

SUOMEN KIVUNTUTKIMUSYHDISTYS RY:N JÄSENLEHTI

Kipuviesti

Nro 2/2025

**TEEMA: Kipu haavoittuvissa
ryhmissä – globaali näkökulma**

- Kivunhoito Ghanassa
- Kidutetun kipu
- Yhteisen ymmärryksen
löytäminen vammaisen
lapsen kivunhoidossa
- Toisessa todellisuudessa

Suun limakalvojen kipu

**Lääkkeistä tinkiminen
rahanpuutteen vuoksi**

**Interoseption merkitys kipupotilaan
kuntoutuksessa – psykofyysinen
näkökulma**

Dualismi kipukuntoutuksessa

SAVE THE DATE

JUHLASYMPOSIUM



TIETO MUUTTAA HOITOA
SUOMEN KIVUNTUTKIMUSYHDISTYS RY
30 VUOTTA

15.-17.4.2026
HELSINGISSÄ

Uutta: Tutkijoiden verkostopäivä 15.4.2026!

Sisällys

5	Tiina-Riitta Vuorjoki-Ranta Pääkirjoitus
	Kipu haavoittuvissa ryhmissä – globaali näkökulma
6	Abigail Kusi-Amponsah Shaping the future of pain management in Ghana
11	Lotta Kalsson Kidutetun kipu
16	Sanna Laakkonen Lapsen pitkittynyt kipu: onnistumisten ja turvan kautta kohti merkityksellistä arkea
19	Johanna Kaitsalmi Yhteisen ymmärryksen löytäminen vammaisen lapsen kivunhoidossa
23	Anneli Vainio Toisessa todellisuudessa
	Muut artikkelit
29	Karita Palomäki Interoseption merkitys kipupotilaan kuntoutuksessa – psykofyysinen näkökulma
36	Alexi Sarkkinen Dualismi kipukuntoutuksessa
41	Jani Mikkonen ”Hyvinvointikysely kivusta kärsivälle” – uusi ja uudenlainen kivulta suojaavien tekijöiden kysely
43	Tiina-Riitta Vuorjoki-Ranta Suun limakalvojen kipu
50	Katri Aaltonen Lääkkeistä tinkiminen rahanpuutteen vuoksi
54	Jolanda Ehrnström Mitä fysioterapiaopiskelijoille opetetaan kivusta ja mitä opiskelijoiden kivun osaamisalueita voisi arvioida?
	Matkakertomus
60	Maiju Marttinen, Jaakko Ilola EFIC esitteli nuorten kipututkijoiden Rising Star -ohjelman ja peräänkuulutti eurooppalaista yhteistyötä
	Väitöksiä
62	Salla Grommi Koulutus- ja palauteinterventioiden vaikutukset kivun hoitotyöhön
	Opinnäytetyö
64	Säde Tuoreniemi Lääkkeettömät kivunhallintakeinot nuoren pitkäaikaisen kivun hoidossa ja hyvinvoinnin tukena
68	Nipistyksiä: Anneli Vainio
	Suomen Kivuntutkimusyhdistyksen sivut
71	Suvi Viljakainen SKTY:n vuosikokouskoulutus 2025
76	Maiju Marttinen Tuija Teerijoki-Oksa kunniajäseneksi
77	Tuula Korhonen Kliinikon tunnustuspalkinto 2025: Piikeistä ja pillereistä kohti kuuntelua ja kannustusta
79	Sami Ranta, Sirkku Mäkinen, Marjo Willman, Anna-Leena Nousiainen, Anu Portti Päihteet ja kivun hoito – 14. valtakunnallinen kipuhoitajien verkostoitumispäivä
80	Katja Levander, Marjo Willman Moniammatillisuus kivunhallinnassa ja kivun lääkehoidossa -webinaari
81	Koulutusta



Kipuviesti

2/2025

28. vuosikerta

Julkaisija

Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry

www.skty.org

ISSN 1796-3141

Päätoimittaja

Riitta Rosio

kipuviesti@skty.org

Toimituskunta

Teresa Autio, terasa.autio@gmail.com

Hanna Hakomäki, hanna.hakomaki@

musiikkiterapia.fi

Heidi Haromo, heidi.haromo@premius.fi

Tuula Korhonen, tuula.korhonen@pohde.fi

Katja Luostarinen, katja.luostarinen@pshyvinvoin-

tialue.fi

Riitta Rosio, riitta.rosio@utu.fi

Tiina-Riitta Vuorjoki-Ranta, tiina-riitta.vuorjoki-

ranta@hel.fi

Kipuviesti-lehden tilaus: TietoAkseli Group Oy

PL 1234, 20101 Turku tai reskontrat@tutke.fi

Tilauksen yhteydessä on ilmoitettava tilattava tuote ja

määrä sekä toimitus- ja laskutusosoitteet.

Vuosikerran hinta on 50 €.

Osoiterekisteri

TietoAkseli Group Oy

PL 1234, 20101 Turku

puh. 010 347 2800

reskontrat@tutke.fi

Kannen valokuva: Getty Images

Graafinen suunnittelu

Eero Antturi

Kirjapaino GRANO, Vaasa

2025

Ilmoitushinnasto vuodelle 2025

Kipuviesti-lehti ilmestyy kahdesti vuodessa (huhtikuussa ja lokakuussa).

Ilmoitushankkija: Tuula Korhonen

tuula.korhonen@pohde.fi

Aineistopäivä: huhtikuun numeroon on 25. helmikuuta ja lokakuun numeroon 6. syyskuuta.

Lehden painos on 1500 kpl.

Ilmoitusaineisto: PDF-tiedosto tulee toimittaa lopullisessa muodossaan (lehden koko 210 x 275 mm, tekstipinnan koko 180 x 240 mm. Lehti on 4-värinen.

Ilmoitusaineisto toimitetaan osoitteella: Antturi Design Oy,

sähköposti: antturi@antturidesign.com

viestikenttään: Kipuviesti / ilmoitusaineisto

Kopio ilmoituksesta: Tuula Korhonen

(sähköposti: tuula.korhonen@pohde.fi)

Saatekirjeessä, joka liitetään ilmoituksen mukaan, on mainittava ensisijaisesti ja toissijaisesti haluttu ilmoituksen sijoittelu, halutaanko ilmoitus yhteen vai molempiin numeroihin ja ilmoittajan yhteystiedot. Vain ajoissa ja täydellisenä toimitettu aineisto voidaan julkaista.

Ilmoitushinnat

Ilmoituksen sijoittelu	Hinta yhteen lehteen (euroa)	Hinta kahteen lehteen (euroa) sama mainos
Takakansi	800 €	1 400 €
2. ja 3. kansi	600 €	1 100 €
Sisäsivut	500 €	900 €
Sisäsivu 1/2	250 €	450 €
Sisäsivu 1/4	150 €	275 €

Pääkirjoituspalsta

Pitkäkestoisen kivun hoito suun terveydenhuollossa



Tiina-Riitta Vuorjoki-Ranta

HLT

Kivunhoitolääketieteen

erityispätevyys

SKTY ry:n Kasvokiputoi-

mikunnan puheenjohtaja

Kaarina

Hammaslääkärin työympäristö eroaa monen muun terveydenhoitoalan ammattilaisen työympäristöstä. Suuri osa hammaslääkäreistä toimii varsin pienissä työyhteisöissä ja sen vuoksi moniammatillisuus jää usein saavuttamatta.

Kivunhoitolääketieteen erityispätevyuden suorittaminen tuli mahdolliseksi ei-erikoistuneille hammaslääkäreille Hammaslääkäriliiton päätöksellä 11.5.2023. Tätä ennen erityispätevyys oli mahdollinen ainoastaan erikoishammaslääkäreille – linjaus oli silloin samansuuntainen lääkäreiden kanssa. Tulevaisuudessa toivomme kivunhoitolääketieteen erityispätevyuden mahdolliseksi myös ei-erikoistuneille lääkäreille.

Erityispätevyys ei kuitenkaan ole edellytys pitkäkestoista kipua sairastavien potilaiden hoitamiseen. Tärkeintä on kivunhoitoon perehtyminen – tietämys akuutin ja pitkäaikaisen kivun eroista, pitkäaikaisen kivun eri muodoista ja niiden hoidosta. Pienelläkin vastaanotolla on tärkeä tietää mistä on kyse, tunnistaa kipu, ja tarvittaessa mahdollisuus lähettää potilas eteenpäin.

STM:n kroonisen kivun ja syöpäkivun hoidon kansallinen toimintasuunnitelma vuosille 2017-2020 on jo muutaman vuoden takaa, mutta sen ohjeistus on yhä toteutumatta. Tätä kirjoittaessa on Suomessa ainoastaan yhdessä perusterveydenhuollon yksikössä kivunhoidon erityispätevyuden omaava kollega. Sairaaloissa työskentelee viisi kipuhammaslääkäriä; Helsingissä, Turussa, Tampereella, Jyväskylässä ja Vaasassa ja kaksi toimii yksityisvastaanotolla. Esimerkiksi opiskelijoiden terveydenhoidosta kasvokivunhoidon osaaminen laajalti puuttuu.

Erikoishammaslääkärikoulutuksen vuoden 2024 opinto-oppaassa löytyy maininta kivunhoitolääketieteestä kolmelta kliiniseltä erikoistumisalalta. Eri yliopistoissa opetuksen toteutuminen kuitenkin vaihtelee – sama koskee myös perusopintoja.

SKTY ry on käynnistänyt kartoituksen perusterveydenhuollon keskeisimpien ammattiryhmien perusopetuksen kivun hoidon opetussisällöistä. Kartoituksen jälkeen vuosina 2026-7 SKTY ry laatii ammattiryhmäkohtaiset suositukset opetussisältöihin – tämä on loistava esimerkki siitä, mihin yhdistystämme tarvitaan!

Suomessa toimi viime vuoden tilaston perusteella noin 4500 työelämässä olevaa hammaslääkäriä, heistä noin puolet työskenteli julkisella sektorilla. Erikoishammaslääkäreitä on noin 680 ja heidän sijoittumisensa jakaantuu suunnilleen tasaisesti yksityiselle ja julkiselle sektorille. Moni toimii toki osa-aikaisesti kummallakin.

On selvää, ettei kasvokivunhoidon osaaminen voi keskittyä pelkästään erikoishammaslääkäreihin – tarvitaan kipeästi kasvokipukoulutusta peruskollegoille. Kouluttaminen ja verkostoituminen kaikille kivunhoidosta kiinnostuneille hammaslääkäreille ovatkin tänä vuonna 15. juhlavuottaan viettävän Kasvokiputoimikunnan tärkeimmät tehtävät.

Kivunhoitolääketieteeseen perehtyminen on ollut urallani erittäin merkittävä käännekohta. Muistan hyvin kuinka dosentti Heli Forssell toivotti minut lämpimästi tervetulleeksi kipua opiskelemaan. Siitä alkoi ystävällisiin turkulaisiin tutustumisen sekä mielenkiintoisen opiskelun ja iloisten kongressimatkojen aika.

Rohkaisen hammaslääkärikollegoita opiskelemaan ja paneutumaan asiaan – meitä tarvitaan kipeästi ja erikoistumisen puute ei enää ole este. Me kaikki Kipuviestin lukijat voimme osaltamme houkutella lisää asiantuntijoita alalle. ■

Shaping the future of pain management in Ghana

Interview with Dr. Abigail Kusi-Amponsah Diji

Abigail Kusi-Amponsah

BSc., MSc. MPH., PhD., Dip.,
RGN, FGCNM, FHPE
School of Nursing and Mid-
wifery, College of Health
Sciences, Kwame Nkrumah
University of Science and
Technology, Kumasi, Ghana.
Department of Nursing
Science, Faculty of Medi-
cine, University of Turku,
Finland



You have your roots in Ghana but have also studied and conducted research in the UK and in Finland. How have your background and international experiences shaped your interest in pain management and research?

My journey into pain research was shaped by the stark realities I witnessed in Ghana. During my early career as a nurse, educator, and researcher, I encountered countless patients, particularly children, who endured preventable pain, often normalised as an inevitable aspect of illness. Pain management practices were characterised by a heavy reliance on analgesics; however, access to opioids was limited in the

study setting. Non-pharmacological interventions were similarly underutilised, not due to unwillingness, but rather due to insufficient knowledge, inadequate training, and systemic and cultural barriers.

My master's training at the University of Nottingham in the UK deepened my understanding of how structured health systems, strong policy frameworks, and comprehensive education contribute to improved patient outcomes in the UK. Building on this foundation, my doctoral training at the University of Turku in Finland exposed me to robust interdisciplinary approaches, where children's pain was routinely assessed using validated tools, and families were actively engaged in care decisions-making.

The contrast between these contexts highlights that pain is not merely a biomedical concern but also a matter of equity, policy, and cultural recognition. This realisation continues to shape my research agenda.

In your view, how does culture influence the experience of pain and approaches to pain management in Ghana compared to Finland? What could we learn from each other's perspectives?

Culture profoundly shapes pain perception, expression, and management. In Ghana, pain is not always regarded as an urgent clinical concern, a perspective shaped by cultural influences and local attributions to pain. Expressions of pain are frequently interpreted through alternative explanations rather than being recognised as indicators of a distinct health problem. For children, crying may be attributed to hun-

"In Finland, unlike in Ghana, pain management is seen as a priority because it is understood that addressing pain supports recovery, participation, and overall well-being."

ger, tiredness, or self-inflicted discomfort, making it difficult for caregivers to identify pain as the underlying cause. Among adults, stoicism is often valued, with quiet endurance regarded as a sign of strength and resilience. In some communities, pain may also be understood as a natural part of illness or recovery, diminishing the sense of urgency to intervene. These cultural interpretations contribute to the normalisation of pain and help explain why it is frequently under-recognised and undertreated within healthcare settings in Ghana. In addition, health professionals sometimes mirror these cultural beliefs, leading them to underestimate the pain of their patients or resulting in giving minimal or no pain relief.

In Finland, pain is not regarded as something to be endured but as a signal that requires prompt attention and treatment. The routine use of validated assessment tools reflects the belief that no patient should suffer unnecessarily. Pain relief is embedded within a human rights framework, and the health system is organised to minimise suffering. Unlike in Ghana, pain management is seen as a priority because it is understood that addressing pain supports recovery, participation, and overall well-being.

However, examining family dynamics in Ghana reveals important strengths that are not always visible in the narrow context of pain management. Families are deeply involved in the broader care of their members, providing presence, practical help, and emotional support during illness and recovery. While this does not translate into systematic recognition or relief of pain, it creates a strong ethic of togetherness and responsibility.

This contrasts with the Finnish system, where pain is recognised as a clinical signal that demands prompt assessment and relief anchored in a human rights framework. Here, the health system provides structured and consistent sup-

port, but family involvement tends to play a less central role in the patient's experience of care. The juxtaposition of these contexts highlights the potential for reciprocal learning: Ghana can benefit from adopting systematic, rights-based approaches to pain management, while Finland can draw lessons from Ghana's family centred ethos, which fosters resilience and shared responsibility in the face of illness.

You have been strongly involved in developing nursing education. What do you think are the most important aspects to emphasise in pain management education to better prepare future nurses and midwives to support patients?

The preparation of nurses and midwives for effective pain management is a critical dimension of nursing education with direct implications for patient outcomes and the overall quality of healthcare systems. Pain is one of the most universal experiences of illness; however, it remains among the most undertreated. It is often normalised or overlooked, particularly in low- and middle-income countries (LMICs), where resource limitations intersect with cultural and structural barriers. Addressing this gap requires nursing education that is not only technically robust but also ethically grounded. Drawing on my experiences in Ghana and my academic training in the United Kingdom and Finland, I argue that three dimensions are essential for strengthening pain management education: (1) competence in assessment, (2) interdisciplinary collaboration and advocacy, and (3) integration of physical and psychological approaches to care.

Competence in assessment is the foundation of effective pain management. Nurses and midwives are the clinicians who remain closest to patients; however, their ability to recognise

"Ghana can benefit from adopting systematic, rights-based approaches to pain management, while Finland can draw lessons from Ghana's family centred ethos, which fosters resilience and shared responsibility in the face of illness."

Capacity building of data collectors for a research project.



and document pain is often constrained by limited training or the absence of appropriate tools. Pain, by its very nature, is subjective and complex, demanding both technical skill and clinical sensitivity. Students must therefore be equipped with validated, age-appropriate tools that enable systematic assessment across the lifespan. In Ghana, I have repeatedly observed student nurses and professionals struggle in the absence of such tools, as pain assessment is often absent from the curriculum or undervalued in clinical practice. This perpetuates the invisibility of pain and undermines the possibility of timely and adequate relief. Therefore, training that embeds the use of structured assessment instruments is indispensable.

Interdisciplinary collaboration and advocacy form the second dimension. Pain management is inherently multifaceted and requires contributions from physicians, pharmacists, psychologists, families among others. However, in many LMICs, entrenched hierarchies often silence nurses' voices, leading to the undertreat-

ment of pain. Preparing future nurses and midwives to act as collaborators and advocates is thus essential. They must be trained not only to participate in multidisciplinary teams but also to challenge inadequate pain prescriptions and to propose multimodal strategies of care. This dimension is as much about professional identity as it is about technical knowledge; nurses and midwives must be educated as autonomous agents capable of shaping patient outcomes through advocacy. Clinical placements where interprofessional teamwork is modelled provide invaluable opportunities for developing such competence.

Physical and psychological approaches represent the third dimension. Although access to opioids and other pharmacological treatments remains limited in many settings, this scarcity should not result in therapeutic inertia. Simple, evidence-based interventions, such as positioning, massage, breathing techniques, distraction, and guided imagery, can provide meaningful relief, particularly when medicines are scarce. Importantly, these approaches extend the scope of care to families, enabling them to actively participate in supporting patients at the bedside. Such involvement not only promotes comfort but also fosters agency and a shared responsibility. Teaching these methods should be considered a core component of pain management education, not a supplementary skill, particularly in contexts where nurses must innovate within resource constraints.

You work both in Ghana and Finland and are active in several international networks. What pain-related research topics or projects are you currently focusing on, and why do you consider them important?

Currently, my work focuses on the implementation and evaluation of paediatric pain

Faculty honoured with traditional shawls by the Kenyan Pain Society during the Maiden IASP African Pain Camp in Nairobi (February 2025).



educational programs for healthcare providers. Despite decades of progress in medical science, children's pain remains chronically under-assessed and undertreated in many hospitals. This reflects a troubling inconsistency in healthcare today, as children are left to suffer unnecessarily from one of the most preventable forms of human distress.

Our approach has been to design and evaluate inter-professional training programs that bring together doctors, nurses, and pharmacists in the shared task of recognising and managing children's pain. The rationale for this is simple yet profound. Each professional group holds a critical piece of the puzzle: physicians diagnose and prescribe, pharmacists ensure safe and equitable access to medicines, and nurses are at the bedside, observing, monitoring, and advocating. However, when these roles operate in isolation, the system falters, and children's pain is easily overlooked. By training teams together, we aim to replace this fragmentation with a

"Pain relief is not a privilege but a right, and that preparing health professionals to recognise and act on children's pain is one of the clearest, most achievable ways to advance equity in healthcare."

culture of collaboration, in which pain relief is recognised as a collective duty rather than an optional extra.

This work is important because education is not only about knowledge transfer; it is about empowerment and equity. When nurses and pharmacists are trained to recognise both verbal and nonverbal indicators of pain and are equipped to communicate their observations effectively to prescribers, the result is a health-care system that is more responsive, patient-centred, and humane. In such a system, no child's suffering is dismissed as trivial, misattributed to other causes, or left to be endured in silence.

I consider this work especially urgent in low- and middle-income countries, where systemic barriers to opioid access, insufficient use of validated assessment tools, and cultural traditions of stoicism combine to normalise children's suffering. Yet, the significance of this research extends well beyond those settings. Paediatric pain remains under-prioritised even in high-resource contexts, and the lessons learned in Ghana, Finland, and through my international collaborations demonstrate the universal need for inter-professional education that integrates technical competence with advocacy and cultural sensitivity.

My research is driven by the conviction that pain relief is not a privilege but a right, and that preparing health professionals to recognise and act on children's pain is one of the clearest, most achievable ways to advance equity in healthcare. By embedding inter-professional education at the heart of nursing and medical training, we can build systems where children are not asked to endure preventable pain, but are supported, comforted, and given the opportunity to flourish.

How do you see the future of pain management in Africa and globally? What would



Campers and Faculty at the Maiden IASP African Pain Camp in Nairobi, Kenya.

you still like to achieve in your career as a researcher and educator?

The future of pain management in Africa and globally is gaining momentum, and I remain hopeful that it will be significantly better than in the past. Pain is increasingly being recognised not as an unavoidable consequence of illness but as a preventable injustice. This shift in thinking is evident in global initiatives, such as the International Association for the Study of Pain's decision to designate pain management, education, and research in low- and middle-income countries as its theme for 2025. Such commitments signal a decisive transformation, positioning pain relief not merely as a clinical aspiration but as a fundamental issue of human rights and of social justice.

Looking ahead, I believe that the development of safe, affordable, and contextually ap-

propriate interventions is central to Africa's contribution to global pain management. Crucially, these interventions must be designed in Africa and championed by Africans to ensure their sustainability and cultural relevance. Achieving this requires sustained investment in professional education, resilient health systems and progressive policy reforms. Equally important is dedicated funding for research to generate evidence, test new approaches, evaluate their effectiveness, and inform programs that enable individuals to live as free from pain as possible.

Effective pain management carries benefits that extends well beyond the individual. It enhances productivity, strengthens social participation, and contributes directly to the socio-economic development of nations. At the personal level, relieving pain restores dignity and allows individuals to fully participate in life. At the family level, it alleviates the emotional and practical burden of watching loved ones suffer. At the community and societal levels, it fosters resilience, enabling people to contribute socially and economically without the debilitating limitations of untreated pain.

In my career as a nurse, educator, and researcher, I remain committed to shaping this future. My goal is to help build a world where an individual in Kumasi has the same right to pain relief as someone in Helsinki or in Nottingham. That, to me, is the measure of justice we must pursue for a world in which pain management is recognized as a universal right, and where geography or resources no longer determine who is allowed to suffer and who is spared. ■

Kidutetun kipu



Lotta Karlsson

Psykotraumatologian keskuksen projektipääällikkö, Euroopan neuvoston kidutuksen ja muun julman, epäinhimillisen tai halventavan kohtelun tai rangaistuksen vastaisen toimikunnan Suomen delegaatti

Kidutuksen uhrien tunnistamisessa terveydenhuollossa on haasteita eikä heille tarjottu tuki ja hoito aina vastaa heidän tarpeisiinsa. On todettu, että kidutuksen uhreilla on kohonnut riski tulla riittämättömästi arvioiduksi ja hoidetuksi kivun osalta. Tiedetään, että kidutetuilla esiintyy lukuisia terveysongelmia, joista jatkuva kipu etenkin tuki- ja liikuntaelimi-

Kidutuksen taustaa

Viimeisimpien viiden vuoden aikana Amnesty International on raportoinut kidutustapauksista 141 maassa, mikä vastaa noin kolmea neljäsosaa maailman valtioista. Sitä tapahtuu sekä sotaa käyvissä maissa, että maissa, joissa vallitsee rauha. On arvioitu, että korkean tulotason maissa jopa noin 45 % pakolaisista ja turvapaikanhakijoista on voinut kokea kidutusta ja että pelkästään Euroopassa asuu arviolta yli 400 000 kidutuksen uhria. Siksi onkin tärkeää, että pakolaisia ja turvapaikanhakijoita kohtaavilla ammattilaisilla on riittävä ymmärrys kidutuksesta ja sen seurauksista.

Kidutus tapahtuu tilanteissa, jossa uhri on avuton ja täysin kiduttajiensa armoilla. Kidutus voidaankin nähdä kivun ja kärsimyksen tuottamisena, joka alentaa, tuhoaa ja epäinhimillistää kohdettaan, aiheuttaen laajamittaisia negatiivisia seurauksia henkilön fyysiselle ja psyykkiselle terveydelle ja hyvinvoinnille. Kidutuksen voidaan määritellä olevan tahallinen, järjestelmällinen tai mielivaltainen fyysisen tai henkisen kärsimyksen aiheuttaminen yhden tai useamman henkilön toimesta, itse tai viranomaisen käskystä, toisen henkilön pakottamiseksi antamaan tietoja, tunnustamaan tai mistä tahansa muusta syystä.

Kidutuksen seuraukset

Kidutuksen fyysisiä seurauksia ovat muun muassa toimintarajoitteet ja vammat. Vauriot voi-

vat olla myös piileviä, esimerkiksi sisäelimissä ja hermostossa. Lisäksi arviolta yli 80 % kidutuksen uhreista kokee jatkuvaa tai kroonista kipua. Kidutuksen psykologisia seurauksia ovat muun muassa traumaperäiset oireet, masennus- ja ahdistuneisuusoireilu, dissosiaatio-oireet sekä persoonallisuuden muutokset. Tutkijat ovat enenevässä määrin tunnistanee traumaperäisen stressihäiriön (PTSD) ja kroonisen kivun olevan riskitekijöitä toisilleen, lisäksi niiden komorbiditeetti on yhdistetty heikompiin hoitotuloksiin. Onkin todettu, että kidutuksen uhreilla PTSD ja krooninen kipu voivat kehittyä yhdessä, olla kompleksisessa vuorovaikutuksessa keskenään sekä ylläpitää toisiaan. On tärkeää huomioida myös se, että edellä mainittuja kidutuksen uhrien kokemia terveyden ja hyvinvoinnin haasteita voi syventää yksilön laajempi sosiaalinen tilanne esimerkiksi pakkomuuton jälkeen.

Yleisimpien kidutusmenetelmien tunteminen auttaa kidutettuja kohtaavia ammattilaisia ymmärtämään, mitä suurin osa potilaista on joutunut kokemaan. On hyvä olla tietoinen siitä, että useimpiin kidutuksen uhreihin on voinut kohdistua useita erilaisia kidutusmenetelmiä, vaihtelevana ajanjaksona ja frekvenssinä, erilaisissa elämäntilanteissa. Lisäksi krooninen kipu ylipäänsä on olemukseltaan monimutkaista ja monitahoista. Itse asiassa, joidenkin tutkimusten mukaan psykologisen ja fyysisen kidutuksen on havaittu liittyvän kipuun yhtä

vahvasti. Voidaankin ajatella, että ei ole olemassa psykologista kidutusta ilman vaikutuksia kehoon tai fyysistä kidutusta ilman psykologisia seurauksia. Psykologisella kidutuksella aiheutetaan henkistä kärsimystä ilman fyysistä väkivaltaa ja se voi pitää sisällään esimerkiksi väkivallalla uhkailua, manipulointia tai nöyryyttämistä.

Fyysisen kidutuksen seurauksiin vaikuttaa muun muassa käytetty kidutusmenetelmä ja kidutuksen kesto, sekä uhrin ikä ja terveydentila. Kidutus alkaa tyypillisesti pelottelulla; siihen kuuluu huutamista, lyömistä, potkimista, kotiin tunkeutumista, usein yöllä, uhri viedään pois silmät sidottuna. Hänelle ei kerrota eikä selitetä mitään. Kuljetetaan tuntemattomaan paikkaan, suljetaan jonnekin, yksin tai muiden kanssa. Usein pidätystä ja kidutusta on edeltänyt pidempi tai lyhyempi vainon, pelon, piileskelyn ym. ajanjakso. Muita tyypillisiä fyysisen kidutuksen keinoja ovat sitominen, riiputtaminen, pakottaminen kivuliaisiin asentoihin, viiltely, polttaminen, tukehduttaminen, sähkökidutus, sekä farmakologinen tai kemiallinen kidutus.

Kidutettu vastaanotolla

Monet ammatillaiset voivat kokea epävarmuutta ja epäröidä kidutuksesta kysymistä. Taustalla voi olla pelkoa potilaan tunteiden loukkaamisesta tai koetusta kyvyttömyydestä vastata potilaan kertomuksen nostattamiin mahdollisiin voimakkaisiin tunnereaktioihin (itsessä ja potilaassa), etenkin lyhyellä vastaanottokäynnillä. Silti, ammatillaisen velvollisuus on tarjota parasta mahdollista terveydenhuoltoa kaikille, eikä kidutuksen uhrin kokonaisvaltaista tarvearviota voida sivuuttaa näiden koettujen vaikeuksien vuoksi. Etenkin kun kohderyhmään kuuluu turvapaikanhakijoita, jotka muutenkin kärsivät epätasa-arvoisesta pääsystä avun piiriin. Ammatillaisen tulee kysyä selkeästi, onko potilasta kohdeltu huonosti joko lähtömaassa tai matkan aikana. Lisäksi tulee kysyä muun muassa

Taulukko: Kidutusmenetelmät ja niihin liittyvät löydökset

KIDUTUSMENETELMÄ

Päähän kohdistuva väkivalta

Päähän kohdistuva väkivalta voi tarkoittaa esimerkiksi päähän kohdistuneita lyön- tejä nyrkillä tai esineellä tai sähkökidutusta. Suurin osa kidutusta kokeneista on kertonut päähän kohdistu- neesta väkivallasta.

Jalkapohjien lyöminen eli falanga

Falangassa uhrin jalkapoh- jiin ja jalkoihin kohdistetaan toistuvia lyön- tejä tylpällä esineellä, kuten kepillä tai rautaputkella

Riiputtaminen ja muu asentokidutus

Asentokidutuksessa henkilö pakotetaan tai sidotaan hankaliin tai kivuliaisiin asentoihin ilman mahdol- lisuutta liikkua tai vaihtaa asentoa. Riiputtamisen eri muotoja ovat mm. teuras- tamoriiputus, käänteinen teurastamoriiputus, parrot perch sekä ristiasento

YLEISIÄ AKUUTTIVAI- HEEN OIREITA JA LÖYDÖKSIÄ

- Pään ja kasvojen alueen ruhjeet ja mustelmat
- Turvotus
- Kipu
- Huimaus, pahoinvointi, oksentelu
- Silmän vammat, näkö- häiriöt
- Aivoruhje vammakohdas- sa tai contrecoup-löydökset
- Päänsisäinen verenvuoto
- Tajuttomuus
- Korvien vammat, tärykal- von repeäminen
- Korvien vammat, tärykal- von repeäminen

- Turvotus
- Mustelmat
- Ruhjeet
- Murtumat
- Pehmytkudosvauriot
- Jalkapohjan kalvojänteen repeäminen
- Lihasaitio-oireyhtymä
- Kantapään ja päkiän rasvatyynyjen murskaan- tuminen

- Kipu
- Hermopunosvauriot
- Sitomisesta aiheutuneet ihovammat, hiertymät ja ruhjeet
- Raajojen heikkous
- Tuntopuutokset- ja harhat
- Pinnallinen kipu
- Jännerefleksien puut- tuminen
- Nivelsiteiden repeämät
- Nivelten, erityisesti lapa- luun ja hartiaseudun sijoil- taanmenot

YLEISIÄ MYÖHEMMÄN VAIHEEN OIREITA JA LÖYDÖKSIÄ

- Krooninen/jatkuva pään- särky, niskaperäinen pään- särky ja muut pään alueen kiputilat
- TMJ-oireyhtymä
- Huimaus
- Muistin tai kognitiivisten toimintojen heikentyminen
- Kohtausoireet
- Kortikaalinen atrofia
- Diffuusit aksonaaliset vauriot
- Kasvojen ja pään alueen jäljet ja vammat
- Aistitoimintojen häiriöt, kuulon aleneminen, näkö- häiriöt
- Ärtyneisyys, tunteiden säätelyn haasteet
- Unihäiriöt

- Kävelyn ja liikkumisen ongelmat
- Jalan ja alaraajojen kiputi- lat ja toimintahäiriöt
- Lihasaitio-oireyhtymän jälkitilat
- Kantapään ja päkiän ras- vatyynyjen atrofia
- Jäykät ja epäsäännölliset arvet jalan ihossa sekä ihon- alaisissa kudoksissa
- Plantaarifaskiitti
- Jalkojen luiden ja nivelten virheasennot
- Perifeerinen neuropatia

- Pitkäkestoiseen sitomi- seen liittyvä karvatuppien puuttuminen tai arvet.
- Pysyvät hermovauriot
- Lihasatrofia
- Ylä- ja alaraajojen toimin- tahäiriöt
- Pitkittyneet kiputilat

Sähkökidutus

Sähkökidutuksessa kehoon johdetaan sähkövirtaa elektrodien kautta. Sähkö- virran vaikutuksia tehoste- taan usein käyttämällä vettä tai geelejä, joiden avulla myös estetään näkyvien sähköpalovammojen syn- tyminen. Sähkövirta kulkee kiinnitettyjen elektrodien välillä supistaen kaikki reitil- lä olevat lihakset

Hammaskidutus

Hampaiden murtaminen. repiminen tai poraaminen. Hampaisiin kohdistuva säh- kökidutus

Tukehduttaminen

Uhrin tukehduttaminen vedellä, kuristamalla, hirt- tämällä tai muulla tavoin, niin että uhri lähes tukehtuu (kuiva tai märkä submari- no). Uhri voidaan pakottaa esimerkiksi hengittämään pölyä, kemikaaleja tai epä- puhdasta, esimerkiksi ulos- teita sisältävää vettä.

Seksuaalinen kidutus

Seksuaaliseen kidutukseen liittyvä fyysinen väkivalta voi olla esimerkiksi sukuelinten silpomista, polttamista ja lyömistä, genitaalialueille kohdistettua sähkökidutus- ta sekä raiskaus esineellä tai yhdynnällä.

- Kipu
- Sähköpalovammat ja jäljet elektrodien kiinnityskohdis- sa (yleisimmät varpaat, sor- met, kädet, jalat, nannit, suu, huulet ja genitaalialueet)
- Pehmytkudosvauriot, murtumat ja nivelten sijoil- taanmenot

- Puuttuvat hampaat, ham- masvauriot
- Nielun ja sisäosien vam- mat
- Ikenien turvotus
- Verenvuoto, kipu
- Leuan murtumat ja peh- mytkudosvauriot
- Hammaspaikkojen irto- aminen
- lentulehdukset ja muut infektiot

- Petekia
- Keuhkokuume
- Kasvojen turpoaminen
- Nenä- ja korvaverenvuoto
- Ihoreaktiot
- Suuinfektiot
- Akuutit hengitystieon- gelmat
- Kaulan ja niskan hankaumat, mustelmat ja ruhjeet
- Kieliiluun ja kurkunpään ruston murtumat
- Tajunnan menetys ja ta- junnan tason häiriöt
- Lyhytkestoinen muistin- menetys tai kognitiivisen toimintakyvyn häiriöt
- Tukehduttamisesta aiheu- tuva hypoksia tai anoksia

- Emättimen tai peräaukon vuoto
- Genitaali- ja peräaukon alueen kipu, haavat, mustel- mat, repeämät, hiertymät ja turvotus
- Tulehdukset, sepsis
- Seksitaudit
- Silpomisen jälkitilat
- Genitaalialueiden sähkö- ja palovammat

- Riippuen sähkökidutuksen voimakkuudesta ja elekt- rodien sijainnista, erilaiset pehmytkudosvauriot, kom- pressiomurtumat, nivelten (erityisesti olkanivelen) si- joiltaanmenot sekä kaula- ja lannerangan radikulopatiat ja niiden jälkitilat ovat mah- dollisia.

- Hammasvammat
- Vankila- tai pidätysolosuh- teista johtuva hampaiden huono kunto
- Tulehdukset, karies
- Purennan ja leukanivelen toimintahäiriöt sekä niihin liittyvät kiputilat
- Jäljet ja arvet kasvoissa, poskien ja suun sisäpinnoilla

- Myöhäisiä komplikaatioita: aspiraatiopneumonia, pul- monaaliödeema, kouristus- kohtaukset
- Pitkittyneet hengityseli- mistön oireet
- Pitkäkestoinen muistin- menetys tai kognitiivisen toimintakyvyn häiriöt
- Tukehduttamisen aihe- uttama aivovamma ja sen jälkitilat
- Neurologiset ja neuropsy- kologiset oireet

- Virtssaamisen ja ulostami- sen häiriöt ja kiputilat
- Lantion alueen kipuoireet
- Krooninen kipu
- Sek- suaalitoimintojen häiriöt
- Kuukautishäiriöt
- Seksuaalisesta väkival- lasta aiheutunut raskaus tai lapsettomuus
- Krooniset seksitaudit (mm. HIV, hepatiitti, herpes)

olemassa olevista sairauksista ja muista tervey- dentilaan vaikuttavista asioista. Ihanteellisesti, ammattilaisella olisi hyvä olla joitain taustatie- toja potilaan alkuperämaasta, joita on helposti saatavilla internetistä.

Kidutuksen uhreilla on erilaisia kulttuuri- sia, etnisiä, uskonnollisia ja poliittisia tausto- ja, eivätkä he usein pysty ilmaisemaan itseään riittävän hyvin asuinmaansa kielellä. Väärin- tulkintojen välttämiseksi, arvioinnin aikana tu- lee kiinnittää huomiota uhrin kulttuurisiin ja kielellisiin erityispiirteisiin. Tulkkivälitteinen työskentely ja kulttuurisensitiivinen kohtaami- nen ovat välttämätöntä ja potilaan oikeus. Ei- sanallisen viestinnän, tunnereaktioiden ja käyt- täytymisen havainnointi on myös toivottavaa vastaanottokäynnillä. Potilaan arvioinnin on oltava perusteellinen ja se voi vaatia useita ta- paamisia. Ammatillaisen on varottava, ettei vas- taanottokäynti muutu potilaan kuulusteluksi, joka voi aiheuttaa potilaalle ylimääräistä stres- siä ja ahdinkoa. Ensimmäisellä kohtaamisella onkin hyvä tarjota muutamaa uutta vastaanot- toaikaa, jos se on mahdollista. On huomioita- va, että vastaanotolla tulee edetä potilaan tar- peiden ja toiveiden edellyttämässä tahdissa ja kohdata potilas traumasensitiivisesti.

Vastaanottokäynnin muistilista

- Luo turvallinen ja kiireetön ympäristö: Huolehdi, että käynti toteutuu rauhallisessa paikassa ilman keskeytyksiä.
- Selitä mitä käynnillä tulee tapahtumaan ja rakenna luottamuksellinen ilmapiiri: Kerro potilaalle arvioinnin tarkoituksesta ja luot- tamuksellisuudesta.
- Kysy oireista ja kokemuksista, mutta välttä liian yksityiskohtaisia kysymyksiä traumaois- ta: Anna potilaalle tilaa kertoa omassa tah- dissaan.
- Ole empaattinen ja neutraali: Vältä arvos- telua ja anna uhrille tunne, että hän tulee kuulluksi ja uskotuksi.

Lähde: Carlsson ym. (2023) Opas Istanbulin protokollaan: Johdanto kidutuksen ja kaltainkohtelun uhrien tunnis- tamiseen, tutkimiseen ja dokumentointiin.

- Muista potilaan trauma- ja kulttuurisensiitiivinen kohtaaminen: Ole ihminen ihmiselle.

Potilaalla voi olla tapahtumiin liittyviä muistiaukkoja monesta eri syystä. Esimerkiksi tajunnan menetys on yleistä kidutuksen aikana tai potilaalla voi olla traumaperäistä oireilua tai aivovaurioita, jotka vaikuttavat muistamiseen ja potilaan muihin toimintoihin. Vaikka potilas osaisi kuvailla kidutustaan vastaanotolla, kivun ymmärtäminen ei ole yksinkertaista. Pysyvien fyysisten vammojen, kuten vaurioiduneiden nivelten tai parantumattomien murtumien, infektioiden tai muiden sairauksien mahdollisuus tulee myös ottaa huomioon. Kidutuksen uhria on yleensä pidetty erittäin vaikeissa olosuhteissa riittämättömän ravinnon, äärimmäisten lämpötilojen, huonon hygienian ja voimakkaan stressin alaisena.

Lopuksi

On todettu, että julkaistuja tutkimuksia kidutettujen kivun hoidosta on olemassa niukasti. Lisäksi kidutettujen kipuun ja hoitoon liittyvä tutkimus vaikuttaa olevan painottunut kidutuksen psykologisten seurausten, kuten PTSD:n tarkasteluun. Tämän johdosta kidutuksen fyysiset seuraukset ja esimerkiksi kidutetun kivun hoitomenetelmät ovat jääneet vähemmälle huomiolle tutkimuskirjallisuudessa. Tämä yhdistettynä kipumekanismien ymmärryksen hitaaseen leviämiseen joidenkin tieteenalojen, kuten lääketieteen, psykologian ja psykoterapian välillä tarkoittaa sitä, että raportoitu kipu kirjataan usein psyykkisen häiriön psykosomaattiseksi ilmentymäksi, mikä vähentää tiedon hyödyllisyyttä kipuklinikon tai -tutkijan kannalta. Yksi kidutetun kivun hoitoon liittyvä tärkeä havainto on kuitenkin se, että fysioterapia voi olla potilaille hyväksytävämpää ja mielekkäämpää vastaanottaa kuin terapeuttiset interventiot, vaikka molemmat ovat onnistuneen hoidon kannalta keskeisiä.

On todettu, että fyysiset interventiot voivat tuntua potilaista kulttuurisesti ”tutummilta”, vähemmän uhkaavilta ja jopa rauhoittavilta. Onkin erittäin suositeltavaa, että kidutuksen uhrien parissa työskenneltäessä monitieteinen ja -toimijainen tutkimus, hoito ja kuntoutus, sekä tiivis yhteistyö muun muassa fysioterapeuttien ja traumafokusoituneiden terapeuttien välillä toteutuu.

Yhteenvetona voidaan todeta, että kidutuksen uhria tulee arvioida kuten ketä tahansa muuta kipupotilasta ja pyrkiä määrittämään hänen yksilöllisten tarpeidensa perusteella sopivin näyttöön perustuva hoitomuoto. Hoidon tulee tähdätä kivun lievittämiseen, psyykkisen stressin vähentämiseen ja toimintakyvyn vahvistamiseen, jotka osaltaan parantavat potilaan yleistä elämänlaatua. Hoidon suunnittelussa tulee kuitenkin ottaa huomioon se, että kidutuksen uhrien kokema henkinen ahdistus, päivittäisen arjen vaikeudet ja epävakaus voivat tehdä elämänlaadun parantamiseen tähtäävään kivun hoitosuunnitelmaan sitoutumisen hankalaksi. Valitettavaa on myös se, että edelleen kidutetut kohtaavat ammattilaisia, jotka saattavat sivuuttaa kroonisen kivun, josta ei näy fyysisiä merkkejä keholla tai jonka ainut konkreettisesti havaittava ilmentymä on psykologinen stressi. Tällä voi olla erittäin haitallisia ja kauaskantoisia seurauksia potilaille. Sen vuoksi tulee peräänkuuluttaa kivun parissa työskenteleviä asiantuntijoita toimimaan kivunhallinnan puolesta puhujina kaikissa kliinisissä ympäristöissä ja kaikkien potilasyhmien edustajina. ■

Kirjallisuutta:

Amris, K., Jones, L. E., & Williams, A. C. de C. (2019). Pain from torture: Assessment and management. *Pain Reports*, 4(6), e794. <https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000000794>

Baird, E., De C Williams, A. C., Hearn, L., & Amris, K. (2017). Interventions for treating persistent pain in survivors of torture. *Cochrane Library*, 2019(2). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd012051.pub2>

Board, D., Childs, S., & Boulton, R. (2021). Torture survivors' experiences of healthcare services for pain: A qualitative study. *British Journal of Pain*, 15(3), 291–301. <https://doi.org/10.1177/2049463720952495>

Carlsson, L., Luotonen, K. & Ojala, H. (2023) Opas Istanbulin protokollaan: Johdanto kidutuksen ja kaltoinkohtelun uhrien tunnistamiseen, tutkimiseen ja dokumentointiin. Diakonissalaitos. https://www.hdl.fi/wp-content/uploads/2024/12/Diakonissalaitos_Opas-Istanbulin-protokollaan_FINAL.pdf

Cohen, S. P., Vase, L., & Hooten, W. M. (2021). Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. *Lancet*, 397(10289), 2082–2097. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(21\)00393-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(21)00393-7)

Dibaj, I., Øveraas Halvorsen, J., Kennair, L. E. O., & Stenmark, H. I. (2017). An evaluation of combined narrative exposure therapy and physiotherapy for comorbid PTSD and chronic pain in torture survivors. *Torture Journal*, 27(1), 13–27. <https://doi.org/10.7146/torture.v27i1.26534>

Harlacher, U., Nordin, L., & Polatin, P. B. (2018). Torture survivors' symptom load compared to chronic pain and psychiatric in-patients. *Torture*, 26(2), 11. <https://doi.org/10.7146/tor-ture.v26i2.108204>

Lechner-Meichsner, F., Comtesse, H., & Olk, M. (2024) Prevalence, comorbidities, and factors associated with prolonged grief disorder, posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in

refugees: a systematic review. *Confl Health*. 16; 18(1):32. doi: 10.1186/s13031-024- 00586-5. PMID: 38627778; PMCID: PMC11020800.

Negron, A. (2017). Supporting asylum seekers and refugees who suffer chronic pain: an experience. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 14(1), 55–67. <https://doi.org/10.1108/ijmhsc-02-2016-0011>

Nordin, L., & Perrin, S. (2019b). Pre-treatment pain predicts outcomes in multimodal treatment for tortured and traumatized refugees: a pilot investigation. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1686807>

Raghavan, S. S. (2018). Cultural considerations in the assessment of survivors of torture. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 21(3), 586–595. <https://doi.org/10.1007/s10903-018-0787-5>

Solerød Dibaj, I., Halvorsen, J. Ø., Kennair, L. E. O., & Stenmark, H. I. (2020). Painful memories: Challenges in trauma focused therapy for torture survivors with PTSD and chronic pain: A narrative review. *Torture Journal*, 30(2), 35–57. <https://doi.org/10.7146/torture.v30i2.119788>

Taylor, B., Carswell, K., & Williams, A. C. de C. (2013). The interaction of persistent pain and post traumatic re-experiencing: A qualitative study in torture survivors. *Journal of Pain and Symptom Management*, 46(4), 546–555. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.10.281>

Williams A.C., Baird E. (2016). Special Considerations for the Treatment of Pain from Torture and War. *Curr Anesthesiol Rep*, 6 (4):319-326. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5124052/#_ci93_

Williams, A. C. de C., & Amris, K. (2017). Treatment of persistent pain from torture: Review and commentary. *Medicine, Conflict and Survival*, 33(1), 60–81. <https://doi.org/10.1080/13623699.2016.1242050>



Lapsen pitkittynyt kipu: onnistumisten ja turvan kautta kohti merkityksellistä arkea



Sanna Laakkonen
Fysioterapeutti YAMK
Lasten fysioterapian
erityisasiantuntija
Activus Oy, Lasten ja
Nuorten Terapiakeskus

Työskentelen fysioterapeuttina lasten ja nuorten parissa ja yhä useammin vastaanotolleni tulee lapsi tai nuori, jolla on pitkittynyt kiputilanne vaikuttaen hänen elämäänsä hyvin laajasti. Lapset ja nuoret ohjautuvat fysioterapiaan joko hyvinvointialueen moniammatillisen kiputyöryhmän kautta tai omakustanteisesti.

Kun kipu pitkittyy, se muuttaa helposti koko perheen elämänrytmiä: koulunkäynti vaikeutuu, harrastukset jäävät, yöuni häiriintyy ja yhteinen arki täyttyy huolesta.

Fysioterapeutin työssä pitkittynyt kipu haastaa katsomaan lasta kokonaisuutena. Alla kuvattu asiakastarina avaa, miten fysioterapia voi tukea lasta löytämään uudelleen luottamuksen omaan kehoonsa ja paluuta merkitykselliseen arkeen.

Asiakastarina: Emma 7v.

Emma (nimi ja yksityiskohdat muutettu) loukasi oikean nilkkansa metsäleikeissä. Nilkka turposi ja oli kipeä, mutta kuvantamisissa ei löytynyt vauriota. Hän palasi liikkumaan viikon kuluttua ja jatkoi tanssiharrastustaan. Kuukauden päästä nilkka vääntyi uudelleen, kipu yltyi kovaksi eikä hän enää pystynyt astumaan jalalle lainkaan. Tutkimuksissa ei löytynyt selittävää tekijää ja kipu vain paheni. Kolmen kuukauden kuluttua Emma ohjautui fysioterapiaan moniammatillisen työryhmän kautta CRPS-tyyppisen kiputilan vuoksi.

Ensitaapaamisella Emma kertoi, että kipu oli

”aina läsnä”. Hän liikkui kahden kyynärsauvan avulla pitäen kipeää alaraajaa ilmassa ja käytti pidemmillä matkoilla pyörätuolia. Koulussa hän jaksoi olla vain pari tuntia kerrallaan, harrastukset olivat jääneet pois ja nukahtaminen oli vaikeaa. Kertoi kivun tuntuvan eniten oikeassa jalkaterässä ja kauttaaltaan nilkan alueella. Alaraajan tunto oli herkistynyt säären alueella lateraalisesti, nilkan mediaalipuolella sekä jalkapöydän päällä. Alaraajassa oli distaalisesti hieman turvotusta, väri- tai lämpötilaeroja ei ollut.

Keskusteluissa nousi esiin pelko: ”Entä jos jalassa on jotain vakavaa, jota ei huomata?” Emmen omat pelot, vanhempien huoli ja hämmennys tilanteesta lisäsivät Emmen turvattomuuden tunnetta voimistaen kipua entisestään. Kokonaistilanne vaikutti laajasti mielialaan, arjen sujumiseen, perhe- ja kaverisuhteisiin, harrastukseen sekä koulunkäyntiin.

Fysioterapeuttinen työskentely

Emma määritteli itse fysioterapiajakson tavoitteensa: hän halusi palata tanssitunneille ja kavereiden kanssa olemiseen ilman apuvälineitä.

Työssäni pidän tärkeänä, että lapset saavat olla prosessissa mukana niin aktiivisesti kuin haluavat, sillä se lisää minäpystyvyyden kokemusta ja sitoutumista prosessiin. Emmakin oli prosessissa koko ajan aktiivisesti mukana. Alkuun pohdimme yhdessä mitä kaikkea pitäisi tapahtua ennen kuin hän voisi saavuttaa tavoitteensa ja hän toi esille kaksi asiaa: ”mun pitää

pystyä astumaan oikealle jalalle ja nukkumaan, jotta jaksaisin paremmin”. Fysioterapiassa keskityttiin siis alkuun oikean alaraajan tavanomaisen toiminnan palautumiseen sekä yöunien laadun ja keston parantamiseen.

Fysioterapeuttinen harjoittelu sidottiin hänelle merkityksellisiin asioihin, kuten leikkeihin, peleihin ja tanssiin. Käytimme erilaisia menetelmiä: tunnon asteittaista harjoittelua, mielikuvaharjoittelua, peiliterapiaa, kuormittamisen harjoittelua, allasharjoittelua sekä keinoja rauhoittaa kehoa ja mieltä. Työskentelyn aikana Emma oppi millaiset tuntemukset olivat merkki turvallisesta liikkeestä ja milloin oli syytä pysähtyä. Erilaiset kehon tuntemukset toimivat ikään kuin kompassina harjoittelun määrälle ja laadulle, jolloin oma keho alkoi vähitellen tuntua luotettavalta ja liikkuminen turvallisemmalta.

Kipuedukaation rooli

Keskeinen osa kuntoutusta oli kivun ymmärrettävä selittäminen, joka auttoi turvan tunteen rakentamisessa niin Emmalle kuin hänen perheelleenkin. Tarinat, konkreettiset esimerkit ja visuaaliset materiaalit auttoivat hahmottamaan, miksi kipu voi jatkua ilman uutta vauriota. Ne tekivät näkyväksi myös sen, miten hermosto ja kipujärjestelmä voivat herkistyä ja mitä kehoissa ja mielessä silloin tapahtuu. Näin luottamus omaan kehoon voi vähitellen vahvistua. Kun vanhemmat ymmärsivät kivun mekanismeja, he uskalsivat rohkeammin ja johdonmukaisemmin tukea lastaan arjen aktiivisuuteen. Emma kiinnostui myös itse tutkimaan, miten hengitys rauhoittaa kehoa ja mieltä. Hän kertoi kokeilleensa hengitysharjoituksia koulupäivän jälkeen ja iltaisin nukahtaessaan. Tämä vahvisti hänen kokemustaan siitä, että hän voi itse vaikuttaa oloonsa.

Kun kivusta ja sen mekanismeista puhutaan lapselle ymmärrettävästi, se palauttaa tunnetta

siitä, että omaan oloon voi vaikuttaa vahvistaen hallinnan ja minäpystyvyyden kokemusta. Kun lapsi ymmärtää, mitä kehossa tapahtuu, on helpompi uskaltaa liikkua ja kokeilla uutta. Näitä asioita havainnoitiin konkreettisesti omaa kehoa ja sen tuntemuksia kuunnellen, jolloin Emma oppi tunnistamaan, missä kohtaa kehossa tuntui jännitystä, kireyttä, rentoutta, vahvuutta ja toisaalta miltä tuntui silloin, kun ei tuntunut mitään erityistä.

Turvan kokemus kuntoutumisessa

Emmankin tarinassa, kuten kivuliailla lapsilla monesti, pelolla oli iso merkitys kokonaisuuden kannalta. Pelko aiheutti hätää ja turvatonta oloa niin Emmalle kuin hänen perheelleenkin. Tällaisessa tilanteessa fysioterapeutin tulee lisätä turvan tunnetta olemuksellaan, sanoillaan ja kosketuksellaan eikä ”mennä mukaan lapsen hätään”. On tärkeää, että lapsi ja hänen kokemuksensa tulee hyväksytyksi, nähdyksi, kuulukuksi ja ymmärretyksi. Terapeutin tulee sanoittaa havaintonsa viisaasti siten, että ne tukevat lapsen minäpystyvyyden kokemusta ja luottamusta omaan kehoon.

Emmen kohdalla turvan kokemusta vahvistettiin toistuvilla, hallituilla ja onnistumisilla sekä iloa tuottavilla harjoitteilla, joissa hän pystyi kokemaan kehonsa luotettavana. Kipu ei ehkä katoa heti, mutta se ei myöskään määrää hänen toimintaansa. Näin syntyy asteittain kokemus siitä, että ”olen turvassa liikkeessä”, mikä avaa tilaa ilolle, leikille ja merkitykselliselle osallisuudelle arjessa. Kun lapsi huomaa kehon reagoivan ennakkoidusti ja liikkeen olevan hallittavissa, myös pelko vähenee. Turva antaa luvan kokeilla, epäonnistua ja onnistua ja sitä kautta löytää liikkumisen ja leikin ilon uudelleen.

Emmen kanssa opin myös, että kipua ei aina tarvitse yrittää hallita tai pitää kurissa. Hallinnan ajatus voi joskus pitää mielen jatkuvassa valppaustilassa ja kuluttaa voimia. Sen sijaan,



kun keskityimme turvan tunteen vahvistamiseen, liikkeiden kokemiseen ja ilon lisäämiseen, avautui mahdollisuus toisenlaiseen suhtautumiseen. Kipu sai olla olemassa ilman, että siitä puhutaan jatkuvasti tai annettaisiin sen määrittää kaikkea. Kun Emma ja hänen perheensä alkoivat suhtautua kipuun vähemmän uhkaavasti, syntyi tilaa liikkeelle, leikille ja mielekkäille asioille. Nämä kokemukset alkoivat itsessään myös muuttaa kipua ja palauttaa tavanomaista arkea.

Kolmen kuukauden terapiaprosessin jälkeen Emma liikkui jälleen normaalisti ilman apuvälineitä. Hän palasi kouluun, kavereiden kanssa olemiseen ja tanssitunneille. Lasten elämänlaatumittarissa hänen pistemääränsä nousi lähtötilanteen 54:stä 85:een, mikä kuvastaa merkittävää arjen laadun paranemista.

Mitä opin?

Tässä tarinassa oleellinen osa onnistumista oli

keskushermoston herkistymisen sekä turvan tunteen merkityksen ymmärtäminen, niiden selittäminen ymmärrettävästi lapselle ja perheelle sekä kokonaisuuden sitominen lapsen omaan elämään ja hänelle merkityksellisiin asioihin mahdollistaen onnistumisen ja ilon kokemuksia. Perheen, koulun ja valmentajan sitoutuminen onnistui myös esimerkillisesti mahdollistaen asteittaisen paluun tavanomaiseen arkeen.

Tämä kokemus muistutti minua siitä, että pitkittyneen kivun hoidossa ei ole kiire mihinkään. Keskeistä ei ole kivun nopea väheneminen, vaan turvan ja hallinnan tunteen palautuminen. Turvan ja onnistumisten myötä lapsen minäpystyvyyden tunne vahvistuu ja vähitellen avautuu tila, jossa hän uskaltaa liikkua, kokeilla ja löytää onnistumisen iloa askel askeleelta kohti merkityksellistä arkeaan. ■

Yhteisen ymmärryksen löytäminen vammaisen lapsen kivunhoidossa



Johanna Kaitsalmi
(ent. Olli),
TtT, sh, kouluttaja.

Vammaisen lapsen kivunhoito voi tuntua haasteelliselta erityisesti silloin, kun ammattilaisen on vaikea ymmärtää lasta joko kokemusmaailman erilaisuuksien tai kommunikointiongelmien vuoksi. Kokemusmaailmaan liittyvien asioiden kannalta kivunhoidossa on oleellista ymmärtää sekä pelkojen vaikutus kipukokemukseen että kivun lisäksi muiden fyysisten tunteiden (kuten aistisäätelyn variaatioiden) merkitys hoitoprosessissa. Kommunikoinnin kannalta oleellista on ammattilaisen kyky dialogisuuteen ja yhteyden etsimisen näkeminen yhteisenä haasteena sen sijaan, että se nähtäisiin vain lapsen ongelmana. Käsittelen tässä artikkelissa edellytyksiä ja keinoja, joiden avulla ymmärrysongelmista voidaan selvittää. Kirjoitus perustuu väitöstutkimukseeni sekä muuhun tutkimus- ja kokemustietoon.

Lapsen kokemusmaailman ymmärtämisen edellytykset

Kun terveydenhuoltoon tulee lapsi, joka kehityksen variaationsa (esimerkiksi kehitysvamman tai muun vammaksi määritellyn ominaisuutensa) tai neurotyyppinsä (kuten autismi tai ADHD) takia kokee asioita osittain eri tavalla kuin enemmistö ihmisistä, tarvitaan kivunhoidossa erityisen paljon pyrkimystä ymmärtämiseen. Ensimmäinen edellytys ymmärtämiselle on ihmisten keskinäisen erilaisuuden arvostaminen (1, 2). Siihen liittyy sen tiedostaminen, että kyseinen lapsi voi kokea sekä fyysisyyteen että sosiaalisuuteen liittyvät asiat sellaisella tavalla, joka ei ole tullut ammattilaiselle mieleenkään. Tämän ovat todenneet esimerkiksi Handberg & Voss (3), joiden tutkimuksessa tehohoidon ammattilaiset yllättyivät asioista, joita puhumaan kykenemättömät potilaat ilmaisivat saadessaan muita kommunikointivälineitä käyttöönsä.

Fyysisten kokemusten erilaisuuteen liittyvät esimerkiksi aistisäätelyn variaatiot kuten aistiherkkyys, vähäaistuminen, aistimushakuisuus, moniaistikokemukset ja aistitiedon suodatta-

misen vaikeudet. Aistiherkälle lapselle useimpien mielestä ”vähäinen” aistikokemus kuten häikäisevä valo, kellon tikitys tai jokin haju voi tuntua kivun kaltaisena kärsimyksenä. Tuskaisa olo ei silloin helpotu kipulääkkeellä, mutta voi helpottua esimerkiksi valojen himmentämisellä, ääniympäristön rauhoittamisella tai hajusteettomien tuotteiden käyttämisellä. Aistikokemuksiin liittyy myös vireystilan ja stressin säätelykyky, sillä yli- ja alivireystilassa aistikokemukset voivat tuntua aivan erilaisilta kuin optimaalisessa vireystilassa.

Myös sosiaalisuuteen liittyvät asiat voidaan kokea hyvin monilla tavoilla. Toisia lapsia rauhoittaa aikuisen läheisyys, toiset taas tarvitsevat omaa tilaa rauhoittuakseen. Toisille lapsille silmiin katsominen tuntuu epämiellyttävältä, toiset kaipaavat lempeää silmiin katsomista. Toisista lapsista kevyt kosketus on osoitus välittämisestä, toisista voimakas, ja kolmansista koskematta jättäminen on parasta. Ja kuten aistikokemukset, myös sosiaalisuuteen liittyvät kokemukset ja tarpeet saattavat vaihdella eri tilanteissa.

Toinen edellytys lapsen kokemusten ymmär-

tämiselle on sen hyväksyminen, että lapsi on elämänsä ja hoitonsa päähenkilö ja tarvitsemme lapselta apua voidaksemme hoitaa häntä parhaalla mahdollisella tavalla (1). Tarvitsemme sitä tietoa, jota lapsella on siitä, miltä elämä ja hänen kivunhoitonsa näyttää ja tuntuu hänen näkökulmastaan. Lapsella on myös lainsäädännön mukaan oikeus tulla kuulluksi kaikissa häntä koskeissa asioissa (4, 5) ja vammaisella lapsella on lisäksi oikeus saada tarvitsemaansa apua itsensä ilmaisemiseen (6). Kuulluksi tulemisen oikeutta ei pidä sekoittaa itsemääräämisoikeuteen, joka vaatii lapselta riittävää kyvykkyyttä (7). Aikuisten velvollisuus on selvittää lapsen näkemykset ja ottaa ne huomioon päätöksenteossa silloinkin, kun lapsi ei itse kykene tekemään hoitoonsa liittyviä päätöksiä (8, 9).

Kolmas edellytys lapsen ymmärtämiselle on sen tiedostaminen, että lapsen kokemus ei liity pelkästään hänen henkilökohtaisiin ominaisuuksiinsa, vaan sinä, muut ihmiset ja ympäristö vaikuttavat siihen (1, 2). Tämän vuoksi aina kun puhutaan kivusta, pitäisi puhua myös pelosta. Pelko ja ahdistus ovat mielen kipua, ja mielen kipu lisää kehon kipua, kuten monissa tutkimuksissa on osoitettu. Tähän liittyviä tutkimuksia on koottu esimerkiksi Pekka Louhialan kirjaan Plasebon arvoitus (10). Lapsilla itsellään on onneksi paljon keinoja pelkojen hälventämiseen (11), ja aikuisten tehtävänä on kuunnella lasta niin että hänelle sopivat keinot löytyvät yhdessä.

Yhteisen kielen löytämisen edellytykset

Yhteisen kielen löytämisen ensimmäinen edellytys on ammattilaisen halu luoda suhde lapseen ja kohdata hänet kuunnellen (1, 2). Lapsen läheisillä saattaa olla arvokasta tietoa lapsen aiemmista kokemuksista ja kommunikoinnin tavoista, ja niitä on tärkeä kuunnella, mutta pelkästään toisilta saadun tiedon varassa ei pitäisi toimia. Onhan tutkimuksissa todettu, että vammaisten lasten vanhemmat eivät aina näe asioita samalla tavoin kuin lapset (12, 13) eikä kaikilla vanhemmilla välttämättä ole tottumusta asioiden tarkasteluun lapsen näkökulmasta (14).

Toinen edellytys yhteisen kielen löytymiselle on ammattilaisen ymmärrys siitä, että kommunikoinnin vaikeudet eivät ole lapsen ongelma, vaan yhteinen haaste (1, 2, 15, 16), josta voidaan yhdessä selvitä. On ammattilaisen vastuulla lähteä etsimään molempien ymmärtämää kommunikointitapaa, mutta se löytyy vain lasta kuuntelemalla. Kuuntelu ei tarkoita vain puheen kuuntelemista, vaan lapsen havainnointia kaikkien aistien avulla ja lapsen kanssa samalle taajuudelle virittäytymistä (1, 2, 15).

Kolmas edellytys on ammattilaisen halu ja kyky dialogiseen vuorovaikutukseen (1, 2, 15, 16). Dialogisuus tarkoittaa vuorovaikutuksen rakentamista yhdessä ilman, että toinen osapuoli on etukäteen päättänyt, miten tilanteen täytyy edetä. Vuorovaikutuksen lähtökohtana on silloin aito kiinnostus siihen, miltä asiat lapsen näkökulmasta näyttävät ja tuntuvat. Tämä vaatii ammattilaiselta uskaltautumista hetkelisesti ei-tietämisen tilaan. Dialogisessa kohtaamisessa tarvitaan usein ammattilaisen ja lapsen välisen perinteisen valtasuhteen muutosta, jossa ammattilainen asettuu tasaveroiseksi vuorovaikutuskumppaniksi tai antaa jopa lapsen välillä johtaa tilannetta (1, 2, 15).

Keinot yhteisen ymmärryksen löytymiseen

Jos lapsen ymmärtämisen ja yhteisen kielen löytämisen edellytykset ovat kunnossa, kunnioittava suhtautuminen lapseen (1) eli ensimmäinen keino molemminpuolisen ymmärryksen toteutumiseen voi sujua kuin luonnostaan. Tätä voi tarkastella esimerkiksi pohtimalla seuraavia kysymyksiä: Pidänpö lasta oman elämänsä ja hoitonsa päähenkilönä? Pidänpö lapsen näkökulmaa tärkeämpänä kuin kenenkään muun? Kiinnitänkö huomiota lapsen vahvuuksiin ja olenko valmis oppimaan lapselta? Pidänpö ihmisten moninaisuutta rikkautena? Ymmärränkö, miten oma toimintani ja ympäristö vaikuttaa lapseen? Tulkitsenko lasta hänen diagnoosinsa kautta vai ainutlaatuisena yksilönä? (1)

Toinen keino yhteisen ymmärryksen löyty-

miseen on lapsen dialoginen kohtaaminen (1, 2, 15, 16). Silloin vuorovaikutus perustuu oletukseen, että lapsen toiminnalla (kuten vaikka toimenpiteen vastustamisella tai stimmaamisella) on hänelle mielekäs merkitys, joka meidän tulisi pyrkiä ymmärtämään. On tärkeää tunnistaa sekä lapsen sanalliset että sanattomat ilmaisut vuorovaikutusaloitteiksi ja rakentaa vuorovaikutusta niiden pohjalta (15, 16). Tämä vaatii lapsen kuuntelua kaikilla aisteilla. Ammattilaisen tehtävänä on myös mahdollistaa kommunikoinnin vastavuoroisuus tekemällä lapselle mahdollisimman helpoiksi ilmaista omia näkemyksiään. Useimmille lapsille toiminnan (kuten kuvista osoittamisen) kautta kommunikointi on esimerkiksi jännittävässä tilanteissa helpompaa kuin puhe silloinkin, kun he osaavat puhua, ja toisille toiminnallisuus on ainoa tapa ilmaista itseään (15, 16). Ammattilaisen olisi siis tarvittaessa osattava käyttää esteettömiä viestintäkeinoja kuten tuki-kielitoimia, kuva- tai esinekommunikaatiota. Oleellista dialogisuuden kannalta on myös ammattilaisen kyky muokata oman ilmaisunsa määrää ja vauhtia lapsen ja tilanteen mukaan – eli esimerkiksi olla tarpeeksi usein ja tarpeeksi pitkään hiljaa, jotta lapsi ehtii mukaan (1, 15, 16). Dialogisuus vaatii ammattilaiselta myös uskallusta olla läsnä hetkessä ja tarttua luovasti esiin tuleviin asioihin (1, 15, 16).

Kolmas keino on lapsen kuuntelua mahdollistavien rakenteiden ja toimintakulttuurin kehittäminen (1, 2). Vaikka jokaisella ammattilaisella on vastuu lapsen kuuntelusta silloin kun kohtaa lapsen, koko työyhteisöllä ja erityisesti esihenkilöllä on vastuu siitä, että toimintakulttuuri ohjaa lasten näkökulmien arvostamiseen ja että rakenteisiin sisältyy aikaa, toimintatapoja ja välineitä, jotka helpottavat kaikkien lasten kohtaamista. Toisinaan ammattilaiset toimivat omien arvojensa vastaisesti ja jättävät potilaan kuuntelun toissijaiseksi tai jopa kokonaan tekemättä, koska työyhteisön toimintaa ohjaavat uskomukset ohjaavat arvostamaan muita asioita (3). Tähän suuntaan voi ohjata myös terveydenhuollossa tyypillinen ammattilais- ja aikuiskes-

keinen ajattelu sekä ympäristön merkityksen jättäminen huomiotta (17). Lasten kuuntelu mahdollistuu silloin, kun työyhteisön arvoja, uskomuksia ja toimintaa taustalla ohjaavia ajatusmalleja tehdään yhdessä näkyväksi ja kehitetään dialogiseen suuntaan. Työyhteisön kannalta arvokas seuraus lasten (18) ja vanhempien (19) paremmasta kuuntelusta näyttäisi olevan se, että myös työyhteisön jäsenten keskinäinen kuuntelu ja yhteistyö paranevat.

Lopuksi

Vammaisen lapsen onnistuneessa kivunhoidossa tarvitaan monia sellaisia asioita, jotka eivät ehkä ole itsestäänselvyksiä tämän päivän terveydenhuollossa. Kiireen, biomedikaalisen paradigman ja aikuisnäkökulmaisen ajattelun vallitsevuuden takia lasten kuuntelu ei välttämättä sisälly automaattisesti toimintakäytäntöihin, ja vammaisten lasten kuuntelu saateetaan kokea erityisen haastavana. Mutta vaikka kuunteluun tarvitaan aikaa, sillä kuitenkin tutkimusten mukaan lopulta säästetään aikaa ja voidaan tarjota tarkoituksenmukaisempaa hoitoa eli siis säästetään rahaa – inhimillisen kärsimyksen vähentämisestä puhumattakaan. Lasten aito kohtaaminen tekee työstä mielekkäämpää myös ammattilaisille (18), ja lisää siten työhyvinvointia (20), joten vaikutukset voivat olla suuret jopa yhteiskunnallisella tasolla niin potilaiden kuin ammattilaistenkin terveyden ja hyvinvoinnin lisääntymisen kautta.

Keinot vammaisten lasten kuunteluun eivät lopulta ole vaikeita tai monimutkaisia. Niiden oppiminen on helppoa silloin, kun toisenlaisen kokemusmaailman ymmärtämisen ja vastavuoroisen kommunikoinnin edellytykset ovat olemassa. Näiden edellytysten luomiseen tarvitaan terveydenhuollon johtajilta ymmärrystä järjestää työyhteisöilleen sellaista pitkäkestoista koulutusta, jossa päästään käsiksi toiminnan takana vaikuttaviin ajatusmalleihin ja yhdessä työstetään niitä kohti kaikkia arvostavaa toimintakulttuuria, jossa niin potilaat kipuineen kuin ammattilaisetkin (kipuineen...) tulevat kuulluksi ja voivat hyvin. ■

Toisessa todellisuudessa



Anneli Vainio

LT, anestesian
erikoislääkäri

Eräänä joulukuisena aamuna näin Le Mondessa artikkelin, jossa kerrottiin järjestöstä nimeltä Douleurs Sans Frontières (DSF, Kivut ilman rajoja). Sen tehtävänä on lievittää kipua ja kärsimystä maailman köyhimmissä, sodan runtelemissa maissa. ”Tämähän on minun juttunil!” huudahdin ja otin yhteyttä Pariisiin.

Muutaman päivän kuluttua minulle soitettiin Kambodžasta. Muuan Phany Auk kysyi, voisinko tulla heti töihin. Ranskalainen sairaanhoitaja oli katkaissut kätensä Phnom Penhissä ja jouduttu kotiuttamaan. Näin elämän pesukoneessa lipsahti linkousohjelma päälle. Kone sinkosi minut toiselle puolelle maapalloa.

Työskentelin DSF-järjestön palveluksessa vuosina 2003-2015. Vuonna 2003 tehtäväni oli paikallisten lääkäreiden ohjaaminen AIDS-potilaiden saattohoito-osastolla Phnom Penhin Preah Keat Mealea -sairaalassa. YK:n rauhan- turvaajat olivat tuoneet maahan HIV-infektion, joka levisi prostituutujen välityksellä ensin sotilaihin ja poliiseihin ja edelleen heidän puolisoihinsa ja syntyviin lapsiin. HIV-positiivisia arveltiin Kambodžassa olevan jo 180 000, ja AIDSia sairasti 60 000 ihmistä, suurin osa tietämättään. Maassa ei ollut viruslääkkeitä, ja tauti oli tappava.

Saattohoito-osasto oli kaksikerroksinen pavi-ljonki keskellä puistomaista sairaala-aluetta. Hoidimme nuoria äitejä ja isiä, joiden perheet olivat yötä päivää osastolla. Huoneet olivat täynnä tavaraa, lapset juoksentelivat sänkyjen välissä ja käytävillä. Potilaat nukkuivat sängyillä pelkkien niinimattojen päällä, omaiset lattialla. He kävivät aamulla torilla ja laittoivat ruokaa avotulella sairaalan pihalla. Potilaamme olivat huonokuntoisia. Puolella heistä oli tuberku-

loosi. Yritimme lievittää kipuja, pahoinvointia ja ripulia lääkkeillä ja rajoittaa laihtumista kolmella päivittäisellä aterialla. Yksinkertaisella antibioottikuurilla ja riisillä kuolleisuus saatto-osastolla alenikin kolmasosaan, ja saatoimme lähettää osan potilaista takaisin kotiin. Monelta oli jo puoliso kuollut, ja tehtävämme oli selvittää, kuka ottaisi orvot hoitoonsa toisenkin vanhemman kuoltua.

Alussa minua askarrutti se, kestätkö nähdä niin suurta köyhyyttä ja sairautta. Otaksuin, että kehitysyhteistyö vaatii erityisiä voimia. Huomasin kuitenkin jo ensimmäisten viikkojen aikana, ettei ihmisen tarvitse olla pyhimys tehdäkseen humanitaarista työtä. Terve järki ja oman arkityön tekeminen riittivät. Tunsin itseni hyödylliseksi ja sain työstäni paljon tyydytystä. Tapaamieni ihmisten lempeä välittömyys, vaatimattomuus ja ystävällisyys koskettivat. Minua ympäröi joka suunnalta inhimillinen lämpö.

Katujen varsilla tuoksuivat frangipaanipuut ja jasmiinit. Pienen katukuppilan vaaleansinisillä muovituoleilla istuen sain maistella sitruunaruoholla maustettua kalaa, kana-ananaskeittoa, lootuksenjuurta, bambunversoa, isoa kiertoa ja tulista vihreää mangosalaattia. Löysin torilta outoja hedelmiä, joista jännittävimpiä olivat aivan vaniljakastiketta muistuttava maitohedelmä ja murskattuna pirtelöä muistuttava ti bareng. Jalkapallon kokoinen näppyäinen du-

Kirjallisuutta:

1. Kaitsalmi J. 2024. Erityiseksi määritellyn lapsen vaikut-tajuuden toteutumisen mahdollistava hoitotyö. Lasten kuntoutushoitotyön dialoginen malli. Turun yliopiston julkaisuja D 1779. Väitöskirja. <https://kohtaamistaito.net/vaitoskirja/>
2. Olli J, Vehkakoski T & Salanterä S. Facilitating and hin-dering factors in the realization of disabled children's agency in institutional contexts – literature review. Disabil Soc 2012; 27: 793–807.
3. Handberg C & Voss AK. Implementing augmentative and alternative communication in critical care settings: perspectives of healthcare professional. J Clin Nurs 2018;27, 102–114.
4. Suomen perustuslaki 11.6.1999/731. Saatavilla osoit-teessa <https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/1999/731>.
5. YK:n yleissopimus lapsen oikeuksista SopS 59-60/1991. Saatavilla osoitteessa https://finlex.fi/fi/sopi-mukset/sopsteksti/1991/19910060/19910060_2.
6. YK:n yleissopimus vammaisten henkilöiden oi-keuksista SopS 27/2016. Saatavilla osoitteessa https://www.finlex.fi/fi/sopimukset/sopsteks-ti/2016/20160027/20160027_2.
7. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Saatavilla osoitteessa <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajan-tasa/1992/19920785>.
8. Hakalehto S. Johdatus lapsen oikeuksiin terveyden-huollossa. Teoksessa S. Hakalehto & I. Pahlman (toim.) Lapsen oikeudet terveydenhuollossa. Kauppakamari, 2018, pp. 20–38.
9. Olli J. Miten vammaisen lapsen toimijuus toteutuu sai-raalassa? Teoksessa Elina Pekkarinen & Anton Schalin (toim.): Vammaisuus ja lapsen oikeudet: Lapsen elä-mää vamma kanssa. Lapsiasiavaltuutetun toimiston julkaisuja 2021:4, pp. 164–171. <https://julkaisut.valtioneu-vosto.fi/handle/10024/163568>
10. Louhiala P. Plasebon arvoitus. Duodecim, Helsinki, 2021.
11. Salmela M. Hospital-related fears and coping strate-gies in 4-6-year-old children. University of Helsinki, Faculty of Medicine, 2010.
12. Galloway H & Newman E. Is there a difference between child self-ratings and parent proxyratings of the quality of life of children with a diagnosis of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD)? A systematic review of the literature. Atten Def Hyp Disord . 2017; 9:11–29. <https://doi.org/10.1007/s12402-016-0210-9>
13. Welch V, Collins M, Hatton C, Emerson E, Robertson J, Wells E. and Langer S. Short Break and Respite Services for Disabled Children in England: Comparing Children's and Parents' Perspectives of Their Impact on Children. Child Soc 2014; 28: 478–494. <https://doi.org/10.1111/chso.12001>

14. Vaitti L. Suuntaviivoja erityistä tukea tarvitsevien lasten perheiden vertais- ja vaikuttamistoiminnan kehittä-miseen. Vaikuttava vertaistoiminta -hanke 2011–2013. Kehitysvammaisten Tukiliitto ry, 2013.
15. Olli J, Salanterä S, Karlsson L & Vehkakoski T. Getting into the Same Boat – Enabling the Realization of the Disabled Child's Agency in Adult–Child Play Interacti-on. Scand J Disabil Res 2021; 23: 272–283. DOI: <http://doi.org/10.16993/sjdr.790>
16. Kaitsalmi J, Vehkakoski T, Karlsson L & Salanterä S. Nurses and the disabled child's perspective in the ana-esthesia procedure preparation process using a pictu-re schedule. Int J Qual Stud Health Well-being 2024;19. <https://doi.org/10.1080/17482631.2024.2356927>
17. Olli J, Vehkakoski T & Salanterä S. The habilitation nursing of children with developmental disabilities— beyond traditional nursing practices and principles? Int J Qual Stud Health Well-being 2014, 9: 23106.
18. Niikko A & Korhonen M. Varhaiskasvattajat lapsikes-keisen pedagogiikan kehittäjinä päiväkodissa. Kasva-tus 2014; 45: 127–139.
19. Veijola A. Matkalla moniammatilliseen perhetyöhön – lasten kuntoutuksen kehittäminen toimintatutkimuk-sen avulla. Acta Universitatis Ouluensis D 794. Oulun yliopisto, Hoitotieteen laitos, Oulu 2004.
20. Tolonen I. Examining trait compassion: the associa-tions of compassion with job characteristics, sleep, and body composition. Acta Universitatis Ouluensis E: Scientiae rerum socialium, 2024. <https://oulurepo.oulu.fi/handle/10024/48964>

Lisää aiheesta verkossa:

- Autismi, aistiasiat + kommunikaatiomateriaaleja: <https://kaiao.fi/materiaalit/>
- Syrjimätön sanasto (esim. sanoja erilaisille aistikoke-muksille) <https://asy.fi/wp-content/uploads/2023/10/AAVA-hankkeessa-tuotettu-sanasto.pdf>
- Koulutusta vammaisten lasten kohtaamiseen: <https://kohtaamistaito.net/>
- Kun lapsi pelkää toimenpiteitä <https://cp-liitto.fi/toi-menpidepelko/>
- Lapsen kohtaaminen leikin avulla <https://leikkipaiva.fi/samaan-veneeseen-paasysta-neuvottelemassa-vammaisen-lapsen-toimijuuden-toteutuminen-leikki-vuorovaikutuksessa/>
- Tietoa esteettömän viestinnän tavoista ja välineitä kommunikointiin: <https://papunet.net/>
- Tukiviittomia: <https://www.kasipuhe.fi/videot-aakkosit-tain>
- Työyhteisön toimintaa ohjaavista uskomuksista: <https://blogit.utu.fi/terveyttatieteesta/2023/11/22/toimintaa-ohjaavat-uskomukset-ja-potilaan-kuulluksi-tuleminen/>



Treeniä Kin Khleanin kuntoutuslaitoksessa.

”Tapaamieni ihmisten lempeä välittömyys, vaatimattomuus ja ystävällisyys koskettivat. Minua ympäröi joka suunnalta inhimillinen lämpö.”

rion ja selkärepu kokoinen jackyfruit haisivat kilometrin päähän mutta maistuivat raikkailta. Pagodin lyömäsoittimet ja munkkien mesuaminen herättivät aikaisin aamulla. Silmäni eivät saaneet tarpeekseen riisipeltejen peleistä, auringonlaskujen pastelliväreistä, silkkikankaiden kirkkaasta väriloistosta. Sain tutustua maahan ja kulttuuriin, jossa aivan kaikki on erilaista kuin omassani.

Eräänä aamuna kävelin kipupoliklinikalle, jossa ensimmäinen potilaani oli kaunis, noin yhdeksäntoistavuotias tyttö. Mustat hiukset laskeutuivat selkään asti, ja hän oli pukeutunut parhaimpiinsa – ehkä kyseessä oli morsiuspuuku. Pitkähihainen pitsipusero ja silkkinen, säihkyvän sininen kotelohame olivat kuluneet ja rispaantuneet mutta siistit. Epäilin oireiden perusteella selkäydinkanavan hyvänlaatuista kasvainta, meningeomaa. Suomessa otettaisiin tavallinen röntgenkuva ja tehtäisiin tietokone- tai magneettikuvaus. Jos löydös olisi positiivinen, neurokirurgi leikkaisi hänet nopeasti, ja para-

neminen olisi varmaa. Kysyin potilaaltani, olisiko hänellä kolmea dollaria röntgenkuvaan. Ei ollut. DSF olisi voinut maksaa tutkimuksen, ja tiedustelin kirurgi Saidilta, oliko Kambodžassa neurokirurgeja. Ei ollut. Lähin neurokirurgi oli Vietnamissa, yksityissairaalassa tietenkin. Olisin ehkä juuri ja juuri voinut maksaa yhdelle potilaalle leikkauksenkin matkoineen, mutta mitä tehdä, jos huomenna tulisi samanlainen potilas, ja ylihuomenna... En kertonut tytölle, että häntä odottaa ala- ja yläraajojen halvautuminen. Itku kurkussa lähetin hänet kotiin kipulääkkeen kanssa. Tyttökin itki.

Suhtautuminen köyhyyteen oli vaikeaa myös työn ulkopuolella. Kerjäläisiä oli paljon – monilapsisia perheitä, joiden lapsilla ei ollut vaatteita. Raajattomia nuoria miehiä, jotka makasivat kadulla. Lapset kaivelivat kadunkulmien jätke-soista ruokaa. Köyhiä tavatessani oli helpompaa antaa rahaa kuin olla antamatta. Annoin invalideille, koska se oli heidän ainoa keinonsa pysyä hengissä. Annoin nuorille äideille lapsineen. Annoin vanhuksille. En antanut terveille nuorille miehille, koska he voisivat mennä töihin. En antanut lapsille, koska heidän opettamisensa kerjäämään tekee heille vahinkoa. On syntyä ja häpeä, että maan hallitus jättää nämä heikoimmat täysin oman onnensa nojaan. Kun vuosien varrella opin hieman maan kieltä, juttelin heidän kanssaan. ”Mikä on nimesi? Miten vanha olet? Käytkö koulua? Montako siskoa ja veljeä sinulla on?”

Opetin Phnom Penhissä vuosittain kymmenenä vuonna. Kun palasin sinne parin vuoden tauon jälkeen vuonna 2015, luulin jo tuntevani kambodžalaisen todellisuuden ja pystyväni suhtautumaan työhöni rauhallisesti. Toisin kävi. Näkemäni kohtalot, keskiaikaiset taudinkuvat ja ihmisten tyytyminen niin vähään vetivät minut jälleen keskelle virtaa, joka vei minua aina vain nopeammin. Minulle kävi kuin arkipiispa emeritus Kari Mäkiselle hänen

”Muistutamme eksynyttä lammasmaa.”

Afrikan matkallaan vuonna 2013. Eräässä haastattelussaan hän kertoo, kuinka kohtasi toisen todellisuuden, johon hänellä ei ollut välineitä eläytyä eikä samaistua. ”Täydellisessä epävarmuudessa elämisen kokemus on pyyhkiytynyt pois meidän kollektiivisesta muististamme”, sanoi piispa matkalta palattuaan. ”Meidänkin yhteiskunnassamme maailmat eriytyvät. Vauras keskiluokka sulkee silmänsä siltä todellisuudelta, jossa kamppaillaan arjessa selviytymisestä.” Tätä kirjoittaessani epävarmuus on hiipinyt covid19 -pandemian, Ukrainan ja Gazan sotien mukana meidänkin elämäämme. Muistutamme eksynyttä lammasmaa. Olemme unohtaneet, että sotien jälkeen Suomikin oli se maa, joka sai muilta mailta maitopulveria, dollareita ja traktoreita.

Vuonna 2015 tehtäväni oli ohjata kahden sairaalan syöpäosastojen lääkäreitä kivun hoidossa ja saattohoidossa sekä tehdä kotikäyntejä. Syöpähoito oli maassa retuperällä. Ainoa ikivanha sädehoitolaite oli hajonnut, ja uutta odoteltiin vasta parin vuoden päästä. Potilaat tulivat vähiin saatavilla oleviin solunsalpaajahoitoihin suurten, vuotavien kasvainten kanssa, jolloin hoito oli liian myöhäistä. Sairaaloissa ei ollut kipulääkkeitä, ja oman järjestönikin rahat olivat miltei loppussa. Osallistuin lääkärikiertoihin ja tutkin potilaat, joilla oli kipuja. Kun heidät lähetettiin kotiin kuolemaan, veimme heille kipulääkkeet kahden viikon välein, jos he eivät asuneet liian kaukana.

Syöpäsairaita olivat huoneet väärällä. Käytävien lattialla makasi potilaita tippatelineineen pitkin poikin. Osaston perällä oli yksi huone köyhille, indigènes, joilta ei peritty maksua. Vaikka sairaala oli julkinen, muut potilaat maksoivat itse hoitonsa. Sairausvakuutusta ei ole. Ahtaassa huoneessa oli kymmenen lavitsaa. Perheet hoitivat ruoan ja hygienian, ja sairaanhoitajat jakoivat lääkkeitä aamuisin. He työskentelivät vain puoli päivää. Iltapäivät he ajoivat mo-

potaksia kaupungilla elättääkseen perheensä.

Hoitaja kutsui minut katsomaan käytävän perällä yksin makaavaa pientä Koh Van Kim -poikaa. 10-vuotias Kim istui nurkassa aivan yksin, ilman mitään tavaroita. Hän katsoi meitä hiljaa lautasen kokoisin silmin. Hänen vatsansa oli valtava ja täynnä nestettä. ”Mien tschu poa? (Onko sinulla vatsakipuja?)” ”Ei ole”, sanoi poika. Kysyin hoitajalta, miksi kukaan ei ole tullut hoitamaan Kimiä. ”Poika on orpo, ja isoäiti hoitaa hänen pikkuveljeään kotona maalla. Ylläkäri oli määrännyt sairaalan huolehtimaan aterioista”. Puhuin hoitavan lääkärin kanssa, joka sanoi aloittavansa seuraavalla viikolla solusalpaajahoidon. Se yleensä auttaa lasten neuroblastooma-kasvaimiin. Sovimme, että soitin Sochendalle, katolisen vapaaehtoisjärjestön CCCA:n lääkärille, että poika pääsisi heidän hospice-taloonsa hoitojen väliajoiksi. Siellä hänestä pidettäisiin hyvää huolta, ihmiset olisivat ystävällisiä ja ravinto auttaisi häntä toipumaan. Seuraavana päivänä Sochenda tulikin kanssani aamukierrolle. Pieni Kim oli saanut vieraita. Kaksi nuorta, noin 20-vuotiaat tyttö ja poika, kuuluivat World Vision -vapaaehtoisjärjestöön ja lupasivat pitää Kimistä huolta hoidon ajan sairaalassa. Puhuessamme Kimille oli järjestynyt vuode köyhien huoneesta. Enää hänen ei tarvinnut maata lattialla käytävän nurkassa. Hän istui vuoteella kädet vatsansa ympärillä, katseli meitä suurilla silmillään ja vastaili hiljaisesti kysymyksiimme. Ajattelin, että Kim oli joutunut jo useamman kerran ihmettelemään, kuinka hänelle käy, ja luottamaan ystävällisiin vaikkakin vieraisiin ihmisiin. Olin iloinen nähdessäni, miten Sochenda organisoivat asioita ja otti ohjat käsiinsä.

Kehitysavun tarpeellisuus

Tätä todellisuutta vasten katselen Matti Kääriäisen kirjaa Kehitysavun kirous. Kääriäinen väittää, että kehitysavun antaminen köyhille maille

ei ole johtanut sille asetettuihin tavoitteisiin. Monissa maissa kehitysapu tukee paikallista eliittiä, ei demokratisoitumista. Rikkaat maat ovat antavinaan apua ja kehitysmaiden eliitti on ottavinaan sitä vastaan. Äärimmäinen köyhyys on jopa lisääntynyt niissä maissa, jotka ovat olleet kehitysyhteistyön kohteena. Väite on saanut tuoretta vahvistusta Maailmanpankin kehitysloustieteilijöiden tekemästä tutkimuksesta, joka julkaistiin Journal for Political Economicsissa vuonna 2021. Tutkimuksessa seurattiin Maailmanpankin osallistumista kehityshankkeisiin ja verrattiin tuloksia tietoihin, joita Bank for International Settlements keräsi rahavirroista veroparatiiseihin. Tulos oli selvä: niinä vuosineljänneksinä, joina köyhät maat saivat paljon apua, rahavirrat veroparatiiseihin aukenivat. Rahaa meni veroparatiiseihin suhteellisesti eniten köyhimmistä, korruptoituneimmista maista. ”Pääsyynä on, että todellista yhteistä sitoutumista äärimmäisen köyhyyden poistamiseen ja vähentämiseen ei ole olemassa”, Kääriäinen

Sairaala Battanbangissa.



sanoo. Hänen mukaansa yksi kehitysyhteistyöhön liittyvä myytti on se, että kehitysavulla voidaan vaikuttaa kohdemaan demokratian, hyvän hallinnon ja ihmisoikeuksien vahvistamiseen. Allekirjoitan Kääriäisen analyysin. Ainaakaan demokratia ei näyttänyt kahdessatoista vuodessa lisääntyneen Kambodžassa lainkaan, vaan diktatuuri jatkuu ja käy yhä julmemmaksi. Onko siis mitään syytä olla täällä, kysyin. Onko tästä hyötyä khmeereille? Kehittykö mikään? ”Onnistumisia voidaan odottaa vain, jos ollaan itselle rehellisiä”, sanoo Kääriäinen.

Kehitystyön kattojärjestön Kepan entinen puheenjohtaja Timo Lappalainen kirjoittaa kehitysyhteistyön parantuneen 2000-luvulla ja tähdentää, että köyhyyteen puututaan muillakin keinoilla kuin kehitysavulla. Tuloksia on syntynyt etenkin naisten aseman parantamisessa. Hän peräänkuuluttaa kehitysmaiden omien kansalaisjärjestöjen tukemista, jotta ne voisivat valvoa paremmin valtion rahankäyttöä ja puutua korruptioon. Tämä on vaikeaa.

Vuonna 2015 Suomen hallitus leikkasi ensimmäisen kerran voimakkaasti kehitysavusta. Silloin Suomen alueellinen kehityskoordinaattori Kambodžassa kirjoitti vastalauseessaan, että kansalaisjärjestöt tekevät työtä ihmiskauppaa, seksuaalista hyväksikäyttöä ja väkivaltaa vähentävien hankkeiden parissa ja tukevat työtä lasten aliravitsemuksen, koulutuksen ja vammaisten parissa.

Kentällä toimineena en voi hyväksyä Kääriäisen pessimismimiä enkä nykyisen hallituksemme kehityspolitiikkaa. Vaikka emme voineet hoitaa kaikkia Phnom Penhin kuolevia syöpäpotilaita kivuttomiksi, monet saivat avun ja olivat siitä hyvin kiitollisia. Monet saivat tuskattoman kuoleman, ymmärrystä ja huolenpitoa. Emmauksen, asunnottomien etuja ajavan järjestön perustaja, vanha Abbé Pierre sanoi, että kaikkein huonoimmassa asemassa olevia täytyy palvella ensin. Onko vankilassa rintasyöpään kuoleva



Kipulääkkeitä pienelle syöpäpotilaalle.

nainen riittävän huonossa asemassa? Onko lääkärin tehtävä miettiä kehitysyhteistyön kannattavuutta?

Alkuperäinen motiivini lähteä Kambodžaan liittyi erilaisuuden kokemiseen ja näkemiseen. Halusin kokea erilaisuutta nähdäkseni, mikä meitä ihmisiä yhdistää, ja löytää yhteisen nimittäjän. Matka osoittautui ennen kaikkea matkaksi oman sieluni uumeniin. Se muutti perusteellisesti suhtautumiseni aikaan, tietoon ja tunteisiin, varmuuteen ja epävarmuuteen, työhön ja omistamiseen, huolehtimiseen, ystävyyteen, rakkauteen, iloon ja toivoon ja moneen muuhun elintärkeään asiaan. Myös kuolemaan. Eniten tuo aika vaikutti käsitykseeni todellisuudesta. Ymmärsin, että suurin osa maailman ihmisistä elää Kambodžan todellisuudessa, ei Suomen, Kanadan tai Ranskan. Se, mitä aikaisemmin olin pitänyt todellisuutena, osoittautui vain hyvin pieneksi sirpaleeksi. Sen pohjalta en oikeastaan voi asiantuntevasti puhua yhtään mistään.

On suunnaton määrä erilaisia todellisuuksia.

Mitä enemmän näkee ja tietää, sitä varmemmaksi tulee siitä, ettei tiedä mitään. Edellinen liittyy hyvinvointivaltion asukkaan suojattuun elämään. Me tavalliset kansalaiset ylläpidämme ja meille ylläpidetään suurta kollektiivista harhaa oman mukavuutemme nimissä. Koko elämämme kuluu erilaisissa järjestelmissä: touhuamme opiskelun ja työn, ostamisen ja myymisen, uran ja kilpailun oravanpyörässä sivuillemme vilkuilematta. Kuvittelemme, ettei normaaliin elämään saa kuulua mitään epä-mukavaa. Ei köyhyyttä, kärsimystä, kipua eikä kuolemaa. Ne pidetään poissa silmistä, niitä ei mietitä, ja ne pysyvät myös aika pienin ponnistuksin poissa mielestä. Arthur Koestler sanoi jo 1940-luvulla, että hyvin toimiva demokratia on kuin herrasmiehen puku: sitä ei huomaa. Tavalliselle ihmiselle punakhmeerit, CIA, KGB ja Gestapo ovat suurin piirtein yhtä totta kuin Loch Nessin hirviö. Koestlerin mielestä kertomukset kidutuksista ovat ”voimattomia tämän terveen mielikuvituksen puutteen edessä, jota vahvistaa vielä jokaisen hyvinvoivan ihmisen ta-

”Totesin, ettei ole minun asiani huolehtia siitä, mikä on tarpeeksi, vaan tehdä oma osuuteni ja lopettaa märeh-timinen.”

loudellinen ja poliittinen opportunismi?”

Tätä kirjoittaessani ovat Ukrainan ja Gazan sodat heittäneet märän rätin kasvoillemme. Kiire on tärkeä tekijä, jota meistä jokainen ylläpitää unohtaakseen epämiellyttävät asiat. Kun kiire hellittää, omat ja maailman ongelmat tulvahtavat mieleen. Ne eivät ole järjellä hallittavissa. Jos ne olisivat, ne olisi jo pystytty hallitsemaan: esimerkiksi äärimmäistä köyhyyttä ei pitäisi lainkaan olla. Tiesin jo Kambodžassa, että tulisin elämään loppuikäni tämän kokemuksen kanssa: kun ihminen tietää jotain, hän ei voi enää jatkaa ikään kuin ei tietäisi. En voi yksin muuttaa maailmaa, mutta omalla tontillani voin ehkä tehdä jotain.

Jo pyhäkoulussa opetettiin, että helpompi on kamelin kävellä neulansilmän läpi kuin rikkaan päästä Jumalan valtakuntaan. En ollut koskaan nähnyt kamelia enkä ollut rikas, mutta saarnalla oli vaikutuksensa. Syyllisyys siitä, että minulla on kaikkea mitä tarvitsen enkä tee mitään auttaakseni muita, oli ollut seuranani lapsuudesta lähtien. ”Anna pois kaikki mitä sinulla on ja seuraa minua!” Harvat antavat kaikkensa. Vaikka luopuisinkin kaikesta, eihän se tuntuisi kuitenkaan missään. Annanko tarpeeksi, jos lähetän hieman rahaa Punaiselle Ristille? Pitäisikö ryhtyä nunnaksi ja omistaa koko elämä köyhille? Mikä on tarpeeksi? Kambodža vapautti minut kiusallisesta syyllisyydentunteesta. Ammattityöni yksinkertainen tekeminen siellä,

missä kaikkea tarvitaan, sinkosi syyllisyydentunteet taivaan tuuliin. Kun puhdistan märkivän haavan, on ainakin se yksi haava puhdistettu. Kun annan ihmiselle morfiinia, hänen kipunsa lievittyvät. Mitä epäröit, kun voit itse tehdä jotakin! Totesin, ettei ole minun asiani huolehtia siitä, mikä on tarpeeksi, vaan tehdä oma osuuteni ja lopettaa märeh-timinen.

Intialainen jesuiittaveli Anthony de Mello sanoo, että useimmat ihmiset ovat unessa, vaikka eivät tiedä sitä. ”He syntyvät unessa, elävät unessa, menevät naimisiin unessa, siirtävät lapsensa unessa ja kuolevat unessa heräämättä koskaan. Heille ei koskaan valkene ihmiselämän kauneus ja suloisuus... He näkevät painajaisunta.” Herääminen de Mellon mukaan on sitä, että ihminen lakkaa leikkimästä leluillaan ja herää todellisuuteen. ■

Kirjallisuutta:

Kivimäki Antti: Kehitysapu valuu eliitille veroparatiiseihin. Helsingin Sanomat 16.2.2022 s.B9.
Kääriäinen matti: Kehitysavun kirous. Into, Riika 2014.
de Mello, Anthony: Havahtuminen. Toim. Francis Stroud. Like, Helsinki 2020.
Vainio Anneli: Missä kalat syövät puiden lehtiä. Kustannus Oy Duodecim 2008.
Vainio Anneli: Kohtaamattomuus. Enostone Kustannus 2023.

Interoseption merkitys kipupotilaan kuntoutuksessa – psykofyysinen näkökulma



Karita Palomäki
fysioterapeutti, psykofyysisen kivunhoidon asiantuntija ja kouluttaja, tietokirjailija

”Interoseptio välittää tietoa kehon yleisestä tilasta ja toimintavalmiudesta – siitä, miten ihminen kullakin hetkellä voi.”

Interoseptio tarkoittaa kehon sisäisten tilojen aistimista, kuten sydämen, hengityksen ja kivun havainnointia. Kroonisessa kivussa interoseptio voi häiriintyä, mikä vaikuttaa siihen, miten kipu koetaan ja miten kivun säätelyä on mahdollista oppia. Interoseptiivinen aistimisen kyky voi kipupotilailla olla korkea tai matala. Interoseption ymmärtäminen tarjoaa uusia näkökulmia kivun hoitoon: esimerkiksi keholliset menetelmät, hengitysharjoitukset ja mindfulness-pohjaiset terapiat voivat vahvistaa kehotietoisuutta, lisätä turvan tunnetta, lievittää kipua ja siten tukea kipupotilaan hyvinvointia.

Interoseptio tarkoittaa aistihavaintoja kehon sisäisestä tilasta, kuten sydämenlyönneistä, hengityksestä, ruoansulatuksesta ja kehon lämpötilasta. Näitä toimintoja säätelee homeostaasia ylläpitävä autonominen hermosto. Toisin kuin liikkeisiin liittyvät täsmälliset aistimukset, interoseptio on luonteeltaan eriytymätön ja karkeasti paikantuva. Se välittää tietoa kehon yleisestä tilasta ja toimintavalmiudesta – siitä, miten ihminen kullakin hetkellä voi. (1)

Interoseptio-termi otettiin käyttöön 1900-luvun alussa Charles Sherringtonin toimesta erottamaan se liike- ja asentoaistista (proprioseptio). Alun perin interoseptiolla tarkoitettiin sisäelimistä tulevien viskeraalisten aistimusten havaitsemista. Näihin kuuluvat erityisesti verenkierto-, hengitys- ja ruoansulatuselimistö, mutta myös immuuni-, umpieritys-, sukupuolielin- ja virtsatiejärjestelmä. Näiden tilaa seuraavat erilaiset reseptorit, kuten lämpö-, kipu-, mekaaniset, kemialliset ja osmoreseptorit. (1)

Viskeraalinen aistitieto on usein epämääräistä tarkasti paikantuvan sijasta. Esimerkiksi suolen seinämän venyminen voi tuntua hyvin epämääräisenä tuntemuksena. Samoin lihaksista välittyvät hitaat signaalit kertovat enemmän jaksamisesta ja energiavarastoista kuin tarkasta liikkeestä. Nämä somaattisen hermoston hitaat, eriytymättömät signaalit kulkevat samoja

ratoja kuin viskeraaliset viestit, ja aivokuorella ne yhdistyvät kertoen kokonaisvaltaisesti, millainen olo kehossa on. Joidenkin asiantuntijoiden mukaan interoseptiivisen järjestelmän muodostavat viskeraaliset aistimukset yhdessä somatosensorisen järjestelmän hitaiden, eriytymättömien viestien kanssa. Toisaalta nykyään käsitettä käytetään laajemmin kuvaamaan kaikenlaista kehon sisäistä aistimista, ja siihen voidaan sisällyttää myös proprioseptio eli liikkeen ja asennon havaitseminen. (1)

Interoseption osa-alueet ulottuvat perustavasta fysiologisten tilojen havaitsemisesta aina korkeamman tason emotionaalisiin ja kognitiivisiin prosesseihin. Taulukkoon 1. on koottu interoseption neljä osa-aluetta ja niiden tarkempi merkitys Pollatoksen & Herbertin neliosaisen mallin mukaan (2). Näiden interoseptiivisiä, konkreettisia somaattisia ja tunneperäisiä signaaleja ovat muun muassa (3):

- sydämenlyöntien havaitseminen ja erottelukyky
- hengityksen tarkkaavaisuus, havaitseminen ja erottelukyky
- vatsan alueen tuntemusten havaitseminen
- jännitys- ja rentoutumistilan havaitseminen
- aversiiviset interoseptiiviset tilat, kuten nälkä, jano ja kipu
- miellyttävät interoseptiiviset tilat, kuten

Taulukko 1. Interoseption neljä osa-aluetta (2).

Interoseptiivinen tarkkuus (Interoceptive accuracy IAcc)	Kyky havaita kehon sisäisiä signaaleja
Interoseptiivinen herkkyys (Interoceptive sensibility IS)	Uskomus kehon tilasta ja luottamus kehon sisäiseen tilaan
Interoseptiivinen tietoisuus (Interoceptive awareness IA)	Kyky arvioida omaa tarkkuuttaan kehon aisteista, metakognitiivinen tietoisuus
Interoseptiivinen emotionaalinen arviointi (Interoceptive emotional evaluation IE)	Yksilön kyky tulkita kehollisia tuntemuksiaan

- miellyttävä kosketus
- tunne merkitysten tiedostaminen; tunteita herättävän käyttäytymisen, kuten kivun tai pelon, osoittavien ilmeiden tunnistaminen
 - tunteiden ja ajattelun erottaminen
 - tunnetilan ja kasvojen ilmeiden tunnistukseen perustuva yhteensovittaminen
 - tunteiden uudelleenarviointi
 - emotionaalisiin ärsykkeisiin reagoiminen
 - ärsykkeiden havainnointi tai tukahduttaminen

Interoseptio osallistuu myös allosttaattiseen säätelyyn, jossa keho valmistautuu ympäristön muutoksiin. Tämän vuoksi se liittyy paitsi sisäisen myös ulkoisen maailman aistimiseen ja havaitsemiseen (eksteroseptio). Interoseptiivinen järjestelmä on keskeinen siinä, miten yksilö kokee ulkoisten ärsykkeiden merkityksen. Aivoissa interoseptio on rakentunut alun perin kehon sisäisiä, kemiallisia ja fysiologisia ärsykeitä käsittelevien alueiden varaan, ja sen tehtävä laajenee peruselintoimintojen ylläpidosta aina ympäristön ennakoivaan arviointiin. Allosttaattinen säätely ei siten vain reagoi muutoksiin, vaan myös ennakoi niitä. Esimerkiksi vireystilan vaihtelut vuorokaudenajan mukaan ovat ennakoivan interoseptiivisen järjestelmän toimintaa. (1,4)

Interoseptio yhdistää sisäiset aistimukset ym-

päristön havaitsemiseen ja ohjaa kognitiivisia prosesseja. Se toisaalta ylläpitää kehon energiatasapainoa, mutta nostaa merkittäviksi ”tulkitut” ärsykkeet tietoisuuteen ja motivoi toimintaa. Interoseptio vaikuttaa siten suoraan päätöksentekoon, oppimiseen ja tunnekokemuksiin. Tutkimuksissa on havaittu, että esimerkiksi sydämen ja hengityksen tietyt rytmit muokkaavat havaintoja ja oppimista: tietyissä kehon tiloissa ärsykkeet huomataan helpommin ja ne tallentuvat paremmin muistiin. Interoseptio vaikuttaa myös tietoisuuden rakenteeseen. Sen kautta syntyy jatkuva aistimus ”itsestä”, sillä kehon sisäiset aistimukset ovat pysyvämpiä kuin ulkoiset. Joidenkin teorioiden mukaan erityisesti sydämen sykkeen kaltaiset tuntemukset muodostavat pohjan ensimmäisen persoonan kokemukselle, eli subjektiiviselle tietoisuudelle. (1)

Interoseptio on tunteiden näkökulmasta ratkaisevassa roolissa. Kehon fysiologiset muutokset vaikuttavat yksilön kokemuksiin värittäen niitä, ja fysiologiset muutokset kertovat, kuinka merkittävä jokin asia on yksilölle. Interoseptio ei ole vain keho havainto, vaan se toimii porttina tunteisiin, motivaatioon ja toiminnan valmisteluun. Toimiva interoseptiivinen järjestelmä auttaa havaitsemaan sekä sisäisen että ulkoisen maailman merkityksellisyyttä ja ohjaa sopeutumaan ympäristön haasteisiin. (1)

Interoseption merkitys kivussa

Neurotieteilijät Lisa Feldman Barrett ja W. Kyle Simmons loivat Embodied Predictive Interoception Coding -mallin, jonka mukaan interoseptiivinen kokemus voi suurelta osin heijastaa limbisen aivoalueen ennusteita kehon odotetusta tilasta, joita nousevat viskeraaliset tuntemukset rajoittavat. Mallin mukaan häiriöt interoseptiivisissä ennusteissa voivat toimia yleisenä haavoittuvuutena psyykkisille ja fyysisille sairauksille. (4)

Interoseption merkitys ulottuu tunteiden ja motivaation lisäksi myös kipuun. Interoseptiivisen havaitsemisen kautta koettu merkittävyys koodautuu yksilöön jonkinlaisina kehollisina merkkeinä (engl. somatic markers, Damasio). Aivosaaari keskeisenä alueena ilmeisesti käsittelee kehon reaktioita simuloiden niitä, jolloin ärsykkeiden merkittävyttä ja niiden valenssia eli koettua positiivisuutta tai negatiivisuutta voidaan arvioida. Aivosaaarta onkin ehdotettu kehollisten ennustuksien ja reaktioiden vertailemisen keskuksiksi. Yhdessä orbitofrontaalisen aivokuoren ja tyvitumakkeiden kanssa aivosaaari kytkee interoseption palkitsemisjärjestelmään ja oppimiseen. Tästä syystä interoseptioherkillä ihmisillä on taipumus oppia ehdollistumisen kautta herkemmin kuin muilla. (1)

Barrettin ym. mukaan aivot voivat ylläpitää kipukokemusta ilman kudosaauriota, jos hermosto odottaa kipua. Tämä saattaa selittää esimerkiksi keskushermostoperäistä kipua. Tutkimukset (Haase ym.) osoittavat, että interoseptiolla on läheinen yhteys resilienssiin eli kykyyn selviytyä stressistä ja vastoinkäymisistä. Ihmiset, joilla on heikko interoseptio, tulkitsevat usein kehon signaaleja virheellisesti tai yli-reagoivat niihin. Tämä voi heikentää resilienssiä ja lisätä riskiä kroonisen, pitkittyneen kivun kehittymiseen ja jatkuvuuteen. (4,5).

Esimerkiksi sydämen syke ja sykevälivaihtelu välittävät aivoille jatkuvasti tietoa, joka auttaa arvioimaan ärsykkeiden merkitystä ja virittämään kehon sopivaan tilaan. Näin interoseptio liittyy myös motivaatioon; esimerkiksi kipupotilailla yleinen välttämismotivaatio voi hermistää uusille sisäisille havainnoille ja lisätä autonomisen hermoston reaktiivisuutta. Toisaalta aktiiviliikkujat tulkitsevat esimerkiksi sykkeen nousun luonnollisena osana räsitusä, kun taas kokemattomat liikkujat voivat kokea sen merkkinä väsymyksestä tai sairaudesta. Kipupotilail-

Kuva 1. Inter- ja eksteroseptiivisen aistimisen eri tasoja. Mukaeltu Koivisto, E. 2024 (6)



la myös matala interoseptio voi johtaa siihen, että kehon tuntemukset tuntuvat ylivoimaisilta, pelottavilta ja vaikeasti hallittavilta, mikä kuormittaa entisestään selviytymiskykyä. (1,5)

Kuvassa 1 esitetään korkean ja matalan inter- ja eksteroseption vaikutuksia yksilöön (6). Kipupotilaalla saattaa olla hetkittäisiä muutoksia korkean ja matalan aistimuksen osalta tai tila voi olla suhteellisen pysyvä. Toisaalta inter- ja eksteroseption välillä aistimukset voivat olla erilaisia. Esimerkiksi jollain kipupotilaalla kipuaistimuksen herkkyys saattaa olla erittäin korkea (korkea interoseptio), joka saa aikaa kehollisten tuntemusten liiallistakin tarkkailua ja siten myös huolta ja pelkoa kivusta. Samalla yksilöllä voi toisaalta olla matala eksteroseptio, eli ulkoistien aliaktiivisuus, mikä voi liittyä esimerkiksi masennusoireisiin. (6)

Interoseptiokyvyn arvioinnin ja mittaamisen keinot

Yksilölle on tärkeää osata erottaa interoseptiivi-

”Kipua poteva ei välttämättä tiedä, kuinka tarkasti hän havaitsee kehon signaaleja.”

set aistimukset ja herkkyys niistä muodostetuista käsityksistä ja uskomuksista. Kipua poteva ei välttämättä tiedä, kuinka tarkasti hän havaitsee kehon signaaleja. Tämä vaikuttaa kehotietoisuuden kokemukseen. Esimerkiksi herkkyys ei aina tarkoita sitä, että kehon reaktioihin liitetäisiin negatiivisia uskomuksia, kuten sykkeen nousun tulkitsemista ahdistuksen merkiksi. Kliinisesti on myös havaittu, että poikkeamat interoception herkkydessä ja tulkinnassa voivat vääristää yksilön tunnekokemuksia. Esimerkiksi aleksitymia, vaikeus tunnistaa ja kuvata tunteita ja kehollisia tuntemuksia, liittyy matalaan interoceptioniin, ja se on yleinen monissa psyykkisissä tiloissa, kuten autismissa, skitsofreniassa, masennuksessa ja syömishäiriöissä. Näissä tilanteissa interoceptionihäiriöt voivat vaikuttaa emotionaaliseen vuorovaikutukseen ja oireiden ylläpitoon. (1)

Vuonna 2021 validoitiin suomennettu Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness 2 (MAIA-2) –mittari. Se on 37 väitämästä koostuva itsearviointimenetelmä, joka mittaa subjektiivista kehotietoisuutta. MAIA-2 –mittarin kahdeksan faktoria arvoivat tietoisuutta kehon tuntemuksista ja niihin liittyvistä tunteista, kehon tuntemuksiin liittyvää huolestuneisuutta ja välttelykäyttäytymistä, tunteiden ja tarkkaavuuden säätelyä, kehon kuuntelua sekä luottamusta omaa kehoa kohtaan. (7)

MAIA 2 -kyselyn lisäksi käytetään esimerkiksi seuraavia subjektiiviseen arviointiin pohjautuvia mittareita: BPQ (Body Perception Questionnaire), joka mittaa autonomisen hermoston reaktiivisuutta, BAQ (Body Awareness Questionnaire), jonka avulla arvioidaan ei-affektiivisia kehotuntemuksia, kuten nälkää ja väsymystä sekä SAM (Subjective Assessment Manikin), jossa mitataan kehon vireystilaa ja valenssia (1).

Näiden rajoitteena on yksilön kyky tunnistaa, arvioida sekä myös raportoida omia aistimuksiaan ja erilaisten sisäisten ja ulkoisten

tekijöiden syy-seuraussuhteita. Oma kokemukseni on vain MAIA 2 -kyselylomakkeen käytöstä, ja olen huomannut juuri tämänkaltaisia haasteita kipupotilaiden täyttäessä lomaketta. Tämän vuoksi hyödynnän lomaketta pääosin haastattelun sekä yhteisen psykoedukatiivisen keskustelun pohjana omassa työssäni.

Muita arvioinnin ja mittaamisen työkaluja ovat esimerkiksi käyttäytymistason tehtävät, jotka liittyvät interoceptionitarkkuuden (IAcc) arviointiin: sydämen sykkeen havaitseminen, sen laskeminen montako sykettä tapahtuu minuutissa tai esimerkiksi hengitysvastustehtävä. Fysiologiset ja korrelatiiviset mittarit tähtäävät kokonaisvaltaisempaan interoceptionin mittaamiseen, esimerkiksi subjektiivisen vireystilan arviointiin yhdistettynä fysiologisiin mittauksiin (esim. sykevälivaihtelu, autonomisen hermoston toiminta). (1)

Interoseptio psykofyysisessä kivunhoidossa

Kipupotilaille interoceptionin merkitys korostuu, koska kehon tuntemusten havainnointi voi olla haastavaa ja toisaalta epämääräistä. Usein aistimuksia voi olla vaikea paikantaa ja ne koetaan voimakkaina ja erittäin häiritsevinä, jolloin riski tarkkailla niitä pelon ja huolen kautta kasvaa. Tämä lisää koettua stressiä ja siten se kuormittaa sekä mieltä että kehoa, sekä voi pahentaa kivun noidankehää. Kuten edellä jo kuvattiin, sekä intero- että eksteroseptio voi olla sekä matalaa että korkeaa, mikä näkyy kipupotilaassa omalla yksilöllisellä tavallaan.

Interoceptionin häiriöitä esiintyy usein potilailla, joilla on monimutkaisia ja pitkäaikaisia terveysongelmia, kuten kroonista, pitkittynyttä kipua, ahdistuneisuutta, masennusta sekä erilaisia somaattisia oireyhtymiä. Toiminnallisen magneettikuvantamisen avulla on voitu tutkia interoceptionin, mindfulnessiin ja kosketukseen liittyviä hermostollisia mekanismeja. Casals-

”Psykofyysisessä kivunhoidossa tavoitteena on tukea potilaan luottamusta omaan kehoon ja lisätä tunnetta minäpystyvyydestä.”

Gutiérrez ja Abbey tarkastelivat systemaattisessa katsauksessaan edellä mainittuja interventioita. Katsauksen mukaan kaksi korkeatasoista katsausartikkelia osoitti, että mindfulness-tyypiset harjoitukset vaikuttavat interoceptioniin aivokuoren alueisiin. Asiakkaan tietoisuutta tukevien interoceptionivien tehtävien osalta kahdessa keskitasoisessa katsauksessa havaittiin interoceptioniin liittyvää aivoaktivaatiota, mutta vaikutukset vaihtelivat tehtävätyypin mukaan. Lisäksi yksi katsaus toi esiin kosketukseen liittyviä hermostollisia aktivaatioita, jotka myös kohdistuivat osin samoille interoceptionivisille aivokuoren alueille. (3)

Keskeinen havainto näissä oli, että mindfulness ja kosketus yhdistyivät interoceptionivisissa aivokuoren osissa, mutta hermoaktivaation tarkka sijainti riippui yksilöllisistä eroista sekä tehtävän luonteesta. Tutkijat ehdottavat, että näiden löydösten perusteella olisi tärkeää jatkaa tutkimusta, jossa selvitetään kosketukseen ja mindfulnessiin perustuvien interventioiden yhdistettyjä vaikutuksia. Erityisen merkityksellistä tämä on hoidoissa, jotka kohdistuvat keskushermoston herkimiseen ja interoceptionivisiin puutoksiin liittyviin sairauksiin, kuten krooniseen kipuun ja somaattisiin oirehäiriöihin. (3)

Psykofyysisen kivunhoidon yksi tärkeimmistä tavoitteista on pyrkiä vaikuttamaan koettuun kipuun vaikuttamalla eri tavoin kipupotilaan hermostolliseen säätelyyn, mikä on aina yhteydessä myös interoceptioniin ja kehotietoisuuteen. Esimerkiksi psykofyysisessä fysioterapiassa, jota itse ammatillisesti edustan, kohdataan jokainen potilas kokonaisena; emme hoida kipua vaan ihmistä, jolla on kipua. Siten psykofyysisessä toimintanäkökulmassa korostuu potilaan tarina ja kokonaisvaltainen kokemus itsestään ja kehostaan suhteessa ympäristöön ja senhetkiseen elämäntilanteeseen. Potilaan tarina on aina myös sanallistettu ”somaattinen

elämäkerta” (8). Näin ollen potilas kantaa aina nykyhetkessä mukanaan kaikkea sitä, mitä hän on elämässään kokenut.

Psykofyysisessä kivunhoidossa tavoitteena on tukea potilaan luottamusta omaan kehoon ja lisätä tunnetta minäpystyvyydestä. Kokemuksellisin yksilöllisesti valituin harjoittein tuetaan myös tilanteeseen sopivaa interoceptioniväkyä, mikä itsessään jo vaikuttaa edellä mainittujen tavoitteiden saavuttamiseen. Aina emme voi suoraan vaikuttaa kivun määrään ja intensiteettiin, mutta usein voimme vaikuttaa siihen, miten potilas kokee kipunsa ja millaisia merkityksiä tämä antaa kivulleen ja elämälleen kivun kanssa.

Turvan kokemus, kivusta huolimatta, on myös merkittävä asia, jota tavoitellaan eri keinoin. Niistä yksi merkityksellisin on kanssasäätely auttajan ja potilaan välillä, eli myös kivunhoidossa työskentelevän oma interoceptionivinen tila on tärkeä, jotta hän itsekkin löytää hermostollista turvaa ja tasapainoa kohdatessaan potilaita.

Kun interoceptioniota vahvistetaan esimerkiksi tietoisuustaitojen ja kehotietoisuusharjoitusten avulla, kipupotilas voi oppia erottamaan paremmin, mikä kehossa on merkityksellistä ja mikä ei. Näin kehon viesteistä tulee ymmärrettävämpiä, mikä voi helpottaa kivun säätelyä ja vahvistaa tunnetta omasta itsestä ja elämän hallinnasta. Kehon havainnointiin pohjautuvat harjoitukset ovat keskeinen osa psykofyysisestä kivunhoitoa ja ne perustuvat interoceptioniin. Siten interoceptionin hermostollisten mekanismien ymmärtäminen on tärkeää myös terapeuttisten menetelmien kehittämisessä.

Muita interoceptioniota edistäviä keinoja ovat varsinaiset kehontuntemusta vahvistavat toiminnalliset keinot ja menetelmät, kuten BBAT eli Basic Body Awareness Therapy. Tämä sekä muut asento- ja liiketuntemusta vahvistavat keinot pyrkivät tukemaan potilaan kehon hah-

mottamista, esimerkiksi kehon keskilinjan sekä vasemman ja oikean aistimista hyödyntämällä. Sovellettu rentoutus ei nimestään huolimatta tähtää ainoastaan rentouden löytämiseen, vaan menetelmä sisältää keinoja parantaa kehontuntemusta ja siten vaikuttaa ennakkoivasti esimerkiksi kuormittumiseen ja kipuun. Lisäksi esimerkiksi EFT-menetelmässä (Emotional Freedom Techniques) on tekniikoita, joissa yhdistetään kipukokemuksen ja kehon hyväksyvä ja interoseptiivistä tarkkuutta vahvistava kohtaaminen määrättyjen akupisteiden stimulointiin, jolla on oma roolinsa sympaattisen aktivaation rauhoittamisessa.

Tarkoituksenmukainen interoseptiokyky auttaa erottamaan olennaiset ja epäolennaiset kehon signaalit, jolloin jää enemmän voimavaroja ja tilaa stressin ja kivun käsittelyyn. Tämän vuoksi esimerkiksi sellaiset tietoisien läsnäolon harjoitukset, jotka lisäävät kehotietoisuutta, voivat vahvistaa sekä interoseptiota että resilienssiä. Ne auttavat kipupotilaita tutustumaan omiin kehon tuntemuksiin, tulkitsemaan niitä oikein ja hallitsemaan kipua paremmin. (5)

Yksilön kehollinen kokemus muodostuu sekä intero- että eksteroseptiivisista aistimuksista. Tämä auttaa hahmottamaan omia tuntemuksia suhteessa muiden tunteisiin, ja siten esimerkiksi estämään toisten kokemien tunnetilojen tarttumista itseän. Tämäkin voi olla joillekin tärkeä tavoite psykofyysisessä kivunhoidossa. Interoseptio tukee autonomista hermostoa kehon homeostaasin säätelyssä, mikä vaikuttaa myös koettuihin tunteisiin ja käyttäytymiseen.

Esimerkki interoseptiota vahvistavasta kivunsäätelyharjoituksesta (9):

Ääni- ja hengitysharjoituksen ovat kehittäneet trauman- ja kroonisen kivunhoidon asiantuntijat Peter A. Levine ja Maggie Phillips. Vuu-hengityksen tavoitteena on rauhoittaa hengitysryt-

miä, jotta autonominen hermosto siirtyisi sitä kautta sympaattisen hermoston aktiivisuudesta kohti parasympaattista rentoutumisreaktiota. Äänen virtausta kehossa kuunnellessa tulee myös helpommin tietoiseksi siitä, miten ääni värähtelee eli resonoi kehon eri osissa, erityisesti rintaontelossa ja kurkun ja pään alueella. Tämä värähtely itsessään toimii yhtenä rentouttavana elementtinä harjoituksessa, koska se aktivoi myös rintaontelon läpi kulkevaa vagus- eli kiertäjähermoa.

Tee harjoitus mielellään istuen. Käytä harjoitukseen aikaa muutama minuutti. Etsi itsellesi mukava asento. Maadoita jalkapohjat pitämällä ne lattiassa. Voit sulkea silmäsi, jos haluat.

Hengitä nenän kautta hitaasti sisään, niin laajasti kuin mahdollista ja pidä pieni tauko. Uloshengityksen aikana lausu ääneen sana ”vuu” ja annan äänteen tulla suusta ulos niin pehmeästi ja itsestään kuin mahdollista. Anna äänen hiipua sitä mukaa kuin ilman tulo hiipuu. Salli pieni tauko myös uloshengityksen jälkeen, ennen kuin seuraava sisäänhengitys aktivoituu itsestään.

Keskity huomioimaan kehossasi, mistä asti ääni lähtee. Tunnista mitä tapahtuu vatsan ja navan alueella. Millä tavoin äänen virtaus resonoi kehossa erityisesti vatsan, rintakehän, henkitorven ja kurkun alueella. Voit toistaa hengityssyklin useamman kerran, esimerkiksi 5 tai jopa 10 kertaa. Tee harjoitus mielellään useamman kerran päivässä. Se sopii erityisesti tilanteisiin, joissa tunnet olevasi stressaantunut, tai kun kivun intensiteetti alkaa kasvaa. ■

Kirjallisuutta

1. Lyyra, P. & Parviainen, T. (2018). Behavioral Inhibition Underlies the Link Between Interoceptive Sensitivity and Anxiety-Related Temperamental Traits. *Frontiers in Psychology*, 9, 1026. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01026>

2. Säilynkangas, V. & Nousiainen, S. (2020). Aleksisomia-mittarin validointitutkimus suomalaisessa yleisväestös-

sä sekä aleksisomian yhteys aleksitymiaan ja tunteiden säätelyn vaikeuksiin. Pro gradu -tutkielma. Kasvatustieteiden ja psykologian osasto. Itä-Suomen yliopisto. <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uef-20201045>

3. Casals-Gutiérrez, S. & Abbey, H. (2020). Interoception, mindfulness and touch: A meta-review of functional MRI studies. Review. *International Journal of Osteopathic Medicine*. Volume 35, March 2020, Pages 22-33. *International Journal of Osteopathic Medicine*. <https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2019.10.006>

4. Barrett L. F. & Simmons W. K. (2015). Interoceptive predictions in the brain. *Nature Reviews Neuroscience* volume 16, pages 419–429 (2015). <https://www.nature.com/articles/nrn3950>

5. Moseley, L. (editor). The Strange Case of Interoception and Resilience or How to Become a Superhero. IASP Article. <https://www.iasp-pain.org/publications/relief-news/article/interoception-resilience/>

6. Koivisto, E. (2024). Aistiva hermosto. Teoksessa: Koivisto, E. & Luomajoki, H. (2024). Käytännön neurotiede tuki- ja liikuntaelinterapiassa. VK-Kustannus.

7. Kettunen, P. & Kätkä, K. (2021). Suomenkielisen MAIA-2 -mittarin validointitutkimus yleisväestöaineistolla. Psykologian pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. <https://osher.ucsf.edu/sites/osher.ucsf.edu/files/inline-files/Finish%20full%20paper.pdf>

8. Scaer, R. (2014). The Body Bears the Burden. Trauma, Dissociation and Disease. Routledge. E-kirja, Kindle. Taylor & Francis Group.

9. Palomäki, K. & Siira, J. (2022). Kehon viisaat viestit. Kuuntele, tiedosta ja voi paremmin. Kirjapaja.

Dualismi kipukuntoutuksessa



Aleksi Sarkkinen
TtM, Väitöskirjatutkija

Tässä artikkelissa käsitellään, kuinka dualistinen ajattelu on edelleen näkyvässä pitkittyneen kivun kuntoutuksessa, vaikka biopsykososiaalista (BPS) lähestymistapaa on pyritty soveltamaan jo pitkään. Artikkelin mukaan BPS-mallia sovelletaan usein hajanaisesti ja pelkistävästi, jolloin kuntoutus keskittyy patoanatomisiin syihin ja psykososiaaliset tekijät jäävät huomiotta. Kuntoutuksen ammattilaiset kokevat BPS-mallin käytännön soveltamisen haastavaksi ja nojaavat siksi edelleen usein biolääketieteelliseen ajatteluun. Tämä voi luoda ”epistemologisen dualismin”, jossa ammattilaisen tieto ohittaa potilaan suoran kokemuksen. Kuntoutujat kuitenkin toivovat selkeää, yksilöllistä tietoa sekä apua kivun monimutkaisen luonteen ja mielen ja kehon välisen yhteyden ymmärtämiseen. Menestyksenkäs kuntoutus edellyttääkin kokonaisvaltaista ja ihmislähtöistä otetta, jossa avoin kommunikaatio ja kuntoutujan kokemuksen validoiminen ovat keskiössä.

Edellisessä artikkelissani ”Kipu muuttaa suhteemme maailmaan” (Kipuviesti 1/2025) kuvailin pitkittyntä kipua kokonaisvaltaisena ja laaja-alaisena kokemuksena, joka muuttaa ihmisen suhdetta itseensä ja maailmaan. Kipu siirtää huomion kehon vuorovaikutuksesta ympäröivässä maailmassa itseensä, vieraannuttaa ihmisen omasta kehostaan, ja vaikuttaa ajallisuuden, toiminnan ja sosiaalisten suhteiden kokemukseen. Kuntoutuksen ammattilaisilta tämä vaatii kivun kokijan kokonaisvaltaista huomioimista ja avointa vuorovaikutusta koko yhteistyön ajan.

Kuntoutuksen taustalla olevien erilaisten lähestymistapojen arvioiminen ja ja siitä kumpuava keskustelu voi mahdollistaa kipukuntoutujan kokonaisvaltaisemman ja ihmislähtöisemmän kohtaamisen terveyspalveluissa. Vähintään se altistaa meidät ammattilaiset omien taustaoletusten ja uskomusten kriittiselle tarkastelulle. Käsitellen tässä artikkelissa sitä, millä tavalla dualistinen ajattelu on edelleen näkyvässä pitkittyneen kivun kuntoutuksessa siitäkin huolimatta, että Engelin (1977) kehittämää biopsykososiaalista lähestymistapaa on pyritty soveltamaan kuntoutukseen jo kauan, ja missä mahdolliset syyt saattavat olla.

Vaikka noston artikkelissa esiin biopsykososiaalisen lähestymistavan soveltamisen puutteita, tarkoituksenani ei ole esittää, että itse lähesty-

mistapa olisi epäonnistunut tai pyrkiä kritisoimaan biopsykososiaalista lähestymistapaa sinänsä – päinvastoin. Erityisesti kivun kuntoutuksen yhteydessä on tutkittu, että erilaisilla psykologisesti orientoituneiden kuntoutusinterventtioiden ja terapeutin harjoittelun yhdistelmillä on enemmän vaikuttavuutta kuin ainoastaan perinteiseen fysioterapiaan nojaavalla kuntoutuksella (Kwan-yee Ho ym. 2022). Pyrin nostamaan esille niitä syitä, jotka meidän ammattilaisten ajattelussa saattavat vaikuttaa ihmisen kokonaisvaltaiseen kohtaamiseen rajoittavasti ja vertailen niitä sen jälkeen kipukuntoutujien kokemuksiin.

Mikä dualismi?

Biopsykososiaalisen lähestymistavan (BPSM) kehittäjän George Engelin mukaan biomedikaalisen ajattelun ongelmat keskittyvät siihen, ettei mallin mukainen käsitys ”potilaasta” käsitä potilasta ihmisenä (1). Engelin mukaan biolääketieteellinen malli ei kykene havainnoimaan ihmistä kokonaisuutena, koska malli vaatii ihmisen supistamisen yksittäisiksi fysiikan ja kemian reaktioiksi ennen kuin ne tulevat merkityksellisiksi biomedikaalisesta näkökulmasta. BPSM on kokonaisvaltainen taustaparadigma, joka ottaa ihmisen terveyden kannalta huomioon biologiset, psykologiset ja sosiaaliset tekijät erottamattomasti (1). Malli nojaa osittain

Weissin systeemiteoriaan, jonka mukaan järjestelmiä ja niiden osia on tarkasteltava kokonaisvaltaisesti eikä erillään toisistaan (1).

Biopsykososiaalisen lähestymistavan rooli on erityisen tärkeä tutkimuksissa, jotka käsittelevät psykologisen stressin vaikutusta somaattisten sairauksien kehittymiseen.

Näissä tutkimuksissa on todettu lukuisia yhteyksiä eri elinjärjestelmien, kuten hermoston, immuunijärjestelmän ja endokriinisen järjestelmän välisistä vuorovaikutuksista stressaavissa tilanteissa (2). Kivun yhteydessä BPSM tarkoittaa lyhyesti sitä, että kivun kokemus määräytyy biologisten, psykologisten (mukaan lukien kognitio, tunteet ja käyttäytyminen) ja sosiaalisten tekijöiden (mukaan lukien sosiaaliset ja kulttuuriset kontekstit, jotka vaikuttavat henkilön käsitykseen fyysisistä merkeistä ja oireista sekä reaktioihin) välisen vuorovaikutuksen kautta (3).

Siitäkin huolimatta, että BPSM on edistänyt terveyden ja sairauden ymmärrystä, sitä on usein sovellettu biolääketieteellistyneesti, hajanaisesti, pelkistävästi ja lineaarisesti. Yleisesti ottaen neljää aluetta (fysiologinen, kokemuksellinen, sosiokulttuurinen ja eksistentiaalinen) käsitellään yhä liian usein osittain tai erillään toisistaan kivun tutkimuksessa ja kliinisessä käytännössä (4, 5). Tämä tarkoittaa sitä, että kliinisessä ympäristössä ja opetusympäristössä on taipumus erotella koettu kipu kahteen tai kolmeen osaan (biologinen, psykologinen tai sosiaalinen) (4). Esimerkiksi tuki- ja liikuntaelinten kuntoutuksessa keskitytään usein patoanatomisiin syihin, kun taas psykososiaalisia tekijöitä laiminlyödään (6).

Huomattava puute biopsykososiaalisen lähestymistavan soveltamisessa käytäntöön liittyy myös ”fix it” -periaatteen mukaiseen tapaan pyrkiä selvittämään objektiiviset syyt kivun taustalla, jotta kivun voisi jotenkin korjata pois. Kyse voisi olla enemmän siitä, että kuntoutuksessa ymmärrettäisiin se moniulotteinen kokonaisuus, jota olemassa oleva koettu kipu

muuttaa suhteessa aikaisempaan kivuttomaan tilanteeseen, ja mitkä näistä asioista ovat sellaisia, joihin voisimme pyrkiä vaikuttamaan kuntoutuksen keinoilla. Tämän onnistuminen vaikuttaa kuntoutujan kokemuksiin hänen omista vaikutusmahdollisuuksistaan, sekä positiiviseen näkemykseen eletyn elämän laadusta (7).

Vaikka pitkittyneen kivun terapeutit linjaukset ovat siirtyneet biomedikaalisesta ajattelusta kohti biopsykososiaalista näkemystä, fysioterapeutit kokevat olevansa valmistautumattomia psykososiaalisten osa-alueiden huomioon ottamiseen pitkittyneen kivun kuntoutuksessa (8, 9). Fysioterapeutit kokevat biopsykososiaalisen lähestymistavan käytännön soveltamisen haastavaksi (10, 11) ja nojaavat haastavissa tilanteissa edelleen biolääketieteelliseen malliin. On mahdollista, että tästä syystä kipukuntoutus nojaa osittain edelleen biomedikaaliseen ja biomekaaniseen taustaparadigmaan (12, 10, 9), jolloin kuntoutujan kokonaisvaltaiset lähtökohdat jäävät taka-alalle. Elisa Arnaudo (2017) nimittää tätä lääketieteen dualismia käsittelevässä artikkelissaan ”Pain and dualism: Which dualism?” (13) ”epistemologiseksi dualismiksi”, jossa kahtijakoisuus ei ilmene vain kehon ja mielen erotteluna toisistaan, vaan ammattilaisen tiedon ensisijaisuutena suhteessa ”potilaan” suoraan kokemukseen. Tällainen lähestymistapa on täysin muuta kuin Engel tavoitteli kehittäessään biopsykososiaalista lähestymistapaa, sillä ammattilaisen toisen ihmisen kokemuksen validoiva, ihmislähtöinen ja avoin asenne on biopsykososiaalisen lähestymistavan ytimessä.

Näkökulmia kipukuntoutujan kokonaisvaltaiseen kuntoutukseen

Kuntoutujan ja kuntoutuksen ammattilaisen välisestä yhteistyöstä ja sen onnistumisen positiivisesta vaikutuksesta kuntoutukseen on olemassa kohtalaisesti tutkittua tietoa (14, 15). Yhteistyön mahdollistuminen vaatii fysioterapeuttien kokemusten perusteella keskustelutaitoja, psykososiaalisia taitoja, joustavuutta ja

”Juuri kuntoutujasta itsestään lähtöisin olevat tavoitteet ja niiden saavuttamiseen tähtäävät menetelmät vaikuttavat olevan kokonaisvaltaisen kuntoutumisen kannalta keskeisimpiä kuin ulkoa sanellut objektiiviset tavoitteet.”

terapeutin kykyä itsereflektioon (14; 16, 17, 15). Tutkimustiedon perusteella erityisen merkitykselliseksi fysioterapeuttien näkökulmasta muodostuu avoimen kommunikaation rooli fysioterapeutin ja kuntoutujan välillä pitkittyneen kivun kuntoutuksessa (14, 16, 17).

Kommunikaatio voidaan ajatella aktiivisena ja läpi terapiasuhteen jatkuvana vuoropuheluna (18). Kommunikaatiolla ja käytetyllä kielellä yhdessä koetun allianssin kanssa vaikuttaa olevan keskeinen rooli kuntoutujan ja hänen tavoitteidensa ymmärtämisessä. Juuri kuntoutujasta itsestään lähtöisin olevat tavoitteet ja niiden saavuttamiseen tähtäävät menetelmät vaikuttavat olevan kokonaisvaltaisen kuntoutumisen kannalta keskeisimpiä kuin ulkoa sanellut objektiiviset tavoitteet, mutta ammattilainen on asiantuntijuutensa kautta apuna kuntoutuksen tavoitteiden muodostamisessa, asettelussa ja vaiheiden suunnittelussa (19, 15). Tämä sama pätee harjoitusten valintaan, niiden tulisi pitkittyneen kivun kuntoutuksessa aidosti yksilöllisiä ja jokaisen kuntoutujan tilanteeseen soveltuvia (20).

Nykyaikainen tutkimustieto tukee erinomaisesti ajatusta siitä, että ohjatut menetelmät tai aktiviteetit voivat todella olla yksilöllisiä ja tukea jokaisen omaa arkea ja toimintakykyä, sillä täydellistä, liukuhihnalta ohjattua, tapaa tehdä jotakin liikettä tai tai täydellistä ryhtiä ei vaikuttaisi olevan olemassa (21, 22). Vaikuttaisi enemmänkin siltä, että liikkeiden ja asennon pakonomainen kontrolloiminen heikentävät kuntoutuksen onnistumisen mahdollisuuksia (23). Sen sijaan on olemassa mahdollisuus löytää kulloisellekin kuntoutujalle mahdolliset tavat tehdä sellaisia asioita, joita hän haluaa elämässään tehdä.

Aiemmin esitellyt kuntoutuksen ammattilaisten kokemukset pitkittyneen kivun kuntoutuksesta kohtaavat kuntoutujien kokemusten kanssa. Erityisesti alaselkäkivusta kärsivät kuntoutujat, ilmaisivat voimakkaan halun saada selkeää, johdonmukaista ja yksilöllistä tietoa ennusteesta, hoitovaihtoehdoista ja itsehoito-

strategioista (24). Diagnoosin ja selkeyden puute johti turhautumiseen ja tunteeseen, ettei ammattilaiset tienneet, mitä tekevät (24). Kuntoutujat kokivat, ettei heidän kipuaan otettu vakavasti ilman konkreettista diagnoosia tai kuvantamislöydöstä (24, 25). Kuvantamisen merkitys kivun selittäjänä on kuitenkin ristiriidassa nykyisten näyttöön perustuvien suositusten kanssa, jotka neuvovat välttämään rutiininomaista kuvantamista (24). Tällaisessa tilanteessa on terapeuttina helppoa ja turvallista nojautua biomedikaaliseen ajatteluun ja hakea selitystä patoanatomiaista. Toisaalta, mikäli meillä kuntoutuksen ammattilaisilla on tarpeeksi tietoa kivun kokemukseen vaikuttavista tekijöistä, voimme sopivissa tilanteissa perustella kuntoutujalle, mistä heidän kivussaan tämän hetken tutkimustiedon valossa on kysymys.

Tutkimusten perusteella kuntotujat tarvitsevat apua ymmärtääkseen kivun monimutkaista luonnetta, erityisesti mielen ja kehon välisen yhteyden osalta (26). Lähestymistavat, jotka lisäsivät kuntoutujien tietoisuutta ajatusten ja tunteiden vaikutuksesta kipuun ja aktiivisuuteen, koettiin myönteisinä (26). Tällä tavoin kuntoutujille on mahdollista löytää hyväksyttäviä selityksiä kivulle, jotka ovat sopusoinnussa kuntoutujien omien uskomusten ja aiempien kokemusten kanssa (26, 25). Ymmärrys omasta kehosta ja stressin vaikutuksista elämään auttaa kuntoutujaa asettamaan prioriteetteja ja ymmärtämään itsestä huolehtimisen merkityksen (25).

Kuntoutujat painottivat tiedon toimitustavan merkitystä: he halusivat selkeää ja johdonmukaista tietoa, joka oli esitetty sopivalla äänensävyllä ja ymmärrettävällä kielellä, ilman lääketieteellistä sanastoa (24). Kommunikaation puutteet, kuten se, että ammattilainen ei kuunnellut tai keskeytti kuntoutujan, johtivat turhautumiseen ja tunteeseen, että hoito ei nojannut ihmislähtöisyyteen (25).

Siirtyminen ongelmakeskeisestä lähestymistavasta positiiviseen psykologiaan voi auttaa kuntoutujia kukoistamaan kivun rinnalla (7).

Kuntoutujat, jotka pärjäsivät pitkittyneen kivun kanssa, ilmaisivat positiivisen asenteen ja näkökulman elämiseen kivun kanssa, ammentuen henkilökohtaisia resursseja ja hyväksyen kivun läsnäolon elämässään (7). Merkityksen löytäminen elämälle kivun rinnalla ja vastuun ottaminen omasta terveydestä auttoi kuntoutujia onnistumaan tavoittelemansa elämän saavuttamisessa (7). Kivun hallintastrategioiden osalta kuntoutujat vaikuttavat olevan avoimia kokeilemaan erilaisia lähestymistapoja, mikäli ne ovat heille itselleen merkityksellisiä ja perusteluja (7).

Yhteenveto

Kuntoutuksen ammattilaisten ja kuntoutujien kokemukset viittaavat siihen, että menestyskäs kivun kuntoutus ja fysioterapia edellyttävät kokonaisvaltaista lähestymistapaa, joka ylittää pelkän fyysisen, biomedikaalisen, kuntoutuksen pitkittyneen kivun tapauksessa. Se vaatii syvällistä ymmärrystä kuntoutujan yksilöllisistä tarpeista ja uskomuksista, tehokasta ja myötätuntoista viestintää, toivon ylläpitämistä, itsetuntemuksen vahvistamista ja tukea elämän uudelleen rakentamiseen kivun kanssa (25, 26). Avoimen ja kuuntelevan kommunikaation keinot ovat käytännössä ainoita välineitä, joilla voimme luoda tilanteen, jossa tämän ymmärryksen taso on saavutettavissa.

On huomattava, että näiden kokemusten perusteella biopsykososiaalinen lähestymistapa aidosti kokonaisvaltaisena lähestymistapana vaikuttaisi ottavan kaikki tarvittavat osa-alueet huomioon. Helppoa se ei kuitenkaan ole, sillä kuntoutuksen ammattilaiset joutuvat päivittämään omaa tietämystään kivun kokonaisvaltaisesta luonteesta usein eikä siihen välttämättä ole mahdollisuuksia. Oma kuormitus on myös huomioitava, sillä vaikka psykologisten orientoituneiden ja toiminnallista harjoittelua yhdistävien interventioiden hyödyllisyys vaikuttaa olevan selkeä, on niiden toteuttaminen kuntoutuksen ammattilaisille kuormittavaa (27), toisaalta laajan koulutuksen saaneet kun-

toutuksen ammattilaiset kokevat työn palkitsevaksi ja omaa hyvinvointia lisääväksi (14, 25). Rakenteelliset haasteet tuovat oman lisänsä kokonaisvaltaisten kuntoutuksen menetelmien toteuttamisen mahdollisuuksiin, sillä ne vaativat usein aikaa ja aika vaatii rahaa. Väitän kuitenkin, että näistä haasteista huolimatta on tärkeää pyrkiä kokonaisvaltaisen näkemyksen omaksumiseen pitkittyneen kivun kuntoutuksessa, sillä tutkimustulokset ja suositukset puhuvat voimakkaasti sen puolesta. Tämä on ammattilaisille mahdollista kouluttautumisen, tutkimustietoon nojaavan toiminnan ja ennakkoluulottoman kokeilemisen kautta; pyydämme myös kuntotujiltamme kykyä uudenlaisen näkökulman omaksumiseen, joten miksi se ei onnistuisi myös meiltä. ■

Kirjallisuutta:

- Engel, G. (1980). The Clinical Application of the Biopsychosocial Model. The American Journal of Psychiatry 137:5.
- Havelka, M., Lučanin, J. & Lučanin, D. Biopsychosocial Model – The integrated Approach to Health and Disease. Coll. Antropol. 2009; 1, 303–310.
- Asmundson, G. & Wright, K. (2004). Biopsychosocial Approaches to Pain. Teoksessa: T. Hadjistavropoulos & K. Craig (toim.). Pain – Psychological Perspectives. Lawrence Erlbaum Associates Publishers. London.
- Stilwell, P. & Harman, K. An enactive approach to pain: beyond the biopsychosocial model. Phenomenology & Cognitive Sciences, 2019; 18, 637–665 DOI: <https://doi.org/10.1007/s11097-019-09624-7>
- Cormack, B., Stilwell, P., Coninx, S., & Gibson, J. The biopsychosocial model is lost in translation: from misrepresentation to an enactive modernization. Physiotherapy Theory and Practice 2022; 39(11), 2273–2288. <https://doi.org/10.1080/09593985.2022.2080130>
- Wideman, T., Edwards, R., Walton, D., Martel, M., Hudson, A. & Seminowicz, David. The Multimodal Assessment Model of Pain: A Novel Framework for Further Integrating the Subjective Pain Experience Within Research and Practice. The Clinical Journal of Pain 2019; 35(3):p 212-221, March 2019. DOI: 10.1097/AJP.0000000000000670
- Widdrington, H., Krahé, C., Herron, K., Smith, K., & Cherry, M. G. (2025). Thriving when living with chronic pain:

- A qualitative evidence synthesis of individuals' experiences. *British Journal of Health Psychology* 2025; 30, e70000. <https://doi.org/10.1111/bjhp.70000>
8. Holopainen, R., Simpson, P., Piirainen, A., Karppinen, J., Schütze, R., Smith, A., O'Sullivan, P. & Kent, P. Physiotherapists' perception of learning and implementing a biopsychosocial intervention to treat musculoskeletal pain conditions: a systematic review and metasynthesis of qualitative studies. *Pain* 2020; 161(6), 1150-1168.
 9. Van Dijk, H., Köke, A., Elbers, S., Mollema, J., Smeets, R. & Wittnik, H. Physiotherapists Using the Biopsychosocial Model for Chronic Pain: Barriers and Facilitators—A Scoping Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2023; 20,1634.
 10. Driver, C., Kean, B., Oprescu, F. & Lovell, G.P. Knowledge, behaviors, attitudes and beliefs of physiotherapists towards the use of psychological interventions in physiotherapy practice: a systematic review. *Disability and Rehabilitation* 2016. DOI: 10.1080/09638288.2016.1223176
 11. Mescouto, K., Olson, R., Hodges, P., Costa, N., Patton, M.A., Evans, K., Walsh, K., Lonergan, K. & Setchell, J. Physiotherapists Both Reproduce and Resist Biomedical Dominance when Working With People With Low Back Pain: A Qualitative Study Towards New Praxis. *Qualitative Health Research* 2022; 32(6), 902–915.
 12. Mudge, S., Stretton, C. & Kayes, N. Are physiotherapists comfortable with person-centered practice? An autoethnographic insight. *Disability and Rehabilitation* 2013.
 13. Arnaudo, E. Pain and dualism: Which dualism? *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 2017; 23(5),1081–1086. DOI: 10.1111/jep.12804.
 14. Cowell, I., O'Sullivan, P., O'Sullivan, K., Poyton, R., McGregor, A. & Murtagh, G. Perceptions of physiotherapists towards the management of non-specific chronic low back pain from a biopsychosocial perspective: A qualitative study. *Musculoskeletal Science and Practice* 2018; 38, 113–119.
 15. Kealy, E. & Hebron, C. Holding space and sitting with emotions: the lived experiences of physiotherapists using psychological strategies in pain care. *Physiotherapy Theory and Practice* 2024. DOI: 10.1080/09593985.2023.2300400.
 16. Sullivan, N., Hebron, C., & Vuoskoski, P. "Selling" chronic pain: physiotherapists' lived experiences of communicating the diagnosis of chronic nonspecific lower back pain to their patients. *Physiotherapy Theory and Practice* 2021; 37(9), 973-992.
 17. Hay, M. & Connelly, D. The Process of Creating and Disseminating Exercise Programs by Physical Therapists for Older Adults With Chronic Back Pain. *Physical Therapy & Rehabilitation Journal* 2020; 101, 1–8.
 18. Wijma, A. J., Bletterman, A. N., Clark, J. R., Vervoort, S. C. J. M., Beetsma, A., Keizer, D., Nijs, J., & Van Wilgen, C. P. Patient-centeredness in physiotherapy: What does it entail? A systematic review of qualitative studies. *Physiotherapy theory and practice* 2017; 33(11), 825– 840. <https://doi.org/10.1080/09593985.2017.1357151>
 19. Ahlsen, B., Engebretsen, E., Nicholls, D. & Mengschoel, A. The singular patient in patient- centered care: physiotherapists' accounts of treatment of patients with chronic muscle pain. *Med Humanit* 2020; 46, 226–233.
 20. Scott-Dempster, C., Tøye, F., Truman, J. & Barker, K. Physiotherapists' experiences of activity pacing with people with chronic musculoskeletal pain: an interpretative phenomenological analysis. *Physiotherapy Theory and Practice* 2014; 30(5), 319–328.
 21. Kripa, S. & Kaur, H. Identifying relations between posture and pain in lower back pain patients: a narrative review. *Bulletin of Faculty of Physical Therapy* 2021. DOI: <https://doi.org/10.1186/s43161-021-00052-w>
 22. Slater, D., Korakakis, V., O'Sullivan, P., Nolan, D., & O'Sullivan, K. "Sit Up Straight": Time to Re-evaluate. *The Journal of orthopaedic and sports physical therapy* 2019; 49(8), 562–564. <https://doi.org/10.2519/jospt.2019.0610>
 23. Maier, C.d.R., de Avila, C.S., de Souza, J., Meziat-Filho, N. and Koerich, M.H.A.d.L. Posture and Pain: Beliefs and Attitudes of Patients With Chronic Low Back Pain. *Musculoskeletal Care* 2024; 22: e70016. <https://doi.org/10.1002/msc.70016>
 24. Lim, Y. Z., Chou, L., Au, R. T. M., Seneviwickrama, K. L. M. D., Cicuttini, F. M., Briggs, A. M., Sullivan, K., Urquhart, D. M., & Wluka, A. E. People with low back pain want clear, consistent and personalised information on prognosis, treatment options and self-management strategies: a systematic review. *Journal of Physiotherapy* 2019; 65, 124–135. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2019.05.010>
 25. Holopainen, R., Piirainen, A., Heinonen, A., Karppinen, J., & O'Sullivan, P. (2018). From "Non- encounters" to autonomous agency. Conceptions of patients with low back pain about their encounters in the health care system. *Musculoskeletal Care* 2018; 16, 269–277. <https://doi.org/10.1002/msc.1230>
 26. Thompson, K., Johnson, M. I., Milligan, J., & Briggs, M. Rethinking pain education from the perspectives of people experiencing pain: a meta- ethnography to inform physiotherapy training. *BMJ Open* 2022; 12, e046363. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-046363>
 27. Dragesund, T. & Øien, M. Demanding treatment processes in Norwegian psychomotor physiotherapy: From the physiotherapists' perspectives. *Physiotherapy Theory and Practice* 2019; 35(9), 833–842.

”Hyvinvointikysely kivusta kärsivälle” – uusi ja uudenlainen kivulta suojaavien tekijöiden kysely



Jani Mikkonen

DC, BSc (Hons),
DACNB, PhD Kiropraktikko, erikoistuminen neurologiseen kuntoutukseen, filosofian tohtori

Potilaiden toimintakykyä kartoittavalla yleisellä itsearvointimittarilla (Patient-Reported Outcome Measure, PROM) selvitetään potilaan omaa kokemusta tilanteestaan yleisellä tasolla. Esittelyssä olevan tutkimuksen tarkoituksena oli kipuspesifisen hyvinvointi PROM-mittarin kehittäminen.

PROM-mittareiden kanssa työskennellessäni kiinnostuin kivun oirepohjaisten ja suojaavien tekijöiden välisestä yhteydestä ja vuorovaikutuksesta. Osalla kivusta kärsivistä on pitkään kipuhistoria ja useita liitännäisoireita, mutta silti kipu vaikuttaa heidän elämäänsä huomattavasti vähemmän kuin toisilla. Tämä viittaa siihen, että kivun kanssa pärjäämistä ei voida selittää yksinomaan oirepohjaisten PROM-mittareiden pistemäärillä.

Kipututkimuksessa tavallisimmat PROM-mittarit ovat kivun intensiteetti, toimintakykyhaitta sekä kivun vaikutus elämänlaatuun [1]. Lisäksi mm. liikepelko, katastrofointi, keskushermoston herkistyminen, ahdistus ja masentuneisuus vaikuttavat kipukokemukseen (contributing factors).

Suurin osa yleisimmin käytetyistä PROM-mittareista keskittyy oirekuvan ja siihen vaikuttavien tekijöiden arviointiin [2-4]. Kivulta suojaavia tekijöitä (protecting factors) on tutkittu huomattavasti vähemmän. Näitä voivat olla esimerkiksi terveelliset elintavat, kuten lisääntynyt aktiivisuus, riittävä uni, säännöllinen liikunta, tyytyväisyys, merkityksellisyys, optimismi sekä läheiset ihmissuhteet [5, 6].

Näistä lähtökohdista heräsi ajatus kehittää mittari, joka mittaisi hyvinvointia kivulta suojaavien tekijöiden kautta. Hyvinvointi käsitteenä liittyy läheisesti terveyteen, onnellisuuteen, tyytyväisyyteen ja hyvään elämään [7, 8]. Kivusta kärsivillä hyvinvointia on aiemmin tutkittu hyvin vähän geneerisillä eli yleisillä hyvin-

vointi PROM-mittareilla. Näistä ajatuksista ja huomioista syntyi kirjallisuuden ja tutkimusryhmän jäsenten konsensuksen perusteella ”Hyvinvointikysely kivusta kärsivälle” eli ”The Well-being in Pain Questionnaire” [9]. Erilaisia hyvinvointia mittaavia kyselyjä on julkaistu yli viisikymmentä [10], mutta aiemmin ei ole tehty yhtään yritystä rakentaa kipuspesifiä hyvinvointikyselyä.

Aiemmin suojaavia tekijöitä on tutkittu esimerkiksi resilienssin osalta – resilienssillä tarkoitetaan kykyä selviytyä ja palautua vastoinkäymisistä ja kuormittavista tilanteista [5, 6]. Resilienssistä on myös kehitetty oma PROM-mittari kivusta kärsiville ”Pain Resilience Scale” 2017, joka kartoittaa kivun vaikutuksia eri resilienssin osa-alueisiin [11]. Tätä PROM-mittaria ei ole käännetty tai validoitu suomeksi. Resilienssikyselyn rinnalle halusimme tehdä kipupotilaille suunnatun hyvinvointikyselyn, ”Hyvinvointikysely kivusta kärsiville”, jonka kysymyksissä ei ollut kipusanaa, eikä siinä kysytty kivun vaikutuksista hyvinvoinnin osa-alueisiin. Tällaisten kysymysten muoto on mahdollisesti voimaannuttavampi kuin oirepohjaiset tai kivun vaikutuksia kartoittavat PROM-mittarit.

Kyselyn rakenne

Kivusta kärsivän hyvinvointikyselyn [9] kysymyksissä pyydetään tutkittavaa vastaamaan kysymykseen ”Muistellen viime kuukautta, millaista elämäsi on ollut?” asteikolla melkein aina (4 pistettä), usein (3 pistettä), joskus (2 pistettä),

harvoin (1 pistettä), ei koskaan (0 pistettä). Korkeampi kokonaispistemäärä viittaa parempaan hyvinvointiin asteikolla 0-44. Kyselyn yksitoista arvioitavaa väittämää ovat:

1. Teen säännöllistä liikuntaa, joka kestää yli 30 minuuttia, ainakin kaksi kertaa viikossa
2. Nautin jokapäiväisen elämän aktiviteeteista
3. Fyysinen aktiivisuus saa minut tuntemaan itseni virkistyneeksi
4. Tunnen oloni hyvin levänneeksi nukkumisen jälkeen
5. Tunnen olevani elossa ja hyvävoimainen
6. Olen tyytyväinen työtilanteeseeni
7. Tunnen oloni optimistiseksi koskien kykyäni selviytyä eri elämänhaasteista
8. Koen vapautta tehdä omat valintani elämässä
9. Tunnen olevani läheinen ja yhteydessä ihmisiin ympärilläni
10. Myötävaikutan aktiivisesti muiden hyvinvointiin
11. Elämälläni tuntuu olevan selkeä merkitys

Validoinnin menetelmät, tavoitteet ja tulokset

Validointitutkimukseen osallistui 145 aikuista, joista 92 kärsi pitkittyneestä, yli kolme kuukautta jatkuneesta alaselkäkivusta ja 53 toimi kontrolliryhmänä ilman viimeaikaista kipuhistoriaa. Kyselyn ymmärrettävyyttä ja rakennetta testattiin kolmellakymmenellä pitkittyneestä kivusta kärsivällä ennen sen käyttöönottoa. Tutkimuksen tavoitteina olivat (I) kipuspesifisen hyvinvointi PROM-mittarin kehittäminen ja seuraavien psykometrusten ominaisuuksien tutkiminen: (II) sisäisen johdonmukaisuus, (III) kyselyn ja kysymysten ryhmäerot kivusta kärsivillä ja kivuttomilla, (IV) konvergentti validiteetin suhteessa hyvinvointiin (The Well-being in Pain Questionnaire), elämänlaatuun (The EuroQol EQ-5D-5L), unen laatuun (The Pain and Sleep Questionnaire Three-Item Index), keskushermoston herkistymiseen (Central Sensitization Inventory) ja ahdistuneisuuteen (GAD-7) ja (V) rakennevaliditeetin tut-

kiminen eksploraatiivisella faktorianalyysillä (EFA).

Psykometriset ominaisuudet olivat kautta linjan hyviä ja hyväksyttäviä ja kyselyn rakennevaliditeetti sopi parhaiten yksifaktoriiseen malliin. Tämän tuloksen perusteella on suositeltavaa käyttää kokopistemäärää kuvaamaan kivusta kärsivän hyvinvointia. Tuloksissa toinen keskeinen havainto oli hyvinvointikyselyn parempi korrelaatio muiden tutkimuksessa käytettyjen kyselyjen välillä verrattuna laajalti käytettyyn The EuroQol EQ-5D-5L-elämänlaadun mittariin, joka keskittyy lähinnä oirekuvaan. Yksityiskohtaisempia tietoja menetelmistä ja tuloksista löytyy tutkimuksen julkaistusta open access -artikkelista [9].

Sovellutus käytäntöön

Hyvinvointikyselyn kehittäminen ja validointi kivusta kärsivälle väestölle on ollut mielenkiintoinen kokeilu. Alustavat tulokset viittaavat siihen, että kyselyllä on hyvät psykometriset ominaisuudet. Tämä havainto on osin yllättävä, sillä kysely eroaa sisällöllisesti merkittävästi vakiintuneista PROM-mittareista, jotka keskittyvät pääasiassa oirekuvaan ja kivun pitkittymiseen vaikuttaviin tekijöihin. Lisäksi perinteisten mittareiden välillä on havaittavissa huomattavaa sisällöllistä päällekkäisyyttä.

Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusryhmä on haasteita hoitaa pitkittyneitä kipua tehokkaasti [12-15]. Aiemmassa kirjallisuudessa on pohdittu, kuinka merkittävää lisähyötyä kivulta suojaavien tekijöiden painottaminen voisi tuoda hoitovasteeseen [5, 6]. Suojaavia tekijöitä on vaikea tutkia ilman valideja kivusta kärsiville kehitettyjä PROM-mittareita. Parhaimmassa tapauksessa suojaaviin tekijöihin keskittyvä kivun hoito suuntaisi hoitoa paremmin erilaisien voimavarojen kehittämiseen. Jatkotutkimus näyttää voisiko kivulta suojaavien tekijöiden korostaminen osaltaan parantaa kivusta kärsivien tutkimusta ja hoitoa. ■

Kirjallisuutta:

1. Chiarotto, A., et al., Core outcome measurement instruments for clinical trials in nonspecific low back pain. Pain, 2018. 159(3): p. 481-495.

2. Pogatzki-Zahn, E., K. Schnabel, and U. Kaiser, Patient-reported outcome measures for acute and chronic pain: current knowledge and future directions. Curr Opin Anaesthesiol, 2019. 32(5): p. 616-622.

3. Ramasamy, A., et al., Assessment of Patient-Reported Outcome Instruments to Assess Chronic Low Back Pain. Pain Med, 2017. 18(6): p. 1098-1110.

4. Holmes, M.M., et al., The impact of patient-reported outcome measures in clinical practice for pain: a systematic review. Qual Life Res, 2017. 26(2): p. 245-257.

5. Goubert, L. and H. Trompetter, Towards a science and practice of resilience in the face of pain. Eur J Pain, 2017. 21(8): p. 1301-1315.

6. Sturgeon, J.A. and A.J. Zautra, Resilience: a new paradigm for adaptation to chronic pain. Curr Pain Headache Rep, 2010. 14(2): p. 105-12.

7. Martela, F. and K.M. Sheldon, Clarifying the Concept of Well-Being: Psychological Need Satisfaction as the Common Core Connecting Eudaimonic and Subjective Well-Being. Review of General Psychology, 2019. 23(4): p. 458-474.

8. Martela, F., Being as Having, Loving, and Doing: A Theory of Human Well-Being. Pers Soc Psychol Rev, 2024. 28(4): p. 372-397.

9. Mikkonen, J., et al., Well-being in pain questionnaire: A novel, reliable, and valid tool for assessment of the personal well-being in individuals with chronic low back pain. Scand J Pain, 2025. 25(1).

10. Cooke, P.J., T.P. Melchert, and K. Connor, Measuring Well-Being: A Review of Instruments. The Counseling Psychologist, 2016. 44(5): p. 730-757.

11. Ankawi, B., et al., Validation of the Pain Resilience Scale in a Chronic Pain Sample. J Pain, 2017. 18(8): p. 984-993.

12. Buchbinder, R., et al., Low back pain: a call for action. Lancet, 2018. 391(10137): p. 2384-2388.

13. Buchbinder, R., et al., The Lancet Series call to action to reduce low value care for low back pain: an update. Pain, 2020. 161 Suppl 1: p. S57-S64.

14. Foster, N.E., et al., Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. Lancet, 2018. 391(10137): p. 2368-2383.

15. Rasmussen-Barr, E., et al., Summarizing the effects of different exercise types in chronic neck pain - a systematic review and meta-analysis of systematic reviews. BMC Musculoskelet Disord, 2023. 24(1): p. 806.

42

Kipuviesti 2/2025

Kipuviesti 2/2025

42B

Suun limakalvojen kipu



Tiina-Riitta Vuorjoki-Ranta
HLT
Kivunhoitolääketieteen
erityispätevyys

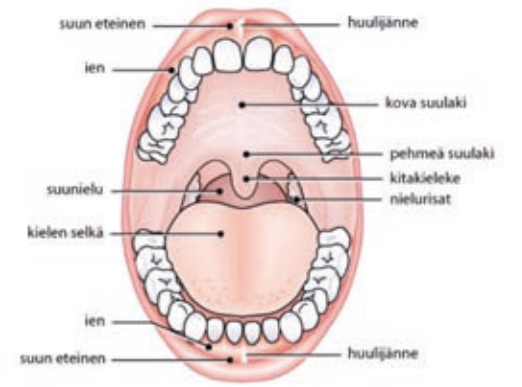
”Kiitän professori Tuula Saloa arvokkaista kommenteista.”

Hammaslääkäreiden ja terveysasemien avopuolen päivystysvastaanotoille hakeutuu potilaita varsinaisten hammasongelmien lisäksi hyvin monen erilaisen, limakalvolla olevan kivuliaan syyn vuoksi.

Suun limakalvon muodostavat suuontelon pehmytkudokset. Niitä ovat huulen sisäpuolen limakalvo, suulaki, ien, poskien limakalvo, kieli, suunpohja. Nämä ovat anatomiselta rakenteeltaan toisistaan hyvinkin poikkeavia.

Suun limakalvon keratinosyyttien muodostama kerrostunut levyepiteeli muistuttaa ihon epiteeliä. Ihon ja suun limakalvon epiteelin tehtävä on myös samanlainen – molemmat suojaavat elimistöä mikrobeilta. Lisäksi suun limakalvon pinnalle sylki muodostaa suojan, nk. pellikkelin, ja epiteelin erottaa alla olevasta kudoksesta tukikerros.

Suun epiteelissä on keratiinia kulutukselle alttiina olevilla pinnoilla – esim suulaessa ja ikenillä, kun esimerkiksi posken epiteelissä keratinisaatiota ei normaalisti esiinny.



Aftat
Aftat ovat suun limakalvon uusiutuvia kivuliaita haavaumia, joiden etiologiaa ei tiedetä. Toistuvia aftoja voivat laukaista limakalvoon



Kielen sivun afta major, kirjoittajan kuva

kohdistuvat traumat (esim terävät hampaanreunat, pureminen), allergiat, geneettinen alttius, stressi; hormonaaliset, immunologiset tai tulehdukselliset tekijät, jotkut ruoka-aineet sekä hammastahnat ja lisäksi esim. keliakia ja tulehdukselliset suolistosairaudet.

Aftat ovat tavallisimmin pieniä (alle 1cm) ja ne paranevat itsestään 1-2 viikon kuluessa. Harvinaisempien, suurten (yli 1cm) afta majorien paraneminen voi kestää jopa yli kuukauden. Nämä muodot esiintyvät vain liikkuvan limakalvon (esim. kieli ja poski) alueella; sen sijaan aftojen kolmas, nk herpetiforminen (pienten haavaryppäiden) muoto, voi esiintyä missä tahansa suuontelon alueella.

Aftapotilaille suositellaan vaahtoamatonta hammastahnaa (ei sisällä natriumlauryylisulfaattia) sekä sitrushedelmien ja muiden voimakkaiden ruoka-aineiden välttämistä. Usein potilaat itse tunnistavat ärsyttävät ruoka-aineet. Paikallisista kortisonivalmisteista on apua aftojen aiheuttaman kivun lievitykseen. Apteekista on saatavilla ilman reseptiä lukuisia valmisteita

ja jollei niistä saa riittävää apua, voi reseptillä määrätä Nelosgeeliä® (sisältää kortisonia, puudutusainetta, sienilääkettä ja kloorheksidiiniä), tai puudutusuihketta ruokailua helpottamaan.

Kandidiaasi, suun sieni-infektio

Suurimmalla osalla aikuisista on suun limakalvoilla jonkin verran candida albicans (sam-mashiiva) -sientä. Pieni määrä sientä kuuluukin suun normaaliflooraan, eikä lääkettä tarvita.

Sieni on opportunisti ja sen kasvu runsastuu olosuhteiden ollessa sen lisääntymiselle suotuisa. Syitä suun sieni-infektioon ovat esim. syljenerityksen väheneminen, johon syynä voi olla mm ikääntyminen, suuta kuivattavat lääkitykset (katso tarkemmin lista: <https://www.terveyskirjasto.fi/trv00126#T1>), syöpähoidot, Sjögrenin syndrooma, anoreksia, labiili diabetes, elimistön puolustuskyvyn heikkous (esim. imeväisikäiset ja vanhukset) tai runsas kofeiinipitoisten juomien tai alkoholin kulutus. Hiilihydraattipitoinen dieetti lisää sienikasvua. Astmapotilaiden on suositeltavaa huuhdella suu kortikosteroidien käytön jälkeen. Hammasproteesit suositellaan pidettäväksi öisin pois suusta – ne puhdistetaan ja tarvittaessa desinfioidaan illalla ja jätetään ilmastavasti pöydälle.

Suun sieni-infektion oireet ovat kirvely, kutina suun limakalvolla ja se voi ilmetä limakalvo-



Angulaarinen keiliitti, sienitulehdus suupielissä
Kuva Oral and Maxillofacial Pathology, 2016

jen punoituksena tai vaaleana kasvustona limakalvon pinnalla. Vaalea kate esim. kielen päällä ei välttämättä ole merkki sienitulehduksesta. Erytematoottinen kandidiaasi aiheuttaa mm. kieleen tai suulakeen punoittavia, usein kivuliaita leesioita.

Sienikasvustoa ei pelkästään silmämääräisesti pysty arvioimaan, joten ennen sieni-infektion lääkkeitä tulisi ottaa muutoksesta (tai syljestä) sieniviljely. Muutaman viikon kuluttua lääkityksen päättymisestä tulee ottaa kontrolliviljely.

Suun limakalvon kirvely voi olla myös suupolteen (käsitellään myöhemmin tässä artikkelissa) aiheuttama ja siihen ei tarvita antimykotihoitoa.

Pikkulasten sammas, joka saattaa esiintyä esim. antibioottikuurin jälkeen, ei tavallisesti vaadi lääkkeitä. Lapsen lelut ja tutit on hyvä puhdistaa.

Suun sieni-infektioiden yleisin aiheuttaja on candida albicans, joka hoidetaan paikallisesti nystatiiniliuoksella ('sieni hoidetaan siellä missä se on'). Jos sieniviljelyn vastauksessa tulos on yksi +, lääkitystä ei tarvita. Potilaat, joilla on oireita sekä sieniviljelyn tulos kaksi ++, tai oireettomat potilaat, joilla tulos on kolme+++ lääkittää aina. Hoidon tulisi kestää 3-4 viikkoa; ainakin viikko oireiden helpottumisen jälkeen.

Suupielten haavaumiin voi suositella Pimafucort®-voidetta.

Suun punajäkälä

Lichen planus on pitkäkestoinen ihon, suun ja/tai genitaalialueen limakalvojen tulehduksellinen sairaus. Punajäkälää ilmenee noin 1-2 % väestöstä ja potilaista noin 70 % on naisia.

Suun punajäkälässä on useita eri muotoja (verkkomainen, bulloottinen, papulaarinen, plakkimainen, atrofinen, eroosiivinen, sekä näiden kombinaatiot), joista pieni osa voi vuosien kuluessa malignisoitua – siksi potilaan jatkuva



Posken limakalvon punajäkälä, kirjoittajan kuva

vuosittainen seuranta ja tarvittaessa koepalojen ottaminen on tarpeen. Suun punajäkäläoireilua lisää siihen varsin usein liittyvä sienitulehdus, joka tulisi hoitaa. Punajäkälälle ei ole parantavaa hoitoa, mutta oireita voidaan lievittää paikallisilla kortikosteroidi- tai takrolimuusivalmisteilla. Neutraali, limakalvoa ärsyttämätön ruokavalio usein rauhoittaa punajäkälän suuoireita.

Nikotiinituotteet

Nuuska on perinteisesti aiheuttanut ”norsunahkamuutoksia” suun limakalvolle, yleensä ylähuulen alle, mutta nuo nuuskaleesiöt ovat harvoin kivuliaita. Sen sijaan nykyään nuorten yleisessä käytössä olevat nikotiinipussit voivat aiheuttaa limakalvon kivuliaan rikkoutumisen.

Alla olevan valokuvan nuori mies oli käyttänyt nikotiinipusseja vuoden ajan. Limakalvo parani entiselleen muutamassa kuukaudessa käytön lopettamisen jälkeen.



Nikotiinipussien käytön aiheuttama haavauma, kirjoittajan kuva

Suun virusinfektiot

Useat virukset voivat aiheuttaa epämääräisiä kipuoireita myös suun limakalvolla. Esimerkiksi yleiset flunssavirukset (influenssa A- ja B-virukset, metapneumovirus, rinovirus, enterovirukset) voivat olla suumuutosten aiheuttajia. Useat eri enterorokkovirukset voivat aiheuttaa

ns. *hand-foot and mouth* -taudin, johon liittyy rakkuloita ja kipua pääasiassa käsissä, jaloissa ja suussa. Tauti on yleinen lapsilla, mutta voi esiintyä myös aikuisilla. Sars-viruksiin kuuluva koronavirus aiheutti laajan pandemian keväällä 2020, jonka jälkeen on raportoitu useita epäspesifejä kiputiloja myös suun alueella.

Herpes simplex 1 ja 2 suun limakalvolla

Noin puolet aikuisväestöstä on saanut herpesvirusinfektion elämänsä aikana suun tai genitaalialueen limakalvolle tai iholle. Aiemmin herpes tarttui jo varhaislapsuudessa, mutta nykyään on tavallista, että primääri-infektio saadaan usein vasta nuorena aikuisena. Ensi-infektio on useimmiten hyvin vähäoireinen, mutta osalle potilaista tulee hankalia suuoireita: helposti puhkeavia kivuliaita rakkuloita, usein ienalueille. Lisäksi kaulan imusolmukkeet voivat suurentua ja potilas voi kuumeilla. Ensi-infektioissa viruslääkitys on suositeltavaa. Diagnoosiin voi päätyä kliinisesti, mutta tarvittaessa voidaan tehdä PCR-tutkimus rakkulanesteestä tai immunohistologinen analyysi koepalasta.

Herpesvirukset jäävät piilevinä ensi-infektioita vastaavan sensorisen hermoston ganglion hermosoluihin, josta ne voivat myöhemmin aktivoitua aiheuttaen limakalvolle (tai iholle) infektion. Huuliherpes eli yskänrokko on ta-



HSV-1 primääri-infektio suun limakalvolla, kirjoittajan kuva



Suulaen rekurrentti HSV-1, kirjoittajan kuva

vallisin, mutta uusintainfektio voi ilmaantua myös esimerkiksi suulakeen pienirakkulaisena kivuliaana vesikkelikuviona. Uusintainfektion voi laukaista esim. stressi, suun alueen toimenpide, UV-valo, hengitystieinfektio tai jokin immuunipuutostila.

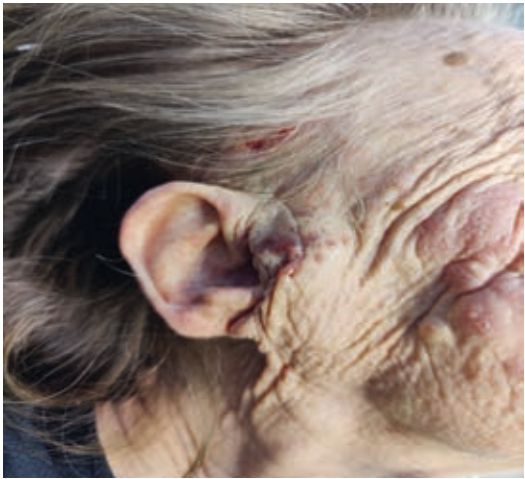
Uusiutunut herpesinfektio paranee itsestään, mutta tarvittaessa asikloviiri- tai valasikloviirilääkitys voi lyhentää oireiden kestoa. Kipua voi helpottaa kipulääkityksellä ja ruokailua puudutussuihkeella.

Jos herpes uusiutuu tiheästi, voi potilaalle määrätä virusnestelääkityksen.

Herpes zoster eli vyöruusu kasvojen alueella

Vyöruusu on vesirokkovirus varicella zosterin (VZV) aiheuttama kivulias tauti, joka ikääntyessä yleistyy. Vesirokkovirus jää usein jo lapsena sairastetun infektion jälkeen elimistöön ja noin 10–30 % väestöstä sairastuu iän tai vakavan sairauden myötä vyöruusuun. Joka kymmenenässä rakkulainen, vesikellomainen ihottuma tulee kasvojen alueelle toispuoleisena.

Kasvojen alueella vyöruusu saattaa alkaa hammasärkyä muistuttavana kipuna, jolloin potilaat usein hakeutuvat hammaslääkäriin.



Vyöruusu kasvojen iholla, kirjoittajan kuva

Rakkulat ilmaantuvat vasta päiviä myöhemmin. Viroslääkehoito (asikloviiri tai valasikloviiri) ja tarvittaessa kipulääkitys tulisi aloittaa heti.

Osalle potilaista jää infektion jälkitilana pitkäaikainen hermosärky, jota voidaan hoitaa hermokipulääkkeillä esim. trisyklisillä antidepressanteilla, gabapentinoideilla tai SNRI-ryhmän lääkkeillä.

Vyöruusun puhkeamista ja sen jälkeistä hermosärlyn esiintymistä voi ehkäistä rokotteella (Shingrix® tai Zostavax®), joita suositellaan yli 50-vuotiaille.

Vesirokkorokote on kuulunut Suomessa kansalliseen rokotusohjelmaan vuodesta 2017 alkaen, jolloin rokotetta alettiin tarjota kaikille 1.1.2006 jälkeen syntyneille lapsille.



Vyöruusu suun limakalvolla, kirjoittajan kuva.

Suusyöpä

Suun limakalvojen syövästä valtaosa on levyepiteelikarsinomia. Suusyöpä on alkuvaiheessa vähäoireinen ja se voi lähettää jo varhain etäpesäkkeitä. Suusyövän viiden vuoden eloonjäämisennuste Suomessa on miehillä noin 60 % ja naisilla noin 70 %. Varhainen diagnoosi parantaa ennustetta huomattavasti ja säännölliset limakalvojen, varsinkin kielen reunojen – jossa suusyöpä yleisimmin esiintyy – tarkastuk-

set hammaslääkärin toimesta ovat tarpeellisia. Hammaslääkärin tulee koepalaan perustuen tutkia – tai lähettää tarvittaessa eteenpäin tutkittavaksi – kaikki suun limakalvojen muutokset, jotka eivät 2-3 viikon jälkeen ole mahdollisten ärsyttävien tekijöiden poiston jälkeen parantuneet.

Suusyövän tärkeimmät riskitekijät ovat tupakointi ja alkoholin käyttö. Suusyöpävaaraa nielun alueella lisää myös mm HPV. Varsinkin prosessoitujen lihatuotteiden, kuten makkaroiden sekä paistetun ja voimakasmausteisen ruoan syönti lisäävät suusyövän riskiä. Suojavia tekijöitä ovat mm. kasviksia, vihanneksia ja hedelmiä sisältävä ruokavalio.

Suusyövän hoito toteutetaan aina erikoissairaanhoidossa ja siihen kuuluvat leikkaus, tai leikkauksen ja (kemo)sädehoidon yhdistelmä.



Kielen oikean sivun, kuvaushetkellä jo metastasoinut levyepiteelikarsinooma, kirjoittajan kuva

Kuppa (syfilis, lues)

Kuppa on yleisvaarallinen tartuntatauti, jonka esiintyvyys on jälleen kasvussa maailmanlaajuisesti. Suomessakin rekisteröityjä tapauksia vuonna 2024 oli yli 300; ilmaantuvuuden ollessa korkein 30-34 -vuotiailla miehillä (13,1/100 000).

Taudin aiheuttaa trepodema pallidum -bakteeri, joka tarttuu suojaamattomassa lima-



Kivulias kuppahaavauma alahuulen limakalvolla, kirjoittajan kuva.

kalvokontaktissa. Diagnoosi on serologinen: S-TrpaAb positiivisuus. Penisilliini on tehokas hoitovaihtoehto, pistoshoitona bentsatiinibentsyylipenisilliini.

On hyvä muistaa, että kuppa voi oireilla ensimmäiseksi suun limakalvolla. Haavauma voi olla ulkonäöltään hyvinkin vaatimaton ja muistuttaa esim. trauman aiheuttamaa kroonista haavaa.

HIV

HIV on ihmisen immuunipuutosviruksen aiheuttama krooninen infektio, joka todetaan verestä vasta-ainetestillä. Testi on luotettava vasta kolmen kuukauden kuluttua tartunnasta.



Alaleuan takahampaiden poistokuopat kuukausi poistojen jälkeen – normaali paraneminen ei ollut alkanut, kirjoittajan kuva.

Nykyisin infektion eteneminen voidaan tehokkaasti estää läkehoidolla.

Hyvästä taudin ennusteesta ja tehokkaasta läkehoidosta huolimatta osa hiv-tartunnan saaneista ei hakeudu testeihin tai hoitoon. Hivpoint.fi:n arvion mukaan noin 10-13 % tartunnan saaneista ei tiedä tartunnastaan.

Edellisellä sivulla on valokuva hiv-potilaan kivuliaasta hampaiden poistokuopasta, joka ei kuukaudessa ollut parantunut eikä kipu helpottanut. Syynä haavan parantumattomuuteen oli neljä vuotta aiemmin diagnosoitu, mutta täysin hoitamattomaksi jäänyt hiv-tartunta. Potilas ei ollut tartunnasta kuultuaan hakeutunut hoitoon.

Entä jos suu on kipeä eikä syytä näy?

Suupolte

Suupolte on suun limakalvon polte, kirvely tai epämiellyttävä tuntemus, johon usein liittyy subjektiivinen kuivan suun tunne sekä makuhäiriötä. Suupoltepotilailla limakalvo on terve eikä systeemistä tai paikallista syytä poltteluun löydetä.

Suupoltetta voi esiintyä eri puolilla suuonteloa ja kivun tunne ei ole erityisen voimakas, NRS (numeric rating scale) -asteikolla on 3.1-5.1/10.

Suupolte on tavallisin naisilla vaihdevuosien jälkeen; 50-89 -vuotiaista naisista noin 15 % on kokenut suupoltetta. Pitkäkestoiset kivut muualla elimistössä ovat suupoltepotilaille tavallisia. Kyseessä on nosioplastinen pitkäkestoinen kipu.

Potilaat kuvaavat usein oireilun olevan aamulla täysin poissa, tai se on varsin maltillista ja oireilun lisääntyvän iltaa kohden ollen voimakkaimmillaan nukkumaan mennessä. Neutraali ruoka helpottaa oireilua – tämä perustuu kin kivun porttikontrolliteoriaan.

Diagnoosi selviää usein haastattelemalla po-

tilasta. Muiden syiden poissulkemiseksi kannattaa ottaa suun limakalvon sieniviljely, sekä laboratoriokokeet perusverenkuva, ferritiini, paastosokeri, kilpirauhaskoe, folaatti, B12-vitamiini sekä tumavasta-aineet ANA.

Mikäli systeemistä tai paikallista syytä poltteluun ei löydy, voidaan tehdä suupoltediagnoosi (koodi ICD-10 luokituksessa on Kielen polte K14.60).

Hoitona on potilaan informointi ja rauhoittaminen, ärsyttävien ruokien välttäminen sekä tarvittaessa suun limakalvon kosteuttaminen (erilaiset suuta kosteuttavat tuotteet apteekkeista). Porttikontrolliteorian mukaan oireilua helpottaa imeskelytablettien käyttö – niistä kannattaa valita hammasystävällisiä tuotteita, esimerkiksi Salivin, Bepanthen tai xylitol-purukumi.

Jos paikallishoito ei auta, voidaan harkita pitkäaikaista neuropaattisen kivun lääkitystä, esimerkiksi trisyklisiä antidepressantteja, gabapentinoideja tai SNRI-ryhmän lääkkeitä.

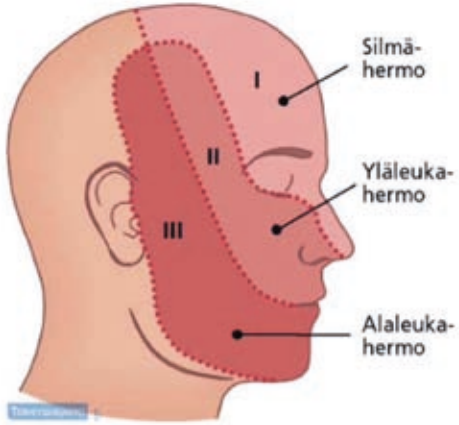
Kolmoishermosärky, trigeminusneuralgia

Kolmoishermosärky on kasvojen alueella tavattava voimakas kipu, jonka oireena on hyvin voimakas muutamista sekunneista minuuttiin kestävä sähköiskumainen kipu. Kipu tuntuu usein suun alueella muistuttaen hammaskipua, ja tästä syystä potilaat usein hakeutuvatkin hammaslääkärin vastaanotolle. Erotusdiagnostisesti tulee poissulkea hammasperäiset syyt.

Klassisen kolmoishermosärlyn taustalla on vaskulaarinen kompressio trigeminushermon haaraan, joka aiheuttaa demyelinisaation ja hermoimpulssien ektooppisen muodostumisen. Usein potilaat kertovat laukaisevasta tekijästä, 'trigger point', joka saattaa olla esim. puhuminen, hampaiden harjaus, syöminen tai parranajo.

Kolmoishermosärlyn hoitoon käytetään karbamatsepiini- tai okskarbatsepiinilääkitystä.

Kuva Terveyskirjasto



Lääkkeitä käytettäessä pitää muistaa karbamatsepiiniturvakokeet.

Trigeminusneuralgialla on spontaani remissiotaipimus ja lääkitystä yritetään keventää 1-2kk oireiden lakattua – jos oirekuva on poissa, voidaan lääkitys vähitellen purkaa.

Sekundaarisen kolmoishermosärlyn syy voi olla jokin muu hermoa painava tekijä, esimerkiksi akustikusneurinooma, meningeooma, kysta tai aneurysma. Kolmoishermosärkypoti-

las on syytä kertaalleen kuvata (pään MRI) sekundaarisen syyn poissulkemiseksi.

Osalle potilaista lääkityshoito ei ole riittävä ja silloin voidaan harkita neurokirurgista hoitoa, mikrovaskulaarista dekompressiota tai trigeminusganglion termokoagulaatiota. Botuliinitoksiinipistoksista on saatu myös hyviä kokemuksia. ■

Kirjallisuutta

Jääskeläinen S. Is burning mouth syndrome a neuropathic condition? Pain 2018;159:610-3
Kopra et al., Kuppa kummittelee suussa, Duodecim 2020;136(23):2641-5
Käypä hoito, Kipu
Käypä hoito, Seksitaudit
Käypä hoito, Suusyöpä
Lääkärin käsikirja, Kolmoishermosärky ja muut kasvokivut
Lääkärin käsikirja, Suun limakalvon virussairaudet
Saves et al., Mitä kieli kertoo terveydestä? Duodecim 2019;135:1345-53
Siponen M. Oral lichen planus – etiopathogenesis and management. Thesis 2017.
Välimaa et al., Herpes simplex -virusinfektioiden nykykuva ja hoito, Duodecim 2012;129(1):31-40

Lääkkeistä tinkiminen rahanpuutteen vuoksi



Katri Aaltonen
FaT, dosentti
Akatemiatutkija, Turun
yliopisto, INVEST tutkimus-
keskus ja lippulaiva
Erikoistutkija, Kansaneläke-
laitos (Kela)
Tutkija, Varsinais-Suomen
hyvinvointialue (Varha)

Väestökyselyiden mukaan noin joka viides suomalainen aikuinen on joutunut tinkimään lääkkeistä, ruoasta tai lääkärikäynneistä taloudellisten syiden vuoksi. Ilmiö on yleinen etenkin nuorten, työkyvyttömiä ja työttömien keskuudessa. Eurooppalaisessa vertailussa suomalaiset tinkivät lääkkeistä rahanpuutteen vuoksi useammin kuin useimmissa muissa maissa. Lääkärikyselyn perusteella potilaiden maksuvaikeudet näkyvät myös vastaanotoilla. Potilaan maksukyky vaikuttaa myös lääkärin lääkehoitopäätöksiin.

Suomessa lääkemenot ovat noin neljä miljardia euroa vuodessa, mistä kotitaloudet maksavat suoraan noin miljardin. Yhdenvertaisen saatavuuden näkökulmasta käyttöön sidotut omavastuut ja maksut ovat ongelmallisia, sillä ne kohdistuvat eniten niihin, joilla on suurin hoidon tarve. Koska köyhyys ja sairaus ovat usein yhteydessä toisiinsa, maksut voivat lisätä hoidon eriarvoisuutta.

Terveydenhuollon resurssit ovat kuitenkin rajalliset, eikä lääkehoitoihin ole käytettävissä loputtomasti rahaa. Taloudellisen ja sosiaalisen kestävyysyden yhteensovittamiseksi tarvitaan yhteiskunnallista keskustelua siitä, millä periaattein resurssit jatkossa jaetaan.

Johdanto

”Vaikken enää omillani asuessani joudu niin paljoa venyttämään penniä, joudun silti luopumaan monista asioista, jotta pärjään arjessa. Tämä sattuu minuun, erityisesti taiteita rakastavana ihmisenä. Joudun puntaroimaan usein sitä, nukunko kuukauden ajan kunnollisesti, jos ostan unilääkkeeni apteekista vaikka se maksaakin 151,10 euroa, vai käytänpö tuon rahan vaikkapa kankaisiin tai muuhun, joka hetkellisesti täyttäisi aukon sisälläni, ja hiljentäisi jatkuvan huudon.” (1)

Oheinen ote on peräisin syksyllä 2022 järjestetystä kirjoituskilpailusta, jolla kerättiin nuorten arkipäivän kokemuksia köyhyydestä (2). Kirjoitus on julkaistu nimettömänä yhtenä kilpailussa palkituista.

Myös vuonna 2007 kerättiin kirjoituksia siitä, kuinka ihmiset olivat jättäneet lääkkeitä ostamatta rahanpuutteen vuoksi (3). Julkaistuissa otteissa mainitut lääkkeet ovat tavallisia ja monille elintärkeitä: kipulääkkeitä, ahdistus- ja masennuslääkkeitä, diabeteslääkkeitä sekä sydän- ja verisuonisairauksien hoitoon tarkoitettuja lääkkeitä.

Joka viides suomalainen kokee aineellista puutetta

Kirjoitukset kuvaavat yksittäisiä kokemuksia, mutta ne heijastavat laajempaa ilmiötä. Vuosina 2022–2023 toteutetun väestökyselyn mukaan joka viides aikuinen on joutunut edellisen vuoden aikana tinkimään lääkkeistä, ruoasta tai lääkärikäynneistä rahanpuutteen vuoksi (4). Aineellinen puute oli yleistä etenkin nuorten keskuudessa, kun taas yli 65-vuotiaista vastaavaa raportoi selvästi harvempi. Nuorten heikompaan taloudelliseen tilanteeseen vaikuttavat todennäköisesti työmarkkinoiden epävarmuus, etuuksien taso sekä taloudellisen puskurin puuttuminen. Vuoteen 2020 verrattuna aineellisen puutteen kokemukset olivat hieman yleistyneet.

Aineellisen puutteen kokemuksia on tarkasteltu tarkemmin vertailemalla vuosina 2013–2015, 2018 ja 2020 kerättyjä väestökyselyitä (5,6). Näiden vuosien aikana 38–53 % työttömistä tai lomautetuista ja 37–57 % työkyvyttömistä kertoi joutuneensa tinkimään lääkkeistä, ruoasta tai lääkärikäynneistä rahanpuutteen vuoksi. Osa-aikatyössä tai osa-aikaeläkkeellä

”Viidennes lääkäreistä oli havainnut, että potilaan terveys oli vaarantunut lääkkeitä jättyä hankkimatta.”

olevista vastaajista tinkimistä raportoi 25–38 %, perhevapaalla olevista naisista 22–27 %, kokopäivätyössä olevista 12–22 % ja iän perusteella eläkkeellä olevista 9–13 %. Naiset raportoivat ongelmia hieman useammin kuin miehet.

Vuonna 2018 aineellisen puutteen kokemukset yleistyivät erityisesti niissä väestöryhmissä, jotka todennäköisesti altistuivat samanaikaisesti useille säästötoimien vaikutuksille, kuten omavastuukorotuksille ja sosiaalietuuksien leikkauksille. Erityisen selvästi tämä näkyi työkyvyttömiä miesten ja naisten, työttömien naisten sekä osa-aikatyössä tai osa-aikaeläkkeellä olevien miesten kohdalla. Näissä ryhmissä tinkiminen oli yleisempää kuin aiempina tutkimusvuosina, mikä heikensi heidän suhteellista asemaansa entisestään.

Maksuvaikeudet näkyvät myös lääkärin työssä

Lääkkeiden ostamatta jättäminen rahanpuutteen vuoksi näkyy konkreettisesti myös lääkärin vastaanotolla. Vuonna 2021 kerätyn kyselyn mukaan vajaa puolet lääkäreistä raportoi kohtaavansa tällaisia tilanteita vähintään kuukausittain (7). Lisäksi viidennes lääkäreistä oli havainnut, että potilaan terveys oli vaarantunut lääkkeitä jättyä hankkimatta.

Noin joka neljäs lääkäri kertoi kohtaavansa vähintään kuukausittain tilanteita, joissa hän voi määrätä useampia lääkkeitä tai jättää lääkekustannukset huomioimatta, koska potilaan lääkekatto oli ylittynyt. Potilaan taloudellisten ongelmien ratkaisemiseksi lääkärit muun muassa tarkistivat ja karsivat potilaiden lääkityksiä, määräisivät halvimpia vaihtoehtoja ja ohjasivat potilaita sosiaalityöntekijän vastaanotolle.

Lääkkeen hinta potilaalle vaikuttaa siten ohjaavan merkittävästi lääkkeen määräämistä. Lähes 90 prosenttia lääkäreistä piti potilaan maksamaa hintaa vähintään melko tärkeänä tekijänä lääkehoitopäätöksissä. Yhteiskunnan kustannuksia piti vähintään melko tärkeinä noin 70 prosenttia. Molemmat näkökulmat koettiin siten tärkeiksi, mutta potilaan maksu-

taakka huoletti useampaa lääkäriä kuin lääkkeen kustannukset yhteiskunnalle.

Rekisterien perusteella lääkemääräyksen voimassaolon vanhenemiseen asti hakematta jääneet lääkkeet ovat yleisimmin kipulääkkeitä ja oirelääkkeitä (8). Syynä voi olla, että monia näistä lääkkeistä voi ostaa myös itsehoidosta. Oirelääke voi myös olla kirjoitettu varmuuden vuoksi tai potilaalla voi olla useampi päällekkäinen lääkemääräys. Maksuvaikeuksista voi kieltä se, että pienempituloisilla lääkkeitä jää hieman useammin noutamatta kuin suurempituloisilla ja monilääkityillä useammin kuin vain muutamia lääkkeitä käyttävillä.

Lääkemenojen rahoitus: haasteet ja vaihtoehdot

Suomessa lääkkeisiin käytettiin vuonna 2024 yhteensä noin 4 miljardia euroa (9). Tästä summasta noin 1,9 miljardia euroa katettiin sairausvakuutuksesta (Kelan lääkekorvaukset) ja 880 miljoonaa euroa sairaaloiden ja laitosten budjeteista. Kotitaloudet maksavat suoraan lääkkeitään noin miljardin, mikä sisältää korvattavien lääkkeitä omavastuut, ei-korvattavat lääkkeet sekä ilman reseptiä ostetut valmisteet (10).

Uusien lääkkeitä korkeat hinnat nousevat ajoittain julkiseen keskusteluun. Niitä perustellaan lääkeyritysten tarpeella saada riittäviä kannustimia uusien hoitojen kehittämiseen. Kuitenkin se, miten lääkkeitä rahoitus kerätään ja miten vastuu menoista jaetaan yhteiskunnan ja yksilön välillä, on poliittinen päätös.

Jos tavoitteena on lääkkeitä yhdenvertaisen saatavuus, rahoitus tulisi ensisijaisesti kerätä maksukyvyyn mukaan, kuten Suomessakin tehdään verotuksen ja sosiaalivakuutusmaksujen kautta. Käyttöön sidotut maksut kohdistuvat eniten niihin, joilla on suurin hoidon tarve (11). Tämä on ongelmallista, sillä sairaus ja köyhyys ovat usein yhteydessä toisiinsa. Sairaat ihmiset ovat siten keskimäärin heikommassa asemassa maksamaan tarvitsemastaan hoidosta, ja ilman hoitoa tilanne vain pahenee.

Yhteiskunnan lääkemenot eivät kuitenkaan

”Suomessa Kela vastaa avohoidon lääkkeiden rahoituksesta, eikä terveydenhuollon järjestämisestä vastaavilla hyvinvointialueilla ole rahallista kannustetta vaikuttaa lääkkeiden määräämiseen.”

voi kasvaa loputtomasti. Vaikka valtaosa suomalaisista toivoo poliittiselta päätöksenteolta terveydenhuollon kehittämistä ja hoidonsaannin turvaamista, lähes yhtä moni toivoo toimia valtion velkaantumisen pysäyttämiseksi (12). Vähemmistö olisi valmis henkilökohtaisesti maksamaan lisää veroja. Lisäksi omavastuiden pienentäminen voi lisätä lääkkeiden kulutusta, kuten nykyjärjestelmässä tapahtuu lääkekaton ylittymisen jälkeen (13). Jos lääkkeet olisivat käyttäjille täysin ilmaisia, lääkemenojen kasvua olisi hillittävä muilla keinoilla.

Monissa maissa lääkkeiden määräämistä ohjataan tiukemmin, tai korvattavien lääkkeiden valikoima on rajatumpi. Esimerkiksi Ruotsissa reseptilääkkeiden korvausvastuu on alueilla, mikä kannustaa niitä ohjaamaan lääkäreiden määräämiskäytäntöjä esimerkiksi klinikkakohtaisilla budjeteilla (14). Suomessa taas Kela vastaa avohoidon lääkkeiden rahoituksesta, eikä terveydenhuollon järjestämisestä vastaavilla hyvinvointialueilla ole rahallista kannustetta vaikuttaa lääkkeiden määräämiseen.

Suomi eurooppalaisessa vertailussa

Terveydenhuollon kokonaismenoista suomalaisten kotitalouksien maksuosuus (16 %) on lähellä Euroopan keskiarvoa (15 %) (15). Pelkkä maksuosuus ei kuitenkaan kerro, miten maksut jakautuvat tai kenelle ne muodostuvat kohtuuttomiksi. Maksukykyyn vaikuttavat myös kotitalouden käytettävissä olevat tulot. Suomessa pienituloisimpien kotitalouksien maksukykyä määrittää keskeisesti vähimmäisetuuksien taso. Osassa maista lääkkeiden ja terveydenhuollon maksuihin sovelletaan huojennuksia pienituloisuuden perusteella. Toisissa maissa maksuja katetaan rahaetuuksista, kuten Suomessa toimeentulotuesta.

Vuoden 2019 eurooppalaisessa terveystutkimuksessa 8 prosenttia lääkkeitä tarvitsevista suomalaisista ilmoitti tinkiensä niistä rahanpuutteen vuoksi (16). Suomi ja Ruotsi sijoituivat vertailussa korkealle, neljänneksi ja viidenneksi heti Latvian, Kroatian ja Serbian jälkeen. Eu-

roopan keskiarvo oli selvästi matalampi, 4 prosenttia. Suomen ja Ruotsin heikolle sijoitukselle voi olla useita syitä omavastuiden lisäksi, kuten erot sairastavuudessa, lääkkeiden käytössä ja saatavuudessa.

Säästötoimet politiikan kestoaiheena

Terveydenhuollon asiakasmaksuja ja lääkkeiden omavastuita on muutettu useaan otteeseen viime vuosikymmeninä. Tämän vuoden alussa korotettiin lääkkeiden alkuomavastuuta 50 eurosta 70 euroon ja samalla sen taso sidottiin kansaneläkeindeksiin. Muutoksella tavoitellaan 22–25 miljoonan euron säästöä lääkekorvausmenoihin (HE 129/2024 vp).

Yksittäisinä ja keskimäärin tarkasteltuna säästötoimien vaikutukset kotitalouksille voivat olla kohtuullisia, ja muutoksia on usein perusteltu julkisen talouden säästöpainella. Kuitenkin pienituloisille ja paljon lääkkeitä tai terveydenhuoltoa tarvitseville jatkuvat korotukset voivat muodostua merkittäväksi lisäkuormaksi.

Lääkkeiden kohdalla säästöpainet eivät ole hellittämässä. Uudet lääkeshoidot voivat maksaa satoja tuhansia euroja, jopa miljoonia yhtä potilasta kohden. Näin suuriin kustannuksiin vain harva pystyy varautumaan ilman yhteiskunnan riskinjakoa. Toisaalta jos yhteiskunnan rahat kuluvat jatkossa vain harvojen hoitoon, jätetäänkö halvempia lääkkeitä tarvitseva enemmistö pärjäämään omilleen?

Tavoitteista konkretiaan

Keskustelu vastuunjaosta yhteiskunnan ja yksilön välillä on vaikeaa eikä kaikkia tyydyttävää ratkaisua ole näköpiirissä. Vuonna 2022 kerätyn kyselyn perusteella kansalaisten mielipiteet priorisoinnista vaikuttavat ristiriitaisilta ja moni on ei osaa tai halua kertoa kantaansa (17). Esimerkiksi noin puolet kansalaisista oli samaa mieltä väitteestä: ”Hoitojen priorisointi on mahdotonta, jokaista potilasta tulisi auttaa kaikin keinoin”. Noin 15 prosenttia oli eri mieltä ja 30 prosenttia valitsi neutraalin vaihtoehdon. Silti myös noin 40 prosenttia oli samaa mieltä

väitteestä: ”Priorisoinnilla pitää pyrkiä parantamaan koko väestön terveyttä, vaikka rahaa ei tämän takia riittäisi yhden potilaan kalliiseen hoitoon”. Vain noin 10 prosenttia on eri mieltä ja 36 prosenttia valitsi neutraalin vaihtoehdon.

Aiheen vaikeudesta huolimatta resurssien jakoperiaatteista pitää keskustella avoimesti ja laajapohjaisesti. Järjestelmät muuttuvat ajan myötä joka tapauksessa: vähitellen säästöpäätös kerrallaan, tai koska maailma muuttuu järjestelmän ympärillä (18). Jo nyt lääkemenot aiheuttavat monelle taloudellisia ongelmia tai esteen hoidolle yhdenvertaisen saatavuuden tavoitteista huolimatta. Tavoitteiden asettamisesta tulisikin edetä etsimään konkreettisia ja yhteiskunnallisesti hyväksyttäviä ratkaisuja, jotka tasapainottavat sekä halukkuuden lisätä julkisia menoja, että tarpeen varmistaa kaikille ihmisille taloudellinen turva sairauksien hoitoon liittyvien kulujen varalta. ■

Kirjallisuutta

1. Nimetön, ote Tiktok-sossujen Maija Haapalan valitsemasta, palkitusta tekstistä. Julkaistu internet-sivulla: Nuorten arkipäivän kokemuksia köyhyydestä. Saatavilla: [https://sites.utu.fi/nuortenkoyhyyskokemuksia/Viitattu 25.8.2025](https://sites.utu.fi/nuortenkoyhyyskokemuksia/Viitattu%2025.8.2025)

2. Rajala, T., Isola, A.-M., Puuronen, A., & Kallio, J. (2024). Nuorten arkipäivän kokemuksia köyhyydestä – kuvaileva teema-analyysi. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti, 61(4). <https://doi.org/10.23990/sa.130662>

3. Kruunari, A. Läkkeitä vai ruokaa. Pitkään sairastneiden omakohtaisia kokemusta perusturvan riittävyydestä. Tampereen yliopisto, pro gradu -tutkielma, 2009.

4. Kestilä L, Karvonen S. Terve Suomi -tutkimus: Joka viides aikuinen on joutunut tinkimään ruoasta, lääkkeitä tai lääkärikäynneistä rahanpuutteen vuoksi. THL tiedote, 5.10.2023. <https://thl.fi/-/terve-suomi-tutkimus-joka-viides-aikuinen-on-joutunut-tinkimaan-ruoasta-laakkeista-tai-laakarikaenneista-rahampuutteen-vuoksi-?redirect=%2Ffi%2F>

5. Aaltonen K. Austerity, economic hardship and access to medications: a repeated cross-sectional population survey study, 2013–2020. J Epidemiol Community Health. 2023 Mar 1;77(3):160-7. <https://doi.org/10.1136/jech-2022-219706>

6. Aaltonen K. Läkkeitä tinkiminen yleistyi hallituksen kovien säästötoimien aikaan. INVEST blog 1, 2023.

<https://blogit.utu.fi/invest/2023/01/31/laakkeista-tinkiminen-yleistyi-hallituksen-kovien-saastotoimien-aikaan/>

7. Ruotsalainen J, Hämeen-Anttila K, Jyrkkä J, Saastamoinen L, Saastamoinen P, Jauhonen H-M. Lääkehoitopäätöksiin vaikuttavat tekijät -kyselytutkimus lääkäreille. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea. Fimea kehittää, arvioi ja informoi - julkaisusarja 8/2021. <https://www.julkari.fi/handle/10024/142837>

8. Kari H, Nurminen F, Rättö H, Koskinen H. Non-dispensed prescriptions—A nationwide descriptive study. Exploratory Research in Clinical and Social Pharmacy. 2024 Dec 1;16:100541. <https://doi.org/10.1016/j.rcsop.2024.100541>

9. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea ja Kansaneläkelaitos. Suomen lääketilasto 2024. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2025061166746>

10. THL. Terveydenhuollon menot ja rahoitus, ennakkotiedot 2022. <https://thl.fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/sosiaali-ja-terveydenhuollon-resurssit/terveydenhuollon-menot-ja-rahoitus>

11. Kantaris M, Thomas S, Rice T. Mitigating the regressivity of private mechanisms of financing healthcare: An Assessment of 29 countries. Health policy. 2024 May 1;143:105058. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2024.105058>

12. Haavisto I. Rautaisannos realismia. Suomalaisten hallitusohjelmatoiveita leimaa talousrealismi. EVA analyysi 120, 2023.

13. Verho J, Harju J. Moral Hazard in Drug Purchases. FIT Working Paper 12, 2023. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe202401041460>

14. Ohlsson H, Merlo J. Understanding the effects of a decentralized budget on physicians' compliance with guidelines for statin prescription—a multilevel methodological approach. BMC health services research. 2007 May 8;7(1):68.

15. OECD/European Commission (2024), Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/b3704e14-en>.

16. Eurostat Database. Self-reported unmet needs for specific health care-related services due to financial reasons by sex, age and income quintile. Päivitetty: 24.03.2022. Viitattu: 19.8.2025 https://doi.org/10.2908/HLTH_EHIS_UN21

17. Torkki P, Patja K, Ignatius E, ym. Terveydenhuollon palveluvalikoiman priorisointi. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2022:53 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-397-5>

18. Kangas O. Poikkeukselliset ajat avaavat poikkeuksellisia mahdollisuuksia. Sosiaaliturvakomitean julkaisu 2020:1 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-7156-1>

Mitä fysioterapiaopiskelijoille opetetaan kivusta ja mitä opiskelijoiden kivun osaamisalueita voisi arvioida?



Jolanda Ehrström
ft (YAMK), FT (terveystie-
teet), tuntiopettaja
Mehiläinen ja Metropolia
Ammattikorkeakoulu

Väitöskirjan tavoitteena oli tuottaa tutkimustietoa ja mittareita, joita voidaan käyttää fysio-
terapeuttien kivunopetuksen kehittämiseen. Kivunopetuksen määrää ja sisältöä arvioitiin
Suomen ammattikorkeakoulujen fysioterapian koulutusohjelmissa ja kyselylomakkeet
"Health Care Providers' Pain and Impairment Relationship Scale", sekä uudistettu "Neurophysio-
logy of Pain Questionnaire" käännettiin ja mukautettiin suomen kielelle (HC-PAIRS-FI ja RNPQ-
FI).

Tutkimuksemme osoitti, että vaikka kivunopetukseen käytettiin yleisesti ottaen paljon oppi-
tunteja, niiden määrä vaihteli suuresti eri ammattikorkeakoulujen välillä. HC-PAIRS-FI, osoittautui
luotettavaksi ja päteväksi suomalaisten fysioterapeuttien ja fysioterapiaopiskelijoiden keskuu-
dessa, kun taas RNPQ-FI-kyselylomakkeen sisäinen yhtenäisyys oli heikko ja toistettavuus koh-
talainen.

Johdanto

Kipu on yksi yleisimpiä syitä hakeutua fysio-
terapeutin vastaanotolle. Erityisesti pitkittynyt
(krooninen) kipu on valtava haaste yksilölle,
terveydenhuollon ammattilaisille, terveyden-
huoltojärjestelmille ja yhteiskunnalle. Kroo-
nisen kivun suuri taakka edellyttää riittävää
kivunhoidon osaamista eri terveydenhuollon
ammattilaisten keskuudessa ja niiden välillä.
Terveysdenhuollon ammattilaisten mahdolli-
suus saada ajantasaista kipukoulutusta on yksi
keskeisistä suosituksista kivunhoidon paranta-
miseksi (1-3).

Viime vuosikymmenten aikana kiputietä-
mys on kasvanut räjähdysmäisesti ja kivunhoi-
tokäytännöt ovat kehittyneet huomattavasti.
Edistysaskeliin kuuluu merkittäviä muutoksia,
jotka ulottuvat siitä, miten kipu ymmärretään
yksilötasolla, siihen, että krooninen kipu käsite-
tään omaksi sairaudekseen (4,5). Uuden tiedon
mukaisesti myös potilaiden hoitoa koskevat
kliiniset ohjeet muuttuvat. Tämä kiputietämyk-
sen nopea kasvu on osoittautunut haasteeksi

tiedekunnille, myös fysioterapian koulutusoh-
jelmille, jotka yrittävät pysyä mukana monitie-
teisissä kehityksessä (6,7).

Nykytutkimukset osoittavat, että terveyden-
huollon perustutkinto-opiskelijoiden, mukaan
lukien fysioterapiaopiskelijoiden, kivunopetus
on edelleen riittämätöntä (4,8-15). Yhdistelmä
vanhentunutta ja rajallista keskittymistä kivun-
opetukseen voi osaltaan vaikuttaa siihen, että
vastavalmistuneet klinikot tuntevat olevansa
valmistautumattomia hoitamaan monimut-
kaisempia kivun muotoja, kuten pitkittynyttä
alaselkäkipua (4,16-18). Rohkaisevaa on kuiten-
kin, että fysioterapiaohjelmien kipuun liittyvän
opetuksen parantamiseen tähtääviä tutkimuk-
sia on julkaistu viimeisten viiden vuoden aika-
na yhä enenevissä määrin (7,19-27).

Kansainvälinen kivuntutkimusyhdistys (IASP,
International Association for the Study of Pain)
on laatinut opetussuunnitelmaohjeet fysiotera-
pian koulutusohjelmien kivunopetusta varten
(28,29). Vaikka näiden ohjeiden uusimmassa
versiossa keskitytään osaamisperusteiseen ope-



Kuvio 1. Keskimääräinen lä-
hiopetustuntimäärä kivun-
opetusta kategorioiden
mukaan. Lyhenteet: TENS = trans-
kutaaninen sähköinen
hermostimulaatio; IFC =
interferenssivirta.

tukseen, suositukset näiden taitojen arvioin-
nista puuttuvat edelleen (4). Fysioterapeuttien
ja fysioterapiaopiskelijoiden asenteita ja usko-
muksia kipua kohtaan sekä tietämystä kivun
neurofysiologiasta on kuitenkin arvioitu erilai-
silla itseraporttikyselylomakkeilla (30-34).

Kivun taustalla olevien biologisten meka-
nismien ymmärtäminen sekä fysioterapeutin
omat asenteet ja uskomukset kivusta vaikutta-
vat annettavaan hoitoon (30,32,35,36). Kyky
tunnistaa näitä asenteita ja uskomuksia näh-
dään olennaisena edellytyksenä hoidon kehit-
tämiseksi (33). Terveysalan ammattilaisten ja
alan opiskelijoiden kipukoulutuksessa tulisikin
näyttöön perustuvan ajantasaisen sisällön lisäk-
si huomioida osallistujien uskomukset ja asen-
teet kipua kohtaan. Asenteiden ja uskomusten,
sekä kiputietämyksen arviointi edellyttää sopi-
vien arviointimittareiden eli kyselylomakkei-
den käyttöä. Vastaavia kyselylomakkeita ei ole
aikaisemmin validoitu suomen kielelle.

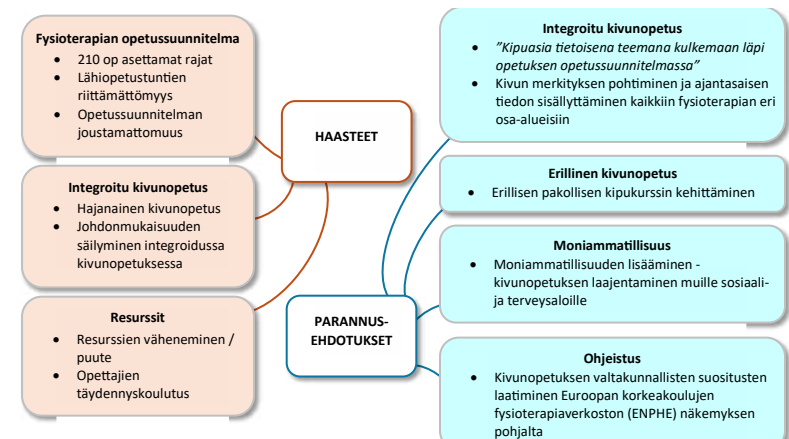
Tämä artikkeli pohjautuu Jolanda Ehrström-
in väitöskirjaan ja sen kolmeen osajulkaisuun.
Väitöskirjatutkimuksen tavoitteena oli tuottaa
tutkimustietoa ja mittareita, joita voidaan käyt-
tää fysioterapeuttien ja fysioterapiaopiskelijo-
iden kivunopetuksen kehittämiseen.

Osatutkimukset ja niiden tulokset

Ensimmäisessä osatutkimuksessa arvioitiin ki-
vunopetuksen määrää ja sisältöä valtakunnalli-

sesti ammattikorkeakoulujen (AMK) fysiotera-
pian koulutusohjelmissa (N = 12). Tutkimus to-
teutettiin verkkokyselynä, joka lähetettiin fysio-
terapian koulutusohjelmien vastaaville vuonna
2017. Tutkimuksessa kävi ilmi, että vaikka ki-
vunopetukseen käytettiin yleisesti ottaen pal-
jon oppitunteja, niiden määrä vaihteli suuresti
eri ammattikorkeakoulujen välillä (21 tunnista
130 tuntiin). Lisäksi joitakin keskeisiä kivun
oppisisältöjä (esim. kivun biopsykososiaalinen
malli, kognitiivis-behavioraaliset menetelmät
ja kipupotilaan moniammatillinen hoito) ei
käsitelty riittävästi. Tulokset osoittivat myös
passiivisten kipuhoidojen, manuaalisen terapi-
an ja sähköhoitojen, korostumisen opetuksessa
(Kuvio 1). Kivunopetuksen toteutuksen osalta
erillinen kipukurssi kaksinkertaisti kyseisten
ammattikorkeakoulujen kivunopetuksen mää-
rän verrattuna niihin ammattikorkeakoului-
hin, jotka tarjosivat vain muuhun opetukseen
integroitunutta kivunopetusta (keskiarvo 103
vs. 53 tuntia). Huomion arvoista oli myös, että
vain kolmannes ammattikorkeakouluista piti
kivunopetustaan riittävänä. AMK:t toivat esille
kivunopetukseen liittyviä haasteita ja paran-
nusehdotuksia (Kuvio 2). Alle puolet AMK:sta
(n = 5, 42 %) sovelsivat IASP:n fysioterapian
kivunopetus opetussuunnitelma ohjeita ja kat-
tava kipuun liittyvä koulutus oli opettajien kes-
kuudessa harvinaista.

Toisessa osatutkimuksessa terveydenhuollon
ammattilaisten asenteita ja uskomuksia arvioiva
kyselylomake "Health Care Providers' Pain and
Impairment Relationship Scale" käännettiin ja
mukautettiin suomalaiseen kulttuuriin sopi-
vaksi (HC-PAIRS-FI). Tämän jälkeen suomeksi
käännetyn HC-PAIRS-FI lomakkeen faktorira-
kennetta (kaksi faktorianalyysi kierrosta) ja psy-
kometrisiä ominaisuuksia (sisäinen yhtenevyys,
toistettavuus ja rakennevaliditeetti) arvioitiin
suomalaisten fysioterapeuttien ja fysioterapia-
opiskelijoiden keskuudessa verkkokyselystä
saatujen vastausten perusteella. Verkkokyselyssä
osallistujat vastasivat HC-PAIRS-FI kyselyyn,
sekä terveydenhuollon ammattilaisille mukau-
tetusta Liikkumisen pelko (TSK-TH) kyselyyn.



Kuvio 2. Ammattikorkeakoulujen haasteet ja parannusehdotukset
Lyhenne: ENPHE = European Network of Physiotherapy in Higher Education.

Verkkokyselyyn vastasi 202 fysioterapeuttia ja 97 fysioterapiaopiskelijaa. Tuloksemme osoittivat, että lomakkeen suomen kielinen versio (HC-PAIRS-FI), oli luotettava ja pätevä tutkimuksen otoksessa. Lomakkeella oli hyvä sisäinen yhtenevyys ($N = 299$) ja toistettavuus ($N = 181$): Cronbachin alfa 0,79 ja ICC = 0,82 (molemmat p -arvot < 0.001). HC-PAIRS-FI-pisteet korreloivat kohtalaisesti TSK-TH:n kanssa ($r = 0,69$, $p < 0.001$).

Kehittämämme HC-PAIRS-FI-lomake (Kivun ja toimintahäiriön suhde – arviointilomake terveydenhuollon ammattilaisille), joka arvioi terveydenhuollon ammattilaisten kroonista alaselkääkipua koskevia asenteita ja uskomuksia, koostuu 11 väittämästä (7-pisteen Likert asteikolla) ja kolmesta faktorista (Kuvio 3). Mitä korkeampi pistemäärä, sitä vahvemmin vastaaja ajattelee, että krooninen alaselkäkipu on peruste työkyvyttömyydelle ja toiminnan rajoittamiselle. Näin ollen korkea HC-PAIRS-FI pistemäärä osoittaa uskomusta, että kipu liittyy poikkeuksetta liikkumiseen ja aktiivisuuteen ja että fyysisistä aktiivisuutta olisi näin ollen vältettävä. Matalat pistemäärät olisivat suotavat: potilasta kannattaa kannustaa pysymään aktiivisena hänen oireilustaan huolimatta. Kyselylomakkeen suomenkielinen versio on vapaasti saatavilla väitöskirjan toisen osajulkaisun liitetiedostossa: [https://www.sciencedirect.com/science/article/](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2468781221001557)

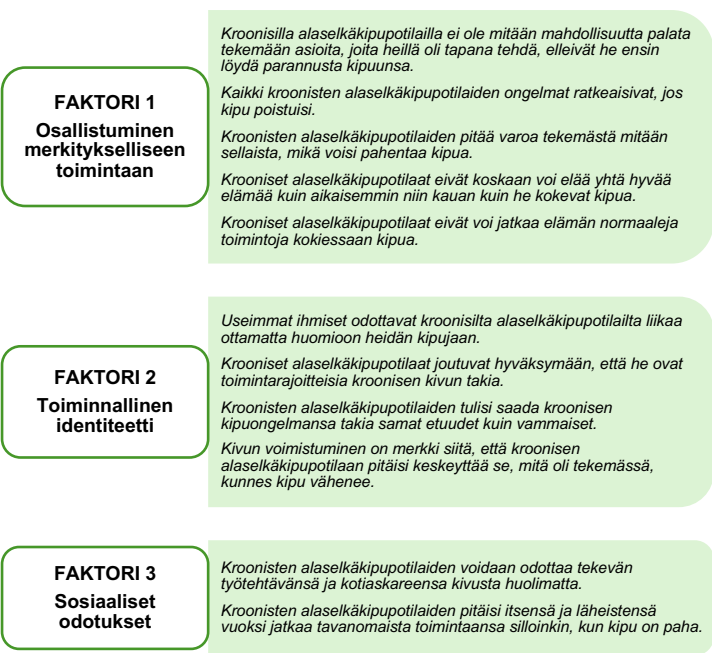
pii/S2468781221001557.

Kolmannessa osatutkimuksessa uudistettu kyselylomake ”Neurophysiology of Pain Questionnaire”, joka arvioi yksilön ymmärrystä kivun taustalla olevista biologisista mekanismeista, käännettiin ja mukautettiin suomen kielelle (RNPQ-FI). Käännetyn RNPQ-FI-lomakkeen luotettavuutta (sisäinen yhteneväisyys ja toistettavuus) arvioitiin samalla otoksella kuin toisessa osatutkimuksessa. Kolmannessa osatutkimuksessa verrattiin myös fysioterapeuttien ja fysioterapiaopiskelijoiden tietämystä kivun neurofysiologiasta, sekä RNPQ-FI pisteiden ja taustatekijöiden välistä yhteyttä.

RNPQ-FI (Uudistettu kivun neurofysiologia – kysely) koostuu 12 väittämästä, joissa vastausvaihtoehdot ovat: oikein, väärin, en osaa sanoa (0 – 12 pistettä, kuvio 4). Mitä korkeampi pistemäärä, sitä parempi kivun neurofysiologian tietämys vastaajalla on. Kyselylomakkeen suomenkielinen versio on vapaasti saatavilla väitöskirjan julkaisussa <https://helda.helsinki.fi/items/6797145e-b93a-4ffb-93e7-1f00f41ee76a>.

RNPQ-FI-kyselylomakkeen sisäinen yhtenäisyys oli heikko ja toistettavuus kohtalainen (Cronbachin alfa 0,44 ja ICC = 0,70) tutkimuksen otoksessa. Vaikka fysioterapiaopiskelijoiden ja ammattilaisten tietämys kivun neurofysiologiasta oli samantasoista (oikein vastausten keskimääräinen %:osuus 61,4% ja 62,1%), tutkimuksessa kävi ilmi, että lähes puolet fysioterapeuteista ja kolmannes opiskelijoista ilmoitti vaikeuksista ymmärtää lomakkeen väittämiä. Erityisesti yksityiskohtainen tieto kivun neurofysiologiasta (kivun taustalla olevat biologiset mekanismit) oli vaikeaa ymmärtää ja siihen liittyviin väittämiin vastattiin usein väärin (Kuvio 5: fysioterapeutit ($N = 202$) ja fysioterapiaopiskelijat ($N = 97$)).

Lisäksi toisessa ja kolmannessa osatutkimuksessa kävi ilmi, että kipuaiheen lisäkoulutuksen (≥ 5 op) suorittaneilla fysioterapeuteilla ja erillisen kipukurssin suorittaneilla opiskelijoilla, oli myönteisemmät asenteet ja uskomukset kroonista alaselkääkipua kohtaan, ja heidän kivun



Kuvio 3. HC-PAIRS-FI kyselyn kolme faktoria ja 11 väittämää

neurofysiologiaa koskeva tietotaso oli korkeampi kuin niillä, joilla ei ollut vastaavaa koulutusta.

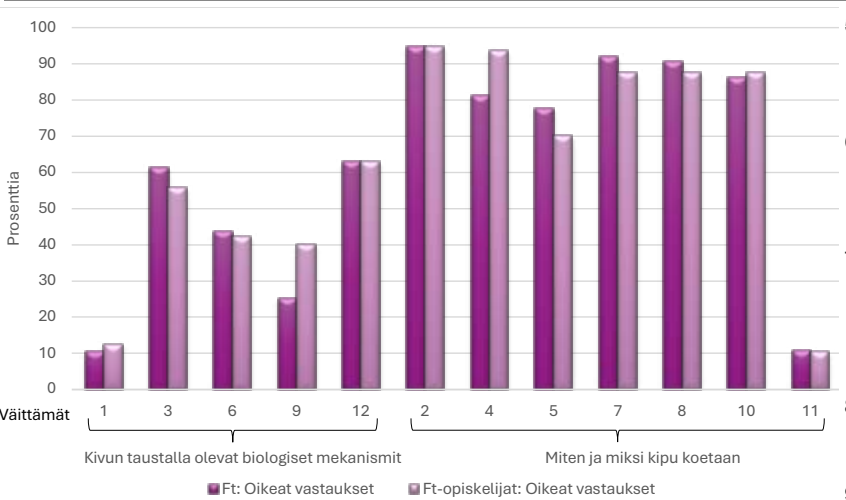
Kuvio 4. Uudistettu kivun neurofysiologia kysely

Pohdinta ja johtopäätökset
Väitöskirjatutkimus tuo esille fysioterapian perustutkintokoulutuksen kivunopetuksen haasteita ja kehittämiskohteita, joiden avulla fysioterapiaopiskelijoiden kivunopetusta voidaan edistää. Sen lisäksi, että kivunopetuksen määrä on riittävä, mikä voidaan saavuttaa erillisellä kipukurssilla, opetuksen sisällön on oltava ajan tasalla. Lisäksi olisi edistettävä

- 1 Kun jokin kehosi osa vaurioituu, erityiset kipureseptorit välittävät kipuviestin aivoihisi.
- 2 Kipua ilmenee vain, kun olet loukkaantunut tai vaarassa loukata itsesi.
- 3 Erityiset hermot selkäytimessäsi välittävät viestejä ”vaarasta” aivoihisi.
- 4 Kipua ilmenee aina, kun olet loukannut itsesi.
- 5 Aivot päättävät, milloin koet kipua.
- 6 Hermot mukautuvat nostamalla lepojännitettään.
- 7 Krooninen kipu tarkoittaa aina, että vamma ei ole parantunut kunnolla.
- 8 Vakavammat vammat aiheuttavat aina pahemman kivun.
- 9 Laskevat neuronit (hermosolut) ovat aina inhihoivia (estäviä).
- 10 Loukkaantuessasi ympäristö, jossa olet, ei vaikuta kokemasi kivun määrään niin kauan kuin vaurio on täsmälleen sama.
- 11 Kansainvälisen kivuntutkimusyhdistyksen (IASP, International Association for the Study of Pain) kipumäärittelyn mukaan on mahdollista kokea kipua ja olla tiedostamatta sitä.
- 12 Kun olet loukannut itsesi, erityiset reseptorit välittävät viestin ”vaarasta” selkäytimesi.

hyvin koordinoitua ja tarkoituksenmukaista muuhun opetukseen integroitua kivunopetusta. Toisen ja kolmannen osatutkimuksen perusteella erillinen kipukurssi integroidun kipuopetuksen ohella näyttäivät tarjoavan selviä etuja fysioterapiaopiskelijoille, ts. myönteisempiä asenteita ja uskomuksia kroonisia alaselkäkipupotilaita kohtaan, sekä korkeamman kivun neurofysiologian tietotason. Pitkän ja kattavan kivun jatkokoulutuksen johtaessa vastaaviin tuloksiin fysioterapeuttien keskuudessa, havainnoit korostavat jatkuvan ja ajantasaisen kipuopetuksen merkitystä sekä opiskelijoille, että ammattilaisille. Toisessa ja kolmannessa osatutkimuksessa suomeksi käännettyjä ja suomalaisen toimintaympäristöön muokattuja kyselylomakkeita voidaan tulevaisuudessa käyttää sekä fysioterapeuttien perus- ja täydennyskoulutuksessa, kroonisesta kivusta kärsivien potilaiden kliinisen hoidon kehittämisessä, että kroonista kipua koskevien tietojen, asenteiden ja uskomusten tutkimuksessa.

Tulevia suuntauksia
Hyödyntäen väitöskirjan tuloksia tämän vuoden helmikuussa Suomen Fysioterapiakouluttajat ry:n jäsenille pidettiin työpaja, jossa osallistujat pohtivat yhdessä fysioterapian peruskoulutuksen kivunopetuksen sisältöä. Kivunopetuksen määrän vaihdellessa suuresti ammattikorkeakoulujen välillä ja joidenkin opetussisältöjen puutteesta johtuen, tulevissa tutkimuksissa tulisi määritellä valtakunnalliset suositukset suomalaisten ammattikorkeakoulujen fysioterapiaohjelmien kivunopetukselle. HC-PAIRS-FI-kysely voidaan jatkossa validoida koskemaan myös muita terveysalan ammattilaisia ja opiskelijoita, mahdollistaen näin ollen eri terveydenhuollon ammattilaisten asenteiden ja uskomusten vertailun. RNPQ-FI-lomakkeen rakenteellinen validiteetti voidaan jatkossa arvioida esim. faktorianalyyseillä. Mikäli tätä kyselylomaketta aiotaan jatkossa soveltaa potilaisiin, olisi lisäksi harkittava joidenkin väittämien sanamuotojen muuttamista. Tutkimusta



Kuvio 5. Fysioterapeuttien ja opiskelijoiden oikeat vastaukset RNPQ-FI kyselyyn

tarvitaan myös sen arvioimiseksi, miten hyvin kivun lisäkoulutuksen avulla saavutetut myönteiset asenteet ja uskomukset sekä kivun neurofysiologia tietämys korreloi opiskelijoiden ja fysioterapeuttien todellisen klinisen käyttäytymisen ja potilastulosten kanssa. ■

Artikkeli on alun perin julkaistu Fysioterapia-lehdessä 5/25.

Kirjallisuutta:

1. IASP. Declaration of Montreal - Declaration that access to pain management is a fundamental human right. International Association for the Study of Pain; 2010. Accessed 3rd April 2023. https://www.apsoc.org.au/PDF/Publications/DeclarationOfMontreal_IASP.pdf
2. IASP. Desirable Characteristics of National Pain Strategies. International Association for the Study of Pain; 2011. Accessed 24th March 2023. <https://www.iasp-pain.org/advocacy/iasp-statements/desirable-characteristics-of-national-pain-strategies/>
3. Thompson K, Johnson MI, Milligan J et al.: Twenty-five years of pain education research-what have we learned? Findings from a comprehensive scoping review of research into pre-registration pain education for health professionals. Pain. 2018;159(11): 2146-2158.
4. Wideman TH, Miller J, Bostick G et al.: The current state of pain education within Canadian physiotherapy programs: a national survey of pain educators. Disabil Rehabil. 2020;42(9): 1332-1338.

5. Treede RD, Rief W, Barke A et al.: Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). Pain. 2019;160(1): 19-27.
6. Carr EC, Briggs EV, Briggs M et al.: Understanding factors that facilitate the inclusion of pain education in undergraduate curricula: Perspectives from a UK survey. Br J Pain. 2016;10(2): 100-107.
7. Wong ML, Kirk-Sanchez N. Moving from Strategy to Process: An Iterative and Formative Approach to Integrating the IASP Pain Curriculum Guidelines into an Established Physical Therapy Program. J Allied Health. 2021;50(3): 213-220.
8. Briggs EV, Carr EC, Whittaker MS. Survey of undergraduate pain curricula for healthcare professionals in the United Kingdom. Eur J Pain. 2011;15(8): 789-795.
9. Emerson AJ, Courtney CA, Alcon C et al.: The Current State of Pain Curricula in CAPTE Accredited Doctor of Physical Therapy Programs: A 2021 Report. Pain Med. 2023;24(4): 461-465.
10. Hoeger Bement MK, Sluka KA. The current state of physical therapy pain curricula in the United States: a faculty survey. J Pain. 2015;16(2): 144-152.
11. Leegaard M, Valeberg BT, Haugstad GK et al.: Survey of Pain Curricula for Healthcare Professionals in Norway. Vård i Norden. 2014;34(1): 42-45.
12. Murphy L, Lax L, Musa R et al.: Mapping of pain curricula across health professions programs at the University of Toronto. Can J Pain. 2018;2(1): 182-190.
13. Scudds RJ, Scudds RA, Simmonds MJ. Pain in the physical therapy (pt) curriculum: a faculty survey. Physiotherapy Theory and Practice. 2001;17(4): 239-256.
14. Watt-Watson J, McGillion M, Hunter J et al.: A survey of prelicensure pain curricula in health science faculties in Canadian universities. Pain Res Manag. 2009;14(6): 439-444.
15. Wideman TH, Miller J, Bostick G et al.: Advancing Pain Education in Canadian Physiotherapy Programmes: Results of a Consensus-Generating Workshop. Physiother Can. 2018;70(1): 24-33.
16. Forbes R, Ingram M. New-graduate physiotherapists' readiness for practice and experiences of managing chronic pain; a qualitative study. Physiother Theory Pract. 2021;37(11): 1177-1184.
17. Ingram M, Forbes R, Jones A. Physiotherapy new graduate self-efficacy and readiness to engage in pain assessment and management: A mixed-methods study. Focus on Health Professional Education: A Multi-Professional Journal. 2019;20(3): 65-83.
18. Synnott A, O'Keeffe M, Bunzli S et al.: Physiotherapists may stigmatise or feel unprepared to treat people with

low back pain and psychosocial factors that influence recovery: a systematic review. J Physiother. 2015;61(2): 68-76.

19. Auggaard N, Bostick G, Miller J et al.: Development of a national pain management competency profile to guide entry-level physiotherapy education in Canada. Can J Pain. 2022;6(1): 1-11.
20. Hush JM, Nicholas M, Dean CM. Embedding the IASP pain curriculum into a 3-year pre-licensure physical therapy program: redesigning pain education for future clinicians. Pain Rep. 2018;3(2): e645.
21. Reezigt R, Beetsma A, Köke A et al.: Toward consensus on pain-related content in the pre-registration, undergraduate physical therapy curriculum: a Delphi-study. Physiother Theory Pract. 2024;40(5): 1040-1053.
22. Shepherd M, Courtney C, Wassinger C et al.: Pain education manual for physical therapist professional degree programs. Academy of Orthopaedic Physical Therapy, APTA, Inc.; 2021. Accessed 27th March 2023. https://www.orthopt.org/uploads/content_files/files/Pain_Manual_Draft_FINAL_6.25.2021%281%29.pdf
23. Thompson K, Johnson MI, Milligan et al.: Rethinking pain education from the perspectives of people experiencing pain: a meta-ethnography to inform physiotherapy training. BMJ Open. 2022;12(1): e046363.
24. van Lankveld W, Afram B, Staal JB et al.: The IASP pain curriculum for undergraduate allied health professionals: educators defining competence level using Dublin descriptors. BMC Med Educ. 2020;20(1): 60.
25. Watt-Watson J, McGillion M, Lax L et al.: Evaluating an Innovative eLearning Pain Education Interprofessional Resource: A Pre-Post Study. Pain Med. 2019;20(1): 37-49.
26. Wideman TH, Miller J, Bostick G et al.: Advancing Pain Education in Canadian Physiotherapy Programmes: Results of a Consensus-Generating Workshop. Physiother Can. 2018;70(1): 24-33.
- (27) Wideman TH, Bostick G, Miller J et al.: The development of a stakeholder-endorsed national strategic plan for advancing pain education across Canadian physiotherapy programs. Can J Pain. 2022;6(1): 21-32.
28. IASP. IASP Curriculum Outline on Pain for Physical Therapy. International Association for the Study of Pain; 2018a. Accessed 6th March 2023. <https://www.iasp-pain.org/Education/CurriculumDetail.aspx?ItemNumber=2055>
29. IASP. IASP Interprofessional Pain Curriculum Outline. International Association for the Study of Pain; 2018b. Accessed 24th March 2023. <https://www.iasp-pain.org/>

education/curricula/iasp-interprofessional-pain-curriculum-outline/

30. Bishop A, Thomas E, Foster NE. Health care practitioners' attitudes and beliefs about low back pain: a systematic search and critical review of available measurement tools. Pain. 2007;132(1-2): 91-101.
31. Catley MJ, O'Connell NE, Moseley GL. How good is the neurophysiology of pain questionnaire? A Rasch analysis of psychometric properties. J Pain. 2013;14(8): 818-827.
32. Gardner T, Refshauge K, Smith L et al.: Physiotherapists' beliefs and attitudes influence clinical practice in chronic low back pain: a systematic review of quantitative and qualitative studies. J Physiother. 2017;63(3): 132-143.
33. Moran RW, Rushworth WM, Mason, J. Investigation of four self-report instruments (FABT, TSK-HC, Back-PAQ, HC-PAIRS) to measure healthcare practitioners' attitudes and beliefs toward low back pain: Reliability, convergent validity and survey of New Zealand osteopaths and manipulative physiotherapists. Musculoskeletal science and practice. 2017;32: 44-50.
34. Moseley L. Unraveling the barriers to reconceptualization of the problem in chronic pain: the actual and perceived ability of patients and health professionals to understand the neurophysiology. J Pain. 2003;4(4): 184-189.
35. Darlow B, Fullen BM, Dean S et al.: The association between health care professional attitudes and beliefs and the attitudes and beliefs, clinical management, and outcomes of patients with low back pain: a systematic review. Eur J Pain. 2012;16(1): 3-17.
36. Parker R, Madden VJ. State of the art: What have the pain sciences brought to physiotherapy? S Afr J Physiother. 2020;76(1): 1390.

EFIC Congress 24.–26.4.2025, Lyon

EFIC esitteli nuorten kipututkijoiden Rising Star -ohjelman ja peräänkuulutti eurooppalaista yhteistyötä

Euroopan kivuntutkimusyhdistyksen (EFIC) vuosikongressi järjestettiin tänä vuonna Lyonissa. Ohjelmasisältö ja puitteet olivat jälleen huippuluokkaa. Paikalla oli myös mukavasti suomalaisia kivun hoidon ammattilaisia ja tutkijoita.

Osallistuin itse tapahtumaan EFIC:n kutsumana Suomen Kivuntutkimusyhdistyksen edustajana. EFIC oli kutsunut kaikista kansallisista jäsenyhdistyksistään edustajat Staff meetingiin keskustelemaan eurooppalaisen kivun hoidon ja tutkimuksen tilasta. Tavoitteena oli myös tiivistää Euroopan jäsenyhdistysten verkostoa ja vahvistaa EFIC:n roolia kansallisten yhdistyksen tukena.

Keskustelut eri maiden kivuntutkimusyhdistysten edustajien kanssa olivat antoisia ja silmiä avaavia. Maakohtaiset erot esimerkiksi kivun tutkimuksen resursseissa olivat huiimia. Mones-



sa maassa kivuntutkimusyhdistyksen toimintaa pyörittää palkattu henkilöstö. Suomi näyttäytyi pippurisena puurtajana – meillä yhdistys porskuttaa vailla ammattimaista organisaatiokoneistoa rakkaudesta lajiin -periaatteella.

Toisaalta tunnistin, että olemme valtavan pitkällä kivun hoidon laadussa ja organisoinnissa verrattuna moneen muuhun maahan, vaikkei arjen realiteeteissa aina siltä ehkä tunnukaan. Erityisesti meidän akuutin kivun hoidon kehitystyömme (mm. APS-toiminta) herätti ihastusta. Tunnistimme verkoston keskusteluissa paljon yhteisiä, Euroopan laajuisia tavoitteita ja sovimme useamman maan kanssa jatkoyhteistyöstä hoidon laadun kehittämisen saralla. Yhdenvertainen ja laadukas pitkittyneen kivun hoito, sen mukainen kehittäminen järjestelmätasolla ja ammattilaisten osaamistason parantaminen näyttäytyivät prioriteetteina lähes kaikkien maiden puheenvuoroissa.

EFIC muistutti laajasta osaamisen vahvistamisen työkalupakistaan (mm. koulutukset, kirjalliset materiaalit). Osa materiaaleista on ilmaisia ja osa on tarjolla alennushintaan kansallisten yhdistysten jäsenille.

Saimme myös tutustua EFIC:n uuteen Rising Star -ohjelmaan. Kyseessä on erityisesti väitöskirjatyötään aloitteleville tutkijoille suunnattu ohjelma, joka pyrkii luomaan tukirakennetta kipututkijoiden taipaleelle. Näkisin, että tämä on ohjelma, johon suomalaistenkin kipututkijoiden kannattaa ehdottomasti tutustua. Ohjelma on vielä muotoutumassa, mutta uskon, että tiivistyvä eurooppalainen kivuntutkijaverkosto voi tulevaisuudessa tarjota alustaa esimerkiksi post doc -tutkimuksen suunnitteluun.

Kongressin yhteydessä EFIC tarjosi osana Rising Star -ohjelmaa väitöskirjatutkijoille suun-



Rhône-joki virtaa Lyonin halki.

nattuja sessioita, joissa tutkijat pääsivät kertomaan omista tutkimusprojekteistaan ja saivat tutkimussisällöstään ja esiintymisestään palautetta muilta tutkijoilta ja mentoreilta.

EFIC:llä on vahva tahtotila tiivistää Euroopan jäsenyhdistysten yhteistyömahdollisuuksia ja SKTY on luonnollisesti tässä yhteistyössä mukana. Kipuviesti kuulee ja jakaa mielellään jäsenten kokemuksia EFIC:n tarjoamasta tuesta yksittäisten ammattilaisten työn kannalta. Mikäli siis osallistut esimerkiksi Pain Schooliin tai Rising Star -ohjelmaan, kerrothan siitä meilile (kipuviesti@skty.org).

Seuraava EFIC Congress järjestetään vuonna 2027 Skotlannissa – tämä kannattaa jo huomioida koulutussuunnittelussa. Jo ennen tätä on kuitenkin tarjolla lukuisia koulutus- ja osaamisen kehittämistapahtumia, joista lisätietoa löytyy EFIC:n koulutuskalenterista.

Tietoa EFIC:n toiminnasta, Rising Star -ohjelmasta ja koulutuksista: www.europeanpain-federation.eu ■

Koulutusterveisin,
Maiju Marttinen
Puheenjohtaja, Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry

EFIC:n Pain in Europe -konferenssi oli erityisen antoisa väitöskirjatutkijana. Jostain syystä kokeneenkin esiintyjän kainalot hikosivat, kun pääsin ensi kertaa esittelemään posterini kipupotilaiden unesta ja kipulääkkeiden yhteydestä elämänlaatuun.

Konferenssissa lanseerattiin EFIC Rising



Star -ohjelma nuorille kipututkijoille, mikä voi tulevaisuudessa antaa arvokasta tukea akateemiselle ja kliiniselle uralle. Olin innoissani nähdessäni, kuinka kipututkimuksessa keskitytään yhä enemmän terveyteen vaikuttaviin sosiaalisiin ja yhteiskunnallisiin tekijöihin. Nuorten tutkijoiden ohjelmasarjassa nähtiin kongressissa palkittuja nuorten tutkijoiden posteriesityksiä, joista eräs ajankohtainen tutkimus käsitteli Euroopan maahanmuuttajalasten kroonisen kivun riskiä: tutkimus osoitti, että yhteiskunnan maahanmuuttovastaiset asenteet lisäävät merkittävästi lasten kivun riskiä, erityisesti huono-osaisissa perheissä. Pitkittyneen kivun vähentämiseen täytyykin tarttua, ei vain vastaanottohuoneissa, vaan koko yhteiskunnan tasolla.

Esittelyjen perusteella Rising Star -ohjelma vaikutti oikein hyvältä tuelta nuorille tutkijoille. Haku tähän on vuoden 2025 osalta päättynyt, mutta uusia hakukierroksia tulee vuosittain. Kannattaa siis seurata EFIC:in nettisivuja ja tilata EFIC:in uutiskirje! ■

Jaakko Ilola
LL, yleislääketieteen EL, väitöskirjatutkija

Koulutus- ja palauteinterventioiden vaikutukset kivun hoitotyöhön



Salla Grommi

2.5.2025 Itä-Suomen yliopisto, hoitotieteen laitos

The effects of educational and feedback interventions on pain nursing care

Väitöskirja on saatavissa sähköisenä julkaisuna osoitteessa: <https://erepo.uef.fi/handle/123456789/34251>

Ohjaajat
Dosentti Päivi Kankkunen, Itä-Suomen yliopisto
Tohtori Anne Vaajoki, Kuopion yliopistollinen sairaala
Dosentti Ari Voutilainen, Itä-Suomen yliopisto

Vastaväittäjä:
Professori Anna Axelin, Turun yliopisto

Esitarkastajat:
Dosentti Meeri Koivula, Tampereen yliopisto
Tohtori Amelia Swift, Birminghamin yliopisto

Tutkimuksen tausta

Sairaanhoitajalla on lakisääteinen velvollisuus toteuttaa näyttöön perustuvaa hoitotyötä ja velvollisuus dokumentoida hoitotyön toteutuminen asianmukaisesti potilasasiakirjoihin. Sairaanhoitajilla on keskeinen rooli potilaan kivun arvioinnissa, hoidossa ja dokumentoinnissa. Ensisijaisen tärkeää on, että sairaanhoitajilla on tietoa kivusta, sen yksilöllisestä hoidosta ja asianmukaisesta kivun arvioinnista. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata kipukoulutukseen ja toistuvaan palauteeseen liittyvien interventioiden vaikutuksia sairaanhoitajien kivun hoitoon sekä kehittää ja testata lyhyt luentopohjainen interventio. Lisäksi tavoitteena oli kuvata kivunhoidon kirjaamisen auditoinnin ja toistuvan palautteen vaikutuksia sairaanhoitajien kivun hoitotyön kirjaamiseen, tietoihin kivun hoitotyöstä, kipuun liittyviin HaiPro-ilmoituksiin ja potilastyytyväisyyteen kivun hoitotyön osalta sekä selvittää taustamuuttujien yhteys kivun hoitotyön kirjaamiseen sekä tietoon kivun hoitotyöstä ja sen kirjaamisesta.

Menetelmät

Tutkimus sisälsi kolme osatutkimusta ja yhteenvedo-osan. Aineisto kerättiin vuosien 2017–2025 aikana. Ensimmäisessä osatutkimuksessa tehtiin systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja meta-analyysi, aineisto koostui 23 artikkelista, joista 12 valikoitui meta-analyysiin. Toisessa osatutkimuksessa tehtiin satunnaistettu kontrolloitu ki-

pukoulutusinterventiotutkimus, jossa aineiston keruumenetelmänä käytettiin tietotestiä ja kivun kirjaamisen auditoiteja. Tutkimukseen osallistui 32 sairaanhoitajaa, jotka satunnaistettiin (n=16) interventioryhmään ja (n=16) kontrolliryhmään. Toisen osatutkimuksen kaikkiin kolmeen vaiheeseen osallistui sairaanhoitajia (n=24) yhdestä suomalaisesta keskussairaalaista. Aineisto kerättiin ennen interventiota, välittömästi intervention jälkeen ja kolme kuukautta interventiosta. Aineisto koostui kirjaamisen auditoinneista (n=216) ja tietotesteistä (n=62). Kolmannessa osatutkimuksessa tehtiin klusterisatunnaistettu interventiotutkimus yhdessä suomalaisessa yliopistosairaalassa. Interventiotutkimukseen osallistui 30 työyksikköä, joista koeryhmään satunnaistettiin 15 työyksikköä ja kontrolliryhmään 15 työyksikköä. Aineisto koostui kirjaamisen auditoinneista (n=2623), Webropol kyselyllä sairaanhoitajille tehdyistä kivunhoidon tietotesteistä (n=67), hoitotyön potilaspalautteista (HoPP) kivun hoitotyön osalta (n=1094) sekä kivunhoitoon liittyvistä HaiPro-ilmoituksista. Aineisto kerättiin helmi- ja marraskuun 2022 välisenä aikana. Väitöskirjan yhteenvedo-osassa tehtiin päivitetty kirjallisuuskatsaus.

Tulokset

Osatutkimus I osoitti, että kivun hoitotyön interventiot paransivat hoitajien toteuttamaa kivun arviointia, hoitoa ja kirjaamista. Kuitenkin tutkimusase-



Vastaväittäjä professori Anna Axelin antaa loppulausunnon väittelijä Salli Grommin väitöstudkimuksesta toukokuuisessa väitöstilaisuudessa.

telmat ja menetit vaihtelivat suuresti ja tutkimusten siirrettävyys ja kontrolliryhmien puute vaikutti luotettavuuteen. Lisäksi meta-analyysin mukaan kivun hoitotyön koulutusinterventiot pienensivät riskiä jäädä ilman parasta kivunhoitoa 40 prosenttia, kun taas potilaiden kokemusten perusteella ne pienensivät riskiä 25 prosenttia. Osatutkimuksessa II luentointerventio paransi interventioryhmän tietotasoa heti intervention jälkeen, kuitenkin retentiotestissä ei eroja enää havaittu interventio- ja kontrolliryhmien välillä. Kivun kirjaamiseen interventiolla ei ollut vaikutusta. Osatutkimus III osoitti, että kivun kirjaaminen parani, mutta

sairaanhoitajien kivun kirjaamisessa ja tietotasossa ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa yksiköiden välillä. Kivun arviointimäärällä ja kivun kirjaamisen laadulla oli tilastollisesti merkitsevä yhteys. Hoitotyön potilaspalautteisiin ja kivunhoitoon liittyviin HaiPro ilmoituksiin interventiolla ei ollut vaikutusta.

Pohdinta

Tutkimus tuotti uutta tietoa kivun hoitotyöhön kohdistuvista interventioista, kivun kirjaamisen tasosta ja sairaanhoitajien tiedoista kivun hoitotyöstä kahdessa eri organisaatiossa sekä interventiotutkimuksen toteuttamisen haasteis-

ta sairaalaorganisaatioissa. Tulokset osoittivat, että kivun kirjaaminen on sattumanvaraista organisaation sisällä eri yksiköissä. Palaute kivun kirjaamisesta ei aina vaikuttanut yksikön kivun hoitotyön käytäntöihin, vaikka tulokset olivat jatkuvasti heikot. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää terveydenhuollon organisaatioissa, koulutuksessa ja tutkimuksessa kehitettäessä kivunhoidon kirjaamista ja interventiotutkimuksia. Lisäksi tuloksia voidaan hyödyntää kivun hoitotyön laadun arvioinnissa sairaalaorganisaatioissa. ■

Lääkkeettömät kivunhallintakeinot nuoren pitkäaikaisen kivun hoidossa ja hyvinvoinnin tukena



Sade Tuoreniemi
sairaanhoitaja (AMK)

Pitkäaikaisen kivun hoito on tärkeää, koska kipu vaikuttaa elämään paljon laajemmin kuin ai-noastaan kivun tunteena. Pitkäaikainen kipu voi rajoittaa esimerkiksi nuoren toimintakykyä, arjesta selviytymistä ja psyykkistä terveyttä, jonka vuoksi pitkäaikaisen kivun tunnistami-nen sekä onnistunut hoito ovat erityisen merkittäviä tekijöitä nuoren hyvinvoinnin kannalta. Tämä artikkeli käsittelee opinnäytetyötä, jossa selvitettiin kirjallisuuskatsauksen muodossa lääkkeettö-mien kivunhallintakeinojen vaikutusta nuoren pitkäaikaisen kivun hoitoon ja hyvinvointiin.

Johdanto

Pitkittynyt kipu heikentää fyysisen suoriutu-misen lisäksi elämänlaatua ja vie voimavaroja. Pitkittyneen kivun hoito on erittäin tärkeää, ja parhaimmillaan kivunhoito on kannustavaa, toimintakykyä ylläpitävää sekä sopeutumisen tukemista, sillä pitkittyneeseen kipuun on kui-tenkaan harvoin olemassa täysin parantavaa hoitoa (1,2). Koska nuori on kasvavassa vai-heessa niin fyysisesti kuin psyykkisesti, hyvän kivunhoidon merkitys korostuu entisestään.

Opinnäytetyön aihe syntyi HUSin Lasten kipukeskuksen kanssa tehdystä yhteistyöstä ja tarpeesta lisätä hoitohenkilökunnan tietoa pitkäaikaisen kivun lääkkeettömästä hoidosta. Lääkkeettömiä kivunhallintakeinoja on useita ja niiden käyttö voisi olla monipuolisempaa sekä tehokkaampaa nuorten pitkäaikaisen ki-vun hoidossa. Opinnäytetyön tavoitteena oli edistää pitkäaikaista kipua kokevien nuorten kivunhoitoa ja tukea kivunhoidon myötä elä-mänlaatua, hyvinvointia ja kivun kanssa selvi-ytymistä.

Kipu on ruumiillinen ja psyykinen koke-mus, joten sillä on aina väistämätön psyykki-nen vaikutus (3). Hyvinvointi on moniulot-teinen käsite, joka jaetaan yleisesti kolmeen ulottuvuuteen: terveyteen, materiaaliseen ja koettuun hyvinvointiin sekä elämänlaatuun. Yksilöllisen hyvinvoinnin osa-alueita ovat esi-merkiksi sosiaaliset suhteet, itsensä toteuttami-

nen ja onnellisuus (4). Lapsilla ja nuorilla, jotka kokevat pitkittynyttä kipua, on suurempi riski masennukseen ja ahdistukseen, sosiaaliseen eristäytymiseen, koulupoissaoloihin, heikom-paan elämänlaatuun ja koulu/opintomenestyk-seen (5,6). Osalla nuorista kipuun liittyy jopa merkittävää toimintakyvyn laskua (7).

Yleisesti kivunhoidon tavoitteena on kivun lievittyminen, toimintakyvyn kohentuminen ja ylläpitäminen sekä elämänlaadun paranta-minen. Nuoren kohdalla tavoitellaan erityisesti normaalin arjen palauttamista asteittain (7). Lääkkeettömät hoidot ovat ensisijaisia vaihto-ehtoja kaikessa kivun hoidossa ja tarvittaessa lääkkeettömiin hoitomenetelmiin voidaan yh-distää myös lääkehoitoa (8). Lääkkeettömän kivunhoidon menetelmiä on paljon erilaisia ja niiden vaikutustavat eroavat toisistaan. Täs-sä opinnäytetyössä kivunhoitomenetelmät oli jaettu pääpiirteittäin neljään eri luokkaan lä-hestymistavan mukaan.

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmä ja aineistonkeruu

Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjal-lisuuskatsauksena. Opinnäytetyön tutkimus-kysymyksenä oli: Miten lääkkeettömät kivun-hallintakeinot tukevat nuoren hyvinvointia pitkäaikaisen kivun hoidossa? Tutkimuskys-ymyksen avulla pyrittiin selvittämään, millaisia lääkkeettömiä kivunhallintakeinoja käytetään



Kuva 1. Lääkkeettömien kivunhallintakeinojen yläluokat

nuoren pitkäaikaisen kivun hoidossa, millaisia vaikutuksia ja hyötyjä näillä keinoilla on nuo-ren hyvinvointiin sekä miten näitä keinoja on hyödynnetty nuoren pitkäaikaisen kivun hoi-dossa. Lopullisesti hyväksyttyjä tutkimuksia valikoitui opinnäytetyöhön 15 kappaletta. Näi-den pohjalta toteutettiin aineiston analyysi ja synteesi. Kirjallisuuskatsauksen aineisto analy-soitiin induktiivisella sisällön analyysillä.

Tulokset

Aineiston analyysin perusteella tutkimuksista muodostettiin viisi yläkategoriaa, joihin ja-oeltiin lääkkeettömän kivunhallinnan hyödyt nuoren hyvinvoinnin näkökulmasta. Nämä viisi yläkategoriaa olivat vaikutus kipuun ja ki-vun tunteeseen, suoriutuminen ja jaksaminen, psyykinen hyvinvointi, sosiaalinen elämä sekä yksilöllinen kivunhoito. Yläkategoriat jaettiin edelleen 15 alakategoriaan.

Tietokonevälitteisen kognitiivisen käyttäy-tymisterapian hyötyjä olivat kivun esiintymis-tiheyden, voimakkuuden ja keston vähenemi-nen (9). Suoraa hyötyä kivun lievittymiseen raportoitiin myös kivun provosointitekniikasta (PTT), digitaalisesta terveyspsykologisesta in-terventiosta (WebMAP Mobile) sekä psykologi-sista terapioidista. Kivun lievittymisen ohella hoi-tomenetelmien on raportoitu edistävän nuo-ren pitkäaikaisen kivun hyväksymistä. Kivun hyväksyminen edistää parempia hoitotuloksia, lisää kivun sietokykyä ja vähentää kivun aiheut-tamaa haittaa (10). Kivun hyväksymisen lisäk-si tutkimuksissa havaittiin myös kipupelon ja välttämiskäyttäytymisen vähenemistä (11,12).

Nuorten toimintakyvyssä havaittiin merkit-ävä myönteinen muutos, kun tutkimukseen osallistuja tekivät sähköisellä päiväkirjalla päi-vittäisiä arvioita kivusta (12). Lääkkeettömistä kivunhallintamenetelmistä nuorten pitkäkes-toisen kivun hoidossa nousi esiin myös liikun-nan ja aktiivisuuden lisääntyminen. Kivunhal-

lintakeino itsessään voi lisätä aktiivisuutta ja liikuntaa, mutta liikunnan lisääntyminen olla myös seurausta paremmasta kiputilanteesta (13,14). Elämänlaatua heikentää myös pitkäai-kaista kipua kokevan nuoren unihäiriöt. Aust-ralialaisessa lastensairaalassa toteutetulla lääk-keettömällä kivunhoidolla saatiin vähennettyä osallistujien unihäiriöitä 88 prosenttia (15).

Kivunhoidolla voidaan saada apua myös psyykkiseen hyvinvointiin. Internet-välitteisesti toteutetun kognitiivis-behavioraalisen terapian avulla nuorten masennusoireet lievittyivät heti hoidon jälkeen vähäisissä määrin. Masennuk-sen lisäksi myös ahdistusoireet vähenivät mer-kittävästi (14). Lisäksi kivunprovokaatiotekniik-kalla (PTT) sekä verkkopohjaisella itsehoito-ohjelmalla saatiin merkittäviä parannuksia nuorten tunne-elämän häiriöihin ja elämän-laatuun mielenterveyden osalta (16,17). Positiivisia vaikutuksia pitkäaikaista kipua kokevien nuorten psyykkiseen terveyteen saatiin myös älypuhelin sovelluksella (18).

Kivun provokaatiotekniikkahoitoa (PPT) saaneilla potilailla havaittiin koulunkäyntiin liittyvän välttelykäyttäytymisen vähenemistä (16). Asteittainen altistushoito (GET living) osoitti koulunkäyntiin liittyvän toimintakyvyn merkittävän parantumisen. Hoidon jälkeisis-sä mittauksissa koulusuoriutuminen parani ja koulupoissaolojen määrä väheni (12). Myös älypuhelinpohjaisen kivunhallintasovelluksen huomattiin vaikuttavan koulunkäyntikykyä pa-rantavasti. Koulunkäynnin parantumisen lisäk-si huomattiin, että vanhempien antama tuki ja nuorten kokemus vanhempien antaman tuen hyödyllisyydestä lisääntyivät (14).

Muiden positiivisesti hyvinvointia edistävi-en vaikutusten lisäksi lääkkeettömillä kivun-hoitokeinoilla edistettiin hoitotyytyväisyyttä, hoitoon sitoutumista, hoitopelon vähenemistä sekä saatiin aikaa myös pitkäkestoista vaikutus-ta kivunhoitoon ja hyvinvointiin. Tutkimukses-

Pääkategoria	Yläkategoria	Alakategoria
Lääkkeettömät kivunhallintakeinot hyvinvoinnin tukena	Vaikutus kipuun ja kivun tunteeseen	Kivun lievittyminen
		Kivun hyväksyminen
		Kipupelon väheneminen
		Kivun haittavaikutusten väheneminen
	Suorutuminen ja jaksaminen	Toimintakyvyn edistyminen
		Liikunnan ja aktiivisuuden lisääntyminen
		Uni ja nukkuminen
	Psyykinen hyvinvointi	Mielenterveyden edistäminen
		Stressin väheneminen
	Sosiaalinen elämä	Koulunkäynti
		Läheisten tuki
	Yksilöllinen kivunhoito	Hoitoon sitoutuminen
		Hoitotyytyväisyyden paraneminen
		Hoitopelon väheneminen
		Pitkäkestoinen vaikutus

Kuva 2: Aineiston analyyssissa muodostuneet ylä- ja alakategoriat

sa havaittiin suuremman hoitoon sitoutumisen korreloivan parannuksiin kivun lievittymisessä ja toimintakyvyssä (19). Kivun provokaatiotekniikan (PTT) huomattiin mahdollisesti vähentävän hoitopelkoa, joka itsessään jo edistää hyvinvointia ja hoitoon sitoutumista. Tällöin myös toimintakyky ja aktiivisuus voivat parantua (16).

Pohdinta

Alkuperäisiin odotuksiin nähden opinnäytetyön tulokset olivat hyvin erilaiset. Tutkimukset eivät selvittäneet opinnäytetyön tavoitteisiin nähden riittävän monipuolisesti, mitä lääkkeettömiä kivunhallintakeinoja käytetään ja miten kivunhallintakeinoja hyödynnetään käytännön hoitotyössä. Sairaanhoidajan roolia ja käytännön hoitotyötä ei ole huomioitu nuoren pitkäaikaisen kivun hoitoa käsittelevissä tutkimuksissa. Sairaanhoidajan roolia nuorten pitkäaikaisen kivun hoidossa tulisi hyödyntää nykyistä enemmän, koska sairaanhoidajan koulutus sisältää tietoa ja käytännön osaamista kivunhoidosta.

Tutkimusten kivunhallintakeinot perustuvat hyvin erilaisiin vaikutusmekanismeihin,

jonka vuoksi niiden vaikutukset nuoriin olivat menetelmäkohtaisia ja yksilöllisiä. Yksikään tutkimus ei huomioinut ainoastaan hallintakeinojen positiivista vaikutusta kivun lievittymiseen, vaan jokaisessa nostettiin esiin kokonaisvaltaiset seuraukset elämän eri osa-alueilla juuri nuorelle tärkeistä näkökulmista. Tutkimukset vastasivat odotetusti ja kattavasti siihen, millaisia hyötyjä näissä tutkimuksissa käytetyillä kivunhallintakeinoilla oli nuorten hyvinvointiin. Kivun lievittymisen lisäksi lääkkeettömällä kivunhoidolla saatiin siis monipuolisia ja merkittäviä vaikutuksia juuri kokonaisvaltaiseen hyvinvoinnin edistämiseen elämän eri osa-alueilla.

Pitkäaikainen kipu voi olla luonteeltaan hyvin erilaista sen aiheuttajan mukaan, joten nuorten pitkäaikaisen kivun hoitoa on mahdollonta käsitellä yhtenäisenä tutkittavana aiheena. Aineiston analyysissä nuoruusikä osoittautui tutkimusten kannalta haastavaksi kohderyhmäksi. Nuori ja nuoren oireet voivat jo tutkimuksen aikana kehittyä ja muuttua alkuperäiseen tilanteeseen nähden merkittävästi. Lisäksi nuoruus tuo haastetta pitkittäistutkimusten toteuttamiselle, koska nuoruus on hyvin rajattu ikä. Myös nuorten sitoutuminen voi olla haastavaa, koska murrosikäisen nuoren elämäntilanne ja mielenkiinnonkohteet voivat muuttua hyvinkin paljon. Varmastikin näistä syistä kirjallisuuskatsaukseen päätyneiden tutkimusten potilasryhmät olivat pääasiassa hyvin rajattuja ja niiden kohdejoukot pieniä tai tiettyyn kivunaiheuttajaan tai sairauteen keskittyviä.

Kokonaisuudessaan kirjallisuuskatsauksen tuloksena tuli esiin aiheen jatkotutkimuksen tarve. Tarvitaan pidemmän aikavälin ja laajemmalla kohdejoukolla toteutettuja tutkimuksia, jotta voidaan arvioida hoitojen tulosten pysyvyyttä ja niiden tehokkuutta suuremmassa potilasryhmässä. Lisäksi olisi mielenkiintoista toteuttaa tutkimus suomalaisten nuorten näkökulmasta. Lääkkeettömien hoitokeinojen mahdollisuudet pitkäaikaisen kivunhoidossa ovat kuitenkin lupaavia ja pitkäaikaisen kivun lääkkeettömällä hoidolla voidaan kehittää pit-

käaikaisen kivun hoitoa yksilöllisemmäksi ja tehokkaammaksi, sekä hyödyntää entistä paremmin tehokkaita hoitokeinoja ilman lääkkeiden haittavaikutuksia. ■

Kirjallisuutta:

1. Holopainen R. Biopsykososiaalinen lähestymistapa. Luomajoki H, Koho P, Ojala T, Röning T, Takatalo J, Tarnanen S, ... Kouri J, Ammattilaisen kipukirja. VK-kustannus, Lahti 2020; 65–66

2. Haanpää M & Vainio A. Kroonisen kivun taakka potilaalle. Kalso E, Haanpää M, Hamunen K, Kontinen V, Vainio A & Aho H, Kipu. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki 2018; 4. painos

3. Viheriälä L. Lasten kipu lastenpsykiatrin näkökulmasta. Kalso E, Haanpää M, Hamunen K, Kontinen V, Vainio A & Aho H, Kipu. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki 2018: 4. painos

4. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos THL. Keskeisiä käsitteitä. 2024; (viitattu 3.2.2024). Saatavilla internetissä: www.thl.fi

5. Cambers C, Dol J, Tutelman P, Langley C, Parker J, Cormier B, Macfarlane G, Jones G, Cahpman D, Proudfoot N, Grant A & Marianayagam J. The prevalence of chronic pain in children and adolscents: a systematic review update and meta-analysis. PAIN. 2024; 165(10): 2215–2234. DOI: 10.1079/j.pain.0000000000003267

6. Corser J, Caes L, Bateman S, Noel M & Jordan A. 'A whirlwind of everything': The lived experience of adolescents with co-occurring chronic pain and mental health symptoms. 2023. DOI: https://doi.org/10.1002/ejp.2140

7. Ståhl M, Sipilä R, Collin A, Marttinen M & Vuorimaa H. Lasten ja nuorten pitkittynyt kipu - hoito ja kuntoutus. Lääkärilehti 2024. Saatavilla internetissä: www.laakari-lehti.fi

8. Kipu. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017 (viitattu 27.11.2024). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

9. Velleman S, Stallard P & Richardson T. A review of meta-analysis of computerized cognitive behaviour therapy for the tretment of pain in vildren and adolescents. Child: care, health and development. 2010; 36(4): 465–472. DOI: https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2010.01088.x

10. Salamon K. Dutta R & Hildenbrand A. Improved pain acceptance and interference following outpatient interdisciplinary pediatric chronic pain tretment. Psycholo-

gy & Health. 2023; 38(11): 1482–1493. DOI: https://doi.org/10.1080/08870446.2021.2024540

11. Suc A, Cayzac D, Iannuzzi S, Garnier C, Bonneau B & Sommet A. Peacefull: A French mindfulness-based intervention for adolescents with chronic pain a feasibility study. Archives de Pédiatre. 2022; 29(8): 581–587. DOI: https://doi.org/10.1016/j.arcped.2022.06.006

12. Simons L. Vlaeuen J, Declercq L, Smith A, Beebe J, Hogan M, Li E, Kronman C, Mahmud F, Corey J Sieberg C & Ploski C. Avoid or engage? Outcomes of graded exposure in youth with chronic pain using a sequentiel replicated single-case randomized design. PAIN. 2020; 161(3): 520–531. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000001735

13. Nijhof L, Vlist M, Putte E, Rouyen-Kerkhof A & Nijhof S. Non-pharmacological option fot managing chronic musculoskeletal pain in children with pediatric rheumatic disease: a systematic review. Rheumatology International. 2018; 38(11): 2015–2025. DOI: https://doi.org/10.1007/s00296-018-4136-8

14. Palermo T, Law E, Fales J, Bromberg M, Jessen-Fid-dick T & Tai G. Internet-delivered cognitive-behavioral treatment for adolescents with chronic pain and their parents: a randomized controlled multicenter trial. PAIN. 2016; 157(1): 174–185. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000000348

15. Collins J, Haynes N, Klinberg H, Nicholas H, Pounder M & Sandells R. Management of Complex Pain in Children Referred to a Pain clinic at a Tertiary Children's Hospital in Australia. Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy. 2017; 47(10): 806–813. DOI: 10.2519/jospt.2017.7355

16. Hecler T, Dobe M, Damschen U, Blankenburg M, Schroeder S, Kosfelder J & Zernikow B. The pain provocation technique for adolescents with chronic pain: preliminary evidence for its effectiveness. Pain Medicine. 2010; 11(6): 897–910. DOI: 10.1111/j.1526-4637.2010.00839.x

17. Voerman J, Remerie S, Westendrop T, Timman R, Buschbach J, Passchier J & De Klerk C. Effects of a Guided Internet-Delivered Self-Help Intervention for Adolescents With Chronic Pain. The Journal of Pain. 2015; 16(11): 1115–1126. DOI: 10.1016/j.jpain.2015.07.011

18. Shaygan M & Jaberi A. The effect of a smartphone-based pain management application on pain intensity and quality of life in adolescents with chronic pain. Scientific Reports. 2025; 11(1): 1–11. DOI: 10.1038/s41598-021-86156-8

19. Palermo T, Vega R, Murray C, Law E & Zhou C. A digital health psychological intervention (WebMAP Mobile) for children and adolescents with chronic pain: results of a hybrid effectiveness-implementation stepped-wedge cluster randomized trial. PAIN. 2020; 161(12): 2763–2774. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000001994



Anneli Vainio

Kuntoutusta Kambodžan malliin

Vuonna 2003 opetin Phnom Penhissä Preah Keat Mealea -sotilassairaalan lääkäreille kivun hoitoa ja palliatiivista hoitoa. Pidin siellä iltapäivisin myös kaikille avointa kipuklinikkaa. Yhtenä päivänä viikossa hoidin maamiinojen amputoitujen potilaiden aavesärkyjä Kien Khlean -nimisessä kuntoutuskeskuksessa.

Douleurs sans Frontières -järjestön Kambodžan projekti alkoi vuonna 1996, jolloin olot olivat sodan ja miehityksen jälkeen jo rauhoittuneet, mutta maa oli vielä täynnä miinoja. Kymmenen miljoonaa miinaa, yksi kutakin asukasta kohti. DSF teki yhteistyötä muiden järjestöjen, kuten belgialaisen Handicap Internationalin, amerikkalaisen Vietnam Veterans Association of America ja kanadalaisen Cambodian Trust, kanssa, jotka ovat toimineet Kambodžassa jo vuodesta 1991 lähtien. Ne perustivat sinne proteesipajoja. Phnom Penhissä oli proteesien ja ortoosien valmistusta opettava oppilaitos ja kaksi kuntoutuslaitosta. Kun maamiinoiden amputoidut tulivat hakemaan proteesejaan ja harjoittelemaan niiden käyttöä, he saivat samalla aavesärkyihinsä lääkitystä ja hermostimulaatiohoitoa kipuvastaanotollani. Paikallisten työntekijöiden mukaan tulokset olivat hyvät.

Proteesikoulu teki minuun vaikutuksen. Vaatimattomissa tiloissa oli monipuolinen mekaniikkaverstas täynnä metallin-, kipsin- ja muovinkäsittelylaitteita, altaita, uuneja ja pyöriä koneita. Nuoret hitsasivat, porasivat, leikkasivat ja sulattivat proteeseja. Jokaisen työvaiheen kohdalla työpöydän vieressä seisoivat telineissä parikymmentä jalkaa, lantiota ja kättä. Aluksi proteesit tehtiin puusta, nykyään polypropyleenistä. Proteesi asetetaan silloin, kun raaja tai sen osa puuttuu kokonaan, ortoosia käytetään

tukemaan olemassa olevaa mutta toimimattomaa raajaa. Proteesin tekeminen kestää noin viikon, ja sen jälkeen tulevat vielä sovitukset ja kävelyharjoitukset.

Patjoilla makasi kuusi lonkkavikaista vauvaa äiteineen, joille fysioterapeutti opetti raajojen taivuttelu- ja venyttelyohjelmaa. Vanhan naisen molemmat alaraajat oli amputoitu hiljattain sokeritaudin takia. Kysyin, onko hänellä kipuja. Kipuja ei ollut, mutta silmät ummessa raajat tuntuivat vielä olevan paikoillaan. Nuori tyttö oli juuri leikattu toisen jalan virheasennon takia. Nyt hän harjoitteli kävelyä ilman kyynärsauvoja, koska jalka oli saatu melkein normaalin pituiseksi. ”Miten olet pärjailly tähän asti?” Tyttö oli käyttänyt kyynärsauvoja koko ikänsä. ”Koulu on kaukana, joten olen ollut vain kotona. Nyt voin mennä kouluun!” sanoi hän iloisena.

Pajassa oli valmistettu kymmenen vuoden aikana 140 000 proteesia. Miinanraivauksen ansiosta maamiinat aiheuttavat vähemmän vammoja kuin ennen. Työt eivät kuitenkaan lopu, koska proteeseja ja ortooseja tarvitsevat myös leprapotilaat, polion uhrit ja lapset, joilla on raajojen epämuodostumia. Moottoriajoneuvonnettomuudet lisääntyvät koko ajan.

Pihalla oli sileitä ja kuhmureita, nousevia ja laskevia, kivisiä ja hiekkaisia kävelyratoja, portaita ja kiipeilytelineitä. Kaikenikäiset kuntoutettavat kävelivät ja kiipeilivät niitä pitkin. Tunnelma oli iloinen ja touhukas. Oppaani, proteesipajan johtaja, näytti tuntevan heidät kaikki. Vanhalle miehelle oli asennettu alaraajan proteesi lantioon asti, ja hän köpötteli pihalla edestakaisin. Vanhus oli puhekyvytön, mutta viittoili vilkkaasti, kun puhuttelimme häntä. Vaikka hän ei osannut puhua, hän hy-

myili sitä enemmän. Mukana oli paljon nuorukaisia, jotka olivat menettäneet jalkansa työkennellessään pelloilla. Kolmivuotias poika näytti arastelijoille esimerkkiä tepastelemalla proteeseineen joka suuntaan, välillä kaatuillen ja nousten ylös vauhdin kärsimättä tippaakaan. Äidillä oli täysi työ pysyä perässä. Pojat pelasivat lentopalloa harjoitteluradan vieressä, eivätkä proteesit näyttäneet estävän korkeitakaan hyppyjä.

Viidenkymmenen hengen asuntolassa oli yksi huone miehille, toinen naisille. Vaatimattomissa makuuhalleissa seisoivat vieritimet vieressä metallisankuja, joiden päällä oli ainoastaan niinimatto ja pari laukkuja. Yksinkertaiset betoniset pesuhuoneet sijaitsivat rakennuksen toisella puolella. Keittiössä kokki pilkkoi vihanneksia vaikuttavan kokoisella veitsellä, riisi ja kastike porisivat suurissa padoissa. Asukkaille tarjottiin kolme aterialla päivässä, ja kaikki oli ilmaista. He aterioivat rakennuksen edessä olevan terassin lattialla istuen. Kuntoutus kesti kolmesta kahdeksaan viikkoa.

Son Khean, 25-vuotias mies, oli sairastanut lapsena polion, ja halvaantuneeseen alaraajaan oli tehty kolme leikkausta. Sekä polion että leikkausten aiheuttaman hermovaurion takia koko jalka oli samanaikaisesti sekä tunnoton että tavattoman kipeä. Khean pystyi kuitenkin kävelemään ortoosinsa kanssa, ja hän oli aloittanut tietojenkäsittelyn opinnot. Hän pystyi kommunikoimaan vähän englanniksikin. Annoin Sonille lääkityksen hermovauriokivun hoitoon. Hän myös tulisi Kien Khleaniin kahdesti viikossa saamaan TNS-hoitoa ja hakisi lääkkeitä jatkossa DSF:n kipupoliklinikalta.

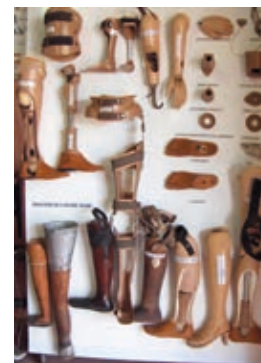
Tapasin myös kolmekymmentävuotiaan riisinviljelijän Battambangista. Hän oli astunut miinaan kaksitoista vuotta sitten ja menettänyt oikean alaraajansa. Kivun takia tynkää oli leikattu kahdesti. Kirurgi oli joka kerta lyhentänyt

hermoa, ja leikkausten seurauksena kivut olivat vain pahentuneet. Potilaallamme oli muutamia päiviä kestävä vaikeampi kipujakso kolme kertaa kuukaudessa. Tyngässä tuntui koko ajan parin sekunnin välein sähköiskuja, jotka salpasivat hengen. Riisinviljely ei enää onnistunut. Hän pystyi kuitenkin tekemään töitä Veterans Internationalin proteesipajassa Battambangissa.

Viisitoistavuotias Sopheap-tyttö oli vastaanotolla äitinsä kanssa. Hän oli saanut seitsemänvuotiaana aivovamman pudottuaan portaita. Vasen ruumiinpuolisko oli oikeaa heikompi, ja kävely tuotti hankaluuksia. Hän oli satuttanut kylkensä kaaduttuaan kaksi kuukautta sitten. Tutkin tytön, tilasin kuntoutuslaitoksen laskuun kylkiluiden ja selkärangan röntgenkuvat ja tytön lääkitystä varten PKML:n kipupolille. Kennelläkään potilaista ei ollut varaa ostaa kipulääkitystä apteekista tai otattaa edes röntgenkuvia.

Tapasin samat potilaat viikon kuluttua uudestaan. Molemmat nuorukaiset olivat tyytyväisiä lääkityksiinsä: kivut olivat rauhoittuneet siedettävälle tasolle. Olin lähettänyt Sopheap-tytön selkärangan röntgenkuvaukseen arvioidakseni kaatumisen jälkeen alkaneita selkä- ja kylkikipuja. Hänellä osoittautuikin olevan luutuberkuloosi. Kaksi selkänikamaa olivat jo pahasti tuhoutuneet. Lähetin hänet Phnom Penhin tuberkuloositoimistoon lääkityksen aloittamista varten toivoen, että selkä pysyisi koossa vielä yhden viikon.

Sain kuntoutusosastolle seurakseni nuoren khmeerilääkäri. Tohtori Nivanny oli empaattinen, pätevä ja mukava nainen, joka ontui pahasti kävellessään, koska hänen toinen alaraajansa oli amputoitu auto-onnettomuuden jälkeen. Työtoverillani Phanylla oli käytännön näkökulma Nivannyn eduista muihin lääkäreihin verrattuna. ”Eipä juoksentele oikealle ja vasemmalle muita töitä etsimään!” ■





Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry

Föreningen för Smärtforskning i Finland rf
Finnish Association for the Study of Pain
www.skty.org

Suomen Kivuntutkimusyhdistys perustettiin vuonna 1996. Yhdistys edistää kivun tutkimusta, hoitoa ja kuntoutusta Suomessa. Yhdistys on moniammatillinen, jäseninä on mm. lääkäreitä, hammaslääkäreitä, psykologeja, sairaanhoitajia ja fysioterapeutteja. Jäsenmäärä on noin 730 (2024).

Yhdistys toteuttaa tarkoitustaan

- tukemalla alan tutkimustyötä ja julkaisutoimintaa
- vaikuttamalla alan perus- ja täydennyskoulutukseen
- järjestämällä koulutustilaisuuksia
- osallistumalla kansainväliseen yhteistyöhön
- vaikuttamalla kivun hoitoon ja kuntoutukseen liittyviin yhteiskunnallisiin kysymyksiin

SKTY:n hallituksen jäsenten yhteystiedot

Puheenjohtaja **Maiju Marttinen**
pj@skty.org

Sihteeri **Anita Saariaho**
siht@skty.org

Rahastonhoitaja **Marika Karppinen**
talous@skty.org

Suomen Kivuntutkimusyhdistyksestä tuli Kansainvälisen Kivuntutkimusyhdistyksen (IASP) jaos v. 2010. Yhdistys on myös Eurooppalaisen Kivuntutkimusyhdistyksen (EFIC) jäsen ja toimii aktiivisesti yhteistyössä Skandinaavisen Kivuntutkimusyhdistyksen (SASP) kanssa.



www.efic.org



www.sasp.org



SKTY:n vuosikokouuskoulutus 2025

SKTY:n vuosikokouuskoulutuspäivät 10.4. – 11.4.2025 järjestettiin Mauno Koivisto -keskuksessa Turussa. Koulutuspäivien teemana olivat pään alueen kivut.

Turkuun liittyy ihania henkilökohtaisia muistoja ja ammatillisen kehityksen myötätuulta. Me ensimmäisen ryhmän kivun hoitotyön täydennyskoulutuslaiset aloitimme 2018 Turun yliopiston hoitotieteen laitoksella SKTY:n mentoreiden ohjauksessa. Saimme 30 opintopisteen kokonaisuuden valmiiksi keväällä 2019. Pääosin opiskelu oli verkossa. Aina kun juna vei Turkuun paikanpäälle, innostus lisääntyi entisestään itseään fiksumpien henkilöiden vaikutuspiirissä. Edelleen kiitos tästä kokemuksesta ja tervetuloa ilmoittautumaan kivun hoitotyön asiantuntijaopintoihin. Turku ei pettänyt tälläkään kertaa.

Torstain antia

Migreeni

Torstai-aamupäivänä saimme kuulla kolme eri näkökulmaa migreeniin.

Dosentti Ville Artto neurologian klinikalta (HUS/HYKS/AAVA) kertoi migreenistä ja sen lääkehoidoista. Luento johdatteli kiitettävällä tavalla aiheeseen, johon tällä anestesia-/kipuhoitajalla ei ollut paljonkaan aiempaa tarttumapintaa. Mietin vakavuudella näitä: migreeniä on eniten silloin, kun ihmiset ovat kaikkein tuotteliaimmissa iässä (yhteiskunta, henkilökohtainen elämä). Migreenin kanssa elävälle sairauden ennustamattomuus aiheuttaa ahdistusta ja vaikeuttaa töiden

suunnittelua. Työ- ja toimintakykyä eniten heikentävät oireet ovat järjestyksessä kipu, kognitiiviset vaikeudet, aistiylherkkyys ja pahoinvointi. Toinen havahduttava väite migreenin aiheuttamasta stigmasta sai ajattelemaan työkavereita. ”Migreeniä sairastava ei esitä olevansa kipeä, vaan hän esittää olevansa työkykyinen” (Suomen migreeniyhdistys). Onnistuneen hoidon edellytys on oikea diagnoosi. Esimerkiksi Hortonin neuralgian diagnosoinnissa on hurja viive.

Satunnaisesti oireilevan migreenin hoidon kulmakivet ovat kohtauksille altistavien tekijöiden välttäminen ja hyvä kohtaushoito. Aktiivisemman migreenin hoidon kulmakivet ovat edellä mainittujen lisäksi migreenin kroonistumisen riskitekijöiden huomioiminen ja migreenin estolääkityksen optimoiminen. Migreenin kroonistumisen riskitekijöitä ovat yli-paino, masennus ja ahdistus, stressi ja henkinen kuormitus, artriitti ja muut kipusairaudet sekä unihäiriöt. Ei ole helppoa, kun huomiota tulee kiinnittää migreenipotilaan kipu- ja kohtauslääkkeiden liikkäyttöön, mutta toisaalta myös migreenikohtausten liian tehottomaan hoitoon.

Migreenin Käypä hoito -suositus kannattaa meidän kaikkien lukaista. Migreenin akuuttihoidosta voitte luoda siitä lisää. Muistamisen arvioista

on tulehduskipulääkkeen ”migreeni-annos”, esim. ibuprofeeni 800–1200 mg. Satunnaisia kohtauksia hoidettaessa *Act when mild*. Triptaaneja ja gepanteja käytetään vaikeampien migreenikohtausten hoitoon ja antiemeeetit lisänä, jos on pahoinvointia – näillä saadaan helpotettua lääkkeiden imeytymistäkin. Opioidit eivät ole vaihtoehto. Kohtaushoidon tavoitteena on kahden tunnin kuluttua kivuttomuus tai eroon pääsy kaikkein häiritsevimmästä oireesta.

Estolääkityksen tarpeen arviointi on olennaista varhaisessa vaiheessa, jos kohtauksia on viikoittain tai useammin. Perinteisen estolääkityksen ongelmana on tehon riittämättömyys, hoitomyyntiä haittaavat sivuvaikutukset ja annos voi jäädä liian kevyeksi. Tietääkö lääkäri, ettei potilas käytäkään estolääkitystä? Botuliinitoksiini mainittiin kroonisen migreeniin. Ras-kautta suunnitteleville fertiili-ikäisille naisille pitkävaikutteiset uudentyyppiset migreenispesifiset estolääkkeet eli CGRP-reitin monoklonaaliset vasta-aineet eivät tule kysymykseen. Myös hinta ja Kelan korvattavuuskriteerit tulee huomioida.

Lääkepäänsärystä informoiminen vähentää päänsärky- ja kohtauslääke-päiviä. Koskaan ei ole liian myöhäistä saada informaatiota ja vaikutusta edellä mainittuihin. Päänsärky päiväkirjan pitämisellä dokumentoidaan vaste hoitointerventioihin. Migreenipotilaat ovat Artton mukaan hyvin tun-nollisia. Nykyaikana puhelinsovellus

Luentojen välissä verkostoitumista ja näyttelyyn tutustumista.



on paperin korvaajana oiva vaihtoehto. Osaan nyt entistä paremmin huomioida leikkauspotilaan esitiedoissa migreenin ja valmistautua tilaamaan omista lääkkeistä paaston ja väsymyksen laukaiseman orastavan päänsäryn lääkekoktailin.

Fysioterapeutti (Fysios Mehiläinen), TtM ja väitöskirjatutkija Mikko Patovirta valotti kroonisesta migreenistä oireilevien kehollisuuden kokemuksia sekä samalla väitöskirjaprosessiaan. Patovirran väitöskirja tutkii kokemuksia, ei etsi selityksiä eikä kausaaliyhteyksiä ilmiöille. Esitys sai kuulijat ajattelemaan ilmiötä yksilötasolla. Mikä viheliäinen sairaus! Migreeni rajoittaa ihmisen toimijuutta luoden säännöt, mitä hän voi ja mitä saa tehdä. Kohtausten pelko ja ympäristön tarkkailu lisää fysiologista ylivirittyneisyyttä. Uupumus koetaan kuormittavimmaksi, vaikka kipu aiheuttaa monelle pelkoa ja toiminnan lamaantumista. Minkä merkityksen potilas antaa kokemuk-silleen? Kehollisen säätelyn avulla on mahdollista rauhoittaa oireita ja vaikuttaa haitallisiin toimintamalleihin, kuten pelko-välttämiskäyttäytymiseen, valppauteen ja ylitarkkailuun.

Psykiatri, dosentti, LT, VTM, FM Henry Karlsson puhui masennuksesta ja migreenistä. Ilmeinen yhteys on tunnettu pitkään. Ajatelkaapa näitä neljää selitysmallia väitteen taustalla:

- 1) sairastuminen migreeniin johtaa masennukseen elämänlaadun heikentymisen kautta

- 2) aiemmat ja ajankohtaisten kuor-mitustekijät = yhteiset ympäristöte-kijät molempien taustalla
- 3) yhteinen geneettinen pohja
- 4) geneettiset ja ympäristötekijät muokkaavat aivojen rakennetta ja toimintaa siten, että alttius sairas-tua migreeniin ja masennukseen syntyy.

Masennusta kannattaa seuloa migreenipotilailta. Masennuksen riski-ryhmiä ovat kroonisista sairauksista tai kiputiloista kärsivät ihmiset, myös sosiaalisesti moniongelmaiset, terveys-palvelujen suurkuluttajat, pitkäaikais-työttömät, työuupumuksesta kärsivät, juuri synnyttäneet naiset ja muista psykiatrisista häiriöistä kärsivät. Huomioidaan heidät! Masentuneen poti-laan hoito on syytä aloittaa nopeasti, jotta välttyttäisiin työkyvyn menetyk-seltä ja sairauden kroonistumiselta, eli migreenin kroonistumista voidaan ehkäistä. Tehokkaita farmakologisia ja lääkkeettömiä hoitoja on olemassa

molempiin häiriöihin ja molemmat kannattaa ottaa käyttöön samanaikai-sesti.

Tuli toiveikas olo, kiitos!

Muut pään alueen kivut

Iltapäivällä saimme kuulla pään alueen muista kivuista. Herkullisen lounaan jälkeen oli ihanaa uppoutua kuulemaan karismaattista puhujavierasta Tanskasta Århusin yliopistolta. Profes-sori Lene Baad-Hansen puhui otsikolla *Differential diagnostics of orofacial pain*. Baad-Hansen on ollut osa kansainvälis-tä monialaista työryhmää kokoamassa International *Classification of Orofacial Pain* (ICOP) suositusta yhdessä seuraavan puhujan, professori Satu Jääskeläisen (Tyks, TY), kanssa. Jääskeläisen esitys käsitteli kasvokipujen KNF-diag-nostiikkaa. Kliininen status ei näytä yhtä tarkasti kuin hermoratatutkimus – toisin sanoen hermoratatutkimus varmistaa, kun kliininen tutkimus ei. ENMG- tutkimuksella (Elektroneuro-

Professorit Lene Baad-Hansen ja Satu Jääskeläinen.

myografia) saadaan selvitettyä paksu-jen hermosäikeiden toimintaa. Aivojen plastisuus selittää neuropaattisen ki-vun leviämislähtöä.

Sairaanhoitajan koulutuksellakin ymmärrän, miten tärkeää oikea diag-noosi potilaalle on. Sehän on edellytys näyttöön perustuvan hoidon ja kun-toutuksen aloittamiselle. Pään alueella operoi useita eri erikoisaloja- yhtenäiset kriteerit ja selkeät vuokaaviot diag-nostiikkaan ovat varmasti tervetullut apu ja nopeuttavat oikean diagnoosin tekemistä. Baad-Hansen ilmaisi asian kauniisti: monen eri erikoisalan jut-tu on haaste ja rikkaus. Pällekkäisiä kiputiloja on saatu yhdessä tuumin poistettua ja diagnostiikkaa helpotta-maan herkkiä ja spesifejä työkaluja ja testejä, jotka ennen puuttuivat. Silkkää säästöä! Taas ihmettelen, mitä kaikkea voikaan olla ja miten taitaviksi ja viis-aiksi ihmiset voivat kehittyvät omilla aloillaan.

Torstain viimeinen puheenvuoro kuultiin Jukka Huttuselta (el, dos, osas-tonylilääkäri KYS) otsikolla Okkipitaa-lihermon stimulaatio (ONS) sarjoittai-sen päänsäryn hoidossa. Neurokirurgia tarjoaa mahdollisuuden auttaa hoito-resistentistä kroonisesta sarjoittaisesta päänsärystä kärsiviä potilaita. Kys:ssa vaikuttaisi olevan hyvin toimiva hoi-toketju. Potilasvalinta on edellytyk-senä onnistumiseen: potilas, jolla on hankalia psykiatrisia tiloja ei sovellu ja ko-operaation tulee olla hyvä. Taudin vakavuus ja mieliala ennustavat hoidon tulosta. Sekamuotoiseen tilanteeseen ei saada niin hyvää vastetta. Kyseessä on mini-invasiivinen toimenpide, hoidol-la ei ole sivuvaikutuksia ja mahdolliset



komplikaatiot ovat erittäin lieviä. Neuromodulaation hyöty on, että tarpeen mukaan se voidaan ottaa pois eli py-syviä muutoksia ei tehdä. ONS-hoito voi helpottaa ja olla pitkässä juoksussa kustannustehokasta potilailla, joiden kiputila on haastava ja invalidisoiva. Potilaat voivat itse säätää stimulaatiota kivun mukaan. MRI-kuvaus ei laitteis-ton kanssa onnistu.

Vuosikokouksen jälkeen iltajuhlassa, Kupittaaan Paviljongin upeissa puitteis-sa, saimme syödä hyvin ja pääsimme tanssimaan. Huhtikuinen räntäsade ei onnistunut masentamaan tunnelmaa.

Perjantai

TMD – moniammatillinen hoito-polku

Aamupäivän aiheena oli TMD – Monia-mmatillinen hoitopolku. Parentaelimistön kipu ja toimintahäiriöt (TMD)-sessiossa kuulumme erikoishammas-lääkärinä, fysioterapeutteja ja kipupsyko-logia. Torstaina SKTY:n tuoreimpana kunniajäsenenä palkittu dosentti Tuija

Teerijoki-Oksa (ehl, TYKS) kertoi meil-le yksilöllisestä TMD:n hoidosta. TMD on yleisin kroonisen kasvokivun syy. Se voi olla tois- tai molemminpuolista. Po-tilaat voidaan jakaa ryhmiin kivun vai-keusasteen mukaan ja hoitoa räätälöidä sen mukaan. Valtaosalla potilaista oi-reet ovat lieviä, eivätkä he tarvitse hoi-toa. 5–20 % potilaista kipu kroonistuu. Yksilöllisen TMD:n hoidossa tärkeintä (tässäkin asiassa!) on potilasohjaus: informaatio ja omahoidon ohjaus. Li-hasharjoitteet ja kipulääkitys ovat näi-den lisänä. Konkretiaa TMD-potilaita hoitaville: ongelman luonteesta tulee kertoa, yleensä ennuste on hyvä. Poti-laan omaa roolia kuntoutumisessaan tulee korostaa. Kivunhallintaa tukevat ohjeet leuan oikeasta lepoasennosta ja lihaskuntoutuksesta, puremalihasten varovainen hieronta ja venyttely, ohjeet puremalihasten ja leukaniveltien kuor-mittavien tapojen välttämiseen ja pehmeä ruokavalio. Terveyskylä.fi (kiitos sen rakentajat ja mahdollistajat!) auttaa tässäkin - Kuntoutumistalossa on Opas parentaelimistön toimintahäiriön itse-hoitoon.

Valtaosa TMD-potilaista hoidetaan perusterveydenhuollossa. Jos potilaan oireet jatkuvat, ohjataan hänet perus-terveydenhuollon hammaslääkärin tutkimukseen. Moniammatillinen arvio tarvitaan, jos kipuu liittyy psyko-sosiaalista kuormittuneisuutta, kipu ai-heuttaa merkittävää toimintahaittaa tai potilaalla on muita kipuja/laaja-alaista kipua. Erikoishammaslääkärit tekevät yhteistyötä kiputiimin kanssa, keskei-senä ovat kipupsykologin ja fysiotera-putin arviot.

Koulutuspäivien järjestelytoimikun-

nan sihteerinä ansioitunut fysioterapeutti Noora Rautionmaa loisti myös omalla puheenvuorollaan Lääkkeetömät keinot TMD kuntoutuksessa. Fysioterapian tavoitteet tulee asettaa potilaskohtaisesti ja potilaan arkeen sovittaen. Tärkeää on, että potilaalla on realistinen tavoite ja potilas on aktiivinen kuntoutuksessa ja sitoutuu tekemiseen. Mieleen jäi dia keskushermoston herkistymisestä: laaja-alainen hypersensitiivisyys paineelle näyttää olevan yleinen tuki- ja liikuntaelimistön kiputiloissa etenkin pään alueella ja niska- ja hartiaseudulla sekä tensio-tyyppisessä päänsäryssä. *The Central Sensitization Inventory* (CSI) voi olla hyödyllinen työkalu tunnistaa tätä tilaa ja auttaa ennusteen tekemisessä. Vaikka olisi viitteitä keskushermoston herkistymisestä, tulee silti etsiä ja pitää silmällä perifeerisiin kudoksiin liittyviä tekijöitä, koska niillä on merkitystä herkistymisprosessissa. Rautionmaan esityksen yhteenvetona todetaan, että manuaalinen terapia, terapeuttinen harjoittelu ja edukaatio ovat yhdistettynä tehokas ja ensisijainen keino TMD-oireiden hoidossa.

Session lopuksi kuulumme Vera Leon (psykologi, PsT, neuropsykologian erikoispsykologi, Tyks) esityksen Kipu-psykologi TMD-potilaan hoidossa. Leo orientoi kuulijoita aiheeseen sanoitamalla kipua psykologisena ilmiönä. Kipuun liittyvät psykologiset ilmiöt ovat pääosin normaaleja psykologian ilmiöitä. Kipu on hyvä asia sellaisenaan, joksi se on tarkoitettu – tärkeäksi varoittavaksi viestiksi, joka opettaa välttämään vaarallisia asioita. Kipu horjuttaa turvallisuuden tunnetta ja herättää

huolta ja hätää – toisin sanoen pelkoa ja ahdistusta. Nämä ovat akuutissa vaiheessa hyödyllisiä tunteita. Kivun pitkittyessä kipuun liittyvät tunteet ja niiden vaikutus toimintaan muuttuu ja psykososiaalisten tekijöiden merkitys korostuu.

TMD-potilas tulee lähettää kipupsykologin vastaanotolle, kun kivut ovat pitkittyneitä ja kun kipuihin liittyy kuormittuneisuutta ja laskennallinen haitta-aste on vaikea. Nuoret ja nuoret aikuiset kannattaa lähettää harkinnan mukaan, vaikka haitta-aste olisi matalampi. Lähettämistä on syytä harkita myös silloin, kun muista käytetyistä keinoista on ollut vähäinen hyöty, tai jos syntyy vaikutelma, että potilaan itsearvio on ristiriidassa vastaanotolla näkyvän tilanteen kanssa, vaikka haitta-aste jäisikin lievemmäksi. Erityisen haastavaa on kyyninen vihamielisyys, joka ilmenee epäluottamuksena itsepystyvyyteen ja hoitavaan tahoon. TMD-potilailla nähdään pitkittyntä stressiä, kuormittavaa ja kiireistä elämäntapaa, kuormittavaa työtä tai opiskelua sekä puutteellisia stressinhallintakeinoja. Kipuun liittyy kuormitusta, jota on hyvä käsitellä kipupsykologin kanssa. Kun kipu kestää kauan, se vaikuttaa mielialaan.

Lasten ja nuorten päänsäryt

Lounaan jälkeen saimme oppia lasten ja nuorten päänsäryistä. Iltapäiväsessiön aloitti lasten neurologi Milla Ylijoki (Tyks) otsikolla Lasten päänsäryt. Satunnaiset päänsäryt ovat lapsilla yleisiä, niitä esiintyy jo ihan pikkulapsilla. Toistuvia (vähintään 1 x kk) päänsärkyjä on koulunsa aloittavista suomalaislapsista

n. 10 %:lla ja migreeniä n. 5 %. Päänsärkyjen esiintyvyys lisääntyy iän myötä, tytöillä murrosiästä lähtien enemmän kuin pojilla. Päänsärky on yleisoire, jonka taustalta voi löytyä useita syitä. Ohimeneviä päänsärkyjä aiheuttavat tyypillisesti erilaiset tulehdukset, näön ongelmat, nälkä ja jano. Lievät päänsäryt edellyttävät harvoin tutkimuksia tai lääkohoitoa. Syihin ja laukaiseviin tekijöihin voi vaikuttaa: liian vähäinen yöuni, väärät ruokailutottumukset, koulukiusaaminen, oppimis- tai keskittymisvaikeudet, perhe- tai ystävyssuhteiden ongelmat, liiallinen tietokoneen käyttö ja päihteiden käyttö.

Jännityspäänsäryn (tensiopäänsärky) syitä ei tarkkaan tiedetä, mutta liikunnan vähyydellä ja yksipuolisilla työasennoilla on asian kanssa tekemistä. Pään, niskan, hartioiden ja yläselän lihasten jännittyneisyys voivat aiheuttaa lievää- kohtalaista, tasaista ja usein puristavaa särkyä, eikä siihen liity pahoinvointia tai samanaikaista valo- tai ääniherkkyyttä. Psykogeenisestä päänsärystä puhutaan silloin, kun häiriön pääasiallinen ylläpitäjä on psyykkinen tekijä, jonka poistuminen lopettaa päänsäryn kokonaan. Tällainen särky on yleistä ja luonteeltaan jatkuvaa. Psyykkisten tekijöiden aiheuttaman päänsäryn ylläpitävä tekijä voi olla vanhempi, opettaja tai koulupsykologi! Lapsilla(kin) esiintyy migreeniä ja kohtauksittaisia päänsärkysairauksia. Migreenitaipumus on periytyvää – usein suvussa esiintyy migreeniä muillakin. Lapsilla esiintyy myös migreenivariantteja: kohtauksittainen huimaus, kenokaulaisuus, syklinen oksentelu ja vatsamigreeni.

Lapsen päänsäryn selvittelyyn riittää usein huolellinen anamneesi ja status, ja laboratorio- tai kuvantamistutkimuksia tarvitaan vain harvoin. Toimintaa haittaavat päänsäryt on tutkittava huolella. Muistutus: jos lapsella on shuntti ja päänsärkyä, tarvitaan välitön neurokirurgin arvio.

Minna Ståhl (LT fysiatrian erikoislääkäri, HUS) ja Reetta Sipilä (PsT, HUS) Lasten kipukeskuksesta kertoivat lasten pitkittyneen toimintakykyä haittaavan päänsäryn hoidosta ja kuntoutuksesta. Kouluikäisillä esiintyy yleisesti kipuja, joiden taustalla ei ole vammaa tai sairautta. Osalla kipuun liittyy merkittävää toimintakyvyn laskua, josta aiheutuu koulupoissaoloja ja useita käyntejä terveyspalveluissa. Moniammatillisesti toteutettuna (lasten ja nuorten kipuun perehtynyt lääkäri, fysioterapeutti, psykologi ja sairaanhoitaja), perhekeskeisesti ja yksilöllisesti valituilla lääkkeettömillä menetelmillä saavutetaan hyviä hoito- ja kuntoutustuloksia. Kipuedukaatiolla on tärkeä perusta hoitoon sitoutumisessa ja onnistumisessa.

Kivulle on löydettävissä altistavia, voimistavia ja ylläpitäviä tekijöitä. Pitkittyneen kivun hoidossa keskeisessä roolissa on vanhempien ja lasten välinen vuorovaikutus. Kipupsykologi auttaa huomaamaan suojaavia tekijöitä ja opettaa koko perheelle mielen joustavuutta. Psykologisella työskentelyllä tuetaan muutosta perheen toimintatavoissa. Opetellaan yhdessä taitoja, esim. uudenlainen reagointi kipuun.

Eväitä työssä jaksamiseen

Koulutuspäivien päätösluento kuultiin Anita Saariaho (LT, anestesiaerikoislää-

käri, psykoterapeutti YET). Väitän, että ”Uhkaava uupuminen – mistä voimavaroja kivunhoidon ammattilaisille” oli meille kaikille koulutuspäivään osallistuneille voimaannuttava ja hie- man herkistäväkin lopetus. Tunnustan olleeni jo aiemmin Saariaho-fangirl, ei tarvinnut pettyä! Käsillä on tosiaan aikamoinen dilemma: Vaikka terveydenhuollon ammattilainen pyrkii hoitamaan potilasta ammattitaitonsa mukaisesti ”tehden parhaansa”, potilas ei ”parane” eikä ole tyytyväinen ja ajattelee ”ettei minua haluta hoitaa”. Pitkäaikaisen kivunhoidossa erityisiä uupumistekijöitä ovat väärä päämäärä ja erilainen päämäärä: kivun syyn löytäminen ja poistaminen on mahdoton tehtävä. Ammattilaisen yritys motivoida potilas biopsykososiaalisen mallin mukaan kivun lieventymiseen, siihen vaikuttavien tekijöiden kartoittamiseen ja poistamiseen, kuntoutukseen ja kokonaisvaltaiseen hyvinvoinnista huolehtimiseen turhauttaa molemmat, kun potilas edelleen etsii kivun syytä ja parantavaa hoitoa (usein lääkettä tai leikkausta).

Työuupumuksen vastavaikuttajia ovat ammattitaito ja siitä huolehtiminen, kipupotilaiden erityispiirteiden tunteminen (esim. niistä johtuvat vuorovaikutusongelmat) sekä omien rajojen tunnistaminen. Tunne itsesi ja työsi päämäärä! Avaimet hyvään vuorovaikutukseen löytyy kuuntelemisen taidosta, potilaan yksilöllisen kipukokemuksen merkityksestä hänen kokonaistilanteestaan. Hyvä vuorovaikutus ei uuvuta. Hienoja ajatuksia työhuoneentauluiksi on myös: Potilaan kipu ei ole ammattilaisen syy eikä myöskään

hoitomahdollisuuksien rajallisuus – älä syöllisty, vaikka sinua voidaan syyllistää ja Et voi kantaa potilaan masennusta ja kipua, mutta voit hyväksyä hänet ja hänen kipukokemuksensa sellaisenaan. Älä tee potilaan puolesta.

Saariaho korosti työyhteisön ja verkoston tärkeää osaa ammattilaisen työhyvinvoinnissa. Yhteinen käsitys päämääristä, pienetkin hetket saman asian äärelle kokoontuen (kahvihuone, ei puhelimia!), huumori, tiedon, taidon ja kokemuksen jakaminen, sekä tarvittaessa työnohjauksellinen tuki ovat kannatettavia asioita. Ollapa kapinallinen nykyajassa ja yrittää elää hetkessä tässä ja nyt, vaalia tyhjiä ja tylsiä hetkiä, harrastaa jotakin itselle mieluistaa ei-suorituskeskeisesti ja jättää ruudun avulla ”rentoutuminen” mahdollisimman minimiin.

Suuret kiitokset Turun koulutuspäivien järjestelytoimikunnalle, teitte hienoa työtä! Suosittelenpa vielä Kipuviestin lukijaa hyödyntämään SKTYn jäsensivuilta (www.skty.org/ja-sensivut/) löytyviä Luentomateriaaleja. Tässä raportissa mainittuja esityksiä ja esittäjien lähdemateriaaleja on siellä luettavaksi, vaikket ehkä päässytkään tällä erää Turkuun paikalle, olethan SKTYn jäsen.

Hoidetaan voimavarojamme ja kar- tutetaan verkostoja tulevilla koulutus- tapahtumissa! ■

Suvi Viljakainen

sairaanhoitaja (AMK), Anestesiahoitaja, Kivun hoitotyön asiantuntijahoitaja, Pirkanmaan hyvinvointialue, Tays

Tuija Teerijoki-Oksa kunniajäseneksi

Vuoden 2025 kunniajäseneksi kutsuttiin dosentti, erikoishammaslääkäri Tuija Teerijoki-Oksa.

Tuija Teerijoki-Oksa on toiminut Suomen Kivuntutkimusyhdistyksen hallituksessa vuosina 2014-19 ja hallituksessa ollessaan toimi myös yhdistyksen sihteerinä. Tuija Teerijoki-Oksa on toiminut useissa yhdistyksen toimikunnissa, erityispätevyystoimikunnassa 2010-16, myös sihteerinä, kipulääkäritoimikunnassa 2012-15 ja kasvokiputoimikunnassa 2012-20. Hän on ollut mukana myös yhdistyksen moniammatillisten koulutuspäivien järjestelytoimikunnissa Turussa.

Tuija Teerijoki-Oksa valmistui hammaslääkäriksi vuonna 1982 silloisesta Kuopion korkeakoulusta. Kiinnostus suukirurgiaan vahvistui terveyskeskustyössä Jyväskylässä ja erikoishammaslääkäriksi (suu- ja leukakirurgia) Tuija valmistui Turun yliopistosta vuonna 2000. Erikoistumisaikana 90-luvun lopulla hän tutustui tarkemmin turkulaiseen kasvokipututkimukseen dosentti Heli Forssellin ja professori Satu Jääskeläisen ohjauksessa. Suukirurgina Tuijaa kiinnostivat leikkauksissa syntyvät hermovauriot, erityisesti niiden ennaltaehkäisy, diagnostiikka ja paraneminen, sekä neuropaattisen kivun riskitekijät. Tästä aiheesta syntyi myös väitöskirja vuonna 2004.

Kipututkimus jatkui aktiivisena tämän jälkeenkin ja sen tavoitteena on ollut parantaa pitkäkestoisten suu/kasvokipujen diagnostiikkaa, potilaiden hoitoa ja elämänlaatua. Tutkimuksissa on selvitetty mm. suupolteen patofysiologisia mekanismeja, suupolte kivun piirteitä ja kivun kanssa selviytymistä. Viime vuosina purentaelimistön toimintahäiriöihin (TMD) liittyvä eri yliopistojen tutkimusyhteistyö on tuonut validoidut tutkimusmenetelmät ja -lomakkeet ammattikunnan käyttöön Suomessa (TMD Käypä hoito- suositus) ja tämä on mahdollistanut TMD-potilaiden laaja-alaisen diagnostiikan ja siihen perustuvan yksilöllisen hoidon suunnittelun.

Kivunhoitolääketieteen erityispätevyden Tuija suoritti vuonna 2008.

Viime vuodet Tuija Teerijoki-Oksa on työs-



Kunniajäsen Tuija Teerijoki-Oksa, Kivuntutkimusyhdistyksen puheenjohtaja Maiju Marttinen ja klinikon tunnustuspalkinnon saanut Tuula Korhonen.

kennellyt Tyksin suu- ja leukasairauksien klinikalla apilaisylihammaslääkärinä, klinisenä vastuualueena kasvokipupotilaat. Kasvokipuasiantuntijana hän on osallistunut myös Tyksin kipuklinikan moniammatilliseen kiputyöryhmään. Arvostettuna kipukouluttajana hän on toiminut lukuisissa koulutustapahtumissa yli 20 vuoden ajan ja hänellä on ollut suuri merkitys useiden hammaslääkärin tutorina heidän kivunhoitolääketieteen erityispätevyysopinnoissaan.

Turun yliopisto myönsi Tuija Teerijoki-Oksalle dosentin arvon (suu- ja leukakirurgia) viime vuonna. ■

Piikeistä ja pillereistä kohti kuuntelua ja kannustusta

Tuula Korhonen
anestesia erikoislääkäri,
kivun hoidon erityispätevyys
ylilääkäri, Raahen
kipupoliklinikka, Pohde
kuntoutuspalvelut

Sain yllätyksekseni ja ilokseni kuulla, että minulle on myönnetty tänä vuonna Suomen Kivuntutkimusyhdistyksen klinikon tunnustuspalkinto. Mietin, että jos palkinto on tarkoitettu ihan tavalliselle puurtajalle, otan sen kiitollisena vastaan. Me kaikki kivun kanssa ahertavat ansaitsemme moisen tunnustuksen.

Urani kipupotilaiden parissa alkoi kovin vastahankaisesti. 1994 työskentelin tuoreena anestesiaerikoislääkärinä Kainuun keskussairaalassa. Mielessä oli akutologiaa ja toimintaa. Koin työni monipuoliseksi ja mielekkääksi. 90-luvun alkupuolella perustettiin Pohjois-Suomeen kipupoliklinikoita. Eräänä päivänä silloinen legendaarinen ylilääkäri Kauko Nurkkala esitti, että minun pitäisi perustaa anestesiahoitaja Sisko Väisäsen ja Leena Räsäsen kanssa kipupoliklinikka leikkausosaston yhteyteen. Muistan parahtaneeni, että nyt minut haudataan ainakin puoliksi elävältä. Sana krooninen ei mahdunut silloiseen maailmankuvaani. Akuutin ja syöpäkivun hoito oli kuitenkin kiinnostanut minua jo erikoistumisvaiheessa. Hyppäsimme suoraan syvään päätyyn: Luimme Kipu-kirjan ja kävimme Oys:n kipupkl:lla anestesiologi Voitto Järvimäen ja kipuhoitaja Raija Korhosen opissa peräti 2 päivää.

Näillä opeilla aloitimme toimintamme leikkausosaston ja heräämön välisessä pienen pienessä kansliassa. Aloin innostua aiheesta, koska sain toteuttaa mitä erilaisempia puudutussarjoja ja sympaattisia blokadeja. Potilaat lähtivät tyytyväisenä, mutta palasivat yleensä yhtä kipinä muuttaman viikon/kuukauden kuluttua. Tilanne alkoi turhauttaa, kun juuri kukaan ei ”parantunut” kivusta. Kuntoutuspuolella odotettiin liikehoidon alkavan vasta, kun kipu olisi

saatu ensin hallintaan. Vähitellen näytön puuttuessa jatkuvista puudutussarjoista alettiin luopua kipupoliklinikkallamme.

Liityin Suomen Kivuntutkimusyhdistykseen sen alkuajoista alkaen ja sain kivun hoidon erityispätevyyden 1999. Osallistuin innokkaasti kotimaisiin ja kansainvälisiin koulutuksiin ja koin kipuammattilaisten verkostoitumisen tosi antoisana. Perustimme Pohjois-Suomen kipupoliklinikoiden yhteisen PolarPain-verkoston. Kokoonnuimme eri paikkakunnilla säännöllisesti ja tieteellisen ohjelman rinnalla oli mitä hausimpia aktiviteetteja.

Jos 90-luku oli puudutusten kulta-aikaa, oli puolestaan 2000-luvun alku lääkepainotteista. Meille opetettiin, että Suomessa alilääkitään kipua ja vahvoja opioideja alettiin määrätä rohkeammin myös ei-malignissa kivussa. Kombinoitiin usealla eri mekanismilla olevia pkv-kipulääkkeitä. Kolmiolääkkeistä huolimatta kivut yleensä jatkuivat ennallaan ja samalla oli huomattavissa passiivisuuden lisääntymistä. Tarve annosnostoihin oli ilmeinen ja osalle kehittyi opioidiriippuvuus, jota oli hankala hoitaa. Kuntoutuksen saralla ei tälläkään menetelmällä edetty pitkälle. Potilas oli edelleen passiivinen hoidon kohde. Kuntouttaminen usein viivästyi. Koin, että minulla ei ollut kuuntelemisen ja vuorovaikutuksen lisäksi muuta annettavaa pitkäkestoisesta kivusta kärsiville. Tuossa vaiheessa otin etäisyyttä kivun hoitoon vaihtamalla työpistettä muutamiksi vuosiksi teho-osastolle, mikä olikin virkistävää vaihtelua.

Palasin 2010 kotikonnuilleni Raahen. Raahen sairaalassa aloitin työskentelyn leikkaussalissa ja sittemmin myös kipupoliklinikkalla Saariahon Anitan ja Tomin jalanjäljissä. 2010-luvulla alettiin aidosti painottaa IASP:n

jo 70-luvulla lanseeraamaa moniammatillista ja biopsykososiaalista lähestymistapaa pitkäaikaisesta ei-malignista kivusta kärsivillä. Potilaan omaa aktiivisuutta alettiin painottaa ja ammatillisista tuli ikään kuin suunnannäyttäjiä, valmentajia ja rinnalla kulkijoita. Nyt kuntoutus käynnistettiin mahdollisimman varhain, eli kipeää uskallettiin kuntouttaa. Ei odotettu passiivisten hoitojen poistavan kipuja ensin.

Kivunhallintaryhmistä oli muualla hyviä kokemuksia ja minäkin aloin innostua ryhmien vetämisestä. Mindfulness oli kiinnostanut henkilökohtaisesti jo 2000-luvun alusta alkaen. Kouluttauduin Englannissa Breathworks kivunhallinta-ohjaajaksi. Mindfulness kivunhallintaryhmiä Raahessa on pidetty 2012 alkaen vähintään 2 kertaa vuodessa. Aluksi ryhmät olivat läsnäolona ja vedin niitä yhdessä toimintaterapeutti Pia Häikiön kanssa. Koronavuosit alkaen olen vetänyt ryhmiä Teamsin välityksellä yksin. Näin saadaan mukaan osallistujia useiden satojen kilometrien etäisyydellä. On ihmeellistä, miten ryhmäytymistä ja vertaistukea toteutuu myös etänä. Ryhmissä tapahtuu todellisia muutoksia suhteessa kipuun, itsemytätunto kehittyy ja opitaan jaksottamaan tekemistä. Ryhmäläiset kertovat saaneensa harjoituksista ”lääkkeen” kipuun, unettomuuteen ja ahdistukseen. Tämä lääke kuulostaa tehokkaammalta kuin monet lääkkeet eikä harjoituksilla ole yleensä haittavaikutuksia. Olen vetänyt mindfulness-ryhmiä myös terveydenhuollon ammattilaisille.

2019 hyvin toimiva leikkausyksikkö Raahan sairaalassa lakkautettiin. Siihen loppui surukseni urani anestesia- ja kivunhoitoalalla. Jäin päätoimiseksi kipupoliklinikkatyöhön. 2023 meidät liitettiin SOTE-muutosten myötä Oys:n kipupoliklinikkaan. Työhön sisältyy potilastyön lisäksi koulutusta ja konsultointia. Yhteistyötä alueen terveyskeskusten kanssa pyritään kehittämään. Kipupoliklinikoilla käy säännöllisesti YLE-erikoistumisjaksojen tekijöitä. Näin kivun hoidon

osaamista saadaan vietyä terveyskeskuksiin, joissa hoidetaan suurin osa kivuista kärsivistä.

Olen aina arvostanut Suomen kivuntutkimusyhdistystä ja osallistunut koulutuksiin. 2021–2024 toimin hallituksen jäsenenä. Tämä oli antoisaa aikaa. Hallituksen jäsenet olivat mitä mukavimpia ihmisiä ja samalla aikaansaavia. Huomasin, että kivun hoidon saralla on paljon innokkuutta ja hyviä hankkeita. Sain tutustua eri alueiden toimintamalleihin ja erityisesti erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyön kehittämiseen. Jossain vaiheessa luulin, että kivun hoidon ammattilaiset ovat eläköitymässä ja kivunhoito hiipumassa hiljalleen Suomessa. Asia onkin päinvastoin. Alalla on uusia innokkaita tulijoita, klinistä työtä kehitetään ja tutkitaan. Toki meidän pitää edelleen lisätä alan houkuttelevuutta ja tarjota riittävät resurssit hyvään kivunhoitoon. SKTY:llä on paljon tehtävää edessään. Toimikunnissa on myös kiinnostava olla mukana, suosittelen osallistumaan. Itse jatkan vielä Kipuviesti- ja lääkaritoimikunnassa.

Tässäpä raapaisu polustani kliinikkona kipusaralla. Jälkeenpäin ajatellen siihen on mahtunut monenlaisia vaiheita. Kullakin vuosikymmenellä ovat olleet omat käytänteensä sen ajan tiedon mukaisesti. Tärkeimpänä on ollut aina potilaan kohtaaminen ilman kiirettä myötätunnolla, yhdessä ratkaisujen etsiminen, turvallinen lääkehoito ja potilaan aktiivinen osallistaminen omaan kuntoutumiseensa. Työtä ei olisi jaksanut ilman hyvää työyhteisöä, huumoria ja mahdollisuutta osallistua koulutuksiin. SKTY:llä on ollut tärkeä rooli valtakunnallisessa verkostoitumisessa, mikä on tuonut laajempia näkökulmia ja ennen kaikkia hyviä kollegoja ja ystäviä.

Kiitän nöyrästi sydämeistäni SKTY:a saamastani Kliinikon tunnustuspalkinnosta. Kiitän kaikkia työtovereitani vuosien varrelta. Jaksamista ja työniloa kaikille kivun kanssa työskenteleville. ■

Päihteet ja kivunhoito – 14. valtakunnallinen kipuhoidajien verkostoitumispäivä

Suomen Kivuntutkimusyhdistyksen Hoitotyöntoimikunta järjesti 14. valtakunnallisen kipuhoidajien verkostoitumispäivän tammiukuussa 2025 Espoon Orionin tiloissa. Verkostoitumispäivän teemana oli ”Päihteet ja kivunhoito” ja siihen osallistui 29 kivunhoitotyön ammattilaista eri puolilta Suomea. Osallistujat toimivat organisaatioissaan kipupoliklinikoilla pitkään jatkuneen kivun ja/tai akuutin kivun (APS, Acute Pain Service) hoitajina. Verkostoitumispäivän tavoitteena oli jakaa eri hyvinvointialueilla käytössä olevia hyviä kivunhoidon käytänteitä, kuulla asiantuntijaesityksiä sekä verkostoitua kollegoiden kanssa.

Tilaisuus alkoi Orionin ja hoitotyön toimikunnan tervetulo- ja avaussanoilla, jonka jälkeen siirryttiin pienryhmätyöskentelyyn. Osallistujat jaettiin kolmeen ryhmään, joissa pohdittiin päihdepotilaiden kivunhoitoon liittyviä haasteita sekä hyviä käytäntöjä eri organisaatioissa. Koska osallistujat työskentelivät erilaisissa yksiköissä, tarkasteltiin aihetta monista eri näkökulmasta. Keskustelu oli vilkasta ja sen avulla tuotiin esille sekä ongelmakohtia että hyviä toimivia ratkaisuja ja toimintamalleja päihdeiden käyttäjien kivun hoitotyössä. Pienryhmätyöskentelyn lopuksi ryhmät esittelivät vuorotellen toisilleen tuotoksensa, mikä mahdollisti kokemusten jakamisen laajasti.

Pienryhmäesityksissä haasteiksi nousivat erityisesti päihdeitä käyttävän potilaan elämänhallinta ja hoitoon sitoutuminen, potilaan oma kivunhoito ja sen vaikutus adekvaatin lääkityksen suunnitteluun sekä asenteet niin potilaan kuin hoitohenkilökunnankin puolelta. Hoidon suunnittelu ja jatkuvuus koettiin merkittäväksi ongelmakohtaksi,

erityisesti hoitopolkujen katkonaisuuden ja tiedonkulun haasteiden vuoksi. Hyviksi käytännöiksi mainittiin potilaan päihdetilanteen huomioiminen kivunhoitoprosesseissa sekä eri päihdetilanteiden – kuten aktiivikäyttäjän, vieroittautuneen sekä korvaushoidossa olevan potilaan erottaminen toisistaan – ja siten huomioiminen potilaan yksilöllisen hoidon suunnittelussa.

Iltapäivän ohjelmassa oli kaksi asiantuntijaluentoa. Yleislääketieteen erikoislääkäri ja kipulääkäri Elisa Nevalainen käsitteli aihetta ”Väärinkäyttävät kipulääkkeet”, kuten opioidit, bentsodiatsepiinit, gabapentinoidit ja ketamiini. Hän avasi lääkkeiden väärinkäytön taustaa ja yleisyyttä, riippuvuuden ulottuvuuksia ja kriteeristöä sekä lääkeriippuvaisen hoitoprosessia. Lisäksi luennolla käsiteltiin huumeuseulojen hyödyntämistä osana hoitoa. Toisen luennon pitivät sairaanhoitajat Tarja Asikainen ja Nea Lindi Pohjois-Savon hyvinvointialueelta aiheesta ”Riippuvuus on sairaus”. He toivat esiin päihderiippuvaisen erityispiirteitä terveydenhuollon asiakaskuntana, kuten hoitoon sitoutumisen haasteet ja päihdeiden väärinkäytön oheisongelmat.

Päivä päätettiin yhteenvetoon, yhteiseen keskusteluun ja ryhmäkuviin. Verkostoituminen on aina ollut yksi tapahtuman tärkeimmistä annista, tämän vuoksi iltapäivään oli jätetty aikaa myös vapaamuotoisille keskusteluille kahvin äärellä. Keskustelu kävi vilkkaana pöytäkunnittain, joissa aiheena olivat muun muassa päihdepotilaiden hoidon erityispiirteet ja käytännön kokemukset. Osallistujien antaman palautteen perusteella verkostoitumispäivä oli kokonaisuutena onnistunut. Luennot ja niistä syntyneet keskustelut koettiin hyödyllisiksi ja antoisiksi. Luennoitsijat saivat hyvää palautetta aiheistaan ja asiantuntijuudestaan. Myös tilaisuuden puitteet, aikataulu ja tarjottu keräsivät suuresti kiitosta. Yhteenvetona voisi todeta, että verkostoitumispäivä vahvisti osallistuneiden kipuhoidajien osaamista ja tarjosi arvokkaan mahdollisuuden verkostoitumiseen.

Seuraava kipuhoidajien verkostoitumispäivä tullee järjestämään Orionin tiloissa Espoossa 29.1.2027. Tapahtuman markkinointi sekä ilmoittautuminen käynnistyvät syksyllä 2026. ■

Lämpimin terveisin



Kuvassa olevat Suomen Kivuntutkimusyhdistyksen Hoitotyöntoimikunnan jäsenet
Sami Ranta (HUS, Porvoon sairaala, Itä-Uudenmaan hyvinvointialue),
Sirkku Mäkinen (TAYS, Pirkanmaan hyvinvointialue),
Marjo Willman (KYS, Pohjois-Savon hyvinvointialue),
Anna-Leena Nousiainen (Lapin ammattikorkeakoulu, Rovaniemen kampus),
Anu Portti (LKS, Lapin hyvinvointialue)

Moniammatillisuus kivunhallinnassa ja kivun lääkehoidossa 2025 -webinaari

Yhdistyksen fysioterapeutti- ja hoitotyön toimikunta järjesti keväällä 2025 toista kertaa maksuttoman webinaarin kivunhoidosta. Ensimmäinen koulutus järjestettiin vuonna 2024, ja kuten edellisvuonna, tapahtuma oli suunnattu fysioterapeuteille, sairaanhoitajille sekä alan opiskelijoille. Koulutus oli avoin kaikille kiinnostuneille ja se keräsi jälleen laajan joukon eri alojen ammattilaisia kivunhoidon äärelle.

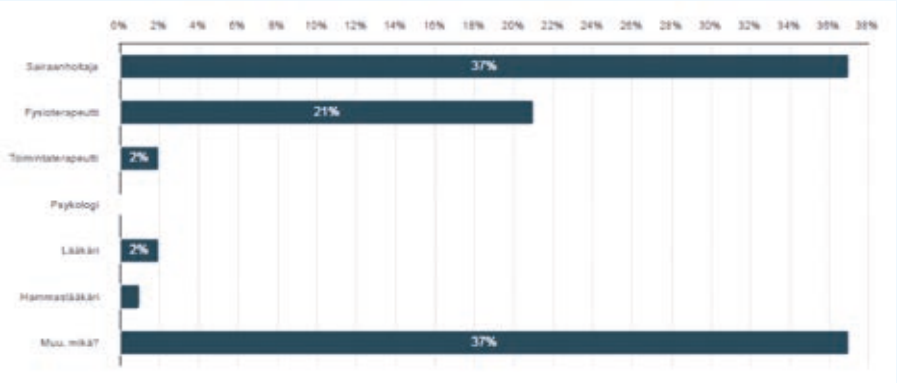
Taulukossa (kuva) on nähtävissä Muu-osallistujien suuri määrä. Tähän ryhmään kuuluivat muun muassa osteopaatit, fysioterapia- ja hoitotieteen lehtorit ja opettajat, alan opiskelijat, lähihoitajat, geronomit sekä hoitokoordinaattorit.

Webinaarin punaisena lankana kulki kivun lääkkeellinen hoito. Koulutuspäivä rakentui mikrotasolta ylätasolle eteneväksi kokonaisuudeksi. Päivän ohjelma oli jaettu kahteen osaan: aamupäivällä ja iltapäivällä pidettiin kaksi luentokokonaisuutta.

Tänä vuonna webinaarin avasi Suvijakainen esittelemällä Suomen Kivuntutkimusyhdistyksen (SKTY) toimintaa. Tavoitteena oli lisätä tietoisuutta yhdistyksestä ja edistää jäsenhankintaa. Hoitotyön toimikunnan puheenjohtaja Anna-Leena Nousiainen toimi tilaisuuden emäntänä ja luotsasi päivän sujuvasti alusta loppuun.

Luentokokonaisuuden avasi fysioterapeutti Kristiina Kokkonen, joka käsiteli keskeisiä kipulääkkeitä eri kiputyyppien mukaan sekä niiden vaikutusmekanismeja elimistössä. Hänen esityksensä tarjosi selkeän ja asiantuntevan katsauksen kivun lääkehoidon perusteisiin.

Seuraavaksi fysioterapeutti Sauli Lietzen esitteli fysioterapeutin suoravastaanottotoimintaa ja siihen liittyvää lääke-



osaamista. Hänen luentonsa toi esiin fysioterapeuttien roolin kivunhoidossa ja lääkehoidon tuntemuksen merkityksen osana moniammatillista yhteistyötä.

Iltapäivän osuuden aloittivat sairaanhoitajat Anu Portti ja Marjo Willman. Anu keskittyi turvallisen kivun lääkehoidon käytännön toteuttamiseen eri hoitoympäristöissä – sairaaloissa, vuodeosastoilla ja kotona. Hän käsiteli myös lääkehoidon turvallisuuteen liittyviä sudenkuoppia ja kehittämiskohteita.

Marjo Willman puolestaan syvensi kivun arvioinnin merkitystä laadukkaan ja turvallisen lääkehoidon perustana. Hän toi esiin riskipotilaiden tunnistamisen tärkeyden sekä sairaanhoitajan keskeisen roolin kivunhoidossa.

Päivän päätteeksi fysioterapeutti Katja Levanderin ja LL, LT Jeremi Heikkisen esitys tarjosi katsauksen Vankisairaalan kipupotilaiden moniammatilliseen hoitoon. He toivat esiin, kuinka tärkeää on kohdata potilas arvokkaasti ja yksilöllisesti – tunnistuen myös ne asenteet ja rakenteet, jotka voivat huomaamatta vaikeuttaa kivunhoitoa erityisesti haavoittuvassa asemassa olevien kohdalla.

Kaikki luennot saivat osallistujilta erittäin hyvää palautetta ja ne koettiin konkreettisesti omaa työtä tukeviksi. Palautekyselyssä kysyttiin myös toiveita tu-

levien koulutusten aiheiksi – tänä vuonna erityisesti ikääntyneiden kivunhoito, sekä lääkkeellinen että lääkkeetön, nousi vahvasti esiin.

Webinaarin tekninen toteutus sujui erinomaisesti. Edellisvuoden kokemukset näkyivät järjestelyiden sujuvuudessa. Lapin AMK:n eOppimispalvelu tarjosi teknisen tuen koko koulutuspäivän ajaksi, ja Lapin AMK:n tarjoama Zoom-yhteys mahdollisti osallistumisen eri puolilta Suomea.

Ilmoittautuneita oli tänä vuonna 566 – vaikuttava määrä. Parhaimmillaan linjoilla oli 416 kuuntelijaa. Osallistujia oli jälleen koko Suomen alueelta, ja koulutus onnistui hienosti tavoittamaan alan ammattilaisia laajasti.

Tapahtuma saa jatkoa ensi keväänä ja suunniteltu ajankohta on toukokuun toinen perjantai. Tervetuloa silloin linjoille!

Katja Levander
Fysioterapeutti, YAMK
Fysioterapeutin suoravastaanoton ja kipufysioterapian erityispätevyys

Marjo Willman
kliinisesti erikoistunut sh, kivun hoitotyön täydennyskoulutus, kognitiiviset lyhytterapio-pinnot, kipuhoidajana KYSin kipukeskuksessa.

SAVE THE DATE

ZOOM- WEBINAARI

8.5.2026

KLO 8.30-15.30

MAKSUTON TAPAHTUMA

SUUNNATTU TERVEYDENHUOLLON AMMATTILAISILLE JA OPISKELIJOILLE

Pidätämme oikeudet muutoksiin

IKÄÄNTYNEEN MONIAMMATILLINEN KIVUNHOITO

AMMATTILAISTEN NÄKÖKULMIA JA TYÖKALUJA IKÄÄNTYNEIDEN PITKITTYYNEEN KIVUN HALLINTAAN

LÄÄKEHOIDON HAASTEITA KIVUNHOIDOSSA

KIVUN HALLINTA JA TOIMINTAKYKY

KEVÄÄLLÄ 2026 ILMOITTAUTUMINEN

OTA SUOMEN KIVUNTUTKIMUSYHDISTYKSEN SIVUT SEURANTAAN - NÄHDÄÄN TOUKOKUUSSA!

www.skty.org

IASP 2026 WORLD CONGRESS ON PAIN

Bangkok, Thailand • 26-30 October

Akuutin- ja syöpä kivun hoito moniammatillisena yhteistyönä

to-pe 27.-28.11.2025

Tamperetalo, Yliopistonkatu 55, 33100 Tampere

Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry järjestää perinteiset akuutin ja syöpä kivun hoidon koulutuspäivät yhdessä Suomen Anestesiologiyhdistys ry:n ja Suomen Palliatiivisen lääketieteen yhdistys ry:n kanssa.

AKUUTIN KIVUN HOITO, TORSTAI 27.11.2025

08.30–09.00 Ilmoittautuminen, aamukahvi ja tutustuminen näyttelyyn
09.00– 09.10 Koulutuspäivän avaus, Suvi Viljakainen, akuutin kivun toimikunnan pj

AAMUPÄIVÄSESSIO, pj Juhani Ojala
Kivunhoidon saatavuus vanhuksilla ja muilla erityisryhmillä.

9.10–9.55 Kulttuurin merkitys akuutin kivun hoidossa, Valentina Oroza, LL, Psykoterapeutti YET, Helsingin SOTEPE, Kalasataman terveysasema
09.55–10.40 lääkään akuutti kipu, Ulla Aalto, LT, Geriatrian ja yleislääketieteen erikoislääkäri, HUS
10.40–11.25 Kehitysvammaisen potilaan akuutti kipu. Jenni Vieri, ane el, TAYS
11.30–12.30 Lounas ja näyttelyyn tutustuminen

ILTAPÄIVÄSESSIO, pj Elina Tiippa

12.30–13.10 Kipulääkettä hakevan potilaan lääkeohjaus apteekissa, Johanna Hakamäki, farmaseutti
13.10–14.10 Parenteraalisten kipulääkkeiden annostelureitit akuutissa kivussa, Timo Koponen, ane el, Pihlajalinna, Joensuu
14.10–14.40 Kahvi ja näyttelyyn tutustuminen

14.40–15.40 Epiduraalipuudutus akuutin kivun hoidossa
Anestesiaalääkärin näkökulma, Teija Nieminen, LL, HUS
Hoitotyön näkökulma, Outi Saarelainen, APS hoitaja, HUS
15.40–15.50 Päivän päätös, Elina Tiippa

16.00–18.00 Happy Hour, pientä purtavaa ja seurustelua

SKTY/syyskokous

SYÖPÄKIVUN HOITO, PERJANTAI 28.11.2025

Invasiivisen kivunhoidon mahdollisuudet syöpä- ja palliatiivisella potilaalla.

08.15–08.50 Ilmoittautuminen, aamukahvi ja tutustuminen näyttelyyn
08.50–09.00 Koulutuspäivän avaus, Marion Wuestefeld, SKTY

AAMUPÄIVÄSESSIO, pj Anni Karppila

9.00–9.20 Johdanto päivään- spinaalinen ja epiduraalinen kivunhoito, Juhani Ojala, ane el, HUS
9.20–10.20 Palliatiivisilla ja laajemmin syöpäpotilailla käytettävä epiduraalinen ja spinaalinen kivunhoito Suomessa, Juhani Ojala, ane el, HUS ja Marion Wuestefeld, ane el, KYS
10.20–11.20 Management of cancer related pain with Intrathecal Drug delivery? Is it time to change the Paradigm? Prof. Denis Dupoirion, Former Head of Pain department of ICG-Institut de Cancérologie de L'Ouest (ICG) – Angers/ France
11.30–12.30 Lounas ja näyttelyyn tutustuminen

ILTAPÄIVÄSESSIO, pj Marja Bergman

12.30–13.15 Neurokirurgian mahdollisuudet invasiivisessa syöpä kivun hoidossa, Antti Luikku, LT, neurokirurgian el, KYS.
13.15 – 13.45 Kahvi ja näyttelyyn tutustuminen
13.45–14.45 Invasiivinen kivunhoito syöpä/palliatiivisessa hoidossa
Pohjois-Savon hyvinvointialueella – palliatiivisen poliklinikan ja liikkuvan sairaalan käytännöt.
Mervi Antikainen, kliinisesti erikoistunut sh, palliatiivinen pkl, KYS
Katja Timonen, sh, Kuopion liikkuva sairaala
14.45–15.00 Päivän päätös, Marion Wuestefeld

Koulutus on hybridikoulutus, osallistumismaksu on osallistumistavasta riippumatta sama. Etänä osallistuville lähetetään sähköpostiin osallistumislinkki noin viikko ennen tapahtumaa.

Koulutukselle anotaan pisteet erikoislääkärikoulutukseen sekä kivun hoidon- ja palliatiivisen lääketieteen erityispätevyyteen.

Koulutustilaisuudessa ei jaeta luentomonisteita. Luentolyhennelmät julkaistaan luennoitsijan luvalla koulutuspäivien jälkeen SKTY:n kotisivujen jäsenosiossa.

Ilmoittautuminen alla olevan painikkeen kautta.

Osallistumismaksut: SKTY:n, SAY:n ja SPLY:n jäseniltä 175 €/1pv ja 250 €/2pv.

Ei-jäsenet 225 €/1pv ja 300 €/2pv

Majoitus: Majoittuja varaa itse huoneen, jota varten on tehty kiintiövaraus: Lapland hotels Arena, Ratapihankatu 54, Tampere.

Hinta 1hh 132€/vrk ja 2hh 152€/vrk, käyttämällä varatessa varauskoodia ALLAKISYKI. Varaus <https://www.laplandhotels.com>, myös puhelimitse (+358 3 383 0500) tai sähköpostitse (arena@laplandhotels.com).

Koulutuksen yhteydessä järjestetään tuote-esittely: Yhteyshenkilöt helena.olkinuora@hus.fi ja ann-sofi.mail@anvianet.fi

Tiedustelut: Järjestelytoimikunnan sihteeri Ann-Sofi Storbacka, ann-sofi.mail@anvianet.fi tai puh. 050-532 1414.

Pitkittynyt kipu heikentää
voimakkaasti elämänlaatua.
Pitkittynyttä kipua on kokenut
35 % aikuisista suomalaisista.*

Kivun hyvä hoito on mahdollista

Haastetaan kipu yhdessä. Tuemme terveydenhuollon ammattilaisten työtä laajan lääkevalikoiman lisäksi erilaisilla hoidon tukimateriaaleilla, jotka löytyvät helposti ammattilaisille suunnatuilta sivustoiltamme.



*Mäntyselkä PT ym. JAMA 2003;290:2435–42.



Asiaa kivun hoidosta ja tukimateriaaleja lääkäreille osoitteesta **aesculapius.fi**

Asiaa kivun hoidosta ja tukimateriaaleja muille terveydenhuollon ammattilaisille osoitteesta **galenos.fi**

B-Cure Laserin on kliinisesti todistettu lievittävän laajaa kirjoa erilaisia kipuja ja edistävän kudosvaurioiden ja tulehdusten paranemista. Suomessa apua vaivoihin saadaan jo tuhansissa kotitalouksissa, ja laitetta hyödyntävät myös kipuklinikat, haava-hoito sekä fysio- ja lymfaterapeutit.

Kivun hoitoon B-Cure Laser

Akuutin ja kroonisen kivun hoitoon käytettävän laserterapian pitkäaikainen kivunlievitysvaikutus perustuu kivun lähteen hoitoon. Terapia vahvistaa oireilevan kudoksen toimintakykyä, jolloin alueella vallitsevan tulehduksen tai vaurion luonnollinen paraneminen edistyy. Kliiniset tutkimukset osoittavat terapian tehoavan mm. **akuuttiin ja krooniseen lihas- ja nivelkipuun, erilaisiin kuluma- ja hermokipuihin, sekä edistävän haavojen ja tulehdusten paranemista (mm. nivelrikko, jännetulehdukset, urheiluvammat, TMD).**

Turvallinen ja edullinen kotikäytössä

Koska B-Cure Laserin teho perustuu kudoksen ja solujen oman toiminnan parantamiseen, parhaat tulokset saadaan kuurinomaisella hoidolla. Kotikäyttöön suunnitellut B-Cure-laserlaitteet ovat helppokäyttöisiä ja turvallisia, ja ne sopivatkin koko perheen käyttöön. Terapialla ei ole vasta-aiheita; sitä voi käyttää tekonivelten, sydämentahdistimen tai muiden implanttien yhteydessä.

Laitteen odotettava huoltovapaa käyttöikä on peräti 30 000 hoitokertaa, joten muutaman satasen arvoisen laitteen hoitojen hinnaksi jää vain muutama eurosentti. Laitetta voi myös vuokrata kokeiluun. ■

- Nivelrikko • Rasitusvammat
- Hermokivut • Lihas- ja nivelkiput
- Kulumat • Haavat • Tulehdukset

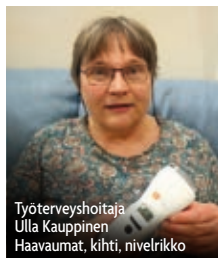


Turvallinen ja helppokäyttöinen

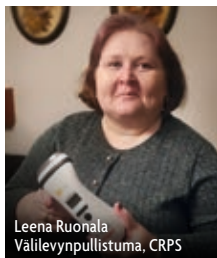
1. Käynnistä laser
 2. Valitse aika (2–8 min.)
 3. Kohdista kipukohtaan
- Paraneminen alkaa!**

B-CURE[™]
LASER

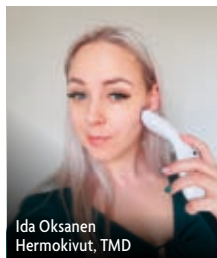
Ei kontra-indikaatioita tai yliannostusriskiä.



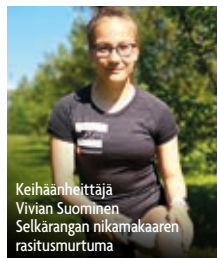
Työterveyshoitaja
Ulla Kauppinen
Haavaumat, kihti, nivelrikko



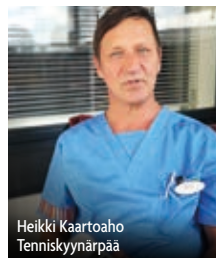
Leena Ruonala
Välilevynpullistuma, CRPS



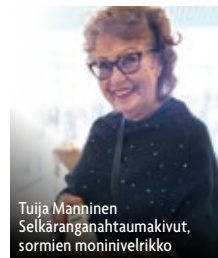
Ida Oksanen
Hermokivut, TMD



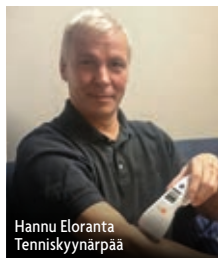
Keihäänheittäjä
Vivian Suominen
Selkärangan nikamakaaren
rasitusmurtuma



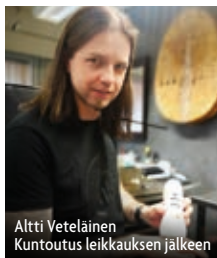
Heikki Kaartoaho
Tenniskyynärpää



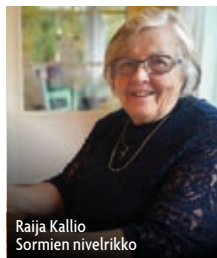
Tuija Manninen
Selkäranganhaavamakivut,
sormien moninivelrikko



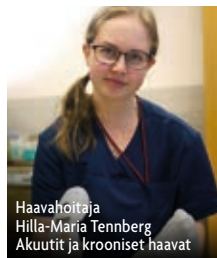
Hannu Eloranta
Tenniskyynärpää



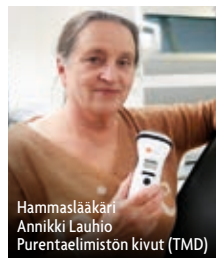
Altti Veteläinen
Kuntoutus leikkauksen jälkeen



Raija Kallio
Sormien nivelrikko



Haavaohitaja
Hilla-Maria Tennberg
Akuutit ja krooniset haavat



Hammaslääkäri
Annikki Lauhio
Purentaelimistön kivut (TMD)



Fysioterapeutti
Kati Malinen
Jännetulehdukset ja
revähtymät



B-Cure Laserin tehosta on julkaistu **6 tuplasokkotutkimusta**. Tutkimukset osoittavat mm. laitteen olevan kivunhoidossa kipulääkkeiden vertainen sekä edistävän haavojen paranemista.



Jo tuhannet suomalaiset kotitaloudet käyttävät B-Cure Laseria mitä moninaisimpiin vaivoihin. Nettisivuiltamme voit lukea käyttäjien omia kertomuksia sekä blogista ammattilaisten kokemuksia.



Vuoden terveystuote 2022
B-Cure Laser valikoitui Parhaaksi Laitteeksi kommentein "Laserointi lievitti nivelrikosta kärsivien sormien kipuja jo viikossa. Sen ansiosta yöunet eivät enää keskeytyneet."