutta päättäjille ja virastoihin. Lisäresurssit vaativat poliittisen päätöksen, eikä ilman rahoitusta pystytään lisäämään kivunhoitoa ja kuntoutusta.



KIMMO KANNIANEN

Olen Kimmo Kannianen etelä-savosta, perheeni kuuluu vaimo ja kaksi koira; Roope ja Rölli. Rölli on kolmen vuoden ikäinen kipukoira, joka on koulutettu ilmaisemaan minun tulevat kipu-kohtaukseni. Minulle sattui työtaturma vuonna 2001 keskikesällä, kun olin joutunut kesken kesälomalta palamaan työtehtäviini. Työtaturmassa vasen käteni rullautui mankelitelojen väliin, josta muodostui laaja-alainen hermovaurio, josta muodostui vasempaan käteeni CRPS II oireisto. Minulle on asennettu ensimmäinen kipustimulaattori vuonna 2003. Toimin Suomen Kipu ry:n hallituksessa, ryhmänvetäjänä paikallisessa kipuvertaistukiryhmässä, olen myös kokemusasiantuntija.



VIRPI PAASISALO

Olen kipupotilas vuodesta 2011 jolloin vammauduin häntäluun poistoleikkauksessa. Hallituksen jäsen olen ollut vuodesta 2014 ja yhdistyksen puheenjohtaja 2016-2021. Olen Mikkelin aluevastaava ja vertaisryhmän perustaja. Kokemusasiantuntijana olen toiminut vuodesta 2015. Yhdistyksen tehtävänä näen lisätä kivun tunnettavuutta, sekä rakentaa yhteistyötä päättäjien sekä terveydenhuollon välillä.



Tule jäseneksi tai aktiiviksi!

Suomen Kipu ry on valtakunnallinen, vuodesta 1992 toiminut voittoa tavoittelematon kipupotilaiden, heidän lähimmäistensä, hoitohenkilökunnan sekä kipuasian eteenpäin viemisestä kiinnostuneiden etujärjestö. Panostamme aluejaostojen sekä vertaistukiryhmien kehittämiseen. Tarjoamme tietoa ja tukea kaikille, joita kipu koskettaa.

Yhdistyksen tehtävänä on:

- Toimia kipupotilaan edunvalvojana
- Tukea kivuntutkimusta ja kuntoutustoimintaa
- Tiedottaa kipuun liittyvistä asioista
- Kehittää kivunhoidon vertaistukitoimintaa

Suomen Kipu ry pyrkii tukemaan kipupotilaiden ja heidän läheistensä aktiivista elämää ja tarjoamaan heille usein puuttuvan sosiaalisen verkoston. Jäsenetuna saa muun muassa Kipupuomi-lehden, tukipuhelin- ja tukilinjalpalvelut, tietoa kivusta, sen hallinnasta ja hoitomuodoista, sähköisen keskustelupalstan sekä alennuksia jäsenetuliikkeitä eri puolilla maata.

Liity jäseneksi netissä

suomenkipu.fi/liity



Potilas- ja sosiaaliapu ry on tyytyväinen neuvottelutulokseen koskien vakuutuslääkärinä järjestelmän koettuja epäkohtia

KOMMENTTI

Potilas- ja sosiaaliapu ry on tyytyväinen saatuun neuvottelutulokseen koskien vakuutuslääkärinä järjestelmän koettuja epäkohtia. Olen ollut mukana neuvottelukunnan tausta ryhmässä Potilas- ja sosiaaliapu ry edustajana ja haluan kiittää kaikkia mukana olleita järjestöjä ja heidän edustajiaan.

Julkisuudessa on ollut paljon puhetta, jossa kritisoidaan saavutettua neuvottelutulosta ja ollaan oltu huolissaan ettei nk. käännteistä todistustaakkaa saatu mukaan lakiesitykseen. Tähän on kuitenkin syynä se, että vakuutuslääkäri ei tutki potilasta, joten hän ei voi tehdä diagnoosia, jolla hän voisi todistaa hoitavan lääkärin lausunnon virheelliseksi.

Nk. käännteinen todistustaakka vaatisi lakimuutoksen vakuutuslakiin sekä vakuutuslääkärin toimenkuvaan. Muutoksen myötä vakuutuslääkärille tulisi oikeus tehdä diagnooseja, jolla hän voisi kumota hoitavan lääkärin lausunnot. Tämä tarkoittaisi vakuutetun tutkimista vakuutuslääkärin toimesta ja mahdollisesti lukuisia kuvantamisia. Tämä muutos puolestaan johtaisi kohonneisiin vakuutusmaksuihin ja merkittäviin viivästyksiin korvauskäsittelyssä. Siksi käännteinen todistustaakka jätettiin pois ja vakuutuslääkäreiden toimintaan tehtiin useita merkittäviä muutoksia.

Mitä muutoksia uusi laki sitten tuo vakuutuslääkärin toimintaan:

Tässä muutama esimerkki niistä muutoksista, joita vakuutettu tulee huomaamaan asioidessaan vakuutusyhtiön, työeläkeyhtiön tai Kelan kanssa.

Vakuutuslääkärin lausuntojen sisältö pitää olla selkeitä sekä perusteltu ymmärrettävästi. Tämä helpottaa vakuutetun oikeutta valittaa annetusta ratkaisusta, kun hän tietää mihin kielteinen päätös perustuu.

Vakuutuslääkärin tulee allekirjoittaa lausunnot kunnian ja omantunnon kautta, tämä tarkoittaa, että vakuutuslääkäri on valvelvollinen esimerkiksi oikeudessa ja hänen on pystyttävä perustelemaan lausuntonsa käytössä olevan lääketieteellisen käytännön mukaan.

Vakuutuslääkärin ei aina tarvitse osallistua korvausmenettelyyn, jos hänen osallistumisensa olisi ilmeisen tarpeetonta. Tämä nopeuttaa jatkossa korvauskäsittelyä sekä joitain Kelan myöntämien tukien ja kuntoutuspäätösten ratkaisuja.

Tähän uuteen lakiin kun yhdistetään jo voimaan tullut laki joka velvoittaa puolueettomien lääkärlausuntojen kirjoittaminen oikeuden käyttöön, niin kokonaisuus on merkittävä muutos aikaisempaan käytäntöön.

Toki paljon on vielä parannettavaa vallitsevien käytäntöjen osalta ja seuraava ”työmaa” on työkyvyttömyyslainsäädännön yhdenmukaistaminen. Tällä hetkellä työkyvyttömyysmääritelmää on yli kymmenen, joka tekee tilanteesta kestäättömän.

Nico Ojala
Potilas- ja sosiaaliapu ry
puheenjohtaja

Suomen hallituksen esitys vakuutuslääkärinä järjestelmän epäkohtien korjaamiseksi eduskuntaan

Lakimuutosten tavoitteena on parantaa vakuutuslääkärinä järjestelmän laatua ja lisätä käsittelyprosessin avoimuutta, joutuisuutta ja tunnettuutta. Samalla vahvistetaan vakuutuslääkärinä järjestelmän läpinäkyvyyttä ja kansalaisten luottamusta järjestelmää kohtaan.

Lakiluonnoksessa esitetään muutoksia, joilla pannaan täytäntöön hallitusohjelman kirjaus vakuutuslääkärinä järjestelmän epäkohtien korjaamiseksi sosiaali- ja terveysvaliokunnan yksimielisen mietinnön (StVM 33/2018 vp) mukaisesti.

Asiantuntijalääkärin tehtävänä on ottaa kantaa vakuutuslaitokselle toimitetuissa potilasasiakirjoissa esitettyihin etuuden hakijaa koskeviin terveydentila- ja hoitotietoihin. Lakiin ehdotetaan lisättäväksi aiempaa yksityiskohtaisemmat säännökset vakuutuslaitosten asiantuntijalääkäreiden kannanotoista.

Asiantuntijalääkärin olisi laadittava kannanottonsa selkeästi ja yhdenmukaisesti ottaen huomioon kulloistakin esillä olevaa etuutta koskevan lain edellytysten mukaiset keskeiset ja olennaiset lääketieteelliset seikat. Asiantuntijalääkärin kannanottoa hyödynnetään osana vakuutuslaitoksen päätöksen perusteluja, joten kannanottoa koskevat tarkemmat määräykset parantavat myös vakuutuslaitoksissa etuusasian käsittelyyn osallistuvien asiantuntijoiden keskinäistä yhteistyötä.

Lisäksi ehdotetaan, että asiantuntijalääkäri vahvistaa kannanottonsa sanoin ”käytettävissä olevien tietojen, asiantuntemukseni ja omantuntoni kautta”. Ehdotettu vahvistamislausema on lain-säädännössä uusi. Lausuma tekee tarpeettomaksi laeissa olevat viittaukset, joiden mukaan asiantuntijalääkäri voi merkitä arvionsa noudattamatta terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain lääkintölaillisia todistuksia ja lausuntoja koskevia muotovaatimuksia.

Esityksessä ehdotetaan muutettavaksi työtaturma- ja ammatitautilakia, eräitä työeläkelakeja sekä Kansaneläkelaitoksesta an-

nettua lakia.

Vakuutuslääkärin ei olisi aina välttämätöntä osallistua korvaus-
asian käsittelyyn

Esityksessä ehdotetaan lisättäväksi myös työtaturma- ja ammatitautiasioissa vakuutuslaitoksen harkintavaltaa sen suhteen, milloin vakuutuslaitoksen asiantuntijalääkärin on osallistuttava korvausasian käsittelyyn.

Tällä hetkellä harkintavaltaa ei ole, vaan lääketieteellinen kysymys on aina saatettava asiantuntijalääkärin arvioitavaksi. Korvauskäsittelyn tehokkuuden, joutuisuuden ja asiantuntijalääkäriresurs-
sin tarkoituksenmukaisen kohdentamisen vuoksi ehdotetaan, että vakuutusyhtiön asiantuntijalääkärin ei tarvitse osallistua asian käsittelyyn, jos osallistuminen olisi ilmeisen tarpeetonta.

Esimerkiksi jos vakuutuslaitos myöntää korvauksen täysimääräisesti haetun mukaisena, ei korvauksen hakijan oikeusturva vaarannu, vaikka asiantuntijalääkäri ei olisi asiaa arvioinutkaan. Sen sijaan valitusasiassa olisi välttämätöntä, että asiantuntijalääkäri arvioi valituksen perusteella uudelleen valituksenalaista päätöstä koskevat lääketieteelliset kysymykset.

Lait tulisivat voimaan mahdollisimman pian.

Lisätietoja:
neuvotteleva virkamies Kirsi Terhemaa
p. 029 516 3546

Liity jäseneksi netissä
suomenkipu.fi/liity

Hampaaseen kiinnitettävästä lääkeannostelijasta vaihtoehto nieltäville kipulääkkeille

Vuonna 2019 tiedeyrittäjille suunnatun Instrumentariumin tiedesäätiön Silmu-apurahan sai Antti Rahikkalan, Hélder A. Santosin ja Mohammad-Ali Shahbazin perustama Capsamedix Oy. Capsamedix kehittää hampaaseen kiinnitettäviä lääkeannostelulaitteita. Erikoista laitteessa on se, että sen avulla voidaan hallita lääkkeen vapautumisaikaa minuuteista aina useisiin viikkoihin.

Annostelulaite on hampaaseen kiinnitettävä sormenpään kokoinen kappale, josta lääke vapautuu ennalta määrättyllä nopeudella ja imeytyy suun limakalvojen läpi verenkiertoon. Perinteisten nieltävien lääkkeiden kohdalla vapautuminen tapahtuu nopeasti ruoansulatuskanavassa, jonka jälkeen lääkkeen pitää vielä säilyttää vaikutustehonsa vatsan happamissa olosuhteissa. Nopea vapautuminen saattaa lisäksi aiheuttaa sivuvaikutuksia. Capsamedixin annostelijalla lääkkeen imeytymisreitti on suurempi ja vapautumisnopeutta voidaan säädellä.

”Kyseessä on ei-invasiivinen metodi, eli verrattuna ihon alle asennettaviin pitkään lääkettä vapauttaviin kapsleihin, meidän ei tarvitse kajota kirurgisilla menetelmillä potilaan ihon alle. Laite asennetaan hampaaseen hammaslääkäreiden käyttämällä hammasliimoilla. Tämä voisi olla esimerkiksi vaihtoehtoinen ratkaisu voimakkaiden kipulääkkeiden tai psyykenlääkkeiden annos-

teluun”, Capsamedixin toimitusjohtaja Antti Rahikkala kertoo.

Antti Rahikkala on alunperin fyysikko, joka teki väitöskirjansa nanomateriaaleista. Tutkimustyön tavoitteena on aina ollut kehittää jotakin lääkeratkaisua eteenpäin, esimerkiksi Aalto-yliopistolla Rahikkala on kehittänyt nanohiukkasia, joista vapautui lääkkeitä. Tästä näkökulmasta katsottuna yrityksen perustaminen juuri lääkeannostelijan kehittämiseen ja tuotteistamiseen ei tuntunut vieraalta.

”Itse yrityksen perustamista en kokenut hankalaksi, mutta uusien opeteltavien asioiden määrä oli valtava. Kun aikaisemmin työ oli ollut sitä, että tehdään tutkimusta ja koikeita ja julkaistaan niistä tieteellisiä artikkeleita, niin nyt yrityksen myötä on tullut työpäiviin lisäksi kaikenlaista yritystoiminnan pyörittämiseen liittyvää dokumentaatiota, markkinoiden tutkimusta, patentin tekoa ja esimerkiksi esiintymisiä muillekin kuin vain tiedeyhteisölle, toisin sanoen sijoittajille.”

Tutkijat perustavat yhä useammin oman yrityksen

Rahikkalan kokemus on, että ennen kuin sijoittajat lähtevät tukemaan farmasian alan start up-yrityksen toimintaa, he haluavat, että tietyt vaiheet annostelulaitteen tuotteistamisprosessissa on tehty. Farmasian alalla

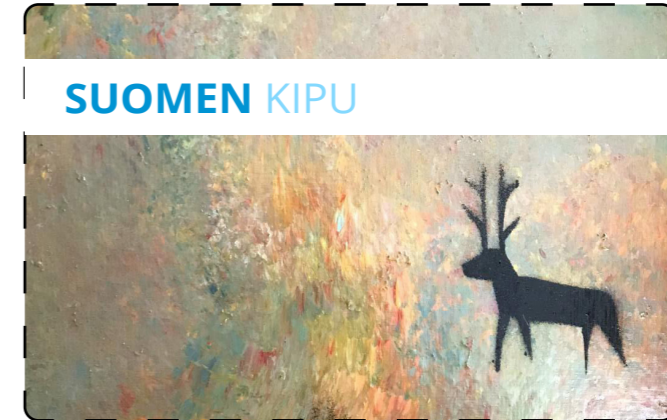
prosessit ovat vahvasti säännöstelltyjä ja aikaa vieviä, mikä tarkoittaa sitä, että rahoituksenkin on oltava pitkäjänteistä.

”Kun aloitin tutkija- koulutettavana vuonna 2010, tutkijoiden perustamat yritykset vaikuttivat olevan harvassa. Nyt tuntuu, että niitä syntyy koko ajan enemmän ja enemmän. Start up-kiihdyttämöistä, Business Finlandista ja eri säätiöistä on ollut suuri apu yrityksen toiminnan kehittämisessä ja pitkäjänteisyyden varmistamisessa.”

”Instrumentariumin tiedesäätiön Silmu-apuraha on harvinaisuus säätiörahoituksen kentällä. Suoraan yrityksille myönnettävät säätiötuet ovat harvassa. Silmun avulla pystymme siirtymään lääkeannostelulaitteemme validoinnissa seuraavaan vaiheeseen ja näin etenemään tuotteistamisprosessissa ja ehkä myös vakuuttamaan sijoittajat tuotteemme tulevaisuudesta”, Rahikkala iloitsee.

Parhaassa tapauksessa Silmu-apuraha saattoi antaa sysäyksen kohti Capsamedixin suurempia suunnitelmia:

”Tulevaisuudessa olisi hienoa, jos teknologiamme olisi jonkun tietyn lääkkeen annostelussa merkittävä markkinaosuus. Siihen ei realistisesti ihan muutamassa vuodessa vielä päästä, mutta koen, että kaikki on mahdollista”, Rahikkala visioi.



PSSST!

Tarkista, että nimesi ja osoitteesi löytyvät tämän sivun toiselta puolelta ja leikkaa jäsenkorttisi irti.

Toimintaamme tukevat:



THERMIDAS



Taksi Jari Viitanen Rantsila

OODI HENGITTÄMISELLE

Hengittää
vanki numero keltainen,
hengittää
kipua auringon raidat
lattialla
kontallaan,
oi vanki numero raastavaa
jäytävää
hengittää,
leimahtaa
kierros hermoradoissa,
tipahtaa
hikipisara

hengittää,
keskellä
yhteistä kokemusta
verikokeiden tosiasiaa,
säteilee
jomottaa
liuskoittunut kipu,
tänään
hengittää
vanki numero
keltainen

TEKSTI Hengetär



Hauskaa Joulua