

KIPU *viesti*

No 1 · Maaliskuu 2013

SUOMEN KIVUNTUTKIMUSYHDISTYKSEN JÄSENLEHTI



◆ Viskeraalinen kipu ◆



OPPIA IKÄ KAIKKI...

Vuoden vaihtuminen on usein tilinteon ja päätösten aikaa. Omalla kohdallani vuoden 2012 loppuun ajoittui yhden ammatillisen ajanjakson päättyminen ja sen myötä työhuoneen ja työpöydän tyhjentäminen. Paperipinoja ja sähköposteja läpikäydessäni havaitsin merkittävimpien askelmien omassa ammatillisessa kehityksessäni liittyneen koulutukseen ja niissä käynnistyneisiin oppimisen prosesseihin. Kouluttautuminen, kuten matkaan lähtö, on ollut uusia uria aukovaa ja tuonut tullessaan mielenkiintoisia tuttavuuksia, mutta johtanut myös hyvästelyihin ja luopumiseen. Välillä olen kokenut olevani kuin vuorikiipeilijä, joka yhden vuoren huipulle päästyään arvelee päässeensä perille, kunnes näkee uusia näkymiä ja ennennäkemättömiä haasteita, jotka kutsuvat uusiin ponnisteluihin. On ollut lohduttavaa ja kannustavaa havaita, etten ole ollut yksin: yhteyksien solmiminen monien eri ammattikuntien edustajiin, sekä kotimaassa että ulkomailla, on ollut osa kouluttautumisen kiinnostavuutta ja palkitsevuutta.

Vuodenvaihte merkitsi yhden ajanjakson päätymistä myös laajemmin, ainakin mayojen kalenterin mukaan, mutta ei kuitenkaan maailman loppua, kuten jotkut pelkäsivät. Kansainväliselle Kivuntutkimusyhdistykselle eli IASP:lle (International Association for the Study of Pain) vuosi 2013 toi tullessaan päämajan muuton Yhdysvaltojen länsirannikolta, Seattlestä itärannikolle, Washington DC:hen. Tästä ilmoitti jo vuoden 2012 juhannuksen aattona sähköpostiini tullut uutiskirje silloiselta IASP:in presidentiltä, professori Eija Kalsolta. Liityin IASP:in jäseneksi vuonna 2010, ennen Montrealissa kokoontunutta 13. kivun maailmankongressia, ja siitä lähtien IASP on ollut kuin uskollinen ystävä, kertoen kuulumisia ja tervehtien uutiskirjeillä niin postiluukun kuin sähköpostin kautta. Viestien lukuisa määrä selittyi osittain sillä, että liityin myös kahteen erityiskiinnostukseni kohteena olevaan ryhmään, SIG:iin (Special Interest Group).

Kesäkuussa 2012 sain kipukoulutuksesta kiinnostuneelta ryhmältä uutiskirjeen, jossa kerrottiin ryhmän saaneen alkunsa Montrealin 13. kivun

maailmankongressia edeltävässä koulutustapaamisessa Torontossa. Olin harkinnut osallistuvani tuohon koulutustilaisuuteen, mutta Quebec veti enemmän puoleensa, kuten kivun aivokuvantamista käsittelevästä satelliittisymposiumista kertovasta matkaraportistani voi lukea (Kipuviesti 1/2011). Uutiskirjeessä tiedotettiin Milanon 14. kivun maailmankongressin oheen suunnitellusta kipukoulutuksen satelliittisymposiumista, jonka aiheena oli ”International Perspectives on Professional and Public Pain Education”. Vaikka Milano ja sen tarjoamat koulutukselliset ja kulttuurilliset elämykset jäivätkin osaltani kokematta, joulukuun 2012 uutiskirje kertoi kipukoulutuksen erikoiskiinnostuksen ryhmässä olevan nyt jo yli 300 jäsentä ainakin 54 eri maasta, mukaan lukien useita kehittyviä maita. Nigerian Kivuntutkimusyhdistyksen edustaja Olaitan Soyannwo kirjoitti uutiskirjeessä, että puutteellinen koulutus mainitaan usein yhdeksi huonon kivunhoidon syyksi maailmanlaajuisesti. Tästä tuli mieleeni Montrealin kongressin yhteydessä kokoontuneen kansainvälisen kivun huippukokouksen, Pain Summitin julkaistun ohjelmakirjan yksityiskohta: Kanadassa ja Brittein saarilla tehdyn kyselyn mukaan eläinlääkärit saavat enemmän kivun hoidon koulutusta kuin terveydenhuollon ammattilaiset, jotka hoitavat ihmisiä!

Haasteita siis riittää ja tavoitteet on hyvä asettaa korkealle. Nepalista kotoisin oleva anestesiologi Asish Subedi kertoi kesäkuun uutiskirjeessä osallistuvansa Thaimaassa IASP:in järjestämään kipukoulutukseen (Pain Management Camp). Palattuaan Nepaliin hän aikoo mm. perustaa kipuklinikan sekä tehdä tutkimusta ja kouluttaa kivun alalta. Tämä on kunnianhimoinen projekti maassa, jossa ihmiset eivät vielä ole tietoisia kroonisesta kivusta julkisen terveydenhuollon ongelmana, kuten Subedi kertoo. Tätä kirjoittaessani en voi olla muistelematta kauan sitten tapahtunutta vierailuani Nepalissa, jolloin en onnistunut näkemään Himalajan vuorenhuippuja pilvisen sään vuoksi. Vasta lähtöpäivänä, lentokoneen kohotessa Katmandun yllä leijuneen saaste pilven yläpuolelle, avautui henkeä-



salpaava näkymä lumipeitteisistä vuorenhuipuista, joita oli jonoksi asti. Onneksi kaikkia vuoria ei tarvitse kiivetä!

Lokakuussa 2012 alkanutta IASP:in nimeämää viskeraalisen kivun teemavuotta noudattaa myös Suomen Kivuntutkimusyhdistyksen vuosikokouksen yhteydessä järjestettävä kaksipäiväinen koulutustapahtuma 4.–5.4. 2013 Tampereella. Ilokseni voin tavata siellä muiden osallistujien joukossa myös 20 kollegaani, jotka ovat aloittaneet 2-vuotisen kivun psykologian asiantuntijakoulutuksen v. 2012. Tämän koulutuksen järjestää Suomen Kivuntutkimusyhdistyksen psykologitoimikunta yhteistyössä Psykologianinstituutin kanssa. IASP:in joulukuun 2012 uutiskirjeessä ilmoitettiin jo seuraavan vuoden teemasta, joka alkaa lokakuussa 2013 ja on sama kuin toinen erityiskiinnostuksen kohteena oleva ryhmäni, suun ja kasvojen alueen kivut (orofacial pain). Tältä kivun osa-alueelta tulemme varmasti saamaan lisäkoulutusta lähitulevaisuudessa niin kotimaassa kuin kansainvälisissä kokouksissa. Seuraavan kipukoulutuksesta kiinnostuneen ryhmän satelliittisymposiumin aiheeksi on ehdotettu moniammatillista (interprofessional) kipukoulutusta. Se pidetään v. 2014 Buenos Airesissa 15. maailman kipukongressin yhteydessä. Kohti uusia huippuja käy siis kivun tutkimuksen, koulutuksen ja hoidon tie. Jos on nepalilaisella anestesioilogilla haasteita omassa kotimaassaan, riittää niitä myös meillä kullakin omassa työhuoneissamme. Jos työhuoneen ikkunat eivät näytä haastavia vuoristomaisemia, voi aina kurkistaa peiliin...



Vuokko Hägg

PsM, psykologi, psykoanalyttikko (VET)
vuokko.hagg@saunalahti.fi



ISSN 1796-3141

Julkaisija:

Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry
www.suomenkivuntutkimusyhdystys.fi

Päätoimittaja:

Eija Nilsson

Toimituskunta:

Soile Haakana, soile.haakana@hus.fi
Hanna Harno, hanna.harno@hus.fi
Seppo Mustola, seppo.mustola@eksote.fi
Eija Nilsson, eija.nilsson@saunalahti.fi
Sanna Salanterä, sansala@utu.fi
Salla Salo, salla.salo@utu.fi

Kansikuva:

Lasten lääkäripäivät 9.–10.2.2013 Heurekaassa
(Kuva: Eija Nilsson)

Ulkoasu ja taitto:

Veikko Viljanen puh. 040–5149 623
sähköposti: viljanen.veikko@mbnet.fi

Paino:

Kopijyvä Oy
puh. 017–266 7603/Lassi Jalonen
os. Jynkänkatu 8, 70620 Kuopio,
sähköposti: offset.aineisto@kopijyva.fi

Osoiterekisteri:

Henna Virrasoja, Turun Tilikeskus Oy
PL 1234, 20101 Turku,
puh. 02 281 4331
henna.virrasoja@turuntilikeskus.fi

SKTY:n hallituksen jäseneltä ”Oppia ikä kaikki ...” · Vuokko Hägg	3
Toimituksen ajatuksia · Eija Nilsson	7
Pääkirjoitus Global year against visceral pain – koko vuosi viskeraaliseen kipuun perehtymistä · Eija Kalso	8
Viskeraalinen kipu ja sen hoito	
Krooninen haimatulehdus – viskeraalinen kipu · Esko Kempainen	10
Ultraääniendoskooppiohjattu keliaka-nekrolyysi - uusi työkalu kivun hoitoon haimasyövässä · Martti Färkkilä	13
Ruokavaliota muokkaamalla helpotusta ärtyvän suolen oireyhtymään · Reetta Holma	16
Endometriooosi ja kipu · Marjo Kauppila	20
Opioidien käyttö kroonisessa kivussa: potilasvalinta · Tarja Heiskanen	22
Akuutin päivystyskivun hoito	
Päivystyspotilaan onnistunut kivun hoito on monen asian summa · Leila Niemi-Murola	26
Uutta tutkimustietoa	
Kroonisen kivun hoidon vaikeudesta · Katri Hamunen	29
Herätevastetutkimuksia kivuliaille MS-potilaille? · Hanna Harno	30
Vaikea molemminpuoleinen sarjoittainen päänsärky hoitoresistentein · Hanna Harno	31
Potilaan oma kipukertomus ...	
”Ja lopuksi tulivuori sammuu...” · Caius Kuhlefeld	33
Toimikunnat esittäytyvät	
Tutkimustoimikunta esittäytyy · Ann-Mari Estlander, Heli Forssell, Satu Jääskeläinen, Jaro Karppinen, Eija Kalso, Matti Närhi, Antti Pertovaara, Sanna Salanterä, Seppo Soinila	38
Alustavia tutkimusraportteja	
Perusterveydenhuollon sairaan- ja terveydenhoitajien näkemykset selkäkivun hoitoprosessista · Anna Valjakka, Sanna Salanterä, Irma Laurila, Nora Hagelberg	42
Alustavia kokemuksia rentoutusharjoittelupainotteisesta kivun hallintaryhmästä TMD-kipupotilaiden hoidossa · Terhi Runsio	46
Kirja-arvosteluja	
”Hyvää yötä – apua univaikeuksiin” · Noora Sjösten	20
”Kipuun liittyvän pelon terapia” · Marja-Liisa Veltheim	52
”Pain Comorbidities, Understanding and treating the Complex Patient” · Tuija Heiskanen	55
Kirjeitä toimittajalle	
Akuutin leikkauksen jälkeisen kivun ja kivun hoidon kirjaamisen suosituksista · Sanna Salanterä	57
Vastine edelliseen: ”Minimivaatimukset vai ihannetilanne?” · Vesa Kontinen, Ritva Jokela, Katri Hamunen, Pirkka Rautakorpi, Pirjo Ravaska	57
Kipuklinikka täyttää vuosia...	
Etelä-Karjalan keskussairaalan kipuklinikka 20 vuotta · Jukka Lempinen, Seppo Mustola	58
Koulutus/matkaraportteja	61
Koulutuskalenteri	74
Koulutusilmoituksia	75

Viime syksynä tehtyyn sähköiseen Kipuviestin lukijakyselyyn tuli ilahduttavan suuri määrä vastauksia (42% kyselyn saaneista vastasi). Muutama yhteneväinen ajatus erottautui: lehden toivottiin säilyvän paperiversiona ja ilmestyvän edelleen kaksi kertaa vuodessa. Suurkiitos Kaikille runsaista ehdotuksista eri kirjoitusaiheiksi. Niiden toteuttamisessa me neekin muutama vuosi kevyesti.

IASP:n vuoden teema: **viskeraalinen kipu** on aihe jota olemme jo osittain käsitelleet aikaisemmissa lehdissä (Kipuviesti 2/2010, s.16–19; 1/2012 s.25–27 ja s.28–30) ja tämän vuoksi emme nyt ole tehneet uutta kattavaa teemanumeroa vaan kasvattaneet aikaisempien kirjoitusten joukkoa aiheilla, jotka ovat jäänneet vähemmälle huomiolle kuten esim. ravinnon merkitys funktionaalisten vatsavaivojen hoidossa.

Ilahduttavaa on ollut saada lukijoilta spontaaneja kommentteja koskien viime numerossa ollutta akuutin leikkauksen jälkeisen kivun hoidon suositusta (Kipuviesti 2/2012, s.41–2). Vastaavanlaiset mielipideilmaisut ovat hyvin tervetulleita jatkossakin.

Ensimmäistä kertaa meillä on mukana myös potilaan oma kertomus kipuhistoriastaan, joka monessa mielessä on silmiä avaava ja mietteitä

herättävä sekä on ilahduttavaa että sillä on lähes onnellinen loppu.

Kansikuvaksi on valittu kuva joka kertoo tunnelmista tämän vuoden helmikuun alussa Heurekassa olleista Lasten Lääkäripäivistä. Niillä oli varsinainen yleisömenestys, sillä ovien avautuessa lauantaiaamuna klo 10 ulkopuolella seiso 100 metrin jono pieniä haalari-ikäisiä ja siitä varttuneempia mukanaan erilaisia pehmolelujä, jotka olivat lääkärin konsultaation, laastaroinnin tai kipsauksen tarpeessa. Tosi uskomaton näky!

Talvi jatkuu ja toivottavasti myös hiihtokelit. Paljon hiihtokilometrejä itse kullekin toivoo



Eija Nilsson

päätoimittaja

EIJKA KALSO

GLOBAL YEAR AGAINST VISCERAL PAIN – KOKO VUOSI VISKERAALISEEN KIPUUN PEREHTYMISTÄ

Kansainvälinen kivuntutkimusyhdistyksen IASP keskittää vuoden kerrallaan huomion johonkin keskeiseen kivun osa-alueeseen. Viime lokakuussa alkoi viskeraalisen kivun teemavuosi, jonka vauhdittamana viskeraalisen kivun hoitoa ja siihen liittyvää tutkimusta ja koulutusta viedään eteenpäin kaikissa IASPin kansallisissa yhdistyksissä kuten Suomen Kivuntutkimusyhdistyksessä.

Viskeraalinen kipu on yleistä. Esimerkiksi ärtynyttä paksusuolen oireyhtymää esiintyy jopa 15-20%:lla väestöstä eri puolilla maailmaa. Viskeraalinen kipu liittyy sisäelimiin ja niitä ympäröiviin kalvoihin. Viskerasta tulevat viestit kertovat elimistön ”sisäisestä” tilasta. Kaiken ollessa hyvin emme havaitse viestejä suolen toiminnasta. Pieni jännitys tai huoli voi panna suolen viestittämään epämääräisesti uhkavasta (”I have a gut feeling”) ja hermostuminen voi tuoda ”perhosia vatsaan”. Pahimmillaan stressi ja pelko, mahdollisesti taustalla oleviin lapsuuden ja nuoruuden traumaattisiin kokemuksiin yhdistyneenä voi aiheuttaa hankalan toiminnallisen viskeraalisen kiputilan.

Viskerassa on normaalitilanteessa vähän aktiivisia kipuhermopäätteitä ja tämän vuoksi vaaditaan tulehdus aktivoimaan ne ennen kuin normaali kipuärsyke syntyy esimerkiksi venytyksen seurauksena. Samasta syystä viskeraalinen kipu on myös luonteeltaan epämääräistä. Viskeraaliselle kivulle on myös tyypillistä sen heijastuminen kauas alkuperäisestä ärsytyskohdastaan. Hyvä esimerkki on sydänlihaksen hapenpuutteesta aiheutuvan kivun heijastuminen vasempaan olkavarteeseen. Viskeraalinen kipu on myös ahdistavaa ja siihen liittyy usein autonomisen hermoston oireita.

Nykytietämyksen mukaan viskeraalinen kipu voi johtua joko kipuhermopäätteiden tai kivun säätelyjärjestelmän herkistymisestä. Nämä voivat olla myös samanaikaisesti herkistyneitä ja lisätä toistensa ärtisyyttä. Näitä ilmiöitä pystytään tutkimaan esim. aiheuttamalla peräsuoleen venytystä ja seuraamalla aivoissa tapahtuvaa aktivaatiota toiminnallisen magneettikuvantamisen avulla. Nämä tutkimukset ovat osoittaneet, että ärtynyttä paksusuolioireyhtymää sairastavilla potilailla aktivoituu laajempi aivojen hermoverkosto kuin haavaisesta

paksusuolen tulehduksesta kärsivillä potilailla kun käytetään samalaista peräsuolen venytystä ärsykekeena. Ärtynyt paksusuolioireyhtymä ja fibromyalgia esiintyvät myös usein yhdessä viitaten mahdolliseen laskevien jarruratojen toimintahäiriöön kummassakin tilassa.

Viskeraalisen kivun diagnostiikka ja hoito on yleensä keskitetty gastroenterologian yksiköihin. Viskeraalisen kivun taustalla on paljon tulehduksen (haimatulehdus, haavainen paksusuolentulehdus, keuhko- ja sydänpussin tulehdus, urogenitaalialueen tulehdukset) ja pahanlaatuisien sairauksien (vatsan ja suoliston alueen, keuhkopussin, urogenitaalialueen syövät) aiheuttamia kiputiloja.

Osa kroonisesta viskeraalisesta kivusta kärsivistä potilaista hyötyisi moniammatillisesta hoitotiimistä. Erityisesti viskeraalisen kivun pitkittymisessä on psykososiaalisilla tekijöillä merkittävä osuus. Kun viskeraalisen kivun taustalta on pois suljettu ja hoidettu ”somaattisen lääketieteen” keinoin hoidettavat sairaudet, tulisi hoidossa keskittyä potilaan kivunhallinnan tehostamiseen. Viskeraalisessa kivussa on hoidon suunnittelun kannalta nuo kak-



sa heijastaa laskevan inhibition tehostamisen merkitystä viskeraalisen kivun hoidossa. Samaan päämäärään päästään siis useiden erilaisten keinojen avulla.

IASP:n kotisivuilta löytyy ajan-kohtaisia tietoiskuja (fact sheets) viskeraalisesta kivusta. Näitä tietoiskuja kuten myös asiaan liittyviä lehdistötiedotteita pääsee lukemaan, vaikka ei olisikaan IASP:n jäsen. Tietoiskuissa käsitellään mm. viskeraalisen kivun epidemiologiaa, patofysiologiaa sekä erilaisia viskeraalisia kiputiloja ja niiden hoitoa.

si tärkeätä osatekijää: tulehduksen aiheuttama herkistyminen normaalien ärsykkeiden aiheuttamille vasteille ja laskevan jarruradaston heikentynyt toiminta.

Stressi ja mieliala vaikuttavat voimakkaasti viskeraalisen kivun kokemukseen. Viskeraaliseen kipuun liittyvät autonomisen hermoston vasteet voimistavat myös kivun aiheuttamaa epämiellyttävyyttä ja ahdistusta. Rentoutus ja muut kivunhallintakeinot ovat viskeraalisen kivun hoidossa tärkeitä. Iso-Britan-

nian terveydenhuollon portinvartija NICE (National Institute of Clinical Excellence) on arvioinut, että tutkimusnäyttö on riittävä puoltamaan hypnoosin käyttöä ärtyneen paksusuolen oirehoidossa. Gabapentinoideit ja monet masennuslääkkeet (kaksoisvaikutteiset ja selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät) voivat lievittää kipua vähentämällä ahdistuksen, autonomisten vastaiden ja kivun noidankehää. Myös takajuostestimulaation käyttö kroonisen epäspesifin rintakivun hoidos-

Eija Kalso
Professori, ylilääkäri
Klininen laitos, Helsingin yliopisto
Kipuklinikka, ATEK, HYKS
Immediate Past President,
International Association for the
Study of Pain
eija.kalso@hus.fi

ESKO KEMPPAINEN

KROONINEN HAIMATULEHDUS — VISKERAALINEN KIPU

Krooninen haimatulehdus on haiman ns. eksokriinisen osan sairaus joka johtaa vähitellen haimakudoksen tuhoutumiseen ja korvautumiseen sidekudoksella. Yleensä sairaus kehittyy toistuvien äkillisten haimatulehdusten aiheuttamana, mutta voi johtua myös geneettisistä, metabolisista, idiopaattisista ja muista syistä. Tupakoinnin on todettu huonontavan taudinkulua selvästi. Viime vuosien keskeisin havainto on haiman ns. stellatum-solujen merkitys kroonisen haimatulehduksen patogeneesissä. Kun kroonisessa haimatulehduksessa ilmaantuu haimakudoksen kalkkeutumia, sairauden kehittymistä ei enää voida pysäyttää vaikka aiheuttava syy saataisiin poistetuksi. Tauti johtaa vähitellen erilaisiin komplikaatioihin, haiman eksokriinisen ja endokriinisen vajaatoiminnan kehittymiseen, kipuihin, rasvaripuliin, laihtumiseen ja diabetekseen. Taudin ilmaantuvuutta ei tarkalleen tunneta, mutta sen ajatellaan olevan 5–7/100 000. Suomessa luku on todennäköisesti korkeampi koska meillä akuutin haimatulehduksen insidenssi on maailman korkeimpia.

Potilaan hoidossa keskeistä on estää kivun kroonistuminen. Kivun syy ja luonne on syytä selvittää huolellisesti, koska hoitovaihtoehdot määräytyvät mahdollisesti taudin olemalla olevan kivun mekanismin ja taudin komplikaation mukaisesti.

Haimaperäinenkipu

Haimaperäinenkipu kroonisessa haimatulehduksessa on yleensä tylppä laajasti ylävatsalla tuntuvaa joka voi säteillä vöymäisesti selkään. Kipu voi olla myös polttavaa, ajoittaista, läpilyövää ja ruokailu yleensä pahentaa sitä. Kivulla on taipumus vähetä tai jopa hävitä kokonaan vuosien varrella haimakudoksen hiljakseen tuhoutuessa. Kivun ajallisesti merkittävästi vaihteleva luonne tuo oman haasteensa hoidon suunnittelussa (kuva 1).

Haimaperäisen kivun patofysiologia tunnetaan puutteellisesti ja usein mukana on useita eri tekijöitä kuten kohonnut paine haimatiehyessä ja haimakudoksessa, neuropaattiset mekanismit, toistuvat tau-

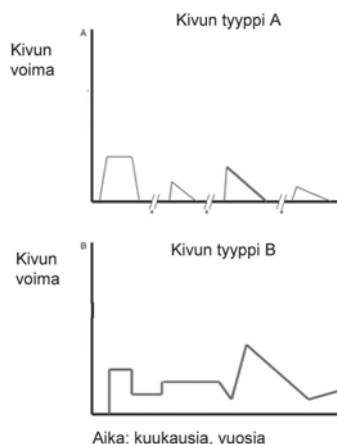
din akutisoitumisvaiheet ("acute on chronic") ja muut huonosti tunnetut tekijät (iskemia, sentraaliset mekanismit). Eri mekanismien osuus olisi tärkeää pystyä erottamaan koska niiden hoito myös poikkeaa toisistaan oleellisesti.

Endoskooppiset ja kirurgiset hoidot pohjautuvat paineteoriaan, kroonista haimatulehdusta sairastavilla on mitattu kohonneita tiehyt- ja haimakapselin sisäisiä paineluke-mia. Paine saattaa nousta jopa 80 mmHg kun normaalit arvot ovat 7–15 mmHg. Teoriaa tukee se, että 60–80 % potilaista hyötyy painetta alentavista toimenpiteistä. Paineteoriaa on myös arvosteltu riittämättömänä, kipu ei aina poistu vaikka koko haima poistettaisiin.

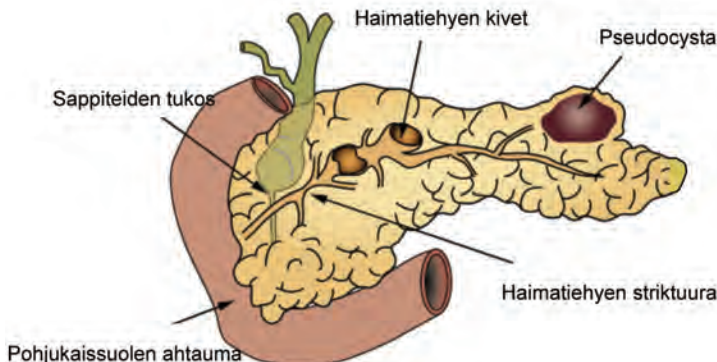
Neuropaattinen mekanismi on toinen päämekanismi haimakivussa, haimakivun on todettu korreloivan hyvin perineuraaliseen tulehdukseen ja hermoihin liittyvään sidekudoslisään (1). Myös lukuisien hermovälittäjäaineiden, neuropeptiidi- ja inflamaatiomarkkereiden on todettu muuttuvan kivun yhteydessä. Samoin haiman ulkopuoliset tekijät (mm. ulkustauti) voivat modifioida potilaan tilannetta.

Kroonisen haimatulehduksen diagnostiikka

Diagnostiikka perustuu taudinkulun analysointiin, haiman kuvantami-



Kuva 1. Kivun luonnollinen kulku



Kuva 2. Tyypillisiä kivun aiheuttajia kroonisessa haimatulehduksessa

seen, histologiaan ja toimintaan. Haiman parenkyymiin ja tiehyen tilaa voidaan selvittää seuraavilla tekniikoilla: UÄ, endoskooppinen UÄ, TT, magneettitutkimus ja tiehyen tilaa ERCP:llä sekä sekretiini MRI:llä. Histologinen näyte olisi periaatteessa diagnostinen standardi mutta se on hyvin harvoin saatavilla ainakaan taudin alkuvaiheessa. Haiman eksokriinisen toiminnan testejä on kehitetty paljon, mutta kliinisessä käytössä on vain ulosteen elastaasi. Testi on varsin epäherkkä taudin varhaisvaiheessa.

Hoito

Elämäntavat

Koska usein kroonisen haimatulehduksen taustalla on alkoholin käyttö, kannattaa sen lopettamista aina tukea. Krooninen pankreatiitti on sinänsä palautumaton ja jatkaa kulkuun abstinenssista huolimatta, mutta taudin eteneminen voi merkittävästi hidastua. Myös kipuoireet lievittyvät eri tutkimusten mukaan 50–75%:lla potilaista kun alkoholin käyttö loppuu. Myös tupakoinnilla on todettu (2) olevan merkitystä taudin kehittämisessä ja tupakoinnin lopettamista kannattaa suositella. Interventiotutkimusten tuloksia

tämän suhteen ei kuitenkaan ole käytettävissä.

Lääkkeet

Kroonisen pankreatiitin lääkehoidon ei ole tarjolla hyviä vaihtoehtoja. Tulehduskipulääkkeitä kannattaa kokeilla taudin alkuvaiheessa ja kombinoida tarvittaessa myös heikkoon opioidiin, esimerkiksi tramadoliin. Kipujen ollessa vähänkään vaikeampia yleensä lääkitys muodostuu linjalla heikko opioidi + gabapentiini (Neurontin®) tai pregabaliini (Lyrica®) ja /tai jokin masennuslääke kuten venlafaksiini tai amitriptyliini, nortriptyliini. Pregabaliinin käytössä on huomioitava, että sen väärinkäyttö on kasvava ongelma. Erityisesti päihdepotilaiden kohdalla gabapentiini on parempi vaihtoehto näistä kahdesta koska sen imeytyminen ei kasva samalla tavalla annoksen noustessa. Opioidien käyttöön on suhtauduttava varauksellisesti koska monilla potilailla on taustalla vaikea alkoholiongelma. Arvio vahvojen opioidien aloituksen suhteen kuuluu kipulääkärille. Tässä yhteydessä pitää myös ensin olla selvitettyä kaikki muut hoitovaihtoehdot haiman sairauksiin perehtyneen gastrokirurgin toimesta. Myös masennuksen ja ahdis-

tuksen osuus potilaan oirekuvassa pitää usein selvittää psykologin toimesta. Lisääntyneen ulkusriskin takia ppi-lääkitystä kannattaa usein kokeilla potilaan hoidossa.

Paikalliset kivun hoidot

Haiman hermoyhteyksien kemiallista tuhoamista (ganglion coeliacumin perkutaaninen tai endoskooppinen metodi) on tutkittu paljon haimakivun hoidossa. Keliakapuudutus on pääasiallisesti käytössä haimasyöpöpotilailla, menetelmää on käytetty myös jonkin verran kroonisista pankreatiittia sairastavilla potilailla. Pelkällä puudutteella vaste on lyhykestoinen, neurolyyttisen puudutuksen (=alkoholi-injektio) käyttö taas huolellisesti punnittava koska siihen saattaa liittyä vakavia sivuvaikutuksia. Vaikuttaa siltä että endoskooppisesti tehdyt keliakapuudutukset / neurolyysit toimivat paremmin kuin CT-ohjattut injektiot. Kipu helpottuu primaaristi noin 60 %:lla potilaista mutta pitkäaikaistuloksissa vaikutus jää vielä vähäisemmäksi (3). Tätä menetelmää käytetään nykyisin selvästi enemmän haimasyöpään kuin krooniseen haimatulehdukseen liittyen.

Endoskooppinen hoito

Nykyisin krooniseen haimatulehdukseen liittyviä komplikaatioita hoidetaan lisääntyvästi endoskooppisilla tekniikoilla. Krooninen kipu, pseudokystat, haimafistelit, sappitie- ja haimatiehtaumat, haimatiehykivet ja pohjukaissuolitukos ovat näistä yleisimpiä. Pseudokystiin liittyvät verenvuodot voivat olla jopa hengenvaarallisia ja vaativat angioembolisaatiota ensivaiheen hoitona. Pernalaskimon tukos voi aiheuttaa vasemman puolisen portahypertension ja näin ruokatorven variksvuodon.

Endoskooppinen hoito aloite-

Krooninen haima...

jatkaa edelliseltä sivulta

taan kuvaamalla sappi- ja haimatiehyet (4). Tämän jälkeen riippuen todetusta ongelmasta käytetään hoitona erilaisia stenttejä, dilataatioita ja dreenejä. Endokooppien hoito tuottaa tulosta jopa 80%:lla potilaista ja se on helposti toistettavissa.

Kirurginen hoito

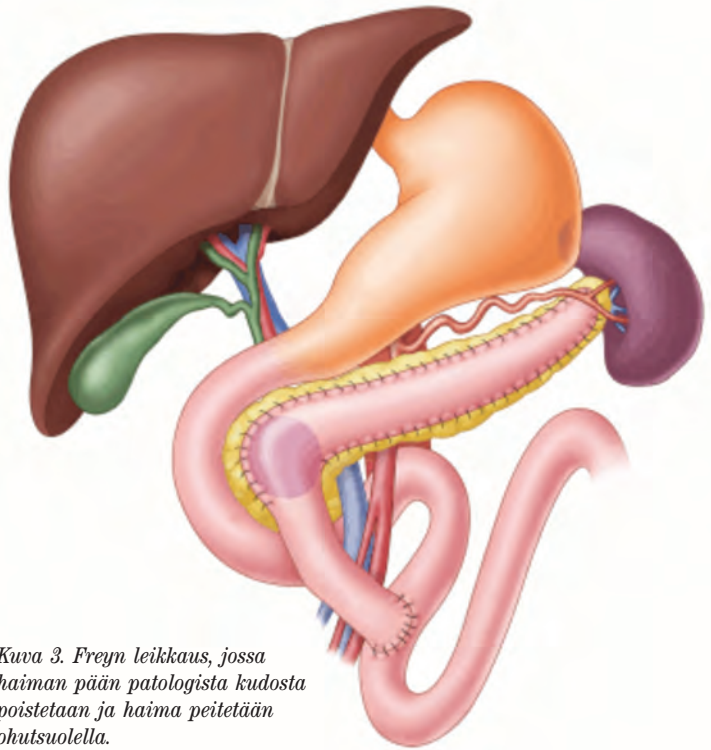
Kirurginen hoito on vähentynyt viime vuosina endoskooppisten hoitomahdollisuuksien lisääntyttyä. Leikkaushoidon indikaationa voidaan pitää endoskooppisen hoidon epäonnistumista ja uhkaa joutua pitkäkestoiseen opioidihoitoon.

Leikkaustekniikat jaetaan kanaivoiviin (Virsungojejunostomia lateralis), osapoistoihin (haiman pään tai hännän poisto) tai niiden yhdistelmiin (esim. Freyn tai Begerin leikkaus, edellisestä kuva 3). Haiman kokopoisto ei kroonisen haimatulehduksen yhteydessä tule kyseeseen. Leikkaustyyppien valinnan tekee asiaan perehtynyt gastrokirurgi, päätökseen vaikuttaa kroonisen pankreatiitin tilanne, mahdollisesti potilaalla jo oleva diabetes ja potilaan yleistila.

Kirurginen hoito on kivuttomuuden ja haiman toiminnan säilymisen suhteen varsin tehokasta, 71 – 89% potilaista on kivuttomia 5 vuoden seurannassa. Kirurgisen hoidon mahdollisuudet usein turhaan unohdetaan endoskooppisen hoidon ollessa nykyinen valtavirtaus. (5)

Lopuksi

Krooninen haimatulehdus on Suomessa varsin yleinen itsestään etenevä vaikea sairaus jonka merkittävoin oire on kipu. Pahimmillaan



Kuva 3. Freyn leikkaus, jossa haiman pään patologista kudosta poistetaan ja haima peitetään ohutsuoletta.

sairaus aiheuttaa potilaan toimintakyvyn merkittävän heikkenemisen ja vaikean lääkeriippuvuuden. Krooniseen haimatulehdukseen on olemassa tehokasta hoitoa mutta hoidon suunnittelu vaatii erityisosaamista ja asiaan perehtyneen hoitotiimin. Elämäntapaneuvonta, endoskooppiset hoidot ja kirurgia ovat hoidon kulmakiviä. Kipulääkärin panos hoidon suunnittelussa on myös keskeinen edellä mainittujen hoitojen yhteydessä ja kun potilaan kipuja ei saada muuten hallintaan.

Kirjallisuusviitteet:

- 1) Drewes AM, Krarup AL, Detlefsen S et al. Pain in chronic pancreatitis: the role of neuropathic pain mechanism. *Gut* 2008;57:1616-27.
- 2) Sand J, Rätty S, Nordback I. Haimasyövällä on yhteys elintapoihin ja perimään. *Duodecim* 2009; 125: 759-65.
- 3) Puli SR, Reddy JBK, Bechtold ML, Antillon MR, Brugge WR. EUS-guided

celic plexus neurolysis for pain due to chronic pancreatitis or pancreatic cancer pain: a meta-analysis and systematic review. *Dig Dis Sci* 2009;54:2330-7.

- 4) Kylänpää L, Udd M, Halttunen J. Kroonisen haimatulehduksen komplikaatioiden endoskooppinen hoito. *Duodecim* 2008; 124: 1425-9.
- 5) Ahmed AU, Pahlplatz JM, van Goor H, Gooszen HG, Boermeester MA. Endoscopic or surgical intervention for painful obstructive chronic pancreatitis (review). *The Cochrane Library* 2012; 1

Esko Kemppainen,
gastroenterologisen kirurgian
erikoislääkäri,
kirurgian dosentti, vastaava
ylilääkäri,
Operatiivinen tulosyksikkö,
pehmytkudoskirurgia, HYKS.
esko.kemppainen@hus.fi

ULTRAÄNIENDOSKOOPIOHJATTU KELIACA-NEKROLYYSI — UUSI TYÖKALU KIVUN HOITON HAIMASYÖVÄSSÄ

Taustaa

Celiacangliot, joita on tavallisesti 2–5, sijaitsevat ylävatsalla retroperitoneeraalisesti palleen alapuolella Th12-L2-tasolla ja ympäröivät truncus celiacusta. Haimasta ja suolistosta lähtevät sensoriset hermo-säikeet välittävät kipusignaalit celiaca ganglioon ja edelleen talamukseen ja aivokuorelle. Puuduttamalla (blokadi) tai tuhoamalla (nekrolyysi) celiaca gangliot voidaan vaikuttaa tehokkaasti haimasta tuleviin kipusignaleihin ja helpottaa mm. haimasyövän aiheuttamaa kipua. Keliaca-nekrolyysi on kuvattu jo 1914 ja ensimmäinen ultraäänien-doskopiaohjattu toimenpide tehtiin 1996. Tärkein indikaatio keliaca-nekrolyysille on muulle hoidolle reagoimaton viskeraalinen, yleensä haimasyövän aiheuttama kipu (Taulukko 1.). Nekrolyysin yhteydessä ganglioihin ruiskutetaan absoluuttista alkoholia, usein yhdistettynä bupivakaiiniin. Ruiskutus voidaan suorittaa leikkauksen yhteydessä, laparoskooppisesti, röntgenlöpivalaisua hyväksi käyttäen, tietokone-tomografiaohjastusti tai kaikkein turvallisin, yksinkertaisin ja

parhain tuloksin ultraäänien-doskoopin avulla.

Ultraäänien-doskooppi on duodenoskooppia muistuttava laite, jonka pää on varustettu sähköisesti aktivoitavalla ultraäänilähtetimestä ja –vastaanottimella (1). Tähytymen optiikka on osin sivulle katsova. Ultraäänianturi voi olla joko radiaalinen tai lineaarinen (Kuva 1). Radiaalianturi mahdollistaa kohteen tutkimisen 360 asteen tasossa

ja antaa laajan kuvan koko tutkittavasta alueesta. Lineaarianturin kuvakenttä vastaa perinteisen kaarevan (konveksin) pintaultraäänien kuvaa. Sen etuna on mahdollisuus ottaa kohdennettu, tavallisesti sytologinen neulanäyte tai tehdä toimenpiteitä, kuten kanavoiteja tai injektioita. Kummassakin anturimallissa on orientaatiota helpottava Doppler-toiminta, joka mahdollistaa verisuonirakenteitten tunnistami-

Taulukko 1. Aiheet ja vasta-aiheet celiaca hermopunoksen nekrolyysiin

Indikaatiot

- Krooniseen pankreatiittiin liittyvä kipu
- Haimasyöpään liittyvä kipu
 - muu kipulääkevaste riittämätön
 - opioideihin liittyvät hankalat sivuvaikutukset
- Muut levinneet vastaantelon syövät

Vasta-aiheet

- anatomisia maamerkkejä ei kyetä identifioimaan neulan suuntaamiseksi
- kookas tuumorimassa ja infiltraatio celiaca ganglioon
- laajentunut aorta
- vaikea kakeksia johtaen pehmytkudostilan häviämiseen ventrikelin seinämän ja aortan väliltä
- koagulopatia, trombosytopenia

Ultraääniendoskooppi...

jatkoa edelliseltä sivulta

sen. UÄ-anturi voidaan viedä lähelle tutkittavaa kohdetta, jolloin on mahdollista käyttää huomattavasti korkeampia taajuuksia (5–20 MHz) kuin pinta-ultraäänen yhteydessä. Korkea taajuus vastaavasti tarjoaa huomattavasti paremman erottelukyvyn: tarkkuus on jopa 0.10 mm luokkaa ja vastaavasti ulottuvuus (penetraatio) ad 9 cm. Myös rasva tai ilma eivät häiritse näkyvyyttä kuten pinta-ultraäänen yhteydessä.

Toimenpiteen suoritus

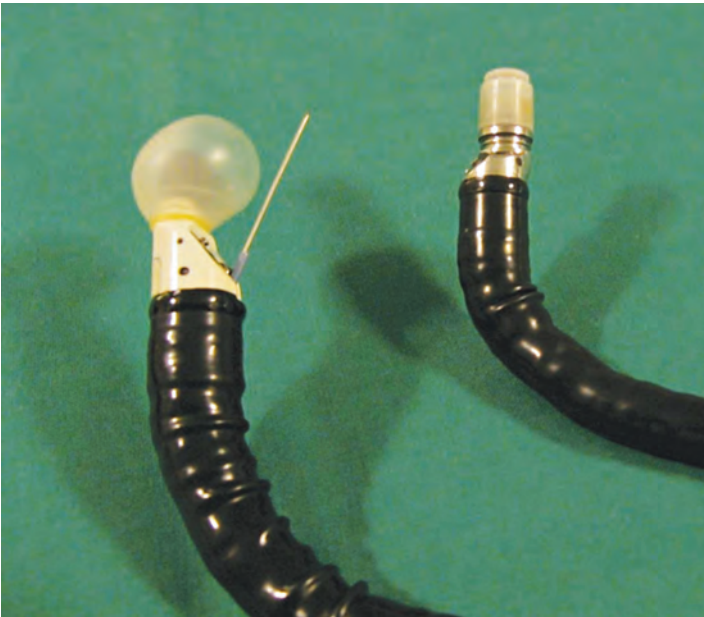
Käytettäessä endoskooppista ultraääntä (2) ganglion coeliacumin

puudutuksessa tai nekrolyysissä uitetaan lineaariultraääniendoskooppi mahalaukkuun, juuri gastro-esofageaalisen junktion alapuolelle, josta puolestaan ultraäänen avulla identifioidaan aorta ja tähystintä alaspäin liu'uttaen truncus celiacus (Kuva 2). Coeliaca-rungon päältä pyritään tunnistamaan ympäristötään jonkin verran nuikkakaikuisempana näkyvät coeliaca gangliot. Toimenpide edellyttää potilaalta hyvää ko-operaatiota ja kykyä pidättää hengitystä. Tekijän puolestaan tulee olla hyvin perehtynyt toimenpide ultraääniendoskopiaan. Kun kohteet on paikannettu ruiskutetaan rungon päälle ja sivuille tavallisesti 2–4 ml liuosta, joka sisältää 25 % bupivakaiinia ja 25 % 3–6 ml + 10 ml absoluuttista alkoholia. Mikäli

tehdään vain pleksuspuudute käytetään 25 % bupivakaiinia 3–6 ml ja methylprednisolonia 40–80 mg tai esim. Solomet depot® 40/5 mg 2–4 ml. Bilateraalinen, molemmin puolin tehty ruiskutus on tulokseltaan tehokkaampi verrattuna pelkästään celiacarungon päälle tehtyyn injektioon (3). Tulos on aina parempi, mikäli ultraäänellä on kyetty paikantamaan hermopunos ja injektio voidaan suunnata suoraan siihen. Paikka voidaan varmistaa näkökontrollin lisäksi aspiroimalla hermopunksesta näyte. Toimenpiteen sivuvaikutuksena saattaa ilmaantua verenpaineen laskua, jonka takia varaudutaan aina runsaaseen nesteytykseen. Muita sivuvaikutuksia ovat mm. ripuli ja toimenpiteen aiheuttama kipu. Komplikaatioina saattaa kehittyä verenvuoto, hematooma, neurologisia oireita ja infektiota. Lisäksi toimenpiteeseen liittyen on kuvattu myös kuolemantapauksia. Toimenpiteen jälkeen tarkkailussa potilasta seurataan 2–4 tuntia. HYKS Gastroenterologian klinikassa olemme tehneet yhteensä n. 20 toimenpidettä, joista lähes kaikki ovat olleet nekrolyysejä. Tärkein indikaatio on ollut haimasyöpäkipu, mutta blokadi on asetettu muutaman keran potilaalle kroonisen pankreatiitin aiheuttamaan kipuun.

Hoidon teho

Nekrolyysin tuloksellisuutta on arvioitu kivun lievittymisellä primaaristi heti toimenpiteen jälkeen ja vasteen kestolla. Vastemittareina on käytetty toisaalta opioiditarvetta ja toisaalta erilaisia kipuindikaattoreita, esim. VAS-janaa. Hoitovasteesen vaikuttavat mm. käytetty metodi: nekrolyysi tai blokadi, onko hermopunos identifioitu ja onko injektio osunut siihen. Lisäksi tulokseen



Kuva 1. Vasemmalla (A) kuva lineaariultraääniendoskoopin päästä. Konveksianturin päälle on vedetty vedellä täytettävä latex-pallo, jolla saadaan aikaan hyvä kontakti tutkittavaan kohteeseen. Toimenpidekanavan kautta on työnnetty näyttteenottoneula, jonka avulla voidaan ruiskuttaa puudutteen ja alkoholin seos kohteeseen nekrolyysiä tehtäessä. Oikealla (B) on kuva radiaalianturista.



Kuva 2. Ultraääniendoskopiaohjattu nekrolyysi. Lineaarianturi ohjataan näkökontrollissa ruokatorvi-maha-junktion alapuolelle ja identifioidaan ultraäänellä ensin aorta ja siitä lähtevä truncus celiacus, jonka ympärillä sijaitsevat celiaca gangliot. Ultraäänellä pyritään visualisoimaan gangliot. Alkoholi-injektio kohdennetaan ganglioihin, yleensä celiacarungon päälle ja molemmille sivuille.

vaikuttaa kuinka laajalti ja kuinka paljon alkoholia on ruiskutettu. Tutkimuksissa kivun lievittymistä on raportoitu keskimäärin 73 % haimasyöpää sairastavista (4). Tuoreessa Cochrane analyysissä (5) celiacaganlion nekrolyysi osoittautui 8 viikon seurannassa tavanomaista analgesiaa tehokkaammaksi VAS-janalla ja opioidien kulutuksella mitattuna. Onnistuneen nekrolyysin jälkeen vaste kestää viikosta useaan kukauteen. Pelkän puudutuksen (blokadin) teho on oleellisesti heikompi kuin nekrolyysin eikä sitä tulisi käyttää syöpäpotilaille. Muiden vatsaontelon syöpien osalta kokemukset keliakanekrolyysin käytöstä ovat erittäin vähäiset.

Lopuksi

Ultraääniendoskopia ohjattu celiaca pleksus nekrolyysi on turvallinen ja tehokkain menetelmä lievittämään haimasyöpään liittyvää kipua tavanomaiseen analgeettihoitoon verrattuna. Toimenpide voidaan suorittaa polikliinisesti. Vaste on harvoin kuitenkaan täydellinen ja pysyvä, mutta nekrolyysi on mahdollista tarvittaessa uusina, jopa useita kertoja. Menetelmä tarjoaa uuden työkalun haimasyöpäkivun hoitoon ja sitä kannattaa käyttää potilaille, joille tavanomainen opioidi-analgeettilääkitys ei ole riittävä tai se aiheuttaa runsaasti sivuvaikutuksia.

Kirjallisuusviitteet:

1. Koskenpato J, Färkkilä M. Kaikuentoskopian kliininen käyttö. *Duodecim* 2008;124(12):1434-44.
2. Penman ID, David Gilbert D. Basic technique for celiac plexus block/neurolysis. *GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY* 2009;69:S163-5.
3. Shai AV, Lemelin J, Lam E, Sarto C, Paquin SC. Central vs. Bilateral Endoscopic Ultrasound-Guided Celiac Plexus Block or Neurolysis: A Comparative Study of Short-Term Effectiveness. *Am J Gastroenterol* 2009; 104:326 – 29.
4. Kaufman M, Singh G, Das S, ym. Efficacy of Endoscopic Ultrasound-guided Celiac Plexus Block and Celiac Plexus Neurolysis for Managing Abdominal Pain Associated With Chronic Pancreatitis and Pancreatic Cancer. *J Clin Gastroenterol* 2010;44:127–134.
5. Arcidiacono PG, Calori G, Carrara S, McNicol ED, Testoni PA. Celiac plexus block for pancreatic cancer pain in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 3. Art. No.: CD007519

Martti Färkkilä
 Professori, ylilääkäri
 HY, Kliininen laitos,
 HYKS Gastroenterologian klinikka,
 HUS
 martti.farkkila@hus.fi

RUOKAVALIOTA MUOKKAAMALLA HELPOUSTA ÄRTYVÄN SUOLEN OIREYHTYMÄÄN

Uusi ruokavalio, jossa rajoitetaan samanaikaisesti kaikkia ohutsuolesta huonosti imeytyviä lyhytketjuisia hiilihydraatteja, ”FODMAP-hiilihydraatteja”, on osoittautunut lupaavaksi ärtyvän suolen oireyhtymän hoidossa. Jopa 75 % potilaista on merkittävästi hyötynyt siitä. Kontrolloituja tutkimuksia on tehty vasta vähän, mutta tulokset ovat olleet johdonmukaisia. Ruokavalio on turvallinen, edullinen ja suhteellisen helppo toteuttaa. Se on Australian ja Iso-Britannian ravitsemusterapeuteilla jo laajassa käytössä ärtyvän suolen oireyhtymän potilasohjauksessa.

FODMAP-hiilihydraatit

FODMAP-lyhenne tulee sanoista Fermentable Oligo-, Di-, and Monosaccharides And Polyols eli fermentoituvat oligo-, di- ja monosakkaridit sekä polyolit eli sokerialkoholit (1, 2). Ne ovat joukko lyhytketjuisia hiilihydraatteja, joita esiintyy laajasti kasvikkunnan tuotteissa ja joita lisätään moniin elintarvikkeisiin parantamaan tuotteen koostumusta ja nostamaan kuitupitoisuutta. FODMAP-hiilihydraatit pilkkoutuvat tai imeytyvät ohutsuolessa huonosti tai eivät lainkaan. Imeytymättömät lyhytketjuiset hiilihydraatit

kulkeutuvat paksusuolen alkuosaan, jossa bakteerit fermentoivat eli pilkkovat ne nopeasti.

Ravinnon FODMAP-hiilihydraatit on lueteltu taulukossa 1. Fruktaanit ja galaktaanit eivät ohutsuolessa pilkkoudu imeytyviksi sokereiksi lainkaan, koska siellä ei ole niiden pilkkoutumiseen tarvittavia entsyymejä. Laktoosin pilkkoutumisessa imeytyviksi sokereiksi on suuria yksilöllisiä eroja ohutsuolen laktaasiensyömin määrän vaihtelun vuoksi. Laktoosi katsotaan kuuluvaksi FODMAP-hiilihydraatteihin vain henkilöillä, joilla on laktoosi-intoleranssi. Monosakkaridi fruktoosi imeytyy ohutsuolessa kuljettajamolekyylin välityksellä. Pieni määrä fruktoosia imeytyy hyvin, mutta suuri annos puutteellisesti (3). Glukoo-

si avustaa fruktoosin imeytymistä. Suuri määrä fruktoosia tai ylimäärä fruktoosia suhteessa glukoosiin saattaa ylittää fruktoosin kuljettajamolekyylien kapasiteetin, jolloin fruktoosi jää imeytymättä ja kulkeutuu paksusuoleen. Polyolit imeytyvät puutteellisesti kaikilla. Pelkätään fruktoosia saadaan yhdysvaltalaisen tutkimusten mukaan arviolta n. 50 g/pv (4, 5) ja fruktaaneja n. 5 g/pv (6).

FODMAP-hiilihydraattien vaikutukset suolistossa

Imeytymättömät lyhytketjuiset hiilihydraatit kulkeutuvat paksusuolen alkuosaan, jossa ne vetävät nestettä suolen sisälle aiheuttaen ulosteiden

Taulukko 1. Ravinnon FODMAP-hiilihydraatit

Oligosakkaridit (ketjun pituus 3-10)	Fruktaanit eli frukto-oligosakkaridit (oligofruktoosi, inuliini) Galaktaanit eli galakto-oligosakkaridit (raffinoosi, stakyoosi)
Disakkaridit (ketjun pituus 2)	Laktoosi
Monosakkaridit	Fruktoosi
Polyolit	Ksylitoli, sorbitoli, maltitoli, mannitoli, laktioli, isomalti

löystymistä. Paksusuolen bakteerit pilkkovat lyhytketjuiset hiilihydraatit nopeasti, jolloin muodostuu kaasuja, kuten vetyä, hiilidioksidia ja metaania, jotka venyttävät suolta aiheuttaen ilmavaivoja, turvotusta ja kipua. Suolistokaasun muodostuminen on runsaampaa ärtyvän suolen oireyhtymässä (Irritable Bowel Syndrome, IBS) ja sen kulkeutuminen suolessa hitaampaa kuin terveillä (7, 8). Myös suoliston kipuherkkyys on lisääntynyt IBS-potilailla (9). Näistä syistä he ovat terveitä herkempiä FODMAP-hiilihydraateille.

FODMAP-rajoitteinen ruokavalio

Niukasti FODMAP-hiilihydraatteja sisältävässä ruokavaliossa pyritään rajoittamaan samanaikaisesti kaikkia huonosti imeytyviä lyhytketjuisia hiilihydraatteja yksittäisten rajoitusten sijaan. Ruokavalio ei ole ehdoton: ei siis pyritä täysin välttämään FODMAP-hiilihydraatteja, mikä olisi hyvin hankalaa niiden laajan esiintymisen vuoksi.

Ravitsemusterapeuttien yhdistyksen ohjeet IBS:ään sopivaan ruokavalioon on v.2012 päivitetty FODMAP-rajoitusta mukaileviksi (10). Taulukossa 2. on esitetty rajoittavat ruoka-aineet. Näitä vastaisia, ei-rajoitettavia ruoka-aineita löytyy lukuisia. Useimmille sopivia ovat kasviksista esim. tomaatti, kurkku, lehtisalaatit, paprika, peruna ja porkkana, hedelmistä kaikki sitrushedelmät ja esim. banaani, kiivi ja hunajameloni. Myös marjat sopivat FODMAP-rajoitteeseen ruokavalioon. Viljatuotteista esim. kaura, tattari, riisi ja maissi ovat sopivia. Maitovalmisteet valitaan lak-

Taulukko 2. Rajoitettavat, runsaasti FODMAP-hiilihydraatteja sisältävät ruoka-aineet

Kasvikset	Palkokasvit (pavut, herneet, linssit), sipulit, kaalit, sienet, punajuuri, parsa, artisokka
Hedelmät	Omena, päärynä, vesimeloni, ”kivelliset hedelmät” (luumu, aprikoosi, persikka, mango, avokado, kirsikka)
Viljatuotteet	Vehnä, ruis, ohra
Makeiset, purukumit, makeuttajat	Sokerialkoholeja (sorbitoli, mannitoli, ksylitoli, isomalti) sisältävät, fruktoosi eli hedelmäsokeri, hunaja
Maitovalmisteet	Tavalliset nestemäiset maitovalmisteet (laktoosi-intoleranssissa)
Kuitulisät elintarvikkeissa	Frukto-oligosakkaridit (oligofruktoosi ja inuliini), galakto-oligosakkaridit

toosin siedon mukaan. Lihan, kalan ja kananmunan käyttöön ei ole rajoituksia. Pähkinät, siemenet ja tofu sopivat kasviproteiinin lähteinä.

Jottei ruokavalio yksipuolistuisi, FODMAP-rajoitus on hyvä toteuttaa ravitsemus-asiiantuntijan ohjauksessa. FODMAP-hiilihydraatteja niukasti sisältävää ruokavaliota suositellaan noudatettavan aluksi 6–8 viikkoa (11). Alkuvaiheen jälkeen voidaan kokeilla yksittäisten ruoka-aineiden palauttamista takaisin ruokavalioon yksilöllisen sietokyvyn mukaan. Tavallisesti pitkäaikaisia rajoituksia ei jää useille ruoka-aineille.

Miksi pitäisi rajoittaa juuri lyhytketjuisia hiilihydraatteja?

Nopea pilkkoutuminen ja voimakas osmoottinen vaikutus paksusuolen alkuosassa erottavat FODMAP-hiilihydraatit pitkäketjuisista imeytymättömistä hiilihydraateista eli muusta ravintokuidusta, jonka saanti FODMAP-rajoituksessa pyritään pitämään riittävänä, 25–35 g/pv (12). Lyhytketjuisilla hiilihydraateilla on pienestä molekyylikoostansa johtuen huomattava osmoottinen

vaikutus, mikä johtaa lisääntyneeseen suolen sisällön nestepitoisuuteen. Tätä tukee tutkimus, jossa ileostomia-potilailla FODMAP-hiilihydraatit osana normaalia ruokavaliota lisäsivät veden ja fermentoitavien substraattien erittymistä ileumsäiliöön verrattuna niukasti FODMAP-hiilihydraatteja sisältävään ruokavalioon (13). Frukto-oligosakkaridien on raportoitu pilkkoutuvan ihmisen paksusuolen bakteerien toimesta *in vitro* kaksi kertaa nopeammin kuin pitkäketjuisten fruktaanien (14). Lyhytketjuiset fruktaanit ovat aiheuttaneet terveillä koehenkilöillä enemmän vatsaoireita kuin pitkäketjuiset fruktaanit (15).

Kontrolloituja FODMAP-tutkimuksia

Toistaiseksi vahvin näyttö FODMAP-hiilihydraateista IBS-oireilun lisääjinä saatiin sokkoutetussa, satunnaistetussa, placebo-kontrolloidussa vaihtovuoroisessa tutkimuksessa (16). Siinä 25 IBS-potilasta, joilla oli fruktoosin imeytymishäiriö ja jotka olivat aiemmin hyötynyt FODMAP-rajoituksesta, altistettiin FODMAP-rajoituksen aikana kah-

Ruokavaliota ...

jatkoa edelliseltä sivulta

den viikon jaksoissa päivittäin joko fruktoosille, fruktaaneille, niiden yhdistelmälle tai glukoosille. Potilaista 70–79 % oireili jaksossa, joissa heidät altistettiin päivittäin fruktoosille, fruktaaneille tai niiden yhdistelmälle, kun taas 14 % oireili jaksossa, johon sisältyi glukoosialistutus. Vastaavasti kokonaisoireet sekä yksittäiset oireet – kipu, turvotus ja ilmavaivat – olivat vakavampia altistettaessa fruktoosille, fruktaaneille tai niiden yhdistelmälle, kuin glukoosille. Oireet olivat anoksesta riippuvaisia ja aiempien IBS-oireiden kaltaisia.

FODMAP-hiilihydraatteja vähän (9 g/pv) tai runsaasti (50 g/pv) sisältävien ruokavalioiden vaikutusta oireisiin ja suolistokaasun muodostumiseen tutkittiin 15 IBS-potilaalla ja 15 terveellä henkilöllä satunnaistetussa, kontrolloidussa, koehenkilöiltä sokkoutetussa vaihtovuorokokeessa (17). IBS-potilailla runsaasti FODMAP-hiilihydraatteja sisältävä ruokavaliota (2 pv) lisäsi kaikkia kysytyjä oireita – vatsakipua tai -vaivoja, turvotusta, ilmavaivoja, pahoinvointia, närästyä ja väsymystä. Terveillä henkilöillä runsas FODMAP-saanti lisäsi vain ilmavaivoja. Tulokset suolistokaasun muodostumisesta tukevat näitä tuloksia: hengitysilman vedyn määrä lisääntyi runsaasti FODMAP-hiilihydraatteja sisältävän ruokavaliota johdosta sekä terveillä että IBS-potilailla, jälkimmäisillä terveitä enemmän.

Alustavassa, osin retrospektiivisessä tutkimuksessa verrattiin FODMAP-ohjeistuksen (n=43) ja Iso-Britannian kansallisten IBS:n ruokavaliota-ohjeiden (n=39) vaikutusta IBS-oireisiin (18). FODMAP-ohjeis-

tuksen saaneiden ryhmässä 76 % oli tyytyväisiä vasteeseen, kun taas standardiohjeistuksen saaneiden ryhmässä 54 %. FODMAP-rajoitusryhmässä oireilu kokonaisuudessaan oli useammalla paremmassa kontrollissa (86 %) alkutilanteeseen verrattuna kuin verrokkiryhmässä (49 %), kuten myös yksittäiset oireet turvotus, kipu ja ilmavaivat.

Toistaiseksi pitkäaikaisin FODMAP-hiilihydraattien rajoitus IBS-potilailla prospektiivisessä tutkimuksessa on ollut satunnaistetussa tutkimuksessa, jossa koehenkilöillä oli ripuli- tai turvotuspainotteinen IBS (19). Verrokkiryhmä (n=22) ei saanut lainkaan ruokavaliota-ohjeita. FODMAP-ohjeistuksen saaneiden ryhmässä (n=19) 68 % raportoi oireidensa olevan riittävässä kontrollissa neljän viikon intervention lopussa, kun taas tavanomaista ruokavaliota noudattaneiden ryhmässä vain 23 %. FODMAP-rajoitus vähensi ulosteen bifidobakteerien määrää ja osuutta kokonaisbakteereista. Bifidobakteereja oli tutkimuksen lopussa verrokkiryhmällä 3,2 % ja FODMAP-rajoitusryhmällä 0,5 % kokonaisbakteereista.

FODMAP-rajoituksen haasteita

Vaikka tutkimustulokset FODMAP-rajoituksen tehosta IBS-oireiden ruokavalioidossa ovat rohkaisevia, kontrolloituja tutkimuksia on vähän ja niissä potilasmäärät ovat olleet pieniä. Toistaiseksi on epäselvää, sopiiko FODMAP-rajoitus kaikkiin IBS:n alatyyppeihin. Ruokavaliota pitkäaikaisesta tehosta sekä vaikutuksesta ruokavalintoihin ja ravinnonsaantiin ei ole luotettavaa tietoa. Erityisesti ravintokuidun riittävä saanti voi olla ongelma. On myös vaara, että ruokavaliota muo-

dostuu turhan suppea. Sisältäessään myös prebioottiset frukto- ja galakto-oligosakkaridit, FODMAP-rajoitus on vähentänyt suolistolle edullisten bifidobakteerien määrää (19). Tämän pitkäaikaisvaikutukset suoliston terveydelle saattavat olla haitallisia.

Tutkimuksissa FODMAP-rajoitteinen ruokavaliota on joko annettu koehenkilöille koko tutkimuksen ajan tai ravitsemusasiantuntija on opastanut heidät siihen. Muulla tavoin annettuna ruokavaliota-ohjauksen tehoa IBS-oireiden hoidossa ei ole selvitetty.

FODMAP-rajoituksen lisäksi

Probiootit ovat lupaavia IBS:n hoidon tukena. Probiootit ovat tehonneet v.2010 ilmestyneen systemaattisen kirjallisuuskatsauksen mukaan erityisesti kipuun ja ilmavaivoihin (20). Viime vuonna ilmestyneen gastroenterologeille probioottien käytön ohjenuoraksi tarkoitettua kirjallisuuskatsauksen mukaan hyödyllisimpiä näyttävät olevan bifidobakteerit ja probiootikombinaatiot, jotka sisältävät bifidobakteereja (21). Probiootteja sisältävää valmistetta valitessa on syytä pitää mielessä niihin mahdollisesti lisätyt FODMAP-hiilihydraatit.

Liukoinen ravintokuitu näyttäisi vähentävän kokonaisoireita IBS-potilailla (22, 23). Liukoista kuitua on esim. marjoissa ja hedelmissä. Liukonematon ravintokuitu, jota on runsaasti esim. vehnäleseissä, ei vähennä oireita (22, 23).

Lopuksi

Vaikka luotettavia tuloksia on vähän, suurin osa IBS-potilaista vaikuttaa selvästi hyötävän FODMAP-rajoitteisesta ruokavaliosta. Ravitsemuksen asiantuntijan ohjeistamana se on turvallinen ja edullinen. Ruokavaliota muokkaaminen saattaa tuntua vaivalloiselta, mutta sen on-

nistumisen edellytyksiä lisää useimpien IBS-potilaiden kiinnostus ruokavalio-ohjauksesta (24).

Kirjallisuusviitteet:

1. Gibson PR, Shepherd SJ. Evidence-based dietary management of functional gastrointestinal symptoms: The FODMAP approach. *J Gastroenterol Hepatol* 2010;25:252-8.
2. Gibson PR, Shepherd SJ. Food choice as a key management strategy for functional gastrointestinal symptoms. *Am J Gastroenterol* 2012; 107:657-66.
3. Jones HF, Butler RN, Brooks DA. Intestinal fructose transport and malabsorption in humans. *Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol* 2011;300:G202-6.
4. Vos MB, Kimmons JE, Gillespie C, Welsh J, Blanck HM. Dietary fructose consumption among US children and adults: the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Medscape J Med* 2008;10:160.
5. Sun SZ, Anderson GH, Flickinger BD, Williamson-Hughes PS, Empie MW. Fructose and non-fructose sugar intakes in the US population and their associations with indicators of metabolic syndrome. *Food Chem Toxicol* 2011;49:2875-82.
6. Moshfegh AJ, Friday JE, Goldman JP, Ahuja JK. Presence of inulin and oligofructose in the diets of Americans. *J Nutr* 1999;129(7 Suppl): 1407S-11S.
7. King TS, Elia M, Hunter JO. Abnormal colonic fermentation in irritable bowel syndrome. *Lancet* 1998;352: 1187-9.
8. Serra J, Azpiroz F, Malagelada JR. Impaired transit and tolerance of intestinal gas in the irritable bowel syndrome. *Gut* 2001;48:14-9.
9. Keszthelyi D, Troost FJ, Masclee AA. Irritable bowel syndrome: methods, mechanisms, and pathophysiology. Methods to assess visceral hypersensitivity in irritable bowel syndrome. *Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol* 2012;303:G141-54.
10. Ravitsemusterapeutien yhdistys ry. Ärtävän suolen oireyhtymä rauhoittuu yksilöllisellä ruokavaliolla. 2012.
11. The low FODMAP diet -booklet. Eastern Health Clinical School – Monash University, Victoria, Australia, 2011.
12. Suomalaiset ravitsemussuositukset – ravinto ja liikunta tasapainoon. Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 56 s.
13. Barrett JS, Garry RB, Muir JG, Irving PM, Rose R, Rosella O, Haines ML, Shepherd SJ, Gibson PR. Dietary poorly absorbed, short-chain carbohydrates increase delivery of water and fermentable substrates to the proximal colon. *Aliment Pharmacol Ther* 2010;31:874-82.
14. Roberfroid MB, Van Loo JA, Gibson GR. The bifidogenic nature of chicory inulin and its hydrolysis products. *J Nutr* 1998;128:11-9.
15. Rumessen JJ, Gudmand-Høyer E. Fructans of chicory: intestinal transport and fermentation of different chain lengths and relation to fructose and sorbitol malabsorption. *Am J Clin Nutr* 1998;68:357-64.
16. Shepherd SJ, Parker FC, Muir JG, Gibson PR. Dietary triggers of abdominal symptoms in patients with irritable bowel syndrome: randomized placebo-controlled evidence. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2008; 6:765-71
17. Ong DK, Mitchell SB, Barrett JS, Shepherd SJ, Irving PM, Biesiekierski JR, Smith S, Gibson PR, Muir JG. Manipulation of dietary short chain carbohydrates alters the pattern of gas production and genesis of symptoms in irritable bowel syndrome. *J Gastroenterol Hepatol* 2010;25:1366-73.
18. Staudacher HM, Whelan K, Irving PM, Lomer MC. Comparison of symptom response following advice for a diet low in fermentable carbohydrates (FODMAPs) versus standard dietary advice in patients with irritable bowel syndrome. *J Hum Nutr Diet* 2011;24:487-95.
19. Staudacher HM, Lomer MC, Anderson JL, Barrett JS, Muir JG, Irving PM, Whelan K. Fermentable carbohydrate restriction reduces luminal bifidobacteria and gastrointestinal symptoms in patients with irritable bowel syndrome. *J Nutr* 2012;142: 1510-8.
20. Moayyedi P, Ford AC, Talley NJ, Cremonini F, Foxx-Orenstein AE, Brandt LJ, Quigley EM. The efficacy of probiotics in the treatment of irritable bowel syndrome: a systematic review. *Gut* 2010 59:325-32.
21. Ciorba MA. A gastroenterologist's guide to probiotics. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2012;10:960-8.
22. Ford AC, Talley NJ, Spiegel BM, Foxx-Orenstein AE, Schiller L, Quigley EM, Moayyedi P. Effect of fibre, antispasmodics, and peppermint oil in the treatment of irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2008;337:a2313.
23. McKenzie YA, Alder A, Anderson W, Wills A, Goddard L, Gulia P, Jankovich E, Mutch P, Reeves LB, Singer A, Lomer MC; Gastroenterology Specialist Group of the British Dietetic Association. British Dietetic Association evidence-based guidelines for the dietary management of irritable bowel syndrome in adults. *J Hum Nutr Diet* 2012;25:260-74.
24. Halpert A, Dalton CB, Palsson O, Morris C, Hu Y, Bangdiwala S, Hankins J, Norton N, Drossman D. What patients know about irritable bowel syndrome (IBS) and what they would like to know. National Survey on Patient Educational Needs in IBS and development and validation of the Patient Educational Needs Questionnaire (PEQ). *Am J Gastroenterol* 2007;102:1972-82.

Reetta Holma
FT, tutkijatohtori
Bioliäketieteen laitos, farmakologia
Biomedicum Helsinki, Helsingin
yliopisto
reetta.holma@helsinki.fi

MARJO KAUPPILA

ENDOMETRIOOSI JA KIPU

Endometrioosia sairastaa noin 7–10 prosenttia fertiilissä iässä olevaa naista. Endometrioosi on krooninen sairaus ja se aiheuttaa pahimmillaan kovia kipuja ja lapsettomuutta. Taudin syytä ei vielä tunneta, mutta sen mekanismina pidetään retrogradista vuotoa, jolloin kuukautisten aikana kohdun limakalvoa vuotaa ulos paitsi emättimen kautta myös munajohtimien kautta vatsaonteloon. Endometrioosia sairastavilla naisilla kohdun limakalvo poikkeaa terveen naisen limakalvosta ja tästä syystä se kiinnittyy vatsaontelon pinnoille. Tämän lisäksi tautiin liittyy immuunijärjestelmän toiminnan häiriintyminen, jolloin elimistön oma puolustusmekanismi ei hävitä vatsaonteloon joutunutta kohdun limakalvoa. Vaikeassa endometrioosissa pesäkkeitä voi kasvaa virtsarakkoon, emättimeen, suoleen ja munasarjoihin. Endometriosipesäkkeet ovat sukupuolihormonien säätelemiä. Kun kohdun limakalvo vuotaa kuukautisten aikana, myös tulehduksia aiheuttavat endometriosipesäkkeet vuotavat. Pitkittänyt tulehdusreaktio ja endometriosipesäkkeiden runsas määrä aiheuttavat kiinnikkeitä ja kipua. Hoidon tärkeimpinä tavoitteina on lievittää kipua ja parantaa lapsettomuutta.

Vaikka endometrioosi on yleinen naisten sairaus, se tunnistetaan huonosti. Oireet alkavat tyypillisesti jo teini-ikässä ja naisilla on useita lääkärissä käyntejä ennen kuin endometrioosia epäillään. Diagnostinen viive on yli 6 vuotta, vaikka oireet ja kliiniset löydökset ovat helposti tunnistettavissa. Potilaat kertovat ettei heidän oireiluaan oteta vakavasti. Taudin varhainen to-

teaminen on tärkeää, koska siten voitaisiin estää sairauden paheneminen ja ennaltaehkäistä lapsettomuutta (1). Naiset kokevat suurimpana yksittäisenä avun saantia hidastavana tekijänä sen, että hoitohenkilökunta ei ota vakavasti oireita; niitä vähätellään ja kipujen sanotaan kuuluvan kuukautisiin. Hoitohenkilökunnalla ei välttämättä ole kattavaa tietoa endometrioosista ja siksi oireiden syy voi jäädä selvittämättä ja asianmukainen hoito viivästyy.

Miten naiset kokevat endometriosikivun?

Nuoren naisen kuukautisiin ei liity voimakasta kipua ja siksi kivun syy täytyy selvittää. Diagnostiikassa lähtökohtana on kivun luonteen selvittäminen. Endometrioosille tyypillinen kipu esiintyy joka kierrolla ja se voi alkaa useita vuorokausia ennen vuotoa. Kipulääkkeen tarve on useita vuorokausia ja niistä ei saa riittävästi apua kipuun. Myöskään ehkäisytableteista ei saa riittävästi apua kipuun toisin kuin tavallisessa kuukautiskivussa. Kipu tuntuu syvällä lantion pohjassa tai lantiossa, ja se on tyypillisesti tärinä-, yhdyntä-, ulostus- tai virtsaamiskipua. Oireet alkavat puberteetin jälkeen, kun kuukautiskierto säännöllistyy. Kipu on tyypillisesti jomottavaa, kirvelevää, pistävää, puristavaa ja kouristavaa, viiltävää ja se voi säteillä selkään ja jalkoihin. Jaloissa kipu tuntuu puutumisenä. Kipu on voimakkuudeltaan sietämätöntä (NRS 8–10) ja se aiheuttaa pahoinvointia ja oksentelua. Yhdyntäkivut heti ensimmäisestä yhdynnästä alkaen ovat yleisiä endometrioosia sairasta-

villa naisilla. Kipu paikallistuu syvälle lantioon. Yhdyntäkipu on voimakkainta naisilla, joilla on endometriosipesäkkeitä kohtu-ristiluu alueella. Kipu on pahimmillaan heti yhdynnän jälkeen ja tuntuu kirvelevänä, viiltävänä ja polttavana. Virtsaamiskipu tuntuu kirvelynä ja aiheuttaa tiheävirtsaaisuutta. Ulostuskipu tuntuu painontunteena ja ulostuspakkona. Pahimmillaan kipu rajoittaa naisen elämää ja lisää poissaoloja koulusta ja työstä.

Endometriosin hoito

Endometriosin ensilinjan lääkehoidon perustuu tulehduskipulääkkeisiin ja hormonivalmisteisiin. Lääkehoidolla pyritään helpottamaan lähinnä endometrioosiin liittyvää kipua. Prostaglandiinisynteesin esto tehoaa suoraan kivun synty-mekanismiin endometriosikudoksessa. Tulehduskipulääkkeistä ei kuitenkaan saada riittävästi lievitystä vaikeissa endometriosikivuissa. Useissa tutkimuksissa on osoitettu, että prostaglandiinisynteesin estäjät voivat inhiboida ovulaatiota ja siten tulehduskipulääkkeiden jatkuva käyttö saattaa heikentää naisen raskaaksi tuloa. Tästä syystä fertiilissä iässä olevat naiset voivat suhtautua varauksella tulehduskipulääkkeiden jatkuvaan käyttöön. Osa potilaista hyötyy yhdistelmäehkäisytableteista, mutta vaikeassa endometrioosissa ne eivät auta riittävästi kipuun.

Muita hoitovaihtoehtoja ovat progestiini eli keltarauhashormoni, GnRH- analogi sekä hormonikierukka. Progestiini aiheuttaa ihon rasvoittumista, painon nousua, rintojen arkuutta, ärtyneisyyttä ja masennusta. Oireet saattavat olla niin vai-

keita, että hoito joudutaan lopettamaan. GnRH-agonistit poistavat tehokkaasti endometrioosia, mutta sivuvaikutuksena ovat vaihdevuosi-oireet.

Leikkaushoidolla on saatu hyviä tuloksia paitsi kivun lievitykseen myös elämänlaatuun ja seksuaaliseen toimintakykyyn (2). Potilaiden toipumista parantaa se, että monet toimenpiteet voidaan tehdä tähytystekniikalla, jolloin leikkauksen jälkeisiä kipuja ja suolentoimintaongelmia on vähemmän. Koska endometrioosi siirtuu laajalle vatsaonteloon aiheuttaen kiinnikkeitä, leikkaustimiltä vaaditaan erityisosaamista jotta vältytään suoli-, verisuoni- ja virtsajohdinten komplikaatioilta. Esimerkiksi Tanskassa endometrioosin hoito on keskitetty kahden osaamiskeskukseen. Myös Norjassa ja Ruotsissa ollaan vahvasti menossa tähän suuntaan.

Endometrioosi kipu ja ravitsemus

Ravinnon vaikutusta kipuun on tutkittu viimeisen kymmenen vuoden aikana, mutta selvää yhteyttä ravintoaineiden vaikutuksesta ei ole pystytty osoittamaan. Koska endometrioosi on tulehduksellinen sairaus, joillakin ravintoaineilla voi olla edullisia vaikutuksia kipuun. Pehmeät rasvat sisältävät hormonien kaltaisia aineita (PGE 1 ja PGE 3), joilla on tulehdusta estävä vaikutus. Kasviöljyt ja -margariinit, siemenet ja pähkinät ja kala sisältävät hyviä rasvahappoja, joilla on terveyden kannalta monia hyviä vaikutuksia, vaikka varsinaisten sairauksien hoidossa niistä ei ole selkeää näyttöä. Kuitupitoisella ja vähärasvaisella kasvisruokavaliolla on edullinen vaikutus estrogeenitasoon ja sitä kautta niiden on ajateltu vaikuttavan edullisesti kuukautiskipuihin ja ennen kuukautisia esiintyviin oireisiin. Myös vitamiinien puutostilojen korjaaminen voi edistää terveyttä. B-vitamiineilla on vaikutusta hormonitasapainon ylläpitämisessä, sillä ne alentavat estrogeenipitoisuuksia.

B1, B6 ja B12 vitamiinit omaavat kivun välittymiseen ja lievittymiseen liittyviä ominaisuuksia. C- ja E-vitamiineilla on tulehduksen ehkäisemiseen ja kivunlievitykseen liittyviä ominaisuuksia (3,4). Liikunta vähentää estrogeenin erittymistä lisäämällä endorfiinien eritystä, mikä voi helpottaa kipuoireita.

Endometrioosi ja naisen seksuaalisuus

Endometrioosi on krooninen sairaus, johon liittyy voimakas kipu. Kroonisesta kivusta kärsivillä seksuaalinen halu, seksuaaliset ajatukset ja seksuaalinen aktiivisuus on vähäisempää ja kipu aiheuttaa kiinnostumis- ja orgasmihäiriöitä. Pitkään kestänyt kipu saa aikaan pelko-välttämiskäyttäytymistä ja vaikuttaa siten yhdyntöjen määrään ja laatuun. Yhdynnän estyminen kivun vuoksi saattaa aiheuttaa huononmuuden ja häpeän tunteita. Parisuhteessa ilmenee myös läheisyyden puutetta ja kommunikaatio-ongelmia (5). Endometrioosia sairastavilla naisilla yhdyntöjen määrä viikossa on pienempi ja orgasmi vähemmän tyydyttävä. Puhuminen seksistä partnerin kanssa on myös vähäisempää kuin terveillä naisilla (6). Sairauteen liittyy pelkoja parisuhteen kestämisestä ja muutoksista, oman seksuaalisuuden ja nautinnan menettämisestä, nautinnan antamisen menettämisestä, torjutuksi tulemisesta, yksinäisyydestä ja viehättävyyden tai haluttavuuden menettämisestä. Endometrioosi diagnosoiminen voi toisaalta olla naiselle helpotus, sillä ongelmat heidän elämässään selittyvät endometrioosilla eivätkä johdu heistä itsestään naisina.

Endometrioosi on synnä lapsettomuuteen n. 10–20%:lla naisista. Endometrioosi todetaankin usein vasta pariskunnan hakeutuessa lapsettomuustutkimuksiin. Endometrioosi heikentää hedelmällisyyttä, koska pesäkkeet ja kiinnikemuodostus voivat haitata hedelmöittymistä mekaanisesti. Krooniseen tulehd-

seen liittyvät välittäjäaineet voivat vaikuttaa heikentävästi hedelmöittymiseen sekä alkion kiinnittymiseen kohtuun. Hedelmättömyyden kokemus on yksilöllistä ja siihen vaikuttavat minäkuva ja itsetunto, joilla on suuri merkitys hedelmättömyyden tuoman kriisin kokemiseen ja siitä selviytymiseen. Lapsettomuuskriisi on prosessi, jonka eri vaiheissa myös seksuaalisuus ja seksi koetaan eri tavalla.

Kipu, kuukautiset, lapsettomuus ja seksuaalisuus ovat osittain vielä tabuja niin yksilö- kuin yhteisötasollakin. Tämä osaltaan voi vaikuttaa siihen, että naiset eivät hakeudu hoitoon ajoissa. Mikäli hoitohenkilökunta ei otta näitä puheeksi, nainen ei välttämättä saa apua endometrioosin aiheuttamiin ongelmiin.

Kirjallisuusviitteet:

1. Setälä M, Härkki P, Perheentupa A, Heikkinen A-M, Kauko M. 2009. Särkylääke ei auta kuukautiskipuihin – epäile endometrioosia. Suomen Lääkärilehti 64;48.4141-4145.
2. Setälä M, Härkki P, Matomäki J, Mäkinen J, Kossi J. Sexual functioning, quality of life and pelvic pain 12 months after endometriosis surgery including vaginal resection 2012. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica 91, 692-698.
3. Sesti F, Capozzolo T, Pietropoli A, Bollea M, Piccione E. 2009. Postoperative dietary supplementation with omega-3 fatty acids and antioksidantien after conservative surgery for symptomatic endometriosis. International journal of Gynecology & Obstetrics. 107 suppl.2 630.
4. Mills D & Vernon M. 2002. Endometriosis. A key to healing through nutrition. 2.p. London. Thorson.
5. Porras K. 2009. Kivun vaikutus seksuaalisuuteen. Kipuviesti 1, 30-33.
6. Ferrero S, Esposito F, Abbamonte L, Anserini P, Remorgida V, Ragni N. 2005. Quality of sex life in women with endometriosis and deep dyspareunia. Fertility and sterility 83;3, 573-579.

Marjo Kauppila
TtM, ylihoitaja
TYKS, Naistentautien ja synnytysten
toimialue
marjo.kauppila@tyks.fi

TARJA HEISKANEN

OPIOIDIEN KÄYTTÖ KROONISESSA KIVUSSA: POTILASVALINTA

Vahvojen opioidien käyttö kroonisessa kivussa on kasvanut moninkertaiseksi sitten 1990-luvun sekä Suomessa ja muissa länsimaissa että varsinkin Yhdysvalloissa. Samanaikaisesti opioidien myynnin kasvaessa ovat lisääntyneet sekä opioideihin liittyvät kuolemat että opioidiriippuvuuden vuoksi vieroitushoitoon ohjattujen käyttäjien määrä (1). Opioideihin liittyvien ongelmien mittasuhteet ovat herättäneet huolta, on puhuttu jopa epidemiasta (2). Viimeisen parin vuoden aikana on julkaistu useita suuria potilasaineistoihin perustuvia tutkimuksia, joissa on pyritty löytämään riskitekijöitä opioideihin liittyvien vakavien haittojen syntymiselle ja pohdittu oikean potilasvalinnan merkitystä (3–5).

Opioidien hyödyt ja haitat

Aiemmat tutkimukset opioidien tehosta ei-malignin kroonisen kivun lievittämisessä ovat päättyneet toteamaan, että opioidit lievittävät kipua valikoiduissa potilasryhmissä, kun seuranta-aika on lyhyt (ad 6 kuukautta) ja opioidiannokset kohtalaisia, enintään 180 mg/vrk morfiiniekvivalentteina (6). Tutkimuksissa kerätty tieto opioidien vaikutuksesta potilaiden toimintakykyyn on niukempaa ja tulokset vai-

televia (7). Niiden tutkimusten, joissa potilaita on seurattu pitempään kuin puoli vuotta, laatu on ollut varsin heikko: tutkimukset on tehty prospektiivisesti, avoimesti ja kontrolloimatta. Pitkäaikaistutkimuksissa keskeyttäneiden potilaiden osuus on ollut suuri: sivuvaikutusten tai riittämättömän kivunlievityksen vuoksi pois jättäytyi jopa 40 % tutkittavista. Näiden tutkimusten perusteella on katsottu, että on heikko näyttö oraalisten tai intratekaalisten opioidien kipua lievittävästä vaikutuksesta niillä potilailla, jotka pystyvät jatkamaan opioidien käyttöä (8).

Tuorempien, avointen seuranta-tutkimusten mukaan näyttää siltä, että vielä odotettua suurempi määrä, ad 60 % potilaista, keskeyttää opioidin tehottomuuden tai sivuvaikutusten vuoksi. Jäljelle jää valikoitunut, opioidiin kiinnittynyt joukko potilaita, joiden kohdalla opioidin käyttö, kestätyään vähintään kolme kuukautta, 2/3:n todennäköisyydellä jatkuu edelleen myös vuoden kuluessa. Useamman tutkimuksen tulokset viittaavat käänteiseen valikoitumiseen (engl. adverse selection): psyykkisistä tai riippuvuussairauksista kärsivät potilaat päätyvät muita todennäköisemmin käyttämään pitkään ja suuria annoksia opioideja (9). Esimerkiksi amerikkalaisten sotaveteraanien joukossa yli 2 kuukautta kestänyt opioidi-

lääkitys oli merkittävästi yleisempää niillä potilailla, joilla oli psykiatrinen diagnoosi, ja erityisen silloin, kun potilaalla oli psykiatrisen diagnoosin lisäksi tai sijaan post-traumaattinen stressihäiriö (10).

Joitakin vuosia sitten tanskalaisessa läpileikkaustutkimuksessa (11) todettiin, että pitkään opioidilääkitystä käyttäneiden kipupotilaiden elämänlaatu oli selvästi heikompi kuin elämänlaatu opioidia käyttämättömillä potilailla tai terveillä verrokeilla. Kun uudemmissa tutkimuksissa on lisäksi todettu, että vastoin aiempia uskomuksia opioidilääkitys ei nopeuta pitkittyneestä selkäkivusta kärsivien potilaiden työhönpaluuta vaan päinvastoin lisää työkyvyttömyyden riskiä (12), ja että opioidien käyttö ikääntyneillä kipupotilailla lisää sekä murtumien ilmaantuvuutta että mihin tahansa syyhyn liittyvää kuolleisuutta tulehduskipulääkkeisiin verrattuna (13), voidaankin aiheellisesti pohtia, onko pitkäaikaisesta opioidilääkityksestä saatava hyöty suurempi kuin siihen liittyvät haitat.

Sekä työhönpaluun viivästyminen riski (12) että, ehkä vakavimpana opioidilääkityksen haittana, tahallisen tai tahattoman yliannostuksen riski näyttäisi liittyvän paitsi opioidilääkityksen kestoon myös käytetyn opioidiannoksen suuruuteen: lähes 10 000 seurattua potilaan

joukossa suurta (yli 100 mg/vrk morfiiniekvivalentteina) opioidiannosta käyttävien potilaiden yliannostusriski oli 9-kertainen pieniä annoksia (alle 20 mg/vrk) käyttäviin verrattuna (5). Yhdysvalloissa Washingtonin osavaltiossa onkin vuodesta 2010 laissa säädetty opioideille enimmäisannos, jonka lääkäri voi määrätä kroonisen kivun (laki ei koske akuuttia kipua tai syöpäkipua) hoitoon konsultoimatta kipuun perehtynyttä erikoislääkärää. Lain pontimena olivat suuri määrä reseptiopioidien yliannoksiin liittyviä kuolemantapauksia (14).

Potilasvalinta

Koska viime vuosina kertynyt tutkimustieto viittaa siihen, että pitkäkestoinen opioidilääkitys saattaa lievittää joidenkin potilaiden kipua, mutta ei useinkaan kohenna potilaiden toimintakykyä tai elämäntilannetta ja voi lisätä kuolleisuutta, edellyttää opioidilääkityksen aloittaminen vakavaa harkintaa ja huolellista potilasvalintaa. Opioidilääkityksestä ilmeisesti hyötty vähemmistö kroonisesta kivusta kärsivistä potilaista. Hyötöjille ominaisia piirteitä ovat paikallinen kipuongelma, vähäinen somaattinen ja psyykinen oheissairastavuus sekä ehjä sosiaalinen tukiverkko (9). Opioidihoidon onnistumisen tärkein edellytys onkin tarkka potilasvalinta Potilasvalinnassa onnistuakseen lääkärin on tunnettava potilaansa ja käytettävä riittävästi aikaa kivunhoidon eri vaihtoehtojen harkintaan. Kiireisessä päivystystilanteessa aloitettu opioidilääkitys johtaa hyvin todennäköisesti ongelmiin. Kroonisen kipupotilaan opioidilääkityksen aloittamisessa ei koskaan ole niin kiire että päätös pitäisi tehdä hätäisesti potilaan tilanteeseen paneutumatta.

Opioidilääkitystä harkittaessa tavoitteena on löytää turvallinen lääkitys sellaiselle potilaalle, joka todennäköisesti hyötty opioidista.

Potilasvalinnan keskeinen päämäärä on lisäksi pidättäytyä opioidista niillä potilailla, joiden kohdalla arvioidaan olevan suuri riski opioidiriippuvuuden kehittymiseen (Taulukko 1), opioidin päätymiseen muille käyttäjille kuin potilaalle itselleen tai opioidin käyttöön muun oireen kuin kivun hoitoon. Jotta opioidihoito onnistuisi, tulee potilaan hyväksyä hoidon tavoitteet (kivun kohtuullinen lievittyminen ja toimintakyvyn koheneminen) ja olla valmis itse ylläpitämään fyysistä kuntoaan. Kirjallinen opioidisopimus on suotava: potilas sitoutuu allekirjoituksellaan mm. noudattamaan annosohjeita, olemaan luovuttamatta lääkkeitään muille, pitämään kiinni sovituista vastaanotto- ja soittoajoista ja olemaan hakematta opioidireseptejä muilta kuin hoitavalta lääkäriltään tai poliklinikaltaan.

Potilasvalinnan tueksi erityisesti opioidiriippuvuuden riskiä ajatellen on kehitetty erilaisia seulontakyselyitä. Lääkäri pärjää jokseenkin yhtä hyvin kuitenkin myös perinteisin menetelmin: hyvä anamneesi ja status, psykologin arvio ja riittävä harkinta-aika. Mitä nuoremasta potilaasta on kyse, sitä pitempi tulee harkinta-ajan olla ja sitä herkemmin on syytä konsultoida kipuun perehtynyttä kollegaa ennen pitkäaikaisen opioidilääkityksen aloittamista. Amerikkalainen tutkijaryhmä on koonnut keskeisiä opioidilääkityksen aloitusharkintaan liittyviä näkökohtia osoitteeseen www.responsibleopioidprescribing.org (15).

Opioiditutkijat Sullivan ja Ballantyne pohtivat hiljattain kannanotossaan sitä, mitä varsinaisesti hoidamme pitkäaikaisella opioidilääkityksellä (9): korkean riskin potilaiden käänteisen valikoitumisen pitkäaikaisiksi opioidien käyttäjiksi he katsovat viittaavan siihen, että opioideilla hoidetaan laajempaa kärsimystä kuin pelkkää fyysistä kipua. Kirjoittajat ehdottavat pitkäaikai-

Taulukko 1. Opioidiriippuvuuden riskitekijöitä

Nuori ikä (18 – 30 vuotta)

Psykiatrinen sairaus

Aiempi oma tai perheenjäsenen riippuvuusongelma

Epäsosiaalinen käytös

Tupakointi

Heikko sosiaalinen tukiverkko

sen opioidilääkityksen varaamista viimeiseksi kivunhoitomahdollisuudeksi hyvin pienelle ryhmälle potilaita, joiden kohdalla kroonisen kivun muut hoitoyritykset sekä psykiatrinen hoito ovat jääneet tuloksettomiksi, niin että mukaan liitettäisiin psykososiaalinen ja henkinen tuki ja hyväksyttäisiin se, että täydellistä kivunlievitystä ja toimintakyvyn paranemista ei saavuteta.

Opioidien aloitusharkinta käytännössä

Potilasvalinnan tueksi kroonisen kivun opioidihoitoa suunniteltaessa on laadittu sekä kotimaisia (16) että kansainvälisiä suosituksia (17). Suositukset tosin perustuvat valtaosin asiantuntijoiden konsensuseseen tai heikkolaatuiseen tutkimusnäyttöön, toisin sanoen se mitä tiedämme opioideista on pientä tiedettä rinnalla, mitä emme tiedä (18). Käytännön kivunhoidossa nojautuminen suosituksiin ja olemassa olevaan tutkimusnäyttöön, perusteellinen paneutuminen potilaan kipuun ja elämäntilanteeseen, vakaa harkinta ja valmius konsultoida kipuun perehtynyttä kollegaa auttavat kuitenkin jo pitkälle. Ennen mahdollisen opioidilääkityksen aloittamista kannattaa myös valmistautua seuraamaan potilasta ja lopettamaan

Opioidien käyttö ... jatkoa edelliseltä sivulta

opioidi, jos ongelmia ilmenee. Opioidin aloittamatta jättäminen ennen perusteellista tilannearviota on harvoin haitaksi, kevein indikaatioin kiireisesti aloitettu opioidi sen sijaan useinkin on.

Kirjallisuusviitteet:

1. US Centers for Disease Control and Prevention. http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6043a4.htm?s_cid=mm6043a4_w
2. Machikanti L, Helm S 2nd, Fellows B, Janata JW, Pampati W, Grider JS, Boswell MV. Opioid epidemic in the United States. *Pain Physician* 2012;15(3 suppl):ES9-38.
3. Morasco BJ, Duckart JP, Carr TP, Deyo RA, Dobscha SK. Clinical characteristics of veterans prescribed high doses of opioid medications for chronic non-cancer pain. *Pain* 2010; 151:625-32.
4. Gomes T, Mamdani MM, Dhalla IA, Paterson JM, Juurlink DN. Opioid dose and drug-related mortality in patients with nonmalignant pain. *Arch Intern Med* 2011;171(7):686-91.
5. Dunn KM, Saunders KW, Rutter CM, et al. Opioid prescriptions for chronic pain and overdose. *Ann Intern Med* 2010; 152:85-92.
6. Ballantyne JC, Shin NS. Efficacy of opioids for chronic pain. A review of the evidence. *Clin J Pain* 2008;24(6): 469-78.
7. Ballantyne JC, Mao J. Opioid therapy for chronic pain. *NEJM* 2003;349(20):1943-53.
8. Noble M, Tregear SJ, Treadwell JR, Schoelles K. Long-term opioid therapy for chronic noncancer pain: a systematic review and meta-analysis of efficacy and safety. *J Pain Symptom Manage* 2008;35(2):214-28.
9. Sullivan MD, Ballantyne JC. What are we treating with long-term opioid therapy? *Arch Intern Med* 2012; 172(5):433-4.
10. Seal KH, Shi Y, Cohen G, Cohen BE, Maguen S, Krebs EE, Neylan TC. Association of mental health disorders with prescription opioids and high risk opioid use in US veterans of Iraq and Afghanistan. *JAMA* 2012; 307(9):940-7.
11. Eriksen J, Sjøgren P, Bruera E, Ekholm O, Rasmussen NK. Critical issues on opioids in chronic non-cancer pain: An epidemiological study. *Pain* 2006;125:172-9.
12. Volinn E, Fargo JD, Fine PG. Opioid therapy for nonspecific low back pain and the outcome of chronic work loss. *Pain* 2009;142:194-201.
13. Solomon DH, Rassen JA, Glynn RJ, Lee J, Levin R, Schneeweiss S. The comparative safety of analgesics in older adults with arthritis. *Arch Intern Med* 2011;170(22):1968-76.
14. Ballantyne JC, Sullivan MD, Kolodny A. Opioid dependence vs addiction. *Arch Intern Med* 2012. Published online August 13, 2012. www.archinternmed.com
15. Von Korff M, Kolodny A, Deyo RA, Chou R. Long-term opioid therapy reconsidered. *Ann Intern Med* 2011; 155:325-8.
16. Kalso E, Paakkari P, Forsell M (toim.). Opioidit pitkäkestoisessa kivussa. Lääkelaitos 2009.
17. Chou R, Fanciullo GJ, Fine PG, et al. Clinical guidelines for the use of chronic opioid therapy in chronic noncancer pain. *J Pain* 2009;10(2): 113-30.
18. Chou R. What we still don't know about treating chronic noncancer pain with opioids. *CMAJ* 2010;182(9): 881-2.

Tarja Heiskanen
LT, anestesioiogian erikoislääkäri
HYKS Kipuklinikka, PL 140, 00029
HUS
tarja.heiskanen@hus.fi



"Hintertuzsin huipulta" (kuva: Raimo Voipio)

LEILA NIEMI-MUROLA

PÄIVYSTYSPOTILAAN ONNISTUNUT KIVUN HOITO ON MONEN ASIAN SUMMA

Kipu ohjaa hoitoon

Kipu on hyvin tavallinen hoitoon tuova oire sekä perusterveydenhuollossa (1) että päivystyspoliklinikalla (2). Sairaalaan tulevien päivystyspotilaiden kivun sijainti, alkaminen ja voimakkuus ovat anamnestisesti tärkeitä asioita, jotka auttavat alustavan diagnoosin asettamisessa. Suomalaisen aineiston mukaan kirurgian päivystykseen tulevista potilaista 46% kokee voimakasta kipua (3). Tukholmassa tehtiin vuorokauden aikana kysely kaikille alueen sairaaloiden päivystyspoliiknikoille saapuneille potilaille (2). Potilaat täyttivät lyhyen kyselykaavakkeen ja heiltä kysyttiin kipua NRS-asteikolla. Tutkimukseen saaduista 647 potilaasta 78% potilaalla oli kipua, heistä 53% kipu oli kohtalaista tai kova. Nuorilla potilailla oli useammin kipua kuin iäkkäillä potilailla (Taulukko 1).

Kipu ennen päivystyspoliklinikalle tuloa

Jos kipu on voimakasta tai se on alkanut äkillisesti, potilas saattaa tulla päivystykseen ensihoidon poti-

laana. Ensihoitajat kirjaavat ja raportoivat antamansa lääkkeet, mutta niiden vaikutusta on nopeiden siirtojen aikana vaikea seurata. Ensihoitokertomusten analyysin mukaan vain 22% potilaiden papereista löytyi merkintä potilaiden kivun mittauksesta (4). Joissakin papereissa oli maininta vapaassa tekstissä esim. kivulias tai kivuton. Kyselyn perusteella ensihoitajat arvioivat potilaan kipua, mutta kivun voimakkuutta koskeva merkintä jäi tekemättä, vaikka potilaalle annettiin vahvoja kipulääkkeitä. Selvästi parhaat merkinnät oli tehty rintakivusta kärsivillä potilailla ja näillä VAS-arvon kehitystä oli myös parhaiten seurattu kipulääkkeen annon jälkeen (4). Kivun merkitseminen ja näin tiedon välittyminen on merkityksellinen potilaan jatkohoidon kannalta.

Jos vaiva tai kipu pahenee hitaasti, potilaat saattavat lievittää oireitaan käsikauppa lääkkeillä. Tukholmalaisessa aineistossa kolmannes kipua kokeneista potilaista oli ottanut kipulääkettä ennen päivystykseen tuloaan (2) (Taulukko 1). Yllättävää oli, että kivuttomistakin potilaista 10% oli ottanut lääkettä ennen tuloaan. Tässä aineistossa tavallisimmat lääkkeet olivat parase-

tamoli, tulehduskipulääkkeet, parasetamolia ja kodeiinia sisältävä yhdistelmävalmiste ja dekstropropoksefieni. Nuoret olivat ottaneet kipulääkettä merkitsevästi useammin kuin iäkkäät ($p < 0.01$).

Mihin sattuu?

Poikkileikkauksena Tukholmassa kerättyssä aineistossa potilaat ilmoittivat kivun sijainniksi alaraajat (25%), rinnan/selän (25%) ja vatsan alueen (22%) (2). Suomalaisessa aineistossa vain 15% kirurgian päivystykseen tulleiden potilaiden papereissa oli merkintä potilaan kivun asteesta (1), mutta kivun sijaintia ei tässä tutkimuksessa määritelty. Meilahden sairaalassa tehdyssä, muita kuin kotimaisia kieliä äidin kielenään puhuvien potilaiden kipua selvittävässä tutkimuksessa (5) kipumittaus oli yhtä harvinaista, mutta erikoisala oli määritelty. Sisätautien potilaista 29 %:n, neurologisista 28 %:n, keuhkosairauksien 26 %:n ja kirurgisista potilaista 7 %:n potilasiakirjoissa ei ollut mainintaa kivun mittaamisesta. Maininta puuttui myös 9 potilaalta, joiden tulossyyksi oli kirjattu kipu (7 kirurgista ja 2 neurologista potilasta) (5).

Taulukko 1. Tukholmassa tehdyn kyselyn mukaan päivystykseen tulleet potilaat jaoteltuina sen mukaan, oliko heillä kipua vai ei.

	Kipua	Ei kipua
Ikä:		
< 30	89%	11%
31-40	85%	15%
41-50	85%	15%
51-60	79%	21%
>60	66%	34%
Kipulääkettä:		
ei	67%	90%
kyllä	33%	10%

Viesti potilaan kivusta kulkee todennäköisesti raportilla hoitohenkilökunnan jäseneltä toiselle. Kivun tarkan sijainnin määrittely ja seuranta on kuitenkin tärkeää diagnostiikan kannalta. Kipumittarin käyttö taas antaa viitettä siitä, miten potilaan tila on seurannan aikana kehittynyt sekä hoidon tehon ja lisäannosten tarpeen arvioimiseksi (5).

Objektiivisten kipuasteikkojen käyttö on suositeltavaa paitsi kivun hoidon seurannan takia myös siksi, että hoitohenkilökunnan omat asenteet saattavat vaikuttaa potilaan kipulääkkeen tarvetta koskevaan arviointiin (6). Kipuasteikkojen käyttö ei aina onnistu erityisen haavoittuvilla potilasryhmillä. Päivystyspoliklinikan henkilökunta sekä suomalaiset ja ruotsalaiset ensihoitajat nimesivät vaikeimmin hoidettaviksi ryhmiksi sellaiset, joiden kanssa kommunikointi on hankalaa (7).

Lääkitys ja lääkkeen valintaan vaikuttavat tekijät

Kipulääkkeen valintaan vaikuttavat monet asiat. Päivystyspoliklinikalla

potilas on eräänlaisessa välitilassa. Osa otetaan vuodeosastolle, osa kotiutetaan ja osa potilaista jää seurantaan. Jos kipua lääkitään vahvala kipulääkkeellä, kotiutus saattaa viivästyä tokkuraisuuden tai mahdollisten muiden sivuvaikutusten vuoksi (8). Meilahden sairaalan kirurgisten potilaiden kivunhoitoa selvittävässä tutkimuksessa olikin yllättävää, ettei kukaan potilaista saanut tulehduskipulääkettä (3). Tulehduskipulääkkeelle ei kuitenkaan ollut kontraindikaatioita kuin 37% potilaista. Samassa tutkimuksessa seurannan aikana 44% potilaista sai parasetamolita ja 47% sai metamitsoli-pitofenonia. Tulehduskipulääkkeiden käytön vähäisyys näkyi myös vieraskielisten potilaiden kohdalla (5). Hoitohenkilökunta saattaa kuitenkin epäroidä kipulääkkeen antamista sivuvaikutusten pelossa tai siksi, että se viivästyttää diagnoosia (3, 5, 8)

Vieraskielisten potilaiden kivunhoitoa koskevassa tutkimuksessa oli kipulääkitystä useimmiten annosteltu vain kerran. Vahvaa opioidia oli kuitenkin saanut 26 potilasta. Lohdullista oli, että ensimmäisen

kipumittauksen ja annetun kipulääkkeen vahvuuden välillä on tilastollisesti merkitsevä korrelaatio ($p < 0.01$)(5).

Potilaiden ja hoitohenkilökunnan asenteet

Kivunhoidon toteutumisen ensimmäinen edellytys on, että kipu tulee hoitohenkilökunnan tietoisuuteen. Potilas joko pyytää kipulääkettä tai henkilökunta päättelee potilaan tarvitsevan kipulääkettä. Tutkimusten mukaan osa potilaista on vastahakoisia kertomaan kivustaan joko siksi, että katsovat kipulääkettä tarvittavan vain kivun ollessa sietämätöntä tai siksi, ettei se veisi hoitohenkilökunnan huomiota pois varsinaisesta vaivasta (3, 6).

Kulttuurista vaikuttaa potilaan tapaan ja valmiuteen ilmaista kipuaan (3, 5, 6). Yleensä köyhät ja iäkkäät potilaat ovat vastahakoisempia ilmaisemaan kipuaan kuin hyvin toimeentulevat ja nuoret potilaat (3, 5, 6). Myös hoitohenkilökunnan oma kulttuuristausta ja ennakkokäsitykset vaikuttavat siihen, miten potilaan kipua tutkitaan ja hoiedaan (9).

Koulutuksen merkitys

Säännöllisen kipukoulutuksen merkitystä arvioitiin tutkimuksessa, missä verrattiin Helsingin ja Tukholman ensihoitajien näkemystä kivusta (11). Helsingissä ensihoitajat ovat kunnan palveluksessa, Tukholmassa taas ensihoitopalvelun järjestämisestä huolehtii kolme yrittäjää. Helsingissä henkilökunnalle järjestetään säännöllistä koulutusta, jossa kipu on yksi toistuvista teemoista, Tukholmassa sisäistä koulutusta järjestetään merkitsevästi vähemmän. Asennekyselyn (3,11) mukaan tukholmalaiset epäoivat merkitse-

Päivystyspotilaan ...

jatkoa edelliseltä sivulta

västi enemmän kipulääkityksen antamista kuin helsinkiläiset ($p < 0.01$) (11). Lääkkeiden sivuvaikutuksen pelko on myös suurempaa niillä, jota eivät olleet osallistuneet työpaikan sisäisiin koulutuksiin. Tulokset eivät ole aivan vertailukelpoisia, sillä Helsingin vastausprosentti oli 94 ja Tukholmassa vain 30. Suuntaa tulokset kuitenkin antavat. Omaa aktiivisuutta tarvitaan työpaikan ulkopuoliseen koulutukseen hakeutumiseen. Säännöllinen työpaikalla tapahtuva koulutus tuo tiedon myös niille, jotka eivät tällaisen tiedon hankinta priorisoi.

Johtopäätökset

Päivystyspotilaan onnistunut kivun hoitoketju on monen asian summa, jossa on monta potentiaalista muut-

tujaa. Päivystyspotilaan hoidon haasteita ovat kivun huomaaminen, sen mittaaminen, lääkkeen valinta ja riittävä annostelu. Lohdullista on, että säännöllisellä koulutuksella voidaan vaikuttaa henkilökunnan asenteisiin kipulääkkeen antamista kohtaan. Koulutuksen tulee kuitenkin olla työpaikalla ja –ajalla tapahtuvaa, jotta se tavoittaisi koko henkilökunnan.

Kirjallisuusviitteet:

1. Mäntyselkä ym. Pain as a reason to visit the doctor: a study in Finnish primary health care. *Pain* 2001; 89: 175-180.
2. Grenman ym. Management of pain in a surgical emergency unit – underlying factors affecting its' successful delivery. *Acute Pain*, 2008; 10: 137-144.
3. Sturesson L ym. Pain on arrival to the emergency departments: a regional survey. *Julkaisuharkinnassa*
4. Samuli Törmä ym. Akuutisti sairastuneen potilaan kivunhoito ennen sairaalaan tuloa. *Finnanest* 2009.
5. Niemi-Murola L, Halavaara J ym. Vieraskielisten potilaiden kivunhoito yliopistosairaalan päivystyspoliklinikassa. *Suomen Lääkärilehti* 2011; 66: 745-750.

6. Stalnikowics R ym. Undertreatment of acute pain in the emergency department: a challenge. *International Journal for Quality in Health Care* 2005; 17: 2: 173-176.
7. Castren M ym. Prehospital personnel's attitudes to pain management. *Lähetetty julkaisu harkintaan.*
8. Rainer TH ym. Cost effectiveness analysis of intravenous ketorolac and morphine for treating pain after limb injury: double blind randomised trial. *BMJ* 2000; 321: 18. November
9. Lovering S. Cultural attitudes and beliefs about pain. *Journal of Transcultural Nursing* 2006; 17(4):389–95.
10. Weinstein SM ym. Physicians' attitudes toward pain and the use of opioid analgesics: results of a survey from the Texas Cancer Pain Initiative. *South Med J.* 2000;93(5):479-87.

Leila Niemi-Murola
dosentti, kliininen opettaja
Anestesiologian ja tehohoidon
klinikka
HYKS
leila.niemi-murola@hus.fi



"Helmikuinen päivä Hintertuxissa" (kuva: Raimo Voipio)

KATRI HAMUNEN

anest.erik.lääk. LT, ylilääkäri
Kipuklinikka, HUS

Kroonisen kivun hoidon vaikeudesta

Scandinavian Journal of Pain-lehden lokakuun 2012 numerossa julkaistiin Tarja Heiskanen ja kumppaneiden tutkimus: ”Multidisciplinary pain treatment – Which patients benefit?” (1). Tässä tutkimuksessa selvitettiin 439 monialaisella kipuklinikalla hoidetun potilaan materiaalissa potilaisiin ja hoitoon liittyviä tekijöitä, jotka voisivat selittää muutoksia kipupotilaiden terveyteen liittyvässä elämänlaadussa. Tutkimusjakson aikana (v. 2004–2007) 439 potilasta täytti 15D elämänlaadun kyselyn hoitajakson alussa sekä 6 ja 12 kuukautta myöhemmin. Tästä joukosta poimittiin 100 potilasta, joilla 15D tulokset paranivat eniten ja 100 potilasta, joilla 15D tulos oli huonoin. Nämä potilaat täyttivät

15D kyselyn vielä neljännen kerran ja muodostivat tutkimuksen kaksi potilasryhmää, hyötyneet ja ei-hyötyneet.

Koko potilasjoukosta 46 %:lla elämänlaatu parani ja vaikutus säilyi kolmen vuoden seuranta-ajan. Elämänlaatu ei muuttunut 24 %:lla ja huononi 31 %:lla potilaista. Parhaiten hoidosta hyötyneiden ryhmän ja ei-hyötyneiden ryhmän välillä ei ollut eroja kivun patofysiologiassa, voimakkuudessa tai kestossa eikä hoidon sisällössä. Neuropaattisesta kivusta kärsi yhtä paljon potilaita molemmissa ryhmissä, 57 % hyötyneistä ja 60 % ei-hyötyneistä potilaista. Kivun kesto oli 1–5 vuotta 47 %:lla ja 46 %:lla potilaista, 6 vuotta 44 %:lla ja 48 %:lla potilaista hyötyneiden ja ei-hyötyneiden ryh-

missä. Potilaat, jotka 15D mittarin valossa hyötyivät monialaisesta hoidosta, olivat toista ryhmää useammin korkeasti koulutettuja (48 % vs 28 %) ja työssäkäyviä (33 % vs 15 %). Tutkimus osoitti, että monialainen hoito parantaa pitkäaikaisesta kivusta kärsivien potilaiden terveyteen liittyvää elämänlaatua. Hoidon tuloksellisuuden ennustaminen on kuitenkin vaikeaa.

Hoidon tulokseen vaikuttavien tekijöiden tutkimus on haasteellista, mutta erittäin tärkeää kuten todetaan tutkimukseen liittyvässä Petter Borhgrevinkin ja Tore Stilesin pyydettyssä kommenttipuheenvuorossa: What should we assess in outcome-studies to learn which patients benefit from treatments in multidisciplinary pain clinics? (2).

Kirjallisuusviitteet:

1. Heiskanen T, Roine RP, Kalso E. Multidisciplinary pain treatment – Which patients benefit? Scand J Pain 2012;3:201-207.
2. Borhgrevink PC, Stiles TC. What should we assess in outcome-studies to learn which patients benefit from treatments in multidisciplinary pain clinics? Scand J Pain 2012;3:199-200.

HANNA HARNO

neurologian erikoislääkäri
Neurologian klinikka, HUS

Herätevastetutkimuksia kivuliaaille MS-potilaille?

Itäliäläinen tutkimusryhmä tutki 302 peräkkäistä MS-potilasta kivun suhteen, heistä 211 oli naisia ja 91 miehiä. Potilaista 239 sairasti

aaltomaista MS-tautia, 43 toissijaisesti etenevää tautia, 10 ensisijaisesti etenevää tautia ja 10 kliinisesti eriytynyttä oireyhtymää. Potilaiden ikä oli 39,4±10,9 vuotta. MS-

tauti oli kestänyt 8,0±7,2 vuotta ja taudin vaikeusastetta kuvaava EDSS (expanded disability severity score) -pistemäärä vaihteli 2,0±2,3.

Potilaista 92:lla (30 %) oli kipua. Kliinisen tutkimuksen ja neuropaattisen kivun kyselylomakkeen (DN4) pohjalta 42:lla (13,4 %) oli neuropaattista kipua. Muita kivun syitä olivat selkäkivut, lihasspasmit ja muut tuki- ja liikuntaelin vaivat.

Neuropaattista kipua oli eniten toissijaisesti etenevää ja ensisijaisesti etenevää tautia sairastavilla. Myös taudin kesto, potilaan ikä ja korkea EDSS korreloivat merkittä-

jatkoa edelliseltä sivulta

västi kivun esiintyvyyteen ylipääntään. Kivun esiintyvyys tässä tutkimuksessa oli matalampi kuin aiemmissa MS-kipututkimuksissa (53–79 %) johtuen todennäköisimmin potilasryhmien erilaisuudesta: tässä tutkimuksessa potilaat olivat nuorempia, EDSS oli matalampi, taudin kesto lyhyempi ja taudinkulku hyvälaatuisempi.

Neuroopaattista kipua sairastavista 8:lla (2,6 %) oli kolmoishermostoräky. Tämän säryn potilaat arvioivat VAS- asteikolla voimakkaimmaksi luokitelluista kivuista ($p < 0.01$). Neuroopaattisen kivun voimakkuus

ei eronnut nosiseptiivisen kivun voimakkuudesta (VAS 6 ± 1.9 vs 5.6 ± 1.4 , $p = 0.8$).

Potilaiden neuroopaattinen kipu jaoteltiin jatkuvaan raajakipuun (10 potilasta) ja toisaalta Lhermitten oireeseen (18 potilasta), jossa niskan taivutus provosoi ohimenevän kivun niskaan, selkään ja raajoihin. Näille potilaille tehtiin SEP (somatosensory evoked potentials) ja LEP (laser evoked potentials) tutkimukset. SEP välittyy non-nosiseptiivisten A β -säikeiden kautta selkäytimen takasarven kautta mediaalista rataa pitkin aivorunkoon. LEP puolestaan aktivoi A δ ja C mekanotermaalaisia nosiseptoreita välittyen A δ sensoristen säikeiden kautta eteenpäin.

LEP oli merkittävästi poikkeava jatkuvassa raajakivussa viitaten nosiseptiivisen kipuradaston vaurioon. Lhermitten oireessa puolestaan SEP oli poikkeava viitaten non-nosiseptiivisen A β -radan vaurioon. Tutkijat pohtivat, että SEP- ja LEP-tutkimuksia voisi käyttää enemmänkin MS-potilaiden neuroopaattisen kivun jaottelussa.

A Truini, F Galeotti, S La Cesa, S Di Rezza, A Biasiotta, G Di Stefano, E Tinelli, E Millefiorini, A Gatti, G Crucu. Mechanisms of pain in multiple sclerosis: A combined clinical and neurophysiological study. Pain 153(2012)2048-2054

Vaikea molemminpuolinen sarjoittainen päänsärky hoitoresistenttein

Sarjoittainen päänsärky on neurovaskulaarinen päänsärkyoireisto, jota luonnehtii useimmiten toispuoleinen, 15–180 min kestävä päänsärky, johon liittyy levottomuutta ja toispuoleisia autonomisen hermoston oireita kasvoissa (esim. sieraimen tukkoisuus tai vetistys, kyynelvuoto, silmän punoitus, silmäluomen turvotus tai laskeutuminen). Päänsärky ilmaantuvat sarjassa, usein päivittäin ja tiettyyn kellonaikaan, usein keskellä yötä herättäen. Krooninen sarjoittainen päänsärky on yksi vaikeimmista päänsärkyoireyhtymistä, oireisto voi myös olla lääkeresistentti.

Aiemmin aivojen PET (positroniemissio tomografia)tutkimuksissa on voitu osoittaa särynpuoleisen hypothalamusalueen aktivaatiota sarjoittaisen päänsäryn aikana. Lisäksi morfometrisessä aivojen magneettikuvauksessa todettiin samalla alu-

eella neuronien suurempaa tiheyttä. Nämä löydökset johtivat ajatukseen tämän alueen merkityksestä sarjoittaisessa päänsärkyssä; mahdollisesti hypothalamusalueen stimulointi voisi vähentää sen hyperaktiivisuutta ja lievittää kroonisesta tilanteesta särkyoireita.

Milanolainen tutkimusryhmä seurasi 17 potilaan hypothalaamisen stimulaattorihoidon vastetta 6–12 vuoden ajan, mediaani 8,7 vuotta. Pitkäaikainen hyöty todettiin jopa 70 %:lla (12 potilasta). Heistä 6 potilasta olivat lähes kivuttomia ja 5 näistä olivat pitäneet stimulaattorin poissa päältä jo noin 3–4 vuoden ajan. Päänsärky oli muuttunut kroonisesta jaksottaiseksi 6:lla potilaista.

Viisi potilasta ei hyötynyt stimulaattorihoidosta. Neljällä heistä oli molemminpuolinen sarjoittainen päänsärky. Kolme potilasta hyöttyi stimulaattorihoidosta aluksi, mutta

1–2 vuoden kuluttua teho hiipui. Stimulaattorihoidon komplikaatioita seurannassa olivat elektrodin liikkuminen, infektiot, elektrodin väärä sijoitus, kolmannen aivokammion ohimennyt verenvuoto, ohimenevä toispuoleinen raajaheikkous ja kouristuskohtaus.

Vuosien hypothalaaminen stimulaattorihoito hyvällä vasteella näytti osalla muuttaneen taudinkulkua: potilaat olivat pystyneet sammuttamaan stimulaattorin ja silti pysymään jokseenkin oireettomina. Kaikkiaan hankalimpana ryhmänä näyttäytyi molemminpuolinen sarjoittainen päänsärky, jonka vaste hypothalaamiselle stimulaatiolle oli huono.

M Leone, A Franzini, A P Cecchini, G Bussone. Success, failure, and putative mechanisms in hypothalamic stimulation for drug-resistant chronic cluster headache. Pain 154(2013)89-94

Lasten
Lääkäripäivät
9.-10.2.2013
Heurekassa



Kivuton sairaala-projekti

Kivuton sairaala-projekti toteutettiin valtakunnallisesti seitsemättä kertaa lokakuussa 2012 European Week against Pain (EWAP:n) yhteydessä.


Tuloksiin voi perehtyä yhdistyksen kotisivuilla www.suomenkivuntutkimusyhdistys.fi.

Tarkemmat sairaalakohtaiset tulokset saa Anna-Maija Koivusalolta

(anna-maija.koivusalo@hus.fi).

CAIUS KUHLEFELT

”JA LOPUKSI TULIVUORI SAMMUU...”

 n lokakuun viimeinen päivä v. 2009, ulkona pari astetta pakkasta, pieni tuulenvire puhaltaa pohjoisesta. Kello osoittaa, ettei aurinko nouse vielä moneen tuntiin. Istun laiturilla veneessä koirani Jepen kanssa. Odotan metsästyskaverien saapumista. Hetkeä myöhemmin he tulevatkin. Reput ja haulikot lastataan veneeseen. Ajamme hiljaa veneellä kohti ulkosaaristoa ja alliluotoja samalla nauttien termoskahvia. Meri on tyyni, ainoastaan vähän vanhaa maininkia. Aamun lento on kohtalaista ja Jepellä on mukavasti nou-tohomia. Puolen päivän jälkeen mielestäni koira alkaa olla sen verran kylmissään, että päätän hakea viimeiset linnut veneellä. Palattuani pidämme lyhyen palaverin jatkoista.


Jostain syystä sillä hetkellä kaverin haulikko putosi kädestä suoraan kalliolle. Haulikko laukesi ja laukaus osui lähes kosketusetäisyydellä jalkaani. Aika pysähtyi, kaverit jäähmettyivät. Vedin kumisaappaan jalasta, totesin akillesjänteen kohdalla olevan reiän, josta syöksyi verta. Koiran talutushihna sai toimia kiristysiteenä. Jalka oli sen verran pahannäköinen ja tuskat kovat, että soitto hätäkeskukseen oli ainoa järkevä ratkaisu. Alle puolessa tunnissa rajavartioston helikopteri laskeutui luodolle. Vielä tässä vaiheessa, vaikka kivut olivat melkein sietämättömät, toivoin vammani olevan tarpeeksi vakava ettei pelastushen-

kilökuntaa olisi hälytetty turhaan. Rajavartioston toiminta oli ammatitaitoista, ei ollut mitään ongelmaa luottaa heihin täysin. Erittäin kohtelias rajavartija esitteli itsensä sotilaallisella täsmällisyydellä. Tippa asetettiin ja sitä kautta sain kipulääkettä: Mikä taivaallinen helpotus! Samalla Medi-Heli ja merivartiosto saapuivat paikalle, rauhallinen pikku ulkoluoto oli hetkessä muuttunut meluisaksi lentokentäksi. Merivartiosto, rajavartiosto ja Medi-Helin porukka hoitivat rauhallisesti tilanteen hyvässä yhteistyössä. Tämän jälkeen oma muistikuvani ja ajankäsitys ovat hyvin häilyviä. Ainoa asia jonka muistan selkeästi, on se hölmö helpotus, kun Medi-Helin lääkäri totesi matkalla Töölön sairaalaan, että vamma on aika pahan näköinen. Medi-Heliä ei siis kutsuttu turhaan luodolle.

Töölön sairaalan tapaturma-aseman shokkihuoneessa hyvästelin ja kiitin Medi-Helin porukkaa. Tapiksella huomasin tutun hoitajan, entisen naapurini ja yritin keskustella hänen kanssaan, huonolla menestyksellä. En saannut suustani mitään järkevää. Vasta myöhemmin olen tajunnut sen johtuneen voimakkaasta kipulääkityksestä. Joku ilmiselvästi metsästyksessä kiinnostunut kirurgi tuli vilkaisemaan jalkaani ja samalla keskustelemaan metsästyksessä ylipäättänsä. Hänen kanssa pähkäilin montako haulia oli mennyt jalan läpi. Hänen tuloksen-

sa oli: jos lyijylataus oli ollut 32 g ja haulien läpimitta 2,75 mm niin määrän pitäisi olla vähintään 300 kappaletta. Tulos jää arvioinniksi, emme näet onnistuneet selvittämään lyijyn ominaispainoa. Jälkikäteen olen varma siitä että tämä herra oli ortopedi, tuskin minkään muun ammattiryhmän huumoritaju on tällä tasolla.

Myöhemmin samana iltana jalka leikattiin 1. kerran. Salissa todettiin kantapään lateraalipuolella 3 cm läpimittainen sisäänmenoaukko ja mediaalipuolella 12x12 cm läpimitäinen pehmyt osakudos puutos ulostuloaukon kohdalla. Osa haulista poistettiin. Yhden arterian todettiin olevan poikki, hermon päärun-gossa oli kontinueettia. Pehmyt ja kovakudoksia oli pakko revidoida laajasti. Kantaluusta puuttui yli 90 % revision jälkeen, mutta nilkanivel oli kuin ihmeen kaupalla säästynt

Leikkauksen jälkeen pääsin Töölön sairaalan osastolle kolme, mikä jatkossa tulisi olemaan kotini pidempiä tai lyhyempiä aikoja. Ensimmäinen yö oli täyttä helvettä, jalkaa särki. Yritin urheasti olla pyytämättä kipulääkettä. Aamuvuoroon tullut hoitaja osasi jostain syystä lukea ajatuksiani. Hän piti minulle vakavan puhuttelun, totesi että ei ole mitenkään urhoollista olla käyttämättä kipulääkitystä. Sanoma meni perille ja päätin jatkossa olla rehellisempi. Sama hoitaja mainitsi, 

”Ja lopuksi ...”

jatkoka edelliseltä sivulta

että jos kiputilanne on vaikea, kipuhoitajan kanssa kannattaa keskustella lääkityksestä. Kaksi päivää myöhemmin minulla oli jo asiaa kipuhoitajalle, Kirsille. En aavistanut silloin miten tärkeä ihminen hänestä vielä tulisi.

Samana päivänä tapasin 1. kertaa professori, plastiikkakirurgian yllilääkäri Erkki Tukiaisen. Hän selitti aikaa säästämättä jalan fysiologiaa, mitä jalasta oli jäljellä ja mitkä olivat hoitovaihtoehdot. Totesi samalla yön aikana tehdyn hyvää työ-

tä. Hän valmisti minua henkisesti siihen ettei ollut mitään takuuta siitä että jalka voidaan pelastaa.

Vaimo ja lapset kävivät vierailemassa sairaalassa. Keskustelu pyöri enemmän tai vähemmän sen ympärillä, miten saada arki sujumaan kotona. Asiaa ei helpottanut se tosiasia, että olimme äskettäin muuttaneet Helsingistä Inkooseen, maalle keskelle ei mitään. Sosiaalinen verkosto oli toistaiseksi uudella paikkakunnalla puutteellinen. Molemmat siskoni kävivät sairaalassa auttamassa minua sairaalan ulkopuolisen arjen kanssa. Minulle hyvin merkittävä etu oli että toinen siskoni on leukakirurgi ja tunsii Töölön rutiinit kuin omat taskunsa. Tämä suora yhteys Töölön henkilökuntaan antoi minulle mahdollisuuden olla ajan tasalla, tietoisena siitä miten hoito edistyi ja mitä toimenpiteitä jat-

kossa suunniteltiin. Näin oli helppoa itse keskustella ja esittää oikeita kysymyksiä aamukierrolla. Toimen siskoista toimii toimitusjohtajana perheyrytyksessä, missä edelleenkin olen töissä. Koko sairaalaloa aikana pidin yhteyttä työpaikalle. Työpanokseni oli varmasti hyvin rajallinen, mutta sitä tärkeämpi henkireikä minulle.

Olin heti alusta lähtien siinä onnellisessa asemassa, että olin tietoinen siitä että hoitava kirurgi oli huippuosaaja, palkka perheyrytyksessä juoksi ja vakuutusyhtiölle oli ilmoitettu onnettomuudesta. Äiti oli aina tarvittaessa lastenvahtina, jotta vaimoni pystyisi olemaan normaalisti töissä. Sisko hoiti töissä kaikki minunkin työtehtävät.

Seuraavina vuorokausina särky lisääntyi huomattavasti, oli vaikeaa nukkua, välillä hikoilin, välillä pale-



Apu saapuu luodolle ”Snöbådan”, Porkkalan ulkosaaristossa. (Kuva: Rajavartiolaitos -Gränsbevakningsväsendet)



Ensiapua Medi-Helin porukan toimesta. Koirat seuraa tarkkana isännän vointia. (Kuva: Rajavartiolaitos -Gränsbevakningsväsendet)

lin. Hyvää asentoa jalalle oli melkein mahdotonta löytää. Kovat kipukohtaukset yleistyivät päivä päivältä. Yritin pysyä hyväntuulisena kun kaverit ja sukulaiset kävivät morjendamassa, mutta kivut olivat välillä niin kovat, että en kerta kaikkiaan jaksanut muuta kuin maata täysin hiljaa liikkumatta. Marraskuun neljäntenä päivänä pyysin kipuhoitajaa käymään. Kuvailin hänelle tilannetta. Olin yllätynyt miten vakavasti hän suhtautui särkyyni. Ratkaisu tässä vaiheessa oli lisätä Oxycontinin ja Panadolin määrää. Oxynormia sain aina tarvittaessa läpilyöntikipuun. Uutena lääkkeenä listalle tuli Triptyl. Seuraus tästä lääkekokteilista oli kyllä aikamoinen muistinmenestys, kivunlievityksen lisäksi.

Jalka päätettiin säästää ja rekonstruoida mikrovaskulaarisella

siirteellä lonkasta. Marraskuun viidentenä päivänä leikkaussali oli varattu koko päiväksi. Vasemmasta lonkasta otettiin mikrovaskulaarinen monikudos-siirre jossa oli iso pala luuta, pehmytosakudosta ja ihoa. Siirteellä korvattiin vasemman kantapäähän puuttuvaa kudosta. Osa peitettiin verkkomaisella ihosiirteellä. Jalka tuettiin oikeaan asentoon metallipiikein ja ulkoisella fiksaattorilla, joka oli aikamoinen häikäry.

Heräsin osastolla semmoisiin kipuihin, joita en aikaisemmin olisi uskonut todeksi. Tapaturman jälkeisten päivien kivut olivat olleet lasten leikkiä. Jalkojen pienikin liike sattui, rekonstruoitu ampumavammajalka oikealla ja vasemmalla lonkka josta iso siirre oli otettu. Pyysin lisää lievitystä kipuun, mutta Tukiainen totesi että ihmiselle ei

kerta kaikkiaan voi antaa enempää kipulääkettä, kun mitä kipupumpusta silloin tuli. En tiedä miten pääsin tämän koetuksen läpi mutta 4 päivää myöhemmin olen erittäin huteralla käsialalla kirjoittanut: ”nostin kädet ilmaan muutaman kerran fysioterapeutin kanssa.”

Viikko leikkauksen jälkeen kipupumppu poistettiin ja Lyrica lisättiin. Kunto kohosi päivä päivältä ja 10. päivänä ison leikkauksen jälkeen pystyin pyörätuolin ja hoitajien avulla pääsemään suihkuun. Tunne oli mahtava. Tämä pieni rasitus aiheutti kuitenkin voimakkaan kipukohtauksen joka kesti yli 10 tuntia. Heti kipujen hellittäessä päätin kirjallisesti kuvailla miltä kipu tuntui. Almanakkaani kuvailin särkyä voimakkaana tulivuoren purkauksena, jossa tulikuuma laava valui pitkien jalkaa uudestaan ja uudestaan. Kipukohtauksen laukaisi useimmiten lämpötilan muutos tai kosketus.

Kun kerroin muistiinpanoihin perustuvan kuvauksen kipuhoitajalle, hän kuunteli keskittyneesti. Samana päivänä hän toi minulle pienen valkoisen vihon, missä kerrottiin hermovammakivusta. Olin periaatteessa voinut olla vihon kirjoittaja: kaikki täsmäsi. Päivä päivältä opin tunnistamaan mitkä ärsykkeet aiheuttivat kipukohtauksia. Otin itse aktiivin roolin haavanhoidossa ja siteiden vaihdossa. Kukaan muu ei saanut koskea jalkaani turhaan ja jotkut alueet olivat kivun takia kosketuskielossa. Hermokivun voimakkuus vaihteli paljon eri päivinä.

Kuukausi onnettomuuden jälkeen oli aika hyvästellä tuttu ja turvallinen Töölön sairaala. Kotiutuessa kipulääkityksenä oli Triptyl, Lyrica, Panadol, Tramal ja Oxynorm. Tarkoitus oli 2 viikon sisällä päästä jatkohoitoon kipuklinikalle.

Kotona alkoi taisteluni takaisin arkeen toden teolla. Kahden kynänsauvan avulla pystyin liikkumaan päivä päivältä pidempiä matkoja. Kodinhoitajan kanssa vaihdoin siteet päivittäin. Fysioterapeutin

”Ja lopuksi ...”

jatkoa edelliseltä sivulta

laatimaa ohjelmaa seurasin täsmällisesti, muiden silmissä lähes neuroottisesti. Vähitellen aloin ymmärtää vamman laajuuden ja miten pitkä toipumisprosessi minulla oli edessäni. Takapakeista olin vielä autuaan tietämätön.

Joulukuussa sain kutsun kipuklinikalle. Tämä osoittautui ajan myötä viimeiseksi palapelin palaseksi matkalla pois ”kipuhelvetistä” takaisin harmaaseen arkeen, jota jo osasin arvostaa aivan uudella tavalla. Kipuklinikan hoitajakso oli lyhyt ja intensiivinen. Neurologi Hanna Harno nosti kipulääkkeitä hissukseen lähes maksimiannoksiin. Hän sanoi lisäävänsä kipulääkkeet semmoiselle tasolle, että kipu olisi siedettävällä tasolla. Diagnoosiksi kirjattiin CRPS (complex regional pain syndrome). Jo muutaman viikon kuluttua lääkitys alkoi vaikuttaa toden teolla. Oli jopa täysin kivuttomia päiviä ja oli helppo omaksua Hannan viesti. ”Se on nyt sinusta kiinni – use it or lose it”

Aloin asettaa tavoitteita itselleni, joka päivä jotain pientä tekemistä, esimerkiksi lyhyt lenkki koiran kanssa tai ravintolareissu kavereiden seurassa. Lähdin jopa metsästyskavereiden kanssa Lappiin. Reisu osoittautui liian kunnianhimoiseksi. Ei ollut helppoa liikkuu kahden kynnärsauvan kanssa metrin paksuisessa lumessa. Jälkiviivaana päätös lähteä oli silkkaa hulluutta, mutta kuvastaa omalla tavallaan hyvin sen hetkistä voimakasta tahtoa päästä takaisin arkeen. Jalkaa särki kunnolla, mutta silti nautin siitä että olin taas metsästysporukan kanssa kämpillä.

Pääsiäisen tienoilla voimakkaat



Ampumavamma, kuvattu Töölön tapaturma asemalla tulotilanteessa.

kipukohtaukset lisääntyivät ja muuttivat luonnetta. Pääsiäisenä oli tarkoitus viettää minun 40-vuotis synttäreitäni Levillä. Mökki oli varattu ja porukkaa kutsuttu. Pienikin liike aiheutti lähes kymppin kivun. Vaimoni ehdotti yhteydenottoa Töölön sairaalaan, mutta minä kielsin. Minähän olin lähdössä Leville! Olin kuumeinen, kipeä ja olo oli hutera. Jalka punoitti. Kun lopulta 3 päivää myöhemmin suostuin perumaan matkani ja lähtemään sairaalaan todettiin vakava infektio. En itse ollut ymmärtänyt tilanteen vakavuutta. Kuumeilin septisesti ja pelkäsinkin menettäväni jalkani. Jalkaa revidoitiin päivystyksenä. Antibiooteilla tilanne onneksi rauhoittui. En tälläkään kertaa hakeutunut turhaan hoitoon, mutta jostain syystä leukakirurgi-siskoni oli vihainen kuin ampiainen kun en ollut lähtenyt sairaalaan aikaisemmin. Takapakki oli henkisesti raskas, hyvin alkanut toipuminen otti reilun askeleen taaksepäin. 40-vuotis kahvit juotiin sukulaisten kanssa tutulla osastolla 3.

Tulehduksia on ollut tämän jälkeen useita, ei kuitenkaan yhtä vakavia kuin ensimmäinen. Tajusin jatkossa hakeutua ajoissa hoitoon.

Välillä ne saatiin hoidettua antibiooteilla ja kotikonstein, mutta monasti ne vaativat kirurgista avasta ja osastohoitoa.

Syksyllä 2010 pyysin lupaa päästä takaisin töihin ja Tukiainen antoi vihreää valoa, mutta ainoastaan kevyeseen puolipäivätyöhön. Samaan aikaan aloin vähentää kipulääkkeitä. Triptylistä eroon pääseminen oli mahtavaa. Sivuvaikutukset Triptylistä olivat noin 15 tunnin kauneus- uudet. Tiesin että Triptylin lopettaminen oli vastoin kipuklinikan suosituksia, mutta jälkikäteen ajateltuna se oli oikea ratkaisu. Noin 2 vuotta onnettomuuden jälkeen lopetin kipulääkkeiden säännöllisen käytön. Minua oli varoitettu siitä että lopettaminen voi olla vaikeaa. Ainoastaan Lyrican lopettamisen yhteydessä huomasin jonkinlaisia vieroitusoireita. Vajaan viikon verran oli vaikeaa saada unen päästä kiinni ja samalla esiintyi pientä hikoilua. On pakko olla taas rehellinen, luultavasti nämä vieroitusoireet johtuivat itsestäni. Lopettaminen oli neuvottu tekemään asteittain, mutta minä jätin lääkkeet kertaheitolla pois. Tunne päästä eroon lääkkeitä oli kerta kaikkiaan mahtava. Toisaalta olin niiden avulla



Rekonstruktio leikkauksen jälkeen.



Jalka paranee hyvin. Kuva keväältä 2011. Sen jälkeen vielä tehty korjausleikkauksia.

päässyt eroon melkein 2 vuoden kipuhelvetistä.

Mutta mikä oli ratkaiseva tekijä, joka mahdollisti paluun takaisin normaaliin arkeen? Siihen vaikuttivat varmasti monet eri tekijät. Minua hoiti viimeisen päälle pätevä ja kokenut kirurgi, professori Erkki Tukiainen, jonka apuna oli yhteen hitsattu hoitotiimi sekä leikkaussalissa että osastolla. Tukiaiselle olen ikuisesti kiitollinen. Osaston hoitajat olivat empaattisia ja yrittivät

koko ajan tehdä olostani mahdollisimman hyvän. Olen onnellinen siitä että jalka päätettiin rekonstruoida. Vielä jokunen vuosi sitten se ei olisi ollut mahdollista edes maan johtavassa traumasairaalassa. Ratkaisevaa oli myös se että sairaalan kipuhoitaja ymmärsi tilanteen ja että sairaalajakson jälkeen pääsin kipuklinikalle jatkohoitoon. Kipuklinikalla Hanna sai heti lääkityksellä otetta kipuihin. Omaisten tuki oli korvaamaton. Vaimo ja lapset pyrittivät arkea, äiti auttoi tarvittaessa, siskot pitivät mielen korkealla. Inkoon kotihoito mahdollisti kotona toipumisen ja fysioterapeutti Pehkonen opetti minut kävelemään uudelleen. Oma jääräpäisyteni vaikuttaa varmasti asiaan, vaikka se välillä johti ratkaisuihin jotka olivat lähellä saada kohtalokkaita seurauksia

Nyt 3 vuotta myöhemmin jalkapohja on vielä melko tunnoton, varpaat ja jalkaterä aika jäykkiä. Nilkanivel toimi hyvin ja voin jopa kävellä niin että ulkopuolinen ei edes huomaa traumaani. Pitkiä vaelluksia Lapin tuntureilla en pysty enää tekemään, mutta kylläkin lyhyempiä, rauhallisempia päiviä. Rasitus aiheuttaa kipua, mutta siedettävällä tasolla. Hermostokipukohtaukset ovat olleet hyvin harvinaisia viimeisen vuoden aikana, mutta silloin kun ne iskevät ei

ole muuta vaihtoehtoja kun pysyä vaakatasossa. Olen oppinut elämään vaivani kanssa ja tiedän esimerkiksi että ravut suomenruotsalaisittain snapsin kera turvottavat jalkaa ja aiheuttavat turhankin paljon kipuja. Mutta joskus sekin on hintansa väärsti. Korjausleikkaukset jatkuvat pienemmillä hienosäädöillä, seuraava on jo suunnitteilla. Toistia pidän tällä hetkellä opiskeluvapaata. Vamma pisti ajattelemaan loppuelämän työuraa. Opiskelen nyt geologiaa Turun yliopistossa ja samalla yritän valmistua biologian koulutusohjelmasta, mikä aikoinaan jäi kesken muiden kiireiden vuoksi. Opinnoissa on kyllä nykyään vähän enemmän vakavuutta, koska jalka ei välttämättä kestäisi liikkuvaa ammattia eläkeikään saakka

Entäs mitä tapahtui sille kaverille joka pudotti vahingonlaukauksen ampuneen haulikon kalliolle? Tapahtuma oli selkeä onnettomuus. Siihen ei liittynyt mitään laiminlyöntiä tai rikokseen viittaavaa. Hän oli jo ennen onnettomuutta yksi läheisimpiä ystäviäni ja on sitä edelleen.

Tutkimustoimikunta esittäytyy

- 1) Mitä teet työkseesi?
- 2) Mikä sai sinut kiinnostumaan kivusta?
- 3) Mihin haluat panostaa SKTY:ssä?

Eija Kalso



1) Luen ja vastaan sähköposteihin, istun kokouksissa, valmistelen ja pidän luentoja, kirjoitan apuraha-anomuksia ja raportteja, hoidan potilaita harvemmin kuin aiemmin

2) Selkäytimen takasarven tarjoamat mahdollisuudet

3) KROKIETAn onnistumiseen (KROKIETA = KROoninen Klpu ja ElinTAVat) .

Ann-Mari Estlander

1) Neljänkymmenen työvuoden jälkeen olen aloittanut ”pehmeän laskun” kohti eläkepäiviä – teen parina päivänä viikossa ammatinharjoittajana psykoterapiaa ja työnohjausta ja tarvittaessa psykologin konsultaatioita HYKSin kipuklinikalla. Lisäksi olen mukana parissa tieteellisessä tutkimusprojektissa.

2) Kiinnostukseni kivusta alkoi v. 1985 kun olin kuuntelemassa kollegani Steven Lintonin esitystä kivun hoidosta psykologisiin menetelmin eräässä psykoterapiakongressissa. Silloin ajattelin – tämä on kiinnostavaa! Tämä on

ala jolla voisin tehdä jotain hyödyllistä! Olin silloin töissä HYKSin neurologian kuntoutuspoliklinikalla neuropsykologin tehtävissä. Pian sen jälkeen otettiin yhteyttä kipuklinikalta, sinne tarvittiin konsultoivaa psykologia. Siitä se alkoi.

3) Tärkeätä on muun muassa toimivien moniammatillisten yhteistyömuotojen kehittäminen; eri tieteenalojen uusimman tiedon integroituminen; potilastyötä tekevien ammattilaisten vuorovaikutustaidot ja jaksaminen. Ja paljon muuta...

Heli Forssell



1) Toimin osastonylilääkärinä TYKSin suu- ja leukasairauksien klinikalla ja osa-aikaisesti erikoislääkärinä TYKSin kipuklinikalla. O.t.o teen kasvokipuihin liittyvää tutkimusta.

2) Kiinnostuin kivusta tehdessäni 1980-luvulla väitöskirjatutkimusta, joka käsitteli päänsäryn ja purentaelimistön toimintahäiriön yhteyttä. Todellisen herä-



tyksen koin vähän myöhemmin viettäessäni vuoden USA:ssa missä minulla oli tilaisuus työskennellä monialaisella kipuklinikalla.

3) Koulutus, moniammatillinen yhteistyö ja kipututkimus ovat minulle kaikki tärkeitä aiheita, joita olen yrittänyt omalta osaltani mm. SKTY:ssä edistää. Tulevaisuuden tavoitteista tärkeimmäksi näen Kipu ja elintavat tutkimuksen onnistumisen. Tutkimus tarjoaa erinomaisen tilaisuuden kipupotilaita hoitavien yksiköiden yhteistyöhön. Tämä voi olla hyvä alku jatkuvaan kiinnostukseen kivun kliinisestä tutkimuksesta, jonka varassa kivunhoidon kehitys Suomessakin on.

Satu Jääskeläinen



1) Toimin Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän TYKS-SAPA-liikelaitoksen kliinisen neurofysiologian palvelualueen ylilääkärinä ja palvelua-

luejohtajana sekä Turun yliopiston kliinisen neurofysiologian oppiaineen osa-aikaisena (20 %) määräaikaisena professorina. Tutkimusaiheitani ovat hermovaurioiden ja neuropaattisen kivun diagnostiikka ja riskitekijät (erityisesti kasvokipu ja postoperatiivinen kipu), kivun geeniikka ja toiminnallinen aivokuvantaminen sekä neuromodulaatiohoito kroonisessa kivussa, masennuksessa ja tinnituksessa, sekä tajunnan mekanismien neurofysiologia yhteistyössä Turun PET-keskuksen anestesiologisen tutkimusryhmän kanssa.

2) Kiinnostuin kipututkimuksesta ja kipudiagnostiikan kehittämistä 90-luvun alussa, jolloin aloitin työskentelyn TYKS:n kiputyöryhmässä kliinisen neurofysiologian edustajana. KNF:llä kolmoishermon vaurioiden diagnostiikkaan kehittämämme neurofysiologiset menetelmät kiinnostivat kiputyöryhmämme kliinikkoja, joiden kanssa syntyi hedelmällisiä yhteisiä tutkimushankkeita, mikä edelleen syvensi kiinnostustani kipututkimukseen. Monet yhteiset kliiniset potilastapaukset ovat myös vuosien varrella tarjonneet mielenkiintoisia haasteita, tutkimusideoita ja kannustavia onnistumisen kokemuksia hankalia diagnostisia solmuja käytännön lääkärin työssä selvitellessä.

3) SKTY:ssä haluan panostaa tutkijaverkkojen toiminnan kehittämiseen maassamme ja monialaiseen sekä translationaaliseen että kliiniseen kipututkimukseen. Lisäksi toivon SKTY:n osallistuvan jatkossa aktiivisesti kansainvälisten tutkimushankkeiden tukemiseen ja nuorten sekä vanhempienkin tutkijoiden vaihtoon tiiviissä yhteistyössä uuden Skandinaavisen kivuntutkimusyhdistyksen (SASP) ja kansainvälisen kivuntutkimusyhdistyksen (IASP) kanssa.



Jaro Karppinen

1) Toimin Oulun yliopistossa fysiatrian osa-aikaisena professorina ja Työterveyslaitoksella fysiatrian erikoislääkärinä

2) Fysiatrit joutuvat työssään kohtaamaan runsaasti kipuoireista kärsiviä potilaita. Näin ollen Suomen Kivuntutkimusyhdistyksessä mukana oleminen on luontevaa fysiatrille. Itse väittelin aikoinaan iskiaksen hoidosta hermojuuripuudutuksella. Tällä hetkellä ehdin hoitamaan vähemmän potilaita, mutta tutkimukseni kohdistuvat valtaosin tuki- ja liikuntaelinvaijoihin joissa kipu on tavallisin vastaanotolle tuova oire.

Yhdistyksen keskeisenä teemana on moniammatillisuus ja tämä on fysiatrille tärkeä asia, sillä toimimme yhteistyössä erityisesti fysioterapeuttien kanssa. Moniammatilliseen “perheeseemme” kuuluvat keskeisesti myös psykologit, toimintaterapeutit ja sosiaalityöntekijät (ja monia muita ammattikuntia).

3) Toimin nyt hallituksessa, mutta haluan jatkaa hallituspestin loppumisen jälkeen aktiivisesti yhdistyksessä. Haluan panostaa nimenomaan kivun patofysiologian ja hoidon tutkimiseen. Opetus kuuluu myös luonnollisena osiona toimenkuvaani.



Matti Närhi

1) Toimin Itä-Suomen yliopistossa suufysiologian professorina. Vastuualueenani on hammaslääketieteen prekliinisen opetuksen ja tutkimuksen kokonaiskoordinaatio. Ohjaan neljää väitöskirjatyöntekijää, joiden aihealueet liittyvät lasten terveystutkimukseen, mm. lasten kipuun ja sen taustatekijöihin. Muut päätutkimusaiheet ovat vaskulaarinen kipu pään alueella, mm. migreenikivun mekanismit sekä niska- ja selkäkipuihin liittyvät neuropatiat ja autonomisen hermoston toimintahäiriöt.

2) Olen peruskoulutukseltani hammaslääkäri ja kipuhan liittyy läheisesti hammaslääketieteeseen. Tässä mielessä jo tutkijakoulutukseni alussa aihevalinta oli luonnollinen. Keskityin tuolloin hammasperäisen kivun neurofysiologisiin mekanismeihin ja tältä alueelta syntyi myös väitöskirjani. Kipuhermotoiminnan perifeerisistä mekanismeista kiinnostus laajeni luonnostaan kolmoishermon alueen kipujen sentraalisiin mekanismeihin ja kliinisiin kipuihin.

3) Haluan korostaa SKTY:n toiminnan moniammatillisuutta sekä kipututkimuksessa että kivun hoidossa ja painottaa yhdis-

tyksen koulutuksellista merkitystä kivunhoidon ja -tutkimuksen eri osa-alueilla. Koulustaustastani johtuen päähuomioni kohdistuu toki trigeminusalueen kipuongelmiin. Olinkin perustamassa SKTY:n Kasvokiputoimikuntaa ja tällä hetkellä olen toimikunnan puheenjohtaja. Kipututkijana näen myös tärkeänä yhdistyksen taloudellisen tuen kipututkimukseen. Tähänkin toimintaan toivon panostettavan niiden mahdollisuuksien rajoissa, mitä SKTY:lla taloudellisesti vain on. Yhdistys voi toivottavasti tulevaisuudessa olla myös merkittävästi mukana asiantuntijaelimenä niissä ratkaisuissa, joita terveydenhuollossa tullaan teemmään panostuksessa kivun hoitoon ja ehkäisyyn myös perusterveydenhuollossa.

Antti Pertovaara



1) Toimin fysiologian professorina HY:n lääketieteellisessä tiedekunnassa. Työhön kuuluu fysiologian perusteiden opettaminen lääketieteen ja hammaslääketieteen opiskelijoille, oman tutkimusryhmän vetäminen, sekä oppiaineen hallinnon hoitaminen. Työhön kuuluvaksi voitaneen lukea myös tieteellisiin yhteisöihin ja julkaisusarjoihin liittyvien luottamustehtävien hoito,

joissa kuluukin aikamoisesti aikaa.

2) Kipumekanismien perustutkimuksen aloitin heti valmistuttuani. Opiskeluaikana olin jo aloitellut sensorisen fysiologian tutkimusta kosketustuntoaistin parissa, ja siitä olikin sitten lyhyt matka siirtyä kipuaistin puolelle. Tämä tapahtui kauan sitten Kekkoslovakiassa.

3) Mitä tulee panokseeni SKTY:n toimintaan, niin lienee parasta, että suutari pysyy jatkossakin lestissään. Lääketieteellisen peruskoulutuksen puolella osallistun kipumekanismien opetukseen ja perustutkimuksen saralla osallistun kipututkijoiden tieteelliseen koulutukseen. Tarpeen mukaan olen SKTY:n käytettävissä, jos yhdistyksellä on perustutkimukseen liittyviä asiantuntijatehtäviä.

Seppo Soinila

1) Toimin neurologian professorina Turun yliopistossa sekä ylläkkärinä ja yleisneurologian vastualuejohtajana TYKSissä

2) Kivun lievittäminen lienee vanhin lääkärintoimen harjoittamisen muoto ja on edelleen -kaikesta lääketieteen kehityksestä huolimatta - usein äärimmäisen haasteellista.

2b) Kysymys olisi voinut myös kuulua, kuka sai sinut kiinnostumaan kivusta. Minun kohdallani "syyllinen" oli dos. Irma Tigerstedt, HYKS:n kipuklinikan perustaja, jonka vetämistä moniammatillisista kokouksista olen oppinut todella paljon.

3) Panostaisin sekä hyväksi havaittuihin nykyisiin toimintamuotoihin että uusiin haasteisiin. Em. ryhmään kuuluvat laaja-alai-



nen toiminta, joka on delegoitu aktiivisille toimikunnille sekä hyvä koulutusohjelma. Haasteita riittää näkökulmasta riippuen: 1) Tutkimustoimikunnan jäsenenä tutkisin mahdollisuuksia entistä tiiviimpään valtakunnalliseen kipututkijoiden yhteistyöhön. 2) Neurologina näkisin mieluusti päänsärky- ja kasvokivunpotilaiden hoitajavastaanotto-toiminnan kehittymisen polikliini-

koilla; 3) Vanhana SKTY-aktivistina näen pullonkaulana sen, että kivunhoitolääketieteen osaaminen on liiaksi erikoissairaanhoidon varassa, erityispätevyys tai joku vastaava virallinen kannustin tulisi voida ulottaa perusterveydenhuoltoon; 4) Yliopistoveranhaltijan näkökulmasta tärkeätä on kehittää edelleen korkeatasoista koulutusta ja yhteistyötä muiden SKTY:n päämääriä lähellä olevien yhdistysten kanssa, hyvänä esimerkkinä Suomen Neurologisen yhdistyksen tai Vaikutuslääketieteen yhdistyksen kanssa järjestetyt koulutukset.

Sanna Salanterä

- 1) Olen kliinisen hoitotieteen professori Turun yliopistossa.
- 2) Sairaanhoidajana ollessani ja lapsia hoitaessani huomasin miten suuri merkitys keskustelulla,

ohjauksella, lähellä ololla ja huumorilla oli siihen, miten lapset kokivat kivuliaat toimenpiteet. Toisaalta koin, että lapset joutuivat kokemaan sairaalassa turhaa kipua ja välillä tunsin olevani aseeton. Tästä se lähti.

3) Olen toiminut SKTY:ssä pitkään ja ollut jäsenenä koulutus-toimikunnassa, hoitotyön toimikunnassa, yhteiskunnallisen vaikuttamisen toimikunnassa, tutkimustoimikunnassa ja Kipuviestin toimituskunnassa. Haluan SKTY:n toiminnan avulla parantaa potilaiden kivunhoitoa ja toisaalta olen kokenut tärkeänä moniammatillisen yhteistyön rakentamisen potilaiden kivun hoitoon. SKTY:ssä olen myös tutustunut moniin mukaviin ihmisiin.



"Sumuinen marraskuinen aamu Serra Mariolassa" (kuva: Eija Nilsson).

ANNA VALJAKKA, SANNA SALANTERÄ, IRMA LAURILA

NORA HAGELBERG

PERUSTERVEYDENHUOLLON SAIRAAAN- JA TERVEYDENHOITAJIEN NÄKEMYKSET SELKÄKIVUN HOITOPROSESSISTA

Tiivistelmä

Pitkittyneen alaselkävun arviointi, hoito ja kuntoutus vaativat terveydenhuollon ammattilaiselta aloitteellista, selvittelevää ja motivoivaa työtä. Tässä tutkimuksessa selvitettiin perusterveydenhuollon sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien käsityksiä selkävun hoitoprosessista. Sairaanhoitajien näkemykset vastasivat ensisijaisesti käsitystä kivusta biomekaanisena ongelmana. Terveydenhoitajien vastauksissa terveydenhoitajan itsenäinen rooli ja ohjauksellinen lähtökohta potilaan hoitoon tulivat esiin. Perusterveydenhuollon kivun hoidon kehittäminen on tämänkin tutkimuksen valossa edelleen tärkeää.

Johdanto

Alaselkäkipu on yleinen biopsykososiaalinen terveysongelma, jonka tutkimus-, hoito- ja kuntoutustoimet vaativat runsaasti terveydenhuollon aika- ja talousresursseja (1,2). Pitkittyneen alaselkävun näyttöön

perustuva arviointi vaatii terveydenhuollon ammattilaiselta aloitteellista, selvittelevää työtä. Pitkittyneen alaselkäkivun kuntoutus perustuu potilaan motivoitumiseen itsensä aktiiviseen kuntouttamiseen, missä onnistumisessa terveydenhuollon ammattilaisen ohjaus ja kannustus on keskeistä. Potilaan omaan motivaatioon ja aktiivisuuteen perustuvat kuntoutusvaihtoehdot ja yksinkertaisten hoitovaihtoehtojen olemassaolon mahdottomuus ovat monelle potilaalle ja terveydenhuollon toimijalle asioita, joiden ymmärtäminen, hyväksyminen ja hoitoon sisällyttäminen voi olla vaikeaa. Monet terveydenhuollon toimijat kokevat alaselkäkipuongelmista kärsivien potilaiden kohtaamisen psyykkisesti kuormittavana, mikä voi vaikeuttaa asioiden esiin ottamista sekä ohjauksellisen ja kuntoutuksellisen työskentelytteen omaksumista (3,4). Lisäksi pitkäkestoiseen alaselkäkipuongelman monimutkaisuus voi herättää potilaan lisäksi myös terveydenhuollon toimijassa vaikeasti kestettäviä turhautumisen, keinottomuuden, ärty-

neisyyden ja uupuneisuuden tunteita.

Pitkäkestoinen kipu on monimutkainen ilmiö johon sisältyvät sensorinen, emotionaalinen, kognitiivinen ja käyttäytymisen ulottuvuus, ja jota voidaan kuvata verballis-subjektiiivisella, käyttäytymisen tai fysiologian tasolla. Biopsykososiaalisen lähestymistavan mukaan kipuun liittyy aina edeltäviä tai seuraavia fysiologisia tapahtumia, mutta ei välttämättä kudosvauriota (5). Kipuilmion monitahoisuus auttaa ymmärtämään mm. kivun voimakkuuden ja haittaavuuden kokemisen yksilöllisyyttä, objektiivisten radiologisten tai muiden tutkimuslöydösten ja koetun kivun voimakkuuden tai toimintakykyrajoitteiden heikkoa vastaavuutta, sekä suurta vaihtelua potilaiden hyötymisessä lääke- tai muista hoidoista. Kipuilmion moniulotteisuuden vuoksi pitkittyneen alaselkäkipuongelman arviointi, hoito ja kuntoutus vaativat useiden eri ammattiryhmien asiantuntemusta.

Kansalliset ja kansainväliset hoitosuosituksen auttavat terveyden-

huollon ammattilaista kipuongelmi- en arvioimisessa, hoidon suunnitte- lussa ja toteuttamisessa. Alaselkäki- vun käypähoitosuosituksen (6) kes- keinen sisältö on potilaan haastat- telun ja kliinisen tutkimisen lisäksi äkillisen alaselkäkipujakson ollessa kyseessä potilaan informointi hyvä- tä ennusteesta, ohjaus aktiivisena pysymisestä sekä tarvittaessa para- setamoli- lääkitys. Mikäli selkäkipu- ongelma on pitkittynyt (kesto 6–12 viikkoa), suositellaan aktiivia kun- toutuksellista työskentelyotetta, joka sisältää laaja-alaisen, psyko- sosiaaliset tekijät huomioivan selvit- telyn, yleiskuntoa ja lihasvoimaa ko- hentavaa harjoittelua ja tarvittaessa parasetamoli- tai tulehduskipulääki- tystä. Kroonisen alaselkäkipun hoi- doksi suositellaan jaksoittaista ki- pulääkitystä, pitkäkestoisia lihas- ja yleiskuntoharjoituksia, riittävän in- tensiivistä moniammatillista kun- toutusta ja kognitiivis-behavioraalisten menetelmien sisällyttämistä kuntoutukseen. Vaikka käypähoito- suositus on suunnattu lääkäreille, on sen sisältö varsin olennainen myös muille ammattiryhmille. Poti- laan ohjaus alaselkäkipun hoidon periaatteista ja potilasta aktiivisuu- teen ja vaihtoehtojen löytämiseen kannustava, kuntouttava työote tuli- si olla luonnollinen osa myös mui- den selkäkipupotilaiden parissa työskentelevien ammattiryhmien työn sisältöä.

Kansainvälisen kivuntutkimus- yhdistyksen (IASP) kokoamat toimi- kunnat ovat laatineet eri ammatti- ryhmille kivun arvioinnin ja hoidon opinto-ohjelmasisältöjä, jotka sisäl- tävät kyseiselle ammattiryhmälle keskeisiä kivun arvioinnin, hoidon ja kuntoutuksen tieto- ja osaamis- alueita. Sairaanhoitajien opinto-oh- jelman alussa todetaan, että kaikkien sairaanhoitajien tulisi osata tun- nistaa potilaat, joilla on kipua, osata arvioida kipua, tuntea ja osata käyt- tää kivun hoitomenetelmiä sekä osata arvioida hoitomenetelmien vaikutusta ja tehoa (7).

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää perusterveydenhuollon sairaanhoitajien ja terveydenhoitaji- en käsityksiä selkäkipupotilaan tyy- pillisestä hoitoprosessista ja tarkas- tella, missä määrin nämä käsitykset vastaavat nykyisiä alaselkäkipun hoitosuosituksia.

Menetelmät

Tutkimukseen osallistui 39 sairaan- hoitajaa ja 35 terveydenhoitajaa 11 kunnallisesta perusterveydenhuol- lon yksiköstä Varsinais-Suomen sai- raanhoitopiirin alueella. Nämä toi- mipisteet osallistuivat KIPU –hank- keeseen, jonka tavoitteena oli selkä- kivun pitkittymisen ennaltaehkäisy. Tutkimusaineisto kerättiin marras- kuun 2006 ja syyskuun 2007 välisenä aikana, 6 viikkoa ennen hankkeen aloittamista kyseessä olevassa toi- mipisteessä. Vastaajilta kysyttiin ikä, ammatti, sukupuoli ja työvuosi- en määrä valmistumisen jälkeen. Osallistujien näkemyksiä selkäkipu- potilaan tyyppillisestä hoitoprosessi- ta arvioitiin pyytämällä tutkimuk- seen osallistujia vastaamaan kysy- mykseen: ”Kuvaa tähän oman am- mattiryhmäsi näkökulmasta selkäki- vusta kärsivän asiakkaan tyyppillinen kulku terveysasemallasi.” Kustakin vastauksesta poimittiin kaikki mai- ninnat koskien selkäkipun arvioin- tia, hoitoon osallistuvia ammattiryh- miä, hoidon toteuttamispaikkaa tai –tapaa tai hoidon tai kuntoutuksen sisältöä. Varsinais-Suomen sairaan- hoitopiiri hyväksyi hankkeen tutki- mussuunnitelman.

Tulokset

Tutkimukseen suostumuksensa an- taneista 1 sairaanhoitaja ja 3 tervey- denhoitajaa eivät olleet täyttäneet kyselylomaketta kokonaisuudes- saan, joten lopullisen otoksen muo- dostivat 38 sairaanhoitajaa (35 nais- ta ja 3 miestä) ja 32 terveydenhoita- jaa (31 naista ja yksi mies). Sairaan- hoitajat olivat iältään keskimäärin

40-vuotiaita (vaihteluväli 22-63 vuotta) ja terveydenhoitajat keski- määrin 44-vuotiaita (vaihteluväli 25-60 vuotta). Keskimääräinen työvuosi- en määrä valmistumisen jälkeen sairaanhoitajilla oli 14 vuotta (vaihteluväli 0-40 vuotta) ja terveyden- hoitajilla 17 vuotta (vaihteluväli 0-37 vuotta).

Sairaanhoitajat mainitsivat vas- tauksessaan osana hoitoprosessia useimmiten lääkärin vastaanoton (95 % vastaajista), intramuskulaari- sen kipulääkityksen (71 % vastaajis- ta) ja päivystysvastaanoton (58 %) vastaajista. Nämä osatekijät sisältä- vä tyyppillinen vastaus oli esimerkik- si:

Vastaaja 1087_3

Potilas tilaa ajan lääkärin päi- vystysvo:lle akuutin selkäkipun tai pitkään jatkuneen selkäkipun takia. Pot. saa lääkkeitä (p.o./i.m). SvA ja tarv. fysioterapia. Sairaan- hoitaja antaa lääkkeet potilaille.

Terveydenhoitajien vastauksissa tyyppillisimmin mainittiin terveyden- hoitajan vastaanotto (72 % vastaajis- ta), fysioterapia (66 % vastaajista) ja potilasohjaus (41 % vastaajista). Nämä osatekijät sisältävä tyyppi- linen vastaus oli esimerkiksi:

Vastaaja 1044_3

Selkäkipuinen potilas tulee vas- taanotolle, pyytää sairauslomaa. Haastattelun mm. millaista työtä tekee, missä tai onko loukannut selkänsä. Kuinka kauan on ollut kipeä, onko ollut aiemmin. Minkä- laiset työolot on. Aikaresurssien puitteissa jututan muuttenkin. Newon kipulääkityksen ja kirjoit- tan lyhyen sairausloman, mikäli ei pääse heti omalle lääkärille, varataan aika omalle lääkärille. Lääkäri tutkii potilaan ja jatkaa tarv. sairauslomaa, kirjoittaa reseptilääkkeitä ja lähetteen fysikaaliseen hoitoon tarvittaessa.

Tulokset on koottu taulukoihin 1 ja 2.



Taulukko 1. Tyypillisimmät sisältöalueet sairaanhoitajien (N= 38) kuvauksessa selkäkivun tyypillisestä hoitoprosessista. Kyseisen sisältöalueen maininneiden vastaajien määrä ja % -osuus.

Perusterveydenhuollon ...
jatkoa edelliseltä sivulta

4. Pohdinta

Tämän tutkimuksen perusteella arvioiden perusterveydenhuollon sairaanhoitajien näkemykset selkäkipupotilaan tyypillisestä hoitoprosessista vaikuttavat heijastavan käsitystä selkäkivusta biomekaanisena ongelmana, jota ensisijaisesti hoidetaan päivystysvastaanotolla toimenpidekeskeisesti. Terveydenhoitajien osalta selvitelevä, ohjauksellinen ja kuntoutukseen perustuva lähestymistapa selkäkipupotilaan tyypilliseen hoitoprosessiin nousi paremmin esiin. Lisäksi terveydenhoitajien näkemyksessä selkäkipupotilaan tyypillisestä hoitoprosessista terveydenhoitajien sairaanhoitajia itsenäisempi työskentelyote osana hoitoketjua korostui terveydenhoitajien sisällyttäessä prosessiin sairaanhoitajia huomattavasti useammin terveydenhoitajan oman vastaanoton (72 % vs 0 %), potilasohjauksen (41 % vs 11 %) ja potilaan tilanteen kartoittamisen (38 % vs 16 %).

Sairaanhoitajien yleisimmin mainitsemat omaa ammattiryhmää koskevat tehtävät selkäkipupotilaan tyypillisessä hoitoprosessissa olivat intramuskulaarisen lääkityksen antaminen lääkärin määräyksestä (71 %) ja ajanvarausten tekeminen (26 % vastaajista). Sairaanhoitajan antaman potilaan ohjauksen tyypilliseen prosessiin liitti ainoastaan joka kymmenes vastaaja. Jotta potilas voisi ymmärtää selkäkipuongelman biopsykososiaalista luonnetta, saada tietoa hoito- ja kuntoutusmahdollisuuksista ja tukea omaehtoisesta kuntoutumisesta toteuttami-

	N	%
lääkärin vastaanotto	36	95
kipulääkitys (intramuskulaarinen)	27	71
päivystysvastaanotto	22	58
kipulääkitys	20	53
fysioterapia / fysioterapeutti	16	42
kliininen tutkimus(lääkäri)	13	34
kuvantamistutkimus	10	26
ajanvarausten tekeminen	10	26
erikoislääkäri	9	24
sairasloma	9	24
potilaan tilanteen kartoitus (sairaanhoitaja)	6	16
sairaalahoido	5	13
potilaan ohjaus tai informointi (sairaanhoitaja)	4	11
potilaan ohjaus tai informointi (lääkäri)	3	8
laboratoriotutkimus	2	5
psykologi	1	3

ssa, ovat terveydenhuollon ammattihenkilöiden toteuttamat ohjaustilanteet ratkaisevia. Ohjaustilanteet tulisi voida liittää luonnolliseksi osaksi työn sisältöä. On mahdollista, että potilasohjauksen esiin nostamisen vähäisyys sairaanhoitajien osalta liittyy aika- tai työvoimaresurssien vähäisyyteen tai toteutettävien organisointiin vastaajien toimipisteissä. Potilaan kokemuksen ymmärtämisen, hoidon suunnittelun ja potilaan ohjauksen kannalta kivun voimakkuuden ja haittaavuuden arvioiminen on tärkeää. Tästä huolimatta yksikään sairaanhoitajavastaajista ja vain 6 % terveydenhoitajavastaajista sisällytti kivun arvioinnin osaksi selkäkipupotilaan tyypillistä hoitoprosessia. Tämä on merkittävää, sillä ilman systemaattista kivun ja koetun kipuun liitetyn

toimintahaitan arviointia, hoidon tuloksellisuuden seuranta on erittäin vaikeaa.

Näyttöön perustuvien kivun arviointi- ja hoitokäytäntöjen toteutumisen kannalta keskeisiä ovat riittävän selkeä työnjako ja käsitys siitä, mitkä ovat kunkin ammattiryhmän perustehtävät. Lisäksi toimintaperiaatteet on rakennettava niin, että nämä ydinosaamiseen perustuvat tehtävät tulevat hyödynnettyä hoitoprosessissa. Useiden erikoisalojen tai ammattiryhmien osallistuminen kipupotilaan hoitoon ei sinänsä takaa hyvän kivun hoidon, biopsykososiaalisen periaatteen tai moniammatillisuuden toteutumista. Todellinen, eri ammattiryhmien välinen yhteistyö esimerkiksi työpari-, työryhmä- tai kuntoutussuunnitelmapalaverissa ei nyt suoritettun tutki-

Taulukko 2. Tyypillisimmät sisältöalueet terveydenhoitajien (N= 32) kuvauksessa selkävivun tyypillisestä hoito-prosessista. Kyseisen sisältöalueen maininneiden vastaajien määrä ja %-osuus.

	N	%
terveydenhoitajan vastaanotto	23	72
fysioterapia / fysioterapeutti	21	66
potilaan ohjaus tai informointi	13	41
kipulääkitys	13	41
potilaan tilanteen kartoitus (terveydenhoitaja)	12	38
sairasloma	9	28
ajanvarausten tekeminen	7	22
kliininen tutkimus (lääkäri)	6	19
kipulääkitys (intramuskulaarinen)	6	19
päivystysvastaanotto	5	16
kuntoutus	5	16
erikoislääkäri	4	13
työpaikkakäynti	4	13
selkäkoulu	3	9
työergonomian kartoitus	3	9
ammattillinen kuntoutus	3	9
kivun arviointi	2	6
moniammatillinen yhteistyö	2	6
psykologi	2	6
kuntoutussuunnittelija	1	3
sairaalahoito	1	3
kuvantamistutkimus	1	3

muksen perusteella ole osa selkäkipupotilaan tyypillistä hoitoprosessia perusterveydenhuollossa. Mikäli ki-puongelmaan vaikuttavien eri osatekijöiden esiin ottaminen ja integraatio niin, että potilas sen ymmärtää, jää vajaaksi tai puuttumaan on etenkin omaa aktiivisuutta vaativassa kuntoutumisessa eteneminen potilaalle hyvin vaikeaa. Terveydenhuollon hoidon porrastuksen mukaisesti erikoissairaanhoidon työote on ensisijaisesti konsultoiva ja suurin osa alaselkäkipuongelmista tutki-

taan ja hoidetaan perusterveydenhuollossa ja työterveyshuollossa. Nyt suoritettujen tutkimusten perusteella arvioiden perusterveydenhuollon hoitokäytäntöjen kehittämisen nykyistä tieteellistä näyttöä ja kipukäsitystä vastaaviksi on sairaanhoitajienkin toimenkuvan osalta erittäin tärkeää.

Kirjallisuusviitteet:

1. Woolf AD, Pfleger B. Burden of major musculoskeletal conditions. Bull

World Health Organ 2003; 81 (9): 646-56.

2. Krismser M, van Tulder M. Low back pain (non-specific). Best Pract Res ClinRheumatol 2007; 21: 77-91.
3. Gulbrandsen P, Madsen HB, Benth JS, Laerum E. Health care providers communicate less well with patients with chronic low back pain – A study of encounters at a back clinic in Denmark. Pain 2010; 150: 458-61.
4. Breen A, Austin H, Champion-Smith C, Carr E, Mann E. “You feel so hopeless”: A qualitative study of GP management of acute low back pain. Eur J Pain 2007; 11: 21-9.
5. Flor H, Turk DC. Chronic Pain. An integrated biobehavioral approach IASP Press, Seattle 2011, pp. 3-25. 2011.
6. Aikuisten alaselkäsairaudet. Päivitetty käypähoitosuositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Fysiatriryhdistyksen asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Helsinki 2008. Saatavana sähköisesti: www.kaypahoito.fi.
7. Huijjer A-S, Miskowski C (Chair), Quinn R, Twycross A. IASP Curriculum Outline on Pain for Nursing. Saatavana sähköisesti: www.iasp-pain.org

Anna Valjakka
PsL, terveystieteiden psykologian
erikoispsykologi
Raision Päihde- ja
mielenterveysyksikkö
Nallinkatu 3, 21200 Raisio
Anna.Valjakka@raisio.fi

Sanna Salanterä
Professori
Turun yliopisto, Hoitotieteen laitos
sansala@utu.fi

Irma Laurila
TKK, sh
TYKS, kipupoliklinikka
irma.laurila@utu.fi

Nora Hagelberg
Dosentti, osastonylilääkäri
TYKS, kipupoliklinikka
nora.hagelberg@utu.fi

TERHI RUNSIO

ALUSTAVIA KOKEMUKSIA RENTOUTUSHARJOITTELUPAINOTTEISESTA KIVUNHALLINTARYHMÄSTÄ TMD-KIPUPOTILAIDEN HOIDOSSA

Tausta-ajatuksia ryhmää muodostettaessa

Kyky rentouttaa itsensä sopivaa menetelmää hyödyntäen antaa ihmiselle mahdollisuuden muun muassa laskea stressitasoaan ja ahdistuneisuutta (1,2), joista molemmat voivat osaltaan vaikeuttaa ja olla mukana kroonistamassa hänen kokemaansa pitkäaikaista kipua (3,4). Onkin luontevaa ja perusteltua olettaa, että rentoutumisen taidot auttavat vahvistamaan kivunhallintaa ja tukevat pitkäaikaisen kivun kanssa selviämistä (5,6). Psykologin opastaman itsereflektion kautta potilas voi lisätä itsetuntemustaan ja itseymmärrystään, mikä välillisesti tukee laajempaa elämänhallintaa. Kivun moniulotteisuutta ja kipukokemusten yksilöllisyyttä käsittelevä psykoedukaatio antaa eväitä selviytyä aiempaa paremmin arjessa (ja juhlassa) pitkäaikaisen kivun kanssa. Samoin voivat vaikuttaa rentoutumistaitojen harjoittelu ja kipuun perehtyneen psykologin vetämä kipupotilaiden ryhmä, jossa painottuu kipuun liittyvien ajatusten/uskomusten, tunteiden ja käyttäytymi-

sen välistä vuorovaikutteisuutta korostava kognitiivis-behavioraalinen työote (7,8).

Ryhmän muodostaminen ja tavoitteita

Edellä mainitut seikat mielessä kokosimme TYKS:in suusairauksien klinikalla syksyllä 2012 erikoishammaslääkäreiden kanssa pienen ryhmän TMD-potilaistamme (TMD = Temporomandibular Disorders). Potilasvalinnassa käytettiin hyväksi kansainvälistä RDC/TMD diagnostista kriteeristöä, joka sisältää mm. kivun intensiteettiä ja kuormittavuutta mittaavan osion sekä psykologista rasittuneisuutta mittaavan SCL-90 kyselylomakkeen (9). Lisäksi potilailta tiedusteltiin mahdollisia uinhäiriöitä, ahdistusoireita sekä kartoitettiin stressitekijät. Psykologisesti kuormittuneimmille potilaille tarjottiin mahdollisuutta psykologin 2–4 vastaanottoon ja osanäistä potilaista ohjautui psykologin yksilövastaanottojen perusteella ryhmään. TMD viittaa purentaelimistön toimintahäiriöihin eli puremalihas- ja/ tai leukanivelkipuoiresiin, joille on tavallista pitkäaikai-

suus, kausittainen vaihtelevuus ja reagointi stressaaviin elämäntilanteisiin. Tämän yleisimmän kasvojen alueen kivun ennuste on yleensä hyvä ja yksinkertaisillakin hoitomuodoilla kuten lihasvoimistelulla, purentakiskoilla tai fysioterapialla saadaan hyviä hoitotuloksia. Arviolta noin 10–20 %:lla potilaista kuitenkin kipu kroonistuu. Kroonistumisen riskitekijät ovat TMD:n kohdalla samankaltaisia kuin muissa tuki- ja liikuntaelintyyppisissä kivuissa; muun muassa laaja-alaisten muiden kipuoireiden ja uinhäiriöiden, psykologisen rasittuneisuuden sekä stressin tiedetään altistavan TMD-kivun pitkittymiselle (10).

Kaikki valitut ryhmäläiset (n: 4) olivat naisia. Yksi heistä joutui viime hetkellä peruuttamaan osallistumisensa, mutta päätimme toteuttaa ryhmäprosessin jäljellä olevien kolmen potilaan kanssa Heidän ikäkaumansa oli 51–65-vuotta. Jokaisen ryhmäläisen elämässä vaikutti TMD-kipuongelmien lisäksi muita pitkäaikaisia stressitekijöitä. Lokakuussa 2012 alkaneen ryhmäprosessin tavoitteena oli auttaa tutkimaan kipukokemusta biopsykososiaalisena kokonaisuutena, tunnistamaan omia vahvuuksia ja heikkouksia ki-

vun kanssa selviytymisen suhteen sekä miettimään vaihtoehtoisia toimintamalleja. Samanaikainen tärkeä tavoitekokonaisuus liittyi ammatillisesti ohjatun vertaistuen mahdollistamiseen. Rentoutusharjoittelussa painopiste oli mahdollisimman salliva ja paineeton rentoutuksen harjoittelu eli rentoutuneen olotilan opettelu kivuista huolimatta niiden läsnäolo hyväksyen.

Ryhmäprosessi ja sen sisältö

Varsinaisia ryhmäkertoja oli 6 ja yksittäisen ryhmän kesto puolitoista tuntia. Jokaisen ryhmäkerran alkuosa (puolisen tuntia) käytettiin teemakeskusteluun, jonka olennainen osa oli itsereflektointi sekä oman olotilan tunnistaminen että nimeäminen teemaan liittyvää yhteistä fläppitaululle piirrettyä työskentelyjanaa käyttäen. Janojen ääripäät olivat: kivuton-kivulias, rento-jännittynyt, euforinen-masentunut, levollinen-ahdistunut, voimakas-voimaton sekä iloinen-surullinen. Jokainen ryhmäläinen paikansi itsensä senkertaiselle janalle kertoen omalla vuorollaan, mitä tapahtunutta/ajatuksia/ tunteita siihen liittyy. Psykologin tehtävä oli validoinnin kautta kertoa aiheeseen liittyvää ammatillista näkemystään psykoedukaation muodossa ja peilata samalla käsiteltävän aiheen yhteyksiä pitkäaikaisiin kipuongelmiin. Ryhmäkerran loppuosa käytettiin varsinaiseen rentoutusharjoitteluun ja sen vaikutusten jälkipuintiin. Prosessin aikana läpikäytyjä rentoutus-/ rauhoittumismenetelmiä olivat: 1. hengitykseen keskittyminen sekä sen tietoinen rauhoittaminen ja erilaiset hengitysharjoitukset, 2. progressiivinen rentoutus (lihassyhmittäin jännitys-rentoutus) ja tietoinen koko kehon osarentoutus (kehoitus/ pyyntö rentouttaa ajatuksella tietty kohta), 3. mielikuvaharjoittelu (esim. valmis rentoutusteksti eri aistemodaliteetteja käyttäen

tai kipualueeseen liittyvä mielikuva-harjoittelu tavoitteena kivun häiritsevyyden pieneminen), 4. yksinkertaiset jooga-asanat (joissa käytännön tavoitteena keskittyminen oman liikkeen ja hengityksen synkronointiin), 5. rentouttavat ja voimaannuttavat suggestiot sekä 6. rauhoittava/vahvistava sisäinen puhe. Ryhmäkertojen välissä suositeltiin ryhmäläisiä jatkamaan harjoiteltujen tekniikoiden kokeilua kotona, mutta tarkempaa kontrollia siihen liityen ei ollut. Yhdellä kerralla tutustuttiin valmiiseen rentoutusäänitteeseen sekä pitkin prosessia aiheeseen sopivaan musiikkiin. Lukemiseksi suositeltiin ryhmäläisille kirjoja: Rentoutuminen ja voimavarat (1), Stressaa! Hyvä paha paine (11) sekä Kipu ja mieli (12). Neljännen ja viidennen ryhmäkerran välissä ryhmäläisten kotitehtävänä oli nelikenttäinen voimavarakilpi, jossa pohdittavat kysymykset olivat a) Mikä/ mitkä on/ ovat henkilökohtaiset voimavaraominaisuuteni? b) Mikä/ mitkä on/ ovat elämäni tukipilari/-t? c) Mistä saan tai voin pyytää apua hädässä? d) Mikä /mitkä on/ ovat innostuksen ja inspiraation lähteeni? Tämä kotitehtävä purettiin yhdessä seuraavalla kerralla. Koko ryhmäprosessin ajan pysähdyttiin muutenkin sopivissa kohdissa miettimään, mitkä henkilökohtaiset piirteet, ominaisuudet ja vahvuudet kullakin ryhmäläisellä auttavat selviytymään kipuongelmien kanssa. Toinen useampia kertoja käsitelty aihe oli lannistavan itsekritiikin ja itsen kohdistuvan ankarien vaatimusten tarkastelu, kyseenalaistaminen ja uudelleen määrittely.

Oma pohdinta sekä palaute ryhmäläisiltä

Tämän rentoutusharjoittelupainotteen kivunhallintaryhmän tavoitteita olivat: 1) rentoutuksen harjoittelu eli rentoutuneen olotilan opettelu kivuista huolimatta niiden läsnäolo hyväksyen 2) kipukokemuk-

sen tutkiminen biopsykososiaalisena kokonaisuutena kognitiivis-behavioraaliseen näkökulmasta 3) omien vahvuuksien ja heikkouksien tutkiminen kivun kanssa selviytymisen suhteen sekä vaihtoehtoisten toimintamallien miettiminen ja 4) ammatillisesti ohjatun vertaistuen mahdollistaminen. Käsityskeni on, että tavoitteet saavutettiin tämän ryhmän kohdalla selkeästi.

Samoilla linjoilla olivat ryhmäläiset sekä suullisissa että kirjallisissa palautteissaan, joissa he vastasivat 3 kysymykseen: 1) Ajatuksiasi ryhmästä? 2) Ajatuksiasi yhteisistä itsetutkiskelu-janoista? 3) Ajatuksiasi harjoitelluista rentoutustekniikoista ja rentoutumisen vaikutuksista? Ryhmäläiset kokivat porukkansa yhtenäiseksi, toimivaksi ja turvalliseksi erilaisista persoonallisuuksista huolimatta, mikä mahdollisti hyvin avoimen asioiden työstämisen prosessin aikana. Ryhmässä syntynyt moniuloitteinen vertaistuki arvioitiin voimavarekijäksi myös tulevaisuudessa. Yhteisten itsetutkiskelujanojen merkityksellisyys oli erittäin suuri jokaiselle: ”Hämmäntävän yllätyksellisiä ja paljastavia / tärkeä mahdollisuus peilata itseään muihin / Itsetutkiskelu jatkui aina ryhmän jälkeen pari päivää / lohduttava olo, etten ole yksin / tärkeä tilaisuus miettiä sisimmässään omaa olotilaansa / ei oma tilanteeni olekaan toivoton!”. Harjoitelluista rentoutustekniikoista jokainen oli kokenut ainakin kaksi itselleen hyvin sopiviksi ja omaan arkeensa soveltuviksi: ”Mahdollisuus tyhjentää päivän päätteeksi mieli / ne todella teipsivät / syvä vaikutus yllätti / niiden avulla voi saada itselleen hyvän mielen / jokin on alkanut virrata minussa ja on helpompi hengittää!” Terapeutista syvyyttä tähän ryhmään toi se, että jokainen ryhmäläinen oli ollut yksilöpötilaanani ja minulla oli kohtuullisen kattava käsitys heidän kokonaistilanteestaan. Samansuuntaisesti vaikuttivat niin valmiustila kuin motivaatio, jot-

Alustavia kokemuksia ... jatkoa edelliseltä sivulta

ka kaikilla ryhmäläisillä oli sekä heidän homogeenisuutensa sosiaalisissa taidoissa. Potilasvalikointi oli tämän ryhmän kohdalla RDC/TMD diagnostiseen kriteeristöön ja yksilöarvioon perustuen varsin toimiva. Näin pienellä ryhmällä puolentoista tunnin ryhmäkerta oli sopivan pituinen – ryhmäkoolla 5-6 päädyimme luultavasti kahden tunnin mittaisiin ryhmäkertoihin. Kokonaisprosessin kesto olisi voinut olla pari kertaa pidempi – vastaavantyyppisiä mutta hieman pidempiä ryhmäprosesseja vedin TYKS:in kipupoliklinikalla vuosina 2006-2008 erilaisen pitkäaikaisten kipuongelmien kanssa eläville potilaille. Pidempi-kestoinen prosessi antaa enemmän mahdollisuuksia kokeiltujen ja harjoiteltujen rentoutusmenetelmien

kertaamiseen. Työskentely ryhmäkertojen välillä tulee olemaan jatkossakin näissä ryhmissäni melko kevyttä, mutta selkeästi strukturoidumpaa ja ohjeistettua. Uuden ryhmän kokoaminen on alkanut ja ryhmä pääsee aloittamaan keväällä 2013.

Kirjallisuusviitteet:

1. Kataja J: Rentoutuminen ja voimavarat. Edita. Helsinki 2004.2. Tuomisto M: Sovelletun rentoutuksen käsikirja. Suomen Käyttötymistieteellinen Tutkimuslaitos. Tampere 2005
3. Asmundson Gordon J.G. ja Katz J: Understanding the co-occurrence of anxiety disorders and chronic pain: state-of-the-art. Depression and Anxiety 2009;26:888-901.
4. Melzack R: Evolution of the Neuro-matrix Theory of Pain. The Prithvi Raj Lecture: Presented at the Third World Congress of World Institute of Pain. Pain Practice 2005;5:85-94.
5. Leppänen T: Rentoutumalla helpotusta kipuun. Fysioterapia 2001:7.
6. Hagelberg N ja Heikkonen S: Selkäkipuun hallinta – helppoa mutta

- vaikaa. Suomen Lääkärilehti 2009;20.
7. Estlander A-M: Kivun psykologia. WSOY. Juva 2003.
8. Eccleston C, Williams ACDC, Morley S: Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults (Review). Published by John Wiley & Sons, Ltd. 2009.
9. www.rdc-tmdinternational.org
10. Suvinen T, Könönen M, Kemppainen P. Purentaelimen kivut ja toimintahäiriöt – hammaslääketieteen biopsykososiaalinen "ongelma"? Suomen Hammaslääkärilehti 2006; 19: 1084-1090.
11. Vartiovaara Ilkka: Stressaa! Hyvä paha paine. Duodecim. Jyväskylä 2010.
12. Granström Veikko: Kipu ja mieli. Edita. Porvoo 2010.

Terhi Runsio
psykologi, opiskelija kivun psykologian
asiantuntijakoulutuksessa TYKS,
Suusairauksien klinikka
terhi.runsio@tyks.fi



Liity Kansainvälisen kivuntutkimusyhdistys IASP:n jäseneksi

IASP on johtava kivun tutkimuksen, hoidon ja opetuksen ammatillinen foorumi.
Se on perustettu vuonna 1973.

Nykyään IASP:ssa on yli 8000 jäsentä 129 maassa ja kansallisia jaoksia 89.
Jäseneksi voivat hakea kaikki, jotka työskentelevät kivun tutkimuksen, diagnostiikan tai hoidon parissa.

Lisää tietoa IASP:sta www.iasp-pain.org

Soili Kajaste ja Juha Markkula:

”Hyvää yötä – apua univaikeuksiin”

Kustantaja: Kirjapaja (2011), 260s

NOORA SJÖSTEN

Hyvää yötä – apua univaikeuksiin” on psykologi Soili Kajasteen ja erikoislääkäri Juha Markkulan unettomuutta ja sen hoitokeinoja käsittelevä teos. Se on varsin tervehtullut uutuus, joka sopii luettavaksi hyvin laajalle kohderyhmälle aina unettomuuspotilaista heitä hoitaviin ammattilaisiin saakka, kipupotilaiden kanssa työskentelevät mukaan lukien. Kirjan mukaan joka kolmas meistä kärsii ainakin lyhytaikaisista uniongelmissa ja joka kymmenes pitkäaikaisesta unettomuudesta. Kroonisilla kipupotilailla unihäiriöt ovat vielä tavallisempia. Monet kipupotilaista kokevat kivun suurimmaksi untaan häiritseväksi tekijäksi. Tutkimuksissa on kuitenkin todettu, että vaikka kipu onkin voimakas unettomuuden laukaisija, sen merkitys vähenee ajan myötä. Näin ollen, unettomuuden pitkittyessä siihen alkaa kietoutua yhä enemmän myös muita tekijöitä (mm. ajatusvääristymiä, masentuneisuutta, ahdistuneisuutta ja liikaa yrittämistä), jotka jo sinällään ilman kipuärsykettäkin, ovat riittävän

voimakkaita ylläpitämään unettomuuskierrettä. Kirja paneutuu juuri näihin ”muihin” tekijöihin. Siinä on kuvattu erilaisia unettomuuden hoitokeinoja varsin käytännönläheisesti ja sopivia apukeinoja voi kukin lukija itse poimia tekstistä omaa tai potilaansa unettomuutta silmällä pitäen. Kirjan keskeinen tavoite on saada lukija näkemään unettomuus tilana, jolle voi halutessaan tehdä jotakin. Tilanne on samanlainen kuin kroonisen kipupotilaan kuntouttamisessa, jossa on pitkälti kyse kuntoutujan omasta kyvystä ja halusta sitoutua kuntoutukseensa sekä sisäistää oma osuutensa kuntoutumiseen vaikuttavana tekijänä.

Kirjan ensimmäisessä osassa käsitellään mm. unitutkimuksen historiaa, unen ja ahdistuksen biologiaa sekä erilaisia unihäiriöitä ja niiden terveysvaikutuksia. Se on tuhti tietopaketti unen säätelyn biologisista tekijöistä ja luo pohjan myöhempien osien, erityisesti hoitokeinojen taustojen, ymmärtämiselle. Unta, rytmisyyttä ja unettomuutta tarkastellaan läpi kirjan varsin mielenkiintoisesti evoluutiobiologian näkökul-

masta. Peruseriaatteena on, että tietyn ominaisuuden säilyminen ihmiskunnassa yleisenä aiheutuu siitä, että kyseinen ominaisuus on merkittäväällä tavalla edesauttanut lajin selviytymistä ja menestymistä. Unettomia henkilöitä kuvataankin tunnollisiksi vastuunkantajiksi, jotka esi-isämme heimoissa ovat olleet niitä, jotka ovat herkästi heränneet pieneenkin risahdukseen ja pystyneet näin varoittamaan koko ihmisheimoa uhkaavalta vaaralta. Nukkumisen ja rytmisyyden säilymistä selitetään yöaikaisella proteiinituotannolla, jota tarvitaan päivän rasituksesta toipumiseen ja syntyeiden vaurioiden korjaamiseen.

Unen rakenne ja unen erilaiset säätelymekanismit (sirkadinen ja homeostaattinen) kuvataan kirjassa varsin yksityiskohtaisesti, mutta selkeästi ja helppolukuisesti. Kirja nostaa esiin tärkeitä perusasioita, joita ammattilaisenkin on hyvä muistaa uniongelmaista ohjattaessaan. Virallisen unimääritelmän mukaan unia jaetaan karkeasti REM (vilkeuni, paradoksaalinen uni) ja ei-REM-uneen (NREM-uni). NREM-uneen sisältyy kolme eri vaihetta; torke, kevyt uni ja syvä uni. Unisykli tarkoittaa jaksoa NREM-unen alusta REM-unen loppuun ja kestää karkeasti noin 1,5-2 tuntia. Syvää unta nukutaan eniten alkuyöstä ja REM-uni jaksoit lisäntyvät ja pitenevät aamuyötä kohden. Unen rakenteen vuoksi, on siis täysin normaalia, että ihminen herää helposti unisyklin loppuvaiheessa ja aivan erityisesti silloin, kun taustalla on paljon kipua. Kyky rauhoittua ja nukahtaa uudestaan tässä vaiheessa onkin aivan oleellista, jotta uniongelma ei pääsisi kroonistumaan. Käytännön potilastyön kannalta myös ns. unikytkimen käsite on tärkeä ymmär-

tää. Unikytkin kuvastaa yksinkertaisesti mekanismia, joka saa aikaan aivojen äkillisen siirtymisen valveesta uneen (ns. keinulautamalli). Keinulaudan toisessa päässä ovat vireyttä ylläpitävät psyykkiset ja biologiset tekijät, toisessa päässä sitä alentavat tekijät. Mallin avulla on helppo ymmärtää, miksi esim. psyykkiset tekijät, kuten voimakas ahdistuneisuus tai pelot, saattavat herättää keskellä yötä, vaikka illalla otettu unilääke auttaisi kalliistamaan keinulaudan alkuyöstä ensin unen puolelle. Kirjassa painotetaan erityisesti kroonisen stressin merkitystä yhtenä unettomuuden aiheuttajana depression, ahdistuneisuuden ja kivun rinnalla. Unen häiriintymisen johtaa jatkuessaan ylivireystilaan, jolloin sympaattinen aktiivisuus lisääntyy ja vireyttä ylläpitävien välittäjäaineiden (mm. noradreliniini, dopamiini ja serotoniini) pitoisuudet pysyvät jatkuvasti suurina. Jatkuva univaje ja stressi lisäävät myös tulehduskellisia tekijöitä elimistössä. Nämä muutokset puolestaan lisäävät useiden vakavien kansantautiemme, kuten sepelvaltimotaudin ja diabeteksen puhkeamisen riskiä.

Ensimmäisen osan loppuosassa on mukava kertaus myös muista unihäiriöistä (mm. liikaunisuus ja erilaiset parasomniat). Sitä voi suositella läpikahlattavaksi yleissivistyksen ja piristykseenkin vuoksi. Eri-alaisten unihäiriöiden kirjo on varsin laaja, ja kukapa olisi ennen kirjan lukemista tullut ajatelleeksi, että unihumalaa esiintyy lapsilla hyvin usein, ja että yksittäisiä unihalvauksia on kokenut jopa 25-50% perusterveistä aikuisista. Kliinistä työtä ajatellen on tärkeää pitää mielessä ICSD- ja DSM:n unihäiriöluokitukset, joissa unihäiriöt jaetaan itse

unen häiriöihin eli dyssomnioihin, unenaikaisiin erityishäiriöihin eli parasomnioihin sekä muiden sairauksien, lääkkeiden tai päihteiden aiheuttamiin sekundaarisii unihäiriöihin. On myös tärkeää tehdä ero akuutin ja kroonisen unettomuuden välillä ja oppia tunnistamaan erityisesti kroonisen unettomuuden kehittymiseen vaikuttavat tekijät (altistavat, laukaisevat ja ylläpitävät), jotka kirjassa selkeästi esitellään.

Sekä unettomia potilaita että heitä hoitavia ajatellen unettomuuden hoitokeinoja kuvaava osio lie-nee antoisin. Kirja keskittyy erityisesti kognitiivis-behavioraalsiin unettomuuden hoitomenetelmiin, joihin kuuluvat mm. unenhuolto, rentoutuminen, unen ja uniärsykeiden rajoittaminen sekä erilaiset kognitiiviset menetelmät (esim. rakentava huolten käsittely ja mustavalkoisuuden tutkiminen). Uutena em. hoitokeinojen rinnalla kirjassa esitellään myös zen-filosofiaan sekä amygdalan eli mantelitulmakkeen (pelkosysteemin) rauhoittamiseen pohjautuvia mielenrauhottamiskeinoja, jotka ovat vähitellen tulleet myös osaksi kognitiivista psykoterapiaa. Jokainen hoidon työkalu kuvataan ytimekkäästi ja potilasesimerkein havainnollistettuna. Niitä on näin ollen helppo soveltaa niin omaa kuin potilaankin unettomuutta hoidettaessa. Toisen osan loppupuolella on myös hyvä, kompakti kertaus yleisimmin käytetyistä unilääkkeistä, niiden haitoista ja hyödyistä. Kirjoittajat pyrkivät raottamaan myös pitkäaikaiseen unilääkkeiden käyttöön liittyviä turhia syyllisyyden verhoja. Tarve käyttöön on hyvinkin perusteltua tietyissä potilasryhmissä ja hyvänä periaatteena unilääkityksen kohdalla toimii ”jos lääkkeestä on hyötyä, eikä siitä ole mainittavaa haittaa, ei sen käytölle ole mitään estettä”. Kirjoittajat muistuttavat myös käsitteiden toleranssi, riippuvuus ja väärinkäyttö eroista sekä tärkeydestä pitää ne erillään potilaiden hoitoa mietittä-

essä. Kirjassa esitellään lyhyesti myös uudempiä unettomuuden hoidossa käytettyjä lääkeryhmiä, kuten psykoosi-, allergia- ja masennuslääkkeitä. Myös mm. kroonisen kivun hoitoon käytetyn pregabaliinin käyttö unettomuuden hoidossa on kirjoittajien mukaan yleistymässä.

Kirjan kolmannessa osiossa on filosofisempi kuvaus unista ja painajaisista, niiden kehittymisestä ja merkityksistä. Erityisesti painajaisia käsittelevä osio kannattaa lukea, koska ne saattavat liittyä esim. post-traumaattiseen stressioireyhtymään tai joidenkin lääkkeiden (esim. levodopan) sivuvaikutuksiin. Lyhyt kappale on omistettu myös painajaisien työstämisen tekniikoihin.

Aivan kirjan loppuun on kerätty erilaisia unettomuuden ja toimintakyvyn arvioinnin mittareita helpotamaan kliinistä työskentelyä. Lisäksi löytyy yksi esimerkki uni- ja harjoituspäiväkirjasta, joka on varsin käyttökelpoinen potilaan tilannetta arvioitaessa ja työستettäessä.

Kaiken kaikkiaan Soile Kajasteen ja Juha Markkulan kirjoittama opus on erinomainen paketti luettavaaksi; helppolukuisuutensa vuoksi se perehdyttää unen saloihin nopeasti, mutta samaan aikaan varsin laaja-alaisesti. Vaikka kirjassa vain sivutaan kipua, on sen lukeminen kipupotilaille itselleen sekä heitä hoitaville ammattilaisille erittäin suositeltavaa. Kipu ja unettomuus ovat monimutkaisessa yhteydessä toisiinsa, joten vaikuttamalla niistä toiseen, voidaan todennäköisesti vaikuttaa myös toiseen. Monet kirjassa esitellyistä unettomuuden kognitiivisista hoitokeinoista voivat sinällään edistää myös itse kivun kanssa selviytymistä.

Noora Sjösten
Psykologi, FT
Kuulokeskus/TYKS
noora.sjosten@tyks.fi

Johan W.S. Vlaeyen, Stephen J. Morley,
Steven J. Linton, Katja Boersma,
Jeroen de Jong:

Pain-Related Fear: Exposure-Based Treatment of Chronic Pain

Kustantaja: IASP Press, Seattle 2012

MARJA-LIISA VELTHEIM

"Pain-Related Fear Exposure-Based Treatment of Chronic Pain" käsittelee kipuun liittyvää pelkoa ja altistumiseen perustuvaa kroonisen kivun hoitoa. Teoria perustuu psykologiseen välttämiskäyttäytymisen malliin (engl. fear-avoidance model), jonka ovat kehittäneet Hollannissa Johan Vlaeyen ja Jeroen de Jong kollegoineen. Mallia ovat edelleen testanneet ja kehittäneet Ruotsissa Steven Linton ja Katja Boersma kollegoineen. Kirjan tavoitteena on esittää välttämiskäyttäytymisen mallin teoria ja toimia käsikirjana, jonka mukaan kipupotilaan hoitoa voi suunnitella ja toteuttaa. Kirjan tavoitteena on toisaalta myös antaa suuntaviivoja tutkimukselle mallin toimivuuden ja hoidon vaikuttavuuden arviointiin. Kirjan ohessa on myös DVD, jossa havainnollistetaan kipupotilaan hoitotapahtumaa.

Välttämiskäyttäytymismalli

Kroonisen kivun välttämiskäyttäytymismalli perustuu Pavlovin klassi-

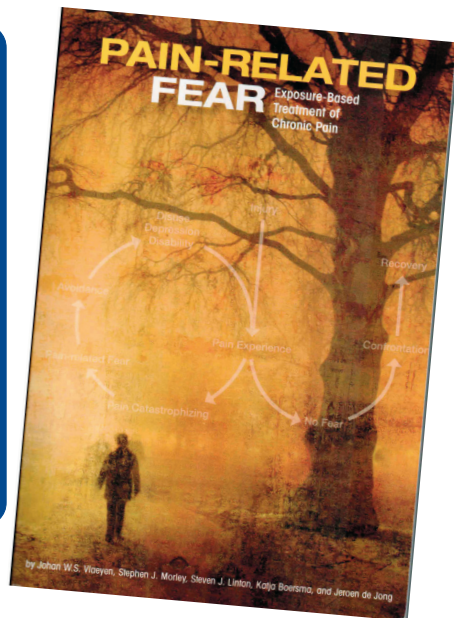
sen ja Skinnerin operantin ehdollistumisen periaatteille. Neutraali ärsyke, yksilön tekemä liikesuoritus tai toiminto, saa aikaan hänessä ehdollisen reaktion, jolla on kielteinen merkitys: hänen sympaattinen hermostonsa aktivoituu, hän kokee pelkoa ja ahdistuneisuutta ja hänen lihaksensa jännittyvät. Tämä ehdollinen reaktio vahvistaa liikesuorituksen laukaisemaa reaktiota, kivun välttämiskäyttäytymistä, joka voi sisältää mm. toiveajatuksen täydellisen lopettamisen tekeminen ja levätä tai hakeutua sairauslomalle. Pelon, jännityksen ja ahdistuksen mahdollisimman nopea väheneminen välttämiskäyttäytymisen seurauksena on yksilölle palkitsevaa ja vahvistaa hänen reagoititapaansa vastaisuudessa.

Kipukokemuksen ja oppimisen myötä kipu liittyy yhä voimakkaammin liikesuorituksiin ja toimintatilanteisiin. Kipua välttääkseen henkilö alkaa välttää liikkumista ja kaikkia aktiviteetteja, joissa on kokenut kipua tai olettaa kokevansa kipua ja joiden uskoo tämän vuoksi

olevan hänelle vahingollisia. Välttämisen myötä liikuntaelimestön ja lihasten käyttö olennaisesti vähenee. Kiputunteukset käyttämättömissä lihaksissa ja liikuntaelimestössä lisääntyvät. Välttämiskäyttäytyminen vahvistaa kivun tunnetta pitemmän ajan kuluessa.

Altistamiseen perustuva kivunhoito

Altistamiseen perustuvalla kivunhoidolla ovat antaneet vaikutteita mm. Bill Fordyce, joka sovelsi kollegoineen 1960-luvulla kipukäyttäytymisen analysointiin ja kivunhoitoon operanttia ehdollistumista sekä 1990-luvulla kehitetty hyväksymis- ja omistautumisterapia (engl. acceptance and commitment therapy), jossa yksilön kielellisesti muotoilemat ajattelumallit ovat tarkastelun kohteina. Kipukokemus voi dominoida potilaiden ajattelua niin paljon, että he ovat kyvyttömiä toimimaan arkielämässään. Ajattelumallit voivat olla jäykkiä ja joustamattomia, ja ne voivat reflektoida puutteellisesti todellisuutta. Tera-



pian tavoitteena on tukea toimimattomien tai jäykkien kielellisten ajatelmallien uudelleen muotoilua ja aktivoida yksilöä toimimaan kivusta huolimatta.

Bill Fordyce oivalsi, että kipupotilailla sekoittuvat käsitteet ”vaivata” ja ”vahingoittua” (engl. ”hurt” and ”harm”). He saattavat välttää fyysisistä toimintaa, koska he ovat erheellisesti vakuuttuneita siitä, että toimintoon liittyvä kipu on merkki fyysisestä vahingoittumisesta. Fordyacen oivallus oli se, että vaikka kokemus kivusta on subjektiivinen, kivun ilmaiseminen on ulkoista käyttäytymistä, jota voidaan havainnoida. Kivun ilmaisemisen muodot ovat opittuja käyttäytymismalleja, joihin voidaan vaikuttaa behavioristisin keinoin: kipukäyttäytymistä voidaan muokata, sitä voidaan vahvistaa ja sammuttaa.

Kroonisista kivuista kärsivien potilaiden tavanomaisiin arkitoimintoihin, liikuntamuotoihin ja normaaleihin liikemalleihin liittyy pelkoja. Terapian tavoitteena on palauttaa yksilön luottamus toimintakykyyn ja siihen, että tekeminen ei vahingoita häntä fyysisesti. Hoitona käytetään toiminnallista aktivointia, etukäteen suunniteltuja käytännön tilanteita, joissa yksilöä kannustetaan ryhtymään toimiin, joita hän on oppinut välttämään pelätessään vahingoittumista.

Hoidon suunnittelu ja arviointimenetelmät

Hoidon suunnittelu perustuu kipupotilaan puolistrukturoiduun haastatteluun, jossa pyydetään potilasta mm. kuvailemaan nykyistä kipua (kivun tunnenerkitys, voimakkuus, sijainti, kivun ajoittuminen päivän aikana), mitä seuraamuksia kivulla on hänen elämälleen ja päivittäisille toiminnoilleen (työ, kotiaskareet, vapaa-aika, sosiaaliset kontaktit, seksuaalisuus, perhe-elämä) ja mitä hän toivoo saavuttavansa hoidolla.

Kipukyselylomakkeiden avulla

(mm. Pain Catastrophizing Scale PCS, Pain Anxiety Symptoms Scale PASS, Tampa Scale for Kinesiophobia TSK) voidaan niiden puutteista huolimatta paremmin valita tutkimukseen ja hoitoon soveltuvat potilaat ja arvioida hoidon tuloksellisuutta. Testeistä on löydettävissä myös suomenkieliset versiot.

Hoitoprosessin vaiheet

Kivunhoidossa kirjan tekijät erottelivat neljä vaihetta. Ensimmäinen vaihe sisältää opastuksen, valmentautumisen ja sitouttamisen hoitotapahtumaan. Toinen vaihe sisältää hoidon tavoitteiden asettamisen. Kolmas vaihe sisältää pelon hierarkian määrittelyn. Neljäs vaihe sisältää aktiivista altistamista pelätyille toiminnoille ja käyttäytymiskokeita, joissa kohdataan asteittain vaativampia tilanteita, ja näiden tilanteiden purkamista ja käsittelyä.

Ensimmäisessä hoitovaiheessa potilaalle annetaan tietoa terapian taustasta ja periaatteista ja hänet pyritään sitouttamaan hoitoprosessiin. Tavoitteena on auttaa potilasta muotoilemaan uudelleen käsityksensä kipuproblematiikasta. Toinen tavoite on saada hänet motivoitumaan toimintoihin, joita hän on tähän asti välttänyt. Potilaat ovat yleensä lähtökohtaisesti haluttomia hoitoon, jossa kyseenalaistetaan heidän perusolettamuksensa siitä, että liikuntaa seuraava kipu varoittaa elimistön vahingoittumisesta. On ideaalista, jos potilaan alkuvaiheen tapaamisiin voisi osallistua psykologin lisäksi myös joku muu terveydenhuollon asiantuntija, joka osaltaan selventää potilaalle hänen terveydentilaansa. Potilaan kanssa käydään läpi suoritettut diagnostiset tutkimukset (kuten MRI-, röntgen- ja laboratoriotulokset) ja keskustellaan tutkimustulosten merkityksestä. Hänelle vakuutetaan, että lääketieteellisiä syitä ei ole, miksi hän ei voisi tehdä tavanomaisia arkeen liit-

tyviä toimintoja. Päinvastoin aktiiviset toimet ovat välttämättömiä hänen terveydelleen. Vakavan elimellisen sairauden puuttuminen ja se, että hänet on ohjattu psykologille, ei kuitenkaan tarkoita sitä, että hänellä olisi mielenterveyden häiriö.

Tärkeää alkutapaamisissa on antaa potilaalle vaihtoehtoinen selitys hänen oirehinnalleen ja käyttäytymiselleen. Potilaan välttämiskäyttäytymistä voidaan tarkastella normaalina suojautumiskäyttäytymisenä kipureaktioon. Suojautumiskäyttäytymisen voidaan todeta soveltuvan hyvin akuuttiin kiputilaan, mutta pitkäaikaisessa se kääntyy itseään vastaan. Defensiivinen välttämiskäyttäytyminen alkaa häiritä ja estää laajasti kaikkea normaalia elämää ja saattaa myös pahentaa kipuoirekuvaa.

Hoitoprosessin toisessa vaiheessa määritellään hoidon tavoitteet. Altistamiseen perustuvan hoidon tavoitteena ei ole kivun vähentäminen, vaan toimintakyvyn palauttaminen kivusta huolimatta. Potilaan ja terapeutin tulisi määritellä toimintakyvyn liittyviä realistisia terapiatavoitteita. Jos kivun vähentäminen on potilaan ainoa tai tärkein hoitotavoite, altistamiseen perustuva kivunhoito ei välttämättä ole oikea hoitomuoto. Sopivia hoitotavoitteita ovat sen sijaan toiminnalliset tavoitteet, kuten lapsen nostaminen syliin, polkupyöräily, käveleminen yksin kauppaan tai uimisen aloittaminen uudelleen. Yleisemmät toimintakyvyn liittyvät tavoitteet, kuten töihin palaaminen, kotitöiden tekeminen tai lomamatkalle lähteminen, voidaan pilkkoa pienempiin ja konkreettisimpiin alatavoitteisiin ja toimintoihin, jotka soveltuvat paremmin toiminnallisiin terapatilanteisiin.

Hoitoprosessin kolmannessa vaiheessa kipupotilasta pyydetään arvioimaan erilaisten toimintojen vahingollisuutta. Potilasta kehoitetaan katselemaan huolellisesti valokuvia, jotka esittävät tavallisia arkitoimin-

jatkoa edelliseltä sivulta

toja, kuten ostoskassin nostamista, astian kurottelua keittiökaapin päältä tai pölynimurointia, ja häntä pyydetään kuvittelemaan itsensä kuvan tilanteeseen (Photograph Series of Daily Activities, PHODA). Häntä ohjataan asettamaan toimintakuvat haittamittarille, jonka asteikko 0-100, sen mukaan, miten vahingollisena hän pitää kyseistä toimintaa fyysiselle terveydelleen. Potilasta pyydetään arvioimaan nimenomaan toiminnan vahingollisuutta, ei odotettavissa olevaa kipua. Tarjolla olevien kuvien lisäksi terapeutti antaa potilaalle vielä tyhjän kuvan ja kysyy tältä, pystyisikö tämä ajattelemaan jotakin toimintaa, joka on tärkeä, jota ei ollut aiemmin esitetyissä kuvissa ja jonka tämä ajattelee olevan fyysisesti vahingollinen.

Neljännessä hoitoprosessin vaiheessa sovelletaan järjestelmällistä siedätystä toimintoihin, jotka potilas on kokenut tärkeiksi ja joita hän kuitenkin on alkanut kivun vuoksi karta. Potilas kohtaa terapiassa edistyessään yhä vaikeammiksi, uhkaavammiksi ja vahingollisemmiksi arvioimiaan toimintoja käytännön tilanteissa. Terapeutti näyttää ensin mallia liikkeeseen tai aktiviteettiin ja demonstroii, että niiden suorittaminen on turvallista. Turvallisen ja kannustavan terapeutin läsnäoloa vähitellen häilytetään, jotta potilas suorittaisi toiminnot lopulta täysin itsenäisesti ja tilanne vastaisi mahdollisimman hyvin terapian ulkopuolista ympäristöä. Potilasta kannustetaan jatkamaan toimintoja tai aktiviteettia, kunnes hän ei koe oloaan enää epämuikavaksi ja toiminta ei herätä hänessä ahdistuneisuutta.

Potilasta kannustetaan myös testaamaan terapiassa uskomuksiaan toiminnan vahingollisuudesta. Potilas muotoilee uskomuksensa hypoteesin tapan terapeutin ohjauksessa, kuten ”jos hypään portaalta,

selkäytimeni vaurioituu ja koen raastavaa tuskaa”. Hypoteesin muotoilun jälkeen vastaava koe suunnitellaan. Potilas arvioi esim. matalimman mahdollisen porrastason, jolta hypätessä hän ajattelee hermovaurion tapahtuvan. Lopuksi koe toteutetaan käytännössä ja sen tulokset arvioidaan.

Altistamiseen perustuvan kipuhoidon mallin soveltuvuudesta

Potilaiden valitseminen altistavaan kivunhoitoon on vaativaa. Heidän pitäisi olla riittävän joustavia pystyäkseen muuttamaan ajattelutapaansa toiminnan välttämisestä keinona vähentää kivun kokemusta. Heidän tulisi sitoutua toimimaan terapiassa alkuperäisten ajattelumalliensa vastaisesti. Hoidosta kieltäytyvien ja hoidon keskeyttävien määrä onkin varsin huomattava. Potilaat pitävät usein muita psykoterapiamuotoja houkuttelevampina.

Altistamiseen perustuva aktiivinen hoito edellyttää myös terapeutilta erityisiä ominaisuuksia. Hänen tulisi kokea olonsa luontevaksi ja varmaksi, kun hän kannustaa potilasta toimintaan, johon tämä ei halua ryhtyä. Terapeutti ei saisi olla pelokas tai epäillä vahingoittavansa potilasta. Hänen tulisi olla vakuuttava ja luotettava asiantuntija puhessaan kivun psykologisista mekanismeista ja opituista käyttäytymismalleista potilaalle, joka yleensä kokee lähtökohtaisesti kipuongelman sa puhtaasti medisiinisenä ja toivoo ensisijaisesti kivun poistamista.

Altistamiseen perustuva kroonisen kivun hoitomalli tarjoaa mielestäni kuitenkin käytännöllisen ja soveltamiskelpoisen lähestymistavan kipupotilaiden hoidon suunnitteluun ja hoidon arviointiin. Hoitoprotokolla on hyvin sovellettavissa esim. alaselkävivusta kärsiville potilaille, joilla ei ole tehdyistä lääketieteellisistä tutkimuksista huolimatta

mitään kipua selittäviä medisiinisiä löydöksiä. Hoidon vaikuttavuudesta on tehty satunnaistettuja kontrolloituja tutkimuksia Hollannissa, Ruotsissa ja Kanadassa, ja kirjan toimitantun työryhmä toivoisi hoitomallin soveltuvuudesta ja vaikuttavuudesta lisää tutkimuksia muualtakin.

Altistamiseen perustuvan kivunhoidon soveltuvuudesta keskushermostoperäisissä kiputiloissa olisi mielenkiintoista saada selvitystä. Potilaat, joilla on vammautumisen tai aivoverenkiertohäiriöiden aiheuttamia keskushermostoperäisiä halvausoireita ja kipuja, ovat toisenlaisessa asemassa kuin kipupotilaat, joilla ei ole mitään kipua selittäviä lääketieteellisiä löydöksiä ja joiden fyysiset toimintaedellytykset ovat tallella. Toimisiko altistava hoito myös aivohalvauspotilaiden psykofyysisessä kuntoutuksessa, jos terapian toiminnalliset tavoitteet asetetaan oikein suhteessa potilaan arviointiin toimintaedellytyksiin?

”Pain-Related Fear” – kirja onnistuu saavuttamaan omat tavoitteensa erittäin hyvin. Se esittelee ymmärrettävällä tavalla ja riittävässä laajuudessa mallin teoreettisen perustan, on käytännönläheinen käsikirja, joka tarjoaa mahdollisuuden toiminnalliseen työtapaan kipupotilaan kognitiivis-behavioristisessa terapiassa ja antaa välineitä myös terapian vaikuttavuuden arviointiin. Toiminnallisesti altistava hoitomuoto saattaisi soveltua erityisen hyvin kuntoutuslaitosten moniammatillisille tiimeille tai kipupotilaan terapiaan, jossa psykologi ja fysioterapeutti toimivat työparina.

Marja-Liisa Veltheim
Neuropsykologian erikoispsykologi,
PsL
Taavetti Laitisen katu 7, 00300
Helsinki
marja-liisa.veltheim@mayet.fi

Maria Adele Giamberardino, MD, and
Troels Staehelin Jensen, MD, DMs:

Pain Comorbidities, Understanding and Treating the Complex Patient

Kustantaja: IASP PRESS, 2012

TUIJA HEISKANEN

Takakannen tekstin mukaisesti ”Pain Comorbidities” -kirjan keskeisenä sisältönä on kuvata ja selittää niitä kliniseen potilastyöhön kuuluvia tilanteita, missä krooninen kipu esiintyy samanaikaisesti jonkun muun tai joidenkin muiden itsenäisten sairauksien kanssa. Kirjan nimessä oleva englannin kielen sana ”comorbidities” käänntyy vaivaloisesti suomen kielelle. ”Rinnakkaissairaudet” lienee mahdollinen käännös mutta ei välttämättä kovin sujuva tai yleisesti tunnettu. Suomenkielisissä tieteellisissä julkaisuissa ja kongresseissa tiedän käytetyn komorbidit-sanana. Kirjan esitelytekstin mukaan komorbidin kivun laadun, sen diagnosoinnin ja hoidon tutkiminen ja tunteminen sekä ”kokonaisen potilaan” ymmärtäminen ovat ajankohtaisia varsinkin nyt, kun väestö vanhenee ja elinikä pitenee, mikä tarkoittaa monisairaiden määrän lisääntymistä. Kirjan julkaisijan lehdistötiedotteen mukaan kirja on tarkoitettu niin alan tutkijoille kuin käytännössä kipupotilaita hoitaville lääkäreille ja

hoitajille sekä psykologeille. Ja vielä niin, että näille ammattihenkilöille teos on jopa ”ratkaisevan tärkeä” (crucial).

Kirja on jaettu kolmeen osaan, joista ensimmäinen käsittelee kroonisen kivun esiintyvyyttä rinnakkaissairauksien kanssa sekä niitä mahdollisia mekanismeja, joiden kautta krooninen kipu ja pitkäaikaissairaudet liittyvät yhteen ja ovat vuorovaikutuksessa keskenään. Tarkasteltavana ovat mahdolliset geneettiset, hermostolliset, hormonaaliset ja elimistön puolustusjärjestelmään liittyvät yhteiset taustatekijät ja mekanismit. Tutkimustuloksia on myös siitä, miten kipukynnyksen ja kivun kokeminen muuttuvat eri sairauksissa ja tiloissa, joihin kipu ei tyypillisesti kuulu, kuten Parkinsonin taudissa, vaikeassa masennuksessa, skitsofreniassa, dementoivissa aivosairauksissa mutta myös normaalissa ikääntymisessä.

Kirjan toisessa osassa tarkastelun alla ovat monet tutut kansansairaudet, kuten verenpainetauti, diabetes, liikalihavuus ja vaikeat mielialahäiriöt. Mikä on kivun ominais-

laatu liittyneenä näihin fyysisiin ja psyykkisiin sairauksiin, missä määrin ja miten kivun ja rinnakkaissairauden mekanismit liittyvät yhteen ja vaikuttavat toisiinsa, tai mikä tulee ensin – aiheuttaako liikalihavuus kipua vai toisinpäin kipu liikalihavuutta. Kirjan kolmas osa on sitten omistettu komorbidin kroonisen kivun hoidolle ja kuntoutukselle. Artikkelien aiheina ovat moniammatillinen yhteistyö kivun hoidossa, lääkahoito, fyysinen kuntoutus ja terapeuttinen liikunta sekä kivun psykologiset ja psykoterapeuttiset hoitokeinot. Sivumäärillä mitattuna eniten painoarvoa kirjan tässä jaksossa saa kivun lääkahoito.

Psykologin ja neuropsykologin koulutuksella ”Pain Comorbidities”-kirja oli melko vaativaa luettavaa, sen verran paljon sen sisältöä hallitsee kivun lääketieteellinen tutkimus. Tästä syystä kirjan julkaisijan ennakkotieto sen soveltuvuudesta myös psykologeille tuntui vähän harhaanjohtavalta. Biokemiaan, neurofysiologiaan, genetiikkaan ja muuhun vastaavaan liittyviä tutkimuksia kirjassa esiteltiin suuri joukko, eivätkä oma koulutukseni ja tietotaitoni antaneet edellytyksiä niiden tieteellisen arvon pätevään punnitsemiseen. Joukon neuropsykologian ja aivotieteen tekstejä luki kenena arvelen kuitenkin komorbidin kivun lääketieteellisen tutkimuksen etenevän sitä tuttua rataa: tutkitaan paljon ja saadaan paljon erilaisia tutkimustuloksia. Harvoin tutkijat itse moittivat tutkimuksiin, vaan enimmäkseen niiden oletetaan antavan oleellista uutta tietoa tutkimuskohteesta. Todellisuudessa asioiden ja ilmiöiden oikean laidan ja keskeisen sisällön jäseny-

miseen tarvitaan paljon pieniä puroja, jotka vähitellen monien mutkien ja harharetkien kautta alkavat kulkea oikeaan suuntaan. Tämä tuntui koskevan myös sitä lääketieteellisen kivun tutkimuksen uusinta uutta, jota ”Pain Comorbidities”-kirja esittelee. Suuresta määrästä alustavia tutkimustuloksia ei lukijalle välttämättä vielä hahmotu kovin jäsenyntyttä kuvaa komorbidin kivun luonteesta, eivätkä kaikki tutkimustulokset välttämättä vie alan tutkimusta ja tietämystä eteenpäin. Tärkeä on kuitenkin tutkia kroonisen kipuun ja rinnakkaisairauksiin liittyviä biokemiallisia ja neurofysiologisia mekanismeja. Osaltaan tämä vahvistaa sitä tietoa, ettei kroonisen kipupotilaan kokeman kivun määrä ole suoraviivaisesti pääteltävissä todetuista hermo- ja kudonsvaurioista, mikä seikka saattaa yhä edelleen käytännön potilastyössä päästä unohtumaan. Kirjan keskeistä antia kaikille kivun hoidon ammattilaisille, lääkäreistä ja hoitajista fysioterapeuteihin ja psykologeihin, on pyrkimys nähdä ja ymmärtää kokonaisvaltaisesti kroonisesta kivusta kärsivän ihmisen tilanne silloin, kun hänen voimavarojaan koettelee kivun lisäksi myös joku muu fyysiseen tai psyykkiseen terveyteen liittyvä ongelma. Tämä rinnakkaiselo voi merkittäväällä tavalla muovata kipukokemuksia ja määrätä hoidon ja kuntoutuksen sisältöä ja suuntaa.

Kipupotilaiden kanssa tehtävään käytännön kuntoutustyöhön kirjalla oli melko vähän annettavaa, ainakin näin psykologin näkökulmasta nähtynä. Tästä painotuksesta kertonee mm. se, että lähes 500-sivuisen kirjan sisällöstä vajaan sata sivua on omistettu varsinaiselle monisairaiden henkilöiden kivun hoidolle ja kuntoutukselle. Kroonisen kivun psykologinen kuntoutus saa kirjassa sijaa peräti 11 sivun verran ja näin lyhyessä katsauksessa asiasisältö

jää melko yleisluontoiseksi tarjoten lähinnä sen saman tiedon kognitiivis-behavioraalisten terapiamenetelmien käyttökelpoisuudesta kivun hoidossa, mikä on niin monesta muusta lähteestä luettavissa. Virkistävän poikkeuksen tarjosi amerikkalainen lääkäri John D. Loeser, jonka selkeää ja käytännönläheistä reseptiä komorbidin kivun kuntoutukseen voisi alkaa toteuttaa vaikka heti huomispäivänä. Ensimmäisenä asiana hän neuvoo lopettamaan turhauttavan kivun alkulähteen etsinnän ja keskittymään niihin asioihin, jotka ovat normaalin elämänmenon esteinä. Normaaliin arkiseen elämään kuuluu mm. riittävä määrä fyysistä aktiiviteettia, minkä lisäämisen hän neuvoo aloitettavan siitä, kuinka monesta tuoilta ylösnoususta tai kuinka monesta kävelykierroksesta kipukuntoutettava suoriutuu, ja lähtötaso päivittäiselle harjoitusohjelmalle löytyy sitten pari pykälää tästä tasosta alaspäin. Hyödyttömään väittelyyn kipukuntoutettavan kanssa siitä, voiko kipeää paikkaa ylipäänsä liikuttaa, ei kannata ryhtyä, hän neuvoo. Muut käytännön ohjeet koskevat mm. kipupotilaiden univaikeuksien, massenuksen tai päihteiden väärinkäytön hoitoa. Välttämättä mitään täysin uusia ja ennenkuulumattomia hänen neuvonsa eivät ole, mutta käytännönläheisen kokonaisuutensa kipupotilaan kuntoutuksesta hänen lyhyt artikkelinsa tarjoaa.

Tämä epätasainen palstatilan jako eri aihealueiden kesken aiheutti pientä mietintää. Edellyttääkö kirjan otsikko sitä, että sisältöä hallitsee komorbidin kivun lääketieteellinen tutkimus ja hoito, vai kertooko tämä jotain myös kivun hoidon käytännön painotuksista? Vaikka oppikirjoissa ja juhlapuheissa puhutaan moniammatillisesta kivunhoidosta, niin miten sen käytännön toteutus onnistuu? Ehkä moniam-

matillisuutta vierastavat ennen kaikkea potilaat, koska heiltä se usein edellyttää aktiivisempaa oman toiminnan ja ajattelun muokkaamista. Tai ehkä ammattihenkilöikään eivät potilaiden tappioksi osaa moniammatillisuutta kunnolla hyödyntää

”Pain Comorbidities”-kirja oli yhteen menoon luettuna suhteellisen uuvuttava urakka. Kirjassa on niin paljon yksityiskohtaista tutkimustietoa niin monista eri tutkimuksista, että lukijan päässä asiat alkoivat lopulta pyöriä yhtenä vyyhtinä. Kirja saattaisi toimia hyvänä käsikirjana tilanteissa, missä potilaana on diabeetikko tai jostakin muusta pitkäaikaissairaudesta kärsivä henkilö, jolla on vaivanaan myös krooninen kipu. Sen näkökulma kipuun on ennen kaikkea fysiologinen, kivun psykologiasta tai moniammatillisesta kivun hoidosta sillä ei ole paljon sanottavaa.

Tuija Heiskanen
neuropsykologian erikoispsykologi
PsL
Avire-Kuntoutus Oy
tuija.heiskanen@avire.fi

Luin ilolla Kipuviestistä 2/2012 (s. 41–42) Vesa Kontisen ja kumppaneiden laatiman kivun hoidon kirjaamisen suosituksen ja yhden ehdotettuihin kolmeen pääkohtaan eli kivun voimakkuuden mittaustuloksen, käytettyjen kivunhoitomenetelmien sekä niiden haittavaikutusten raportointiin.

Kuitenkin, jotta kivun hoito onnistuisi optimaalisesti ehdotan työryhmälle ja muille pohdittavaksi muutamia lisäyksiä. Työryhmä on katsonut, että nuo kolme kohtaa riittävät optimaalisen kivunhoidon suunnitteluun ja arviointiin. Lisäisin suosituksiin ainakin kivun sijainnin. Omat kokemukseni hoitotyöntekijöiden parissa ovat osoittaneet, että yllättävän usein leikatuilla potilailla on myös muita kipuja, kuten päänsärkyä, lihaskipuja jne, jotka sotkevat heidän arviotaan haa-

vakivusta ja jotka saattavat vaatia erilaista hoitoa kuin leikkausalueen kipu. Toinen seikka, joka tulisi mielestäni kirjata, on potilaan arvio kivun luonteesta. Pelkkä kivun voimakkuuden arviointi ja VAS-arvon kirjaaminen eivät välttämättä kerro riittävästi potilaan kokemasta kivusta. Potilaan oma näkemys kivustaan voi auttaa hoitajaa valitsemaan lääkehoidon rinnalle myös muita kivun lievityskeinoja kuten kylmä, kohoasento, rentoutus jne. Vaikka nämä kirjaukset eivät auta lääkehoidon toteutuksessa, ne voivat auttaa potilaan kokonaisuudessa.

Kaiken kaikkiaan kivunhoidon kirjauksissa on oleellista, että niistä käy ilmi onko potilaalla kipuja, miten kivunhoito on toteutettu, miten hoito on auttanut ja mitä erityistä kivun hoidon aikana on ilmennyt. Lääkehoito ja haittavaikutukset on aina kirjattava, samoin potilaan

mahdollinen kieltäytyminen lääkähoidosta.

Viittaan myös vuoden 2012 Kipuviestiin No1, jossa kirjoitin kivun hoitotyönkirjaamisesta. Kaikkien kivun hoitotyötä tekevien kannattaa virkistää muistiaan kertaamalla mitä siinä ja toisaalta Kontisen ym. artikkelissa on suositettu. Analysoin tällä hetkellä yhden leikkauksessa olleen potilasryhmän potilasasiakirjamerkintöjä ja voin sanoa, että olemme kaukana minimivaatimuksesta saati ideaalista potilaiden kivun kirjaamisessa.

Sanna Salanterä
Professor of Clinical Nursing
Science, PhD, FEANS
Vice Head of the Department
20014 University of Turku
sansala@utu.fi

Vastaus edelliseen:

”Minimivaatimukset vai ihannetilanne”

Kiitämme professori Salanterää myönteisistä kommentteista koskien SAY:n ja SKTY:n yhteistä suositusta akuutin kivun kirjaamisesta potilas-tietojärjestelmiin (Finnanest 45: 199, 2012, Kipuviesti 2/2012: 41–42 ja Spirium 47:16–17, 2012). Olemme samaa mieltä siitä, että kivun voimakkuuden lisäksi sen sijainti on tärkeä asia. Leikkauksen jälkeinen kipu sijoittuu useimmiten leikkausalueelle, mutta tämä ei ole aina itsestään selvää. Onneksi usein potilaat osaavat spontaanisti kertoa, että haavakivun sijasta ongelmana onkin esimerkiksi päänsärky. Myös potilaan kuvaus kivun luonteesta

voi auttaa parantamaan sen hoitoa eri tavoin.

Suositus sisältää ehdottomat minimivaatimukset kirjattavista asioista, eikä työryhmä toki katso niiden aina riittävän kivun hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Jouduimme suosituksen valmistelun aikana tekemään lukuisia valintoja pitääksemme minimivaatimukset niin yksinkertaisina, että niiden noudattaminen on mahdollista eri tavoin toteutetuissa potilastietojärjestelmissä. Mikäli potilaalla on useita kipuja, ne tulisi luonnollisesti kirjata kukin erikseen. Leikkauksen aiheuttamaa kipua täytyy mitata, vaikka se olisi vähäistä tai potilaalla olisi toinen kipuongelma, koska muuten emme saa tietoa esimerkiksi invasiivisten kivunhoitomenetelmien tehosta. Valitettavasti edes suosituksessa mainittuja tietoja ei monessa tällä hetkellä käytössä ole-

vassa tietojärjestelmässä pystyttyä kirjaamaan sujuvasti, yksikkökoh- taisten raporttien muodostamisesta puhumattakaan. Kuten professori Salanterä toteaa, työtä riittää, jotta saamme akuutin leikkauksen jälkeisen kivun ja sen hoidon kirjaamisen hyvälle tasolle.

Työryhmän puolesta

Vesa Kontinen, dosentti,
osastonylilääkäri
HYKS, ATEK, Jorvin sairaala

Katri Hamunen, LT, vs. Ylilääkäri
HYKS, ATEK, Kivun hoito

Ritva Jokela, dosentti, ylilääkäri
HYKS, ATEK, Naistenklinikka

Pirkka Rautakorpi, LT, erikoislääkäri
TYKS

Pirjo Ravaska, erikoislääkäri
Lapin keskussairaala

JUKKA LEMPINEN, SEPPO MUSTOLA

ETELÄ-KARJALAN KESKUSSAIRAALAN KIPUPOLIKLINIKKA TÄYTTÄÄ 20 VUOTTA

Etelä-Karjalan keskussairaalan kipupoliklinikka aloitti toimintansa 1. maaliskuuta 1993 päivystyspoliklinikan tiloissa. Ensimmäisenä varsinaisena kipupoliklinikan lääkärinä toimi tuolloin oman toimensa ohella nykyinen anestesiyllilääkäri Seppo Mustola. Hänet kuten Jukka Lempisenkin, kroonisen kivun hoitoon perehdytti ja kiinnostuksen aiheeseen herätti Tampereella erikoistumisvaiheessa professori Turo Nurmikko.

Perusta kipupoliklinikkatoiminnalle oli luotu kuitenkin jo aiemmin ylilääkäri Tapio Hallamaan ja varsinkin kollega Matti Vähämurron toimesta, jotka suhtautuivat myönteisesti kivun hoitoon yhtenä anesthesiaklinikan toiminnan osana. Vähämurto toimi 80-luvulla sairaalamme tehohoidon ylilääkärinä ja tämän ohella hoiti kipupotilaita leik-

kaussalin heräämössä - lähinnä erilaisin puudutuksin.

Hoitajien osalta kipupoliklinikkaa pyörittivät Marja-Liisa Ovaska ja Arja Pitkänen vuorotellen, kunnes Tarja Saarainen oli usean vuoden vakituisempaan hoitajana ja elokuussa 2002 saatiin lopulta kipuhoitajan virka. Tätä virkaa on hoitanut siitä lähtien Merja-Leena Pulli. Vuoden 2012 tammikuussa tiimi täydentyi vielä akuutin kivun hoitajalla, tosin puolikkaalla, jossa tehtävässä on Marja Heimala (ent. Turku).

Lääkäreistä Seppo Mustola puurisi kipupoliklinikalla yksin 5 vuotta

(v. 1991–92 ilman poliklinikkatiloja – heräämön nurkassa), kunnes Jukka Lempinen palasi Lappeenrantaan v. 1996. Siitä lähtien lääkärinvastaanottoa on ollut pääsääntöisesti 3 päivää viikossa. Osastonylilääkärin virka perustettiin heinäkuussa 2001, jonka jälkeen virkaa hoiti Seppo Mustola ja hänen siirtynyt anestesiyllilääkäriksi syksystä 2011 lähtien Jukka Lempinen. Huhtikuusta 2011 kipuvastaanottoa on pitänyt noin päivän kuukaudessa myös anestesiaerikoislääkäri Eero Vuorinen.

90-luvun loppuvuodet olivat monessa suhteessa hyvää aikaa. Kipu-

*Poliklinikkapalaveri 21.1.2013:
Yhäältä vasemmalta:
Sosiaalityöntekijä Outi Heinola,
toimintaterapeutti Minna
Nousiainen, kuntoutuspsykologi
Maria Lescelius, fysioterapeutti
Paula Kiero, anestesiyllilääkäri
Seppo Mustola.*

*Alhaalta vasemmalta:
APS-hoitaja Marja Heimala,
osastonylilääkäri Jukka Lempinen,
kipuhoitaja Merja-Leena Pulli.*



psykologi Pauliina Soini (ent. Soini-Lähde) toimi primus moottorina kipupotilaiden ryhmätöinnille, joka poiki myös Kipuklubi-toiminnan, jonka pyrkimyksenä oli vertaistuen mahdollistaminen. Potilaille suunnatut ensitieto-luennot aloitettiin 90-luvun lopulla. Kuntoutuspsykologin nimikkeellä tätä tointa on hoitanut Pauliinan jälkeen psykologi Maria Lescelius kesästä 2007 alkaen. Toimi on yhteinen fysiatrian yksikön kanssa ja tällä hetkellä kipupoliklinikalla on siitä 60 %:n osuus. Toinen merkittävä uudistus 90-luvun lopulla oli monialaisen kiputyöryhmän kokoontumisten aloittaminen, joka edelleen on tärkeä osa kipupoliklinikan työtä. Kokouksia on kerran kuukaudessa. Näihin aikoihin kipupoliklinikatoimintaan liittyen järjestettiin myös työnhajausta.

Kahden viikon välein pidettävässä kipupoliklinikan sisäisessä poliklinikkapalaverissa ruoditaan myös potilasasioita, mutta pienemmällä koostumuksella: paikalla on oman henkilökunnan lisäksi sosiaalityöntekijä, fysioterapeutti Paula Kiero, toimintaterapeutti Minna Nousiainen ja psykologi. Sosiaalityöntekijöistä kipupotilaiden ongelmiin perehtyi eläkkeelle siitymiseensä saakka Liisa Jokela, tällä erää sosiaalityöntekijänä toimii Outi Heinola.

Hallinnollisesti olemme toimineet osana ALTEK-yksikköä (leikkaus-anestesia-tehohoito-kivunhoito) ja siellä päiväkirurgisen yksikön yhteydessä vuodesta 1998 sekä konkreettisesti että budjetillisesti.

Oheisessa taulukossa (Taulukko 1.) on hieman tilastoja ja toimintalukuja. Huomio kiinnittyy muutama seikkoihin: toimenpiteiden määrä on laskenut jyrkästi ja joidenkin osalta suorastaan romahtanut (vrt. epiduraali-puudutukset). Syynä on epiduraalipuudutusten kovin vaatimaton tieteellinen näyttö. Tilalle on tullut muita hoitomuotoja. Fasettipuudutuksien määrä on li-

Taulukko 1. Etelä-Karjalan keskussairaalan kipuklinikan toimintalukuja v. 1993 ja v. 2012

	1993	2012
Ensikäynnit	80	122
Uusintakäynnit	240	278
Hoitopuhelut		571
Lähteet (palautettujen lähteiden %-osuus)		304 (20%)
Toimenpiteet:		
Epiduraalstimulaatio	1	22
Epiduraalinen puudute ja/tai kortisoni	158	1
Diagnoosit (% kaikista):		
Selkäsairaudet	26	32
CRPS I ja II	23	7

sääntynyt (viime vuonna 14 kpl), mutta lähellekään entisaikojen epiduraalipuudutusmääriin ei varmasti tulla yltämään. Takajuostestimulaatioiden osuus tulee luultavasti nousemaan. Niitä klinikassamme on Seppo Mustolan toimesta laitettu vuodesta 1993 alkaen ja v. 2012 niitä laitettiin 22 kappaletta. Hoitopuheluiden määrästä ei ole tilastoa vuodelta 1993, mutta joka tapauksessa puhelimitse hoidetaan koko ajan enemmän potilaskontrolleja. Pieni diagnoosiotos on mielenkiintoinen: selkäsairaudet (poissuljettu post-traumaattiset) ovat edelleen suurin potilasryhmä, joka on kasvattanut osuuttaan ja peilaa varmasti yleiseen kehitykseen länsimaissa. Positiivista on sen sijaan CRPS-kipuoireyhtymästä johtuvien käyntien osuuden väheneminen kipupoliklinikan potilaista 20 vuoden aikana. Toivottavasti kyse on siitä, että CRPS diagnosoidaan nykyisin varhaisemmassa vaiheessa ja sitä kautta tehokas hoito aloitetaan ajoissa. EKKS:ssa luotiin Suomen ensimmäinen CRPS-potilaiden hoitoketju v. 2000.

Mikä on työn vaikuttavuus? Kun vertaillaan eri poliklinikoiden toimintaa käyntimäärillä, olemme auttamatta jäljessä. Selitys on selvä: krooniselle kipupotilaalle varattu 1-

1,5 t osoittautuu sekin usein liian lyhyeksi pitkän ja monimutkaisen sairaushistorian selvittämiseen ja tutkiakin potilas pitäisi. 15D-seurannan mukaan tilastollinen tulos 0,03 kertoo siitä, että teemme työtä, jolla on merkitystä potilaiden elämänlaadun kannalta.

Juhlimme 15.3.2013 20-vuotista taivaltamme luontosession merkeissä. Juhlapuhujina ovat LT Katri Hamunen HUS:n kipuklinikalta ja professorit Pekka Hannonen ja Matti Huttunen. Olemme juhlineet ennenkin pyöreitä vuosiamme luontosessioilla: 15-vuotistilaisuudessa luennoitsijoina toimivat dosentti Timo Kauppila ja anestesiaerikoislääkäri Voitto Järvimäki Kipupoliklinikan täyttäessä 10 vuotta oli juhlaesitelmäsihtijänä dosentti Irma Tigerstedt.

Jukka Lempinen LL
Osastonylilääkäri
Anestesiaerikoislääkäri,
Kivunhoidon erityispätevyys
jukka.lempinen@eksote.fi

Seppo Mustola LT
Anestesiaylilääkäri, Kivunhoidon
erityispätevyys
seppo.mustola@eksote.fi

TUULA MANNER, ANNA AXELIN, OUTI ABRAHAMSSON

ARJA HILLER, TARJA PÖLKKI, HANNA VUORIMAA

PITKITYNEESTÄ KIVUSTA KÄRSIVÄT LAPSET TARVITSEVAT KIPUKUNTOUTUSTA

”Sairaankipee”- seminaari Helsingissä 5.10.2012

Suomen Kivuntutkimusyhdistyksen Lasten ja nuorten kiputoimikunta järjesti ”Sairaankipee” -lasten ja nuorten pitkittyneen kivun kuntoutusseminaarin Helsingissä 5.10.2012. Seminaarissa käsiteltiin lasten ja nuorten kipukuntoutuksen nykytilaa ja tulevaisuuden haasteita. Seminaari koostui pitkittyneestä kivusta kärsivien lasten ja nuorten parissa toimivien monialaisten asiantuntijoiden alustuksista ja paneelikeskustelusta.

Lähtökohdat

Lasten lyhytaikaisen kivun hoitoa on Suomessa kehitetty viime vuosikymmeninä, mutta pitkittyneestä kivusta kärsivien lasten hoitojärjestelmä on puutteellinen. Kun asiaa tarkastellaan tutkimusten valossa, niin lasten tilapäisen kivun aiheuttamia käyttäytymismuutoksia, kivun arviointia ja lasten kipulääkitystä on tutkittu varsin runsaasti sekä kansallisella että kansainvälisellä tasolla. Näyttää siltä, että lasten akuuttia kipua koskeva tutkimustieto on integroinut hyvin osaksi

maamme hoitokäytäntöjä verrattuna vastaavasti pitkittyneen kivun hoitoon.

Suomessa aikuisten kipukuntoutuksen kehittäminen aloitettiin Kuntoutus Ortonin ja Kelan yhteistyönä jo vuonna 1994. Sen jälkeen aikuispotilaille on kehitelty monia kipukuntoutukseen painottuneita toimintamuotoja ja kursseja, mutta lapsille ja nuorille vastaavaa toimintaa ei ole järjestetty.

Lasten pitkittyneen kivun esiintyvyys ja sen kompleksisuus

Yhteispohjoismaisten arvioiden mukaan noin 20 prosentilla lapsista ja nuorista on toistuvia kipuja ja ainakin 5 prosentilla toimintakykyä estävä pitkittynyt kipu. Lapsilla ja nuorilla pitkäaikaisia kipuja esiintyy kroonisten perussairauksien, kuten reuman, syövän, hemofilian ja fibromyalgian yhteydessä. Lapsilla ja nuorilla esiintyy myös hermokipuja esimerkiksi trauman tai leikkauksen jälkeen. Tällaisia kipuja ovat esim. ala- tai yläraajoissa esiintyvä CRPS (complex regional pain

syndrome). Lapsilla on myös erilaisia tuki- ja liikuntaelinten kipuja. Toistuvia kipuja aiheuttavat mm. migreeni ja muut päänsäryt, alaraajojen kasvukivut sekä vatsakivut.

Seminaarin avasi lasten ja nuorten kiputoimikunnan puheenjohtaja Tuula Manner, joka toi esille seminaarin tavoitteita ja kipukuntoutuksen tarpeen Suomen eri yksiköissä. Lisäksi hän esitteli aikaisempien tutkimusten valossa kiputilojen esiintymistä lapsilla ja nuorilla. Esimerkiksi 16 %:lla koululaisista esiintyy toistuvaa vatsakipua ja 13 %:lla teini-ikäisistä voi olla viikoittaista päänsärkyä.

Psykologi Hanna Vuorimaa ja perhepsykoterapeutti Outi Abrahamsson toivat seuraavaksi esille dialogisessa puheessaan ”pitkittyneestä kivusta kahdella suulla” lasten pitkittyneen kivun hoidon monimuotoisuuden. Pitkittynyt kiputila on lapsen henkilökohtainen kokemus, joka koskettaa koko perhettä. Lapsi tuo sairaalaan tullessaan oman kipunsa ohessa myös perheen kipuhistorian. Kokonaisvaltainen ymmärrys lapsen kipumaailmasta sekä perheen ja ympäristön tuki on

Pitkittyneestä kivusta ... jatkoa edelliseltä sivulta

tärkeää kipuongelman selvittelyssä ja tervehtymisprosessin käynnistymisessä. Kipukuntoutuksessa on oleellista auttaa nuorta palaamaan mahdollisimman normaaliin elämään, kouluun ja ikäistensä pariin. Ammattihenkilön kanssa on hyvä pohtia sitä, miten kipupotilaan oma tulkinta kivusta vaikuttaa hänen elämäänsä, kun kyseessä on pitkittynyt kipu.

Moniammatillinen yhteistyö avainasemassa lasten ja nuorten kipukuntoutuksessa

Seminaarin alustuksiin osallistui kymmenkunta lasten ja nuorten pitkittyneen kivun kanssa työskentelevää asiantuntijaa. He saivat etukäteen aiheekseen pohtia, (1) miten he näkevät oman alansa näkökulmasta lasten ja nuorten pitkittyneen kivun tilanteen ja (2) jos heillä olisi taikasauva, millaista kipukuntoutusta Suomessa tulisi järjestää.

Ensimmäisenä asiantuntijana alustuksissa oli HUS:sta lasten ja nuorten sairaalasta anesthesiologi Jukka Pouttu, joka kertoi kivunhoidon järjestämisestä omassa yksikössään ja lasten kipupoliklinikan tarpeellisuudesta tulevaisuudessa. Hän korosti yhteistyötä niin perusterveydenhuollon, muiden yliopistosairaaloiden kuin myös pohjoismaiden kanssa. Lastenpsykologi Kari Ylimäinen kertoi myös kipuvastaanoton toiminnasta työpaikassaan HUS:ssa ja valotti lasten pitkittyntä kipua lastenpsykiatrian näkökulmasta. Hän painotti läheisten mer-



Yleisö kuuntelemassa seminaarin avajaispuhetta (kuva: Nora Hagelberg).

kitystä, kivun hyväksymistä silloinkin, kun syytä ei löydetä, sekä moniammatillisuuden tärkeyttä ja oman yksikön perustamista kivunhoidolle.

Alustuksissa meillä oli mahdollisuus kuulla myös Örtonia edustavan lastenreumatologi Hanna Säilän puheenvuoro Kelan järjestämästä kuntoutuksesta TULES-sairauksia sairastaville lapsille ja nuorille. Kuntoutuksen tavoitteena on tukea ja kuntouttaa kipuoireisia lapsia ja nuoria, joiden kipuoireita ei terveydenhuollon tarjoamalla palveluilla ole pystytty poistamaan. Hänen mukaansa jatkossa on tärkeää panostaa myös moniammatillisuuteen, lasten kivun tutkimukseen, ja aktiivisempaan tiedottamiseen Kelan rahoittaman kipukuntoutuksen mahdollisuuksista terveydenhuollolle.

Koulun näkökulman toi esille erityisopettaja Heli Liski Kiinanmyllyn koulusta Turusta. Hän peräänkuulutti sitä, että koulutoimen on myös tärkeä saada tietoa pitkittyntä kipua kärsivistä oppilaista, koska koulu voi omalta osaltaan helpottaa lapsen arkea koulussa erityisillä opetusjärjestelyillä. Kun sai-

raus tai kiputila on todettu, olisi tärkeää saada hoitava taho, perhe ja koulu samaan pöytään keskustelemaan.

Maj-Kristine Lindgren, fysioterapeutti HUS:sta painotti fyysisen aktiivisuuden merkitystä kroonisen kivun kuntoutuksessa ja hoidossa. Hänen mielestään jatkossa tarvitaan lasten ja nuorten kipukokemuksen aitoa, empaattisesti realisoivaa kuulemistä sekä ei-lääkkeellisten menetelmien arvostetumpaa käyttöä yhteistyötä unohtamatta.

Viimeisinä alustuksissa käyttivät puheenvuoron Päijät-Hämeen keskussairaala lastenreumatologi Heini Pohjankoski, sairaanhoitaja Heli Vilén ja fysioterapeutti Leena Leppänen. He esittelivät Päijät-Hämeen keskussairaala moniammatillisena yhteistyönä toteutettavaa kipukuntoutuksen mallia. Tämä herätti kuulijoissa paljon mielenkiintoa. Esityksessä tuli esille, miten tärkeää on opetella elämään kivun kanssa ja suunnata ajatuksia positiivisiin asioihin. Lisäksi korostui koko perheen mukaan ottaminen suunnittelemaan kuntoutumisen polkua. Esimerkiksi sopivien liikuntaharras-

tusten löytymiseen voi koko perhe tuoda oman panoksensa.

Lasten ja nuorten pitkittyneen kivun hoidon järjestäminen

Seminaari päättyi paneelikeskusteluun lasten ja nuorten pitkittyneen kivun hoidon järjestämisestä Suomessa. Tässä yhteydessä kuulijoilla oli mahdollisuus tuoda esille omia näkemyksiään, mutta myös tehdä tarkentavia kysymyksiä alustuksissa esiintyneille asiantuntijoille.

Keskustelu lasten ja nuorten pitkittyneen kivun hoidon järjestämisestä oli vilkasta ja siinä tuotiin esille monenlaisia näkemyksiä. Esille tuotiin muun muassa ennaltaehkäisyn merkitys, jolloin olisi tärkeä tunnistaa jo ennakoivasti riskilapset. Esimerkiksi Kelan kuntoutukseen tulevat vain vaikeimmat pitkittyneestä kivusta kärsivät lapset ja nuoret. Lisäksi perusterveydenhuollon informointi olisi tärkeää, jolloin siellä olisi tietoa mihin lähettää kipupotilaita jatkohoitoon.

Psykososiaalisen kartoituksen lapsen, nuoren ja perheen tilanteesta toivottiin tulevan luontevaksi osaksi terveydenhoitoa, mikä mahdollistaisi nykyistä paremmin pitkittyneen kivun huomaamisen ja hoitoon ohjaamisen. Todettiin, että kipukuntoutuksessa on paljon alueellisia eroja Suomessa ja siihen käytetyt resurssit vaihtelevat huomattavasti. Tärkeää olisi jatkossa yhteisen hoitopolun rakentaminen.

Vanhempien osuus lapsen ja nuorten pitkittyneessä kivun hoidossa herätti keskustelua. Pohdittiin sitä, että tulisiko vanhemmille tuoda suoraan esille niitä epäkoh-
tia, joita ammattihenkilönä huomaa heidän käyttäytymismalleissaan. Toisaalta syyllistävä ilmapiiri voi katkaista mahdollisuuden yhteistyöhön vanhempien kanssa, mutta toisaalta jo hyvin rakennettu luottamuksellinen hoitosuhde kestää kriittikin, kun kyseessä on kuitenkin

yhteinen tavoite lapsen parhaaksi. Kipupotilaan vanhemmille järjestettävä ”ensitieto-päivä” esitettiin vartenotettavana mahdollisuutena lisätä perheiden tietämystä pitkittyneen kivun taustoista ja kuntoutuksesta.

Yhteisessä keskustelussa palattiin myös moniammatillisen yhteistyön tärkeyteen. Päädyttiin siihen, että tiimityöskentely lasten kivun hoidossa on parempi vaihtoehto kuin yksittäisille asiantuntijoille lähettäminen. Tämän sirkulaarisen tiedon jalostamisen myötä jokaisella työntekijällä on mahdollisuus myös saada monipuolisempaa tietoa perheestä eri näkökulmista. Lisäksi on perheelle aikaa ja voimia haastavaa, jos he joutuvat kertomaan jokaiselle erikoisalun asiantuntijalle erikseen kipuhistoriansa.

Keskusteltiin myös liikunnan lisäämisen tärkeydestä lapsilla ja nuorilla, ja siitä miten pitkittyneestä kivusta kärsivä lapsi tulisi saada integroitua koululiikuntaan. Toivomuksina olivat myös vertaistuen käytön lisääminen ja kivunhallinnan konkreettinen opettaminen kipupotilaille, esim. CD:n avulla kotiin annettavaksi.

Paneelikeskustelussa otettiin lopuksi puheeksi myös oma jaksaminen. Työntekijänä on tärkeä säilyttää rauhallisuus, mutta myös vanhempien tulisi opetella omien tunteiloiden hallintaa suhteessa lapseen. Ennen paneelin päättymistä kaikilla kuulijoilla oli myös mahdollisuus itse harjoitella rentoutusta ja oikeaa hengitystekniikkaa fysioterapeutti Maj-Kristenen johdolla.

Lopuksi

Seminaaripäivä päättyi muutamaan konkreettiseen ehdotukseen siitä, miten edetä jatkossa. Yhteisen pohdinnan jälkeen tulimme siihen tulokseen, että ensiksi on hyvä verkostoitua ja vaihtaa sähköpostiosoitteita yhteistyön käynnistämiseksi. (Postituslistalle haluavia lukijoita,

jotka eivät olleet mukana seminaarissa, pyydetään ilmoittamaan yhteystietonsa toimikunnan sihteerille: anmaax@utu.fi). Lisäksi tavoitteena on, että myös ensi vuonna järjestetään yhteinen seminaari, jonne kaikki lasten ja nuorten pitkittyneestä kivusta kiinnostuneet ovat tervetulleita.

Lasten ja nuorten kiputoimikunnan jäsenenä haluamme vielä lämpimästi kiittää kaikkia seminaarin alustuksiin osallistuneita asiantuntijoita ja osallistujia. Tästä on hyvä jatkaa! Lähdimme kaikki seminaarista toiveikkaina ja hyvin mielin, koska päivä oli kaikin puolin onnistunut ja antoisa.

Lasten ja nuorten kiputoimikunta

Tuula Manner (pj)
LKT, dosentti, osastonylilääkäri
TYKS, anesthesiologian ja tehohoidon yksikkö
tuula.manner@tyks.fi

Anna Axelin (sihteeri)
Sh, TtT, yliopistotutkija
Turun yliopisto, hoitotieteen laitos
anmaax@utu.fi

Outi Abrahamsson
Sh, perhepsykoterapeutti
TYKS
outi.abrahamsson@tyks.fi

Arja Hiller
LKT, anesthesiologian erikoislääkäri
HYKS, lasten ja nuorten sairaala
arja.hiller@hus.fi

Tarja Pölkki
Sh, TtT, dosentti, tutkija
Oulun yliopisto, terveystieteiden laitos
tarja.polkki@nic.fi

Hanna Vuorimaa
Pst, psykologi, yliopettaja
Mikkelin ammattikorkeakoulu
hanna.vuorimaa@mamk.fi

SOILE HAAKANA, MARJA HEIMALA, ANNA-MAIJA KOIVUSALO

IRMA LAURILA, JAANA MYLLYMAA

ANNA-LEENA NOUSIAINEN, IRMA SÄILY

KIVUN HOITOTYÖN VERKOSTOITUMISPÄIVÄ

Suomen Kivuntutkimusyhdistyksen hoitotyöntoimikunnan yhtenä tavoitteena on järjestää vuosittain kipukoulutusta terveydenhuollon ammattihenkilöille. Hoitotyön kentältä tulleiden toiveiden ja palautteen perusteella Kivun hoitotyön verkostoitumispäivä järjestettiin syyskuussa 2012 Espoossa Orion Pharman tiloissa toista kertaa historiansa aikana. Valtakunnallinen verkostoitumispäivä on tarkoitettu kivunhoitotyössä vähintään 50 %:sti toimiville kipsairaanhoidajille. Päivän aiheena oli: Kipupotilaan hyvä hoito - Hyvän kivun hoidon kriteerit. Koulutuspäivän sisältö muodostui aamupäivän luennoista sekä iltapäivän ryhmätyöskentelystä. Psykologi Salla Salo luennoi kipupotilaan kohtaamisesta ja ylihoitaja Marjo Kaupila kivun hoitotyön osaamisesta. Tänä vuonna pienryhmissä pohdittiin akuutin ja kroonisen kipupotilaan hyvän hoidon kriteereitä.

Kroonisen, ei malignin kipupotilaan ryhmissä hyvän hoidon kriteereiksi muodostuivat yksilöllisyys, potilaslähtöisyys, moniammatillisuus, turvallisuus, hoidon jatkuvuus sekä hoitohenkilökunnan ammattitaidon ylläpito. Ryhmässä pohdittiin kipupotilaan kunnioitettavaa ja kannustavaa kohtaamista potilaan tausta-

taasta ja historiasta riippumatta, mutta myös omatoimisuutta, hoitoon sitoutumista ja vastuunottoa omasta elämästä. Omaiset tulee huomioida esimerkiksi järjestämällä heille kivun ensitietopäivä. Eri terveydenhuollon ammattihenkilöillä tulee olla saumaton yhteistyö ja samansuuntainen viesti sekä tavoite potilaan hoidossa. Yhdeksi tärkeimmistä asioista nähtiin potilaan ohjaus ja neuvonta esimerkiksi ei-lääkkeellisissä kivunhoidon menetelmissä. Merkityksellisiä ovat myös sopeutumisvalmennuskurssit ja niistä saatu vertaistuki. Myöskään kivun hoitotyötä tekevää hoitajaa ei unohdettu. Oman ammattitaidon ylläpito ja omasta itsestä huolehtiminen nähtiin äärimmäisen tärkeäksi; vahvana voit kohdata vaikeita asioita.

Syöpää sairastavan potilaan hyvä hoito ja hyvän hoidon kriteerit perustuvat kivun tunnistamiseen ja systemaattiseen arviointiin, hoitotyön kirjaamiseen, lääkehoidon ja ei-lääkkeellisten hoitojen toteuttamiseen sekä seurantaan. Potilaalle ja hänen omaisilleen tulee antaa tietoa yksilöllisesti ja ohjaus tulee antaa sekä suullisesti että kirjallisesti tarkastaen, että potilas on ymmärtänyt saamansa ohjeet. Hoitohenkilökunnan tulee tuntea poti-

laansa ja tietää potilaan sairauden vaihe, oli sitten kyse parantavasta, oireenmukaisesta tai saattohoidosta. Hoitosuunnitelman tulee olla selvästi näkyvissä ja sen tulee olla myös potilaan tiedossa. Ryhmät näkivät myös tärkeäksi hoitohenkilökunnalle ns. tarkistuslistat, jotta potilaiden hoidossa toteutuvat yhte-näiset hoitokäytännöt. Hoitohenkilökunnan tulee hallita eri kivunhallintamenetelmät perinteisistä erikoistekniikoihin. Potilaan kivun hoito tulee keskittää yhteen hoitopaikkaan, jolloin potilaalle taataan mahdollisimman oikea-aikainen hoito sekä estetään mahdolliset epäselvyydet ja päällekkäisyydet hoidossa. Yksi hoitopaikka takaa myös sen, että potilas tai omaiset tietävät, mihin ottaa yhteyttä mahdollisten ongelmien ilmetessä. Syöpää sairastavalla potilaalla tulee olla selkeä käsitys kivunhoidosta vastaavasta tahosta ja sen puhelinnumerosta. Ryhmissä nähtiin myös tärkeäksi potilaan jatkohoidon järjestäminen. Näin turvataan potilaan jatkohoito, tapahtuu se sitten potilaan kotona tai laitoksessa. Lähettävän tahon tulee huolehtia, että vastaanottava henkilökunta tarvittaessa koulutetaan esim. lääkeannostelijoiden käyttöön. Yhteistyön tulee toimia saumattomasti erikoissai-

*Jaana Myllymaa
ohjeistaa
verkostokokoukseen
osallistujia
ryhmitöihin.*



*Verkostokokouksessa oli iloinen
ja innostunut tunnelma.*



raanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Potilaan hyvää hoitoa tukee myös erikoissairaanhoidon tarjoama konsultaatiomahdollisuus.

Leikkauspotilaan kohdalla on huomioitava koko perioperatiivinen hoitolinja: pre- intra- ja postoperatiivinen hoito. Kivun hoidon pohjana kaikissa vaiheissa on oleellinen taustatieto potilaan kipuhistoriasta, käytössä olevista kipulääkkeistä,

kulttuuritaustasta ja sosioekonomisesta tilanteesta. Leikkauspotilaan kohdalla hyvän hoidon kriteereiden aihealueina olivat potilaan ohjaus, kivun tunnistaminen ja arviointi, kivunlievityskäytön käyttö, toimiva kivun hoidon organisaatio sekä kivun hoidon ohjeistus. Potilaan ohjaus sisältää yksilöllisen ohjauksen: oikea ohje oikealle potilaalle oikeaan aikaan. Käytännössä tämä tar-

koittaa esimerkiksi yleisohjetta verkossa laitoksen sivuilla sekä yksilöllistä ohjetta joko kutsukirjeen liitteenä tai suullista ohjausta preoperatiivisella käynnillä tai soitolla. Potilaan tulee saada realistinen informaatio leikkauksen jälkeen esiintyvistä kivusta, kivun arvioinnista ja kivunlievitysmenetelmistä. Hoitohenkilökunnan tulee tunnistaa kivun fysiologiset merkit, käyttäytymi-

Kivun hoitotyön ...

jatkoo edelliseltä sivulta

seen liittyvät seikat sekä kivun aiheuttamat kliiniset merkit esim. leikkauksen aikana ja reagoida niihin. Potilas arvioi kipuaan sovitun mittarin avulla säännöllisesti. Arviointitulokset sekä käytetty mittari kirjataan potilasasiakirjoihin. Tavoite leikkauspotilaan kivunhoidossa on kipuarvio sanallisesti (VRS) lievä tai numeraalisesti (NRS) ja visuaalisesti (VAS) levossa 3/10, liikkeessä 4-5/10. Riittävällä kirjauksella varmistetaan tietojen siirtyminen ja hoidon jatkuvuus potilaan siirtyessä paikasta toiseen sekä mahdollistetaan laadunseuranta.

Leikkauspotilaiden kivun hoitoon suositellaan sairaalakohtaisia kirjattuja kivun hoidon vähimmäisvaatimuksia. Potilasasiakirjoissa tulee olla kivun hoidon yhteenvedo potilaan siirtyessä hoitopaikasta toiseen. Myös tarkistuslista preoperatiivisesti huolehdittavista asioista ja leikkauksen tulevan potilaan moniammatillista etukäteisinformaatiota pidettiin tärkeänä.

Akuutti kipupotilaan ryhmässä määriteltiin äkilliseksi kivuksi sydäninfarkti-, trauma- ja ASO-kipu, akuutti selkä- ja vatsakipu, korvakipu, pitkäaikaisen syöpäkivun äkillinen paheneminen, synnytysskipu sekä suusairauksien aiheuttamat akuutit kiputilat kuten hammassärky. Ryhmässä keskusteltiin sairaanhoitajilta vaadittavista valmiuksista kohdata akuutista kivusta kärsivä potilas niin päivystys-, vastaanotto- kuin osastohoitotyössä.

Ryhmän mukaan hyvän hoidon kriteereinä tulee olla vastaanottolanteessa yksilöllinen akuutin kipupotilaan tarvearvio liittyen kivun aiheuttajaan ja sen optimaaliseen hoi-

toon, jolloin itse kipukin saadaan hoidettua. Akuutista kivusta kärsivä potilas kohdataan yleensä ensiavussa tai päivystyksessä, jolloin sairaanhoitajalta vaaditaan akuutin kipupotilaan hoitotyönprosessin osaaminen ja sen mukainen toiminta. Akuutille kivunhoidolle asetetut realistiset tavoitteet antavat suunnan, joka ohjaa sairaanhoitajaa tutkittuun tietoon perustuvaan toimintaan ja tavoitteelliseen hoitosuunnitelman tekoon. Keskusteluissa todettiin, että sairaanhoitajien koulutuksessa tulee tuoda entistä vahvemmin esille kivunhoidon osaamisen perusvalmiudet ja potilaslähtöinen ajattelu. Jokaisen tulee päivittää ammattitaitoaan ja tunnistaa oman osaamisensa rajat.

Hyvän hoidon kriteereistä keskusteltaessa kirjaaminen oli keskeisesti esillä mahdollistaen hoidon jatkuvuuden. Akuutin kivunhoidon tilanteissa erilaiset kirjaamiskäytänteet sekä kirjaamisjärjestelmien epäyhtenäisyys vaarantavat potilasturvallisuuden siirryttäessä organisaatiosta toiseen. Kivunhoidon laadunvarmistus ei ole mahdollista nykyisellä kirjaamiskäytännöllä. Hoitoyhteenvedolla koettiin olevan suuri merkitys. Sen vuoksi tulee laatia selkeät yhteiset kriteerit. Tärkeänä pidettiin koko akuutin kivunhoidon prosessin onnistumisen sekä toimivuuden arviointia hoitotyön yhteenvedon yhteydessä. Näin kehittämiskohteet saadaan näkyviksi.

Hoitoketjujen selkeyttä ja läpinäkyvyyttä pidettiin tärkeänä jatko- hoitoa ajatellen. Tämä mahdollistaa akuutista kivusta kärsivän potilaan jatkohoidon; ohjataanako potilas jatkossa kipupk:lle, millaisia kipulääkkeitä voidaan määrätä potilaalle kotiin, millaista kuntoutusta potilaalle tulee tarjota? Selkeitä ohjeituksia ja käytänteitä tulee viedä

systemaattisesti osastoille ja vastaanottoihin.

Kaikkissa ryhmissä tuli voimakkaasti esille yhteisymmärrys ja ilo jakaa kivun hoitoon liittyviä asioita sekä kokemuksia. Tilaisuuden ilmapiiiri oli avoin ja vastavuoroinen. Näin syntyi nopeasti luottamus ja arvostus toisiaan kohtaan. Ryhmissä oltiin aidosti kiinnostuneita eri toimipaikkojen kivunhoidon menetelmistä. Jokainen sai uskoa omalle toiminnalleen ja uutta viemistä omaan työpaikkaansa.

Kivun parissa toimivien sairaanhoitajien verkostoitumispäivästä saatu palaute oli jälleen erinomaista. Palautetta sai antaa mm. koulutuspäivän esityksistä ja järjestelyistä asteikolla 1-5. Palaute päivästä oli >4. Kivunhoitotyön toimikunnan ryhmänvetäjien johdolla asiassa pyydyttiin hyvin, tavoite tiimityölle oli selkeä ja jokainen ryhmäläinen sai äänensä kuuluville.

Haastetta riittää, tästä on hyvä jatkaa tärkeän kivun hoitotyön parissa, ympäri Suomen.

Yhteistyöterveisin

Suomen Kivuntutkimusyhdistyksen hoitotyön toimikunta:

Soile Haakana, Marja Heimala, Anna-Maija Koivusalo, Irma Laurila, Jaana Myllymaa, Anna-Leena Nousiainen, Irma Säily.

ANETTE LEMSTRÖM

MATKARAPORTTI 6th NORDIC CONGRESS ON PEDIATRIC PAIN 5.9–7.9.2012.

 sallistuin syyskuussa lasten pohjoismaiden kivunhoidon kongressiin, joka tänä vuonna pidettiin Islannissa Reykjavíkissa. Kongressi oli suunnattu lähinnä sairaanhoitajille. Opin paljon uutta lasten kivunhoidosta ja bonuksena sain uusia kontakteja. Itse kongressi pidettiin sataman tuntumassa olevassa konserttitalossa, nimeltä Harpa, joka oli kaunis lasipaloista rakennettu talo.

Kongressi alkoi keskiviikkona Work shopilla. Ensimmäisen päivän anti oli mielenkiintoinen, luennoitsijana professori Partick J McGrath. Hän luennoi koko päivän lasten pitkittyneen kivun hoidosta ja miten sitä voidaan hoitaa erilaisia psykologisia menetelmiä käyttäen. Tärkeä viesti hänen luennoissaan oli, että tarvitaan nykyistä enemmän näyttöön perustuvaa tietoa psykologisista kivunhoito menetelmistä. **Kun valitaan joku malli, jolla hoidetaan, pitää pyrkiä pysymään valitussa mallissa loppuun saakka.** Lapsen kipukokemukseen vaikuttaa monta tekijää. Lapsi on keskipisteenä, mutta kipukokemus muokkautuu vanhempien, koulun, ystävien ja yhteiskunnan vaikutuksesta.

Psykologisia malleja on paljon erilaisia, tärkeää on, että osaa valita

juuri kyseiselle lapselle ja tilanteeseen sopivan mallin. Kognitiivis-behavioraalisia menetelmiä käytetään kroonisesti sairaan lapsen kivunhoidossa. Itse olen käyttänyt samantyyppisiä menetelmiä ilman virallista koulutusta, ensiapupoliklinikan potilailla osana toimenpidekivun tai pelon hoitoa. Lapsilla ohjatut mielikuvaharjoitukset, huomion siirtäminen muualle, rentoutus ja mielikuvat toimivat hyvin pelon ja kivun hallinnassa.

Kognitiivisessa terapiassa lapselle opetetaan miten hän voi elää ja sietää kipua parhaalla mahdollisella tavalla jokapäiväisessä elämässä. Yhtenä menetelmänä päänsäryn hoidossa voidaan käyttää rentoutumista. Minulle uusi asia oli ”Good Friend Method”. Lapselta kysytään, miten hyvä ystäväsi neuvoisi sinua, jotta selviytyisit kivusta parhaalla mahdollisella tavalla.

Tutkimustuloksia pohjoismaista

Torstaina käsiteltiin keskosten kivun arviointia ja erilaisia kipumittareita keskosilla. Perjantaina esiteltiin erilaisia tutkimustuloksia ja kuultiin kulttuurin merkityksestä kivussa. Norjalaiset toivat esiin, että

kun kääntää kipusanastoa eri kielelle, tässä tapauksessa norjaksi, merkitys on eri. Haastattelun tuloksena he olivat korjanneet joitain termejä. Kipumittareiden validiteetista oli monta esitystä. Kaikilla tuntuu olevan kova tarve kehittää oma kipumittarinsa. Kipumittari on ainoa työkalu, jolla voimme arvioida lapsen kipua. Mielestäni olisi tärkeää yrittää sopia, että käytettäisiin samaa mittaria samantyyppisille potilaille. Näin saisimme arvokasta ja vertailukelpoista tutkimustietoa maiden välillä. Ruotsista esitettiin tutkimus, jossa potilailla on puhe/kommunikaatio vaikeus ja miten haastavaa on mitata kipua heiltä. Näiden potilaiden vanhemmat kokivat, että sairaalalla ei ollut riittävästi tietotaitoa keskustella lasten kanssa kuvakirjan avulla. Tulevaisuudessa Ipad saattaa toimia apuna tämän lapsiryhmän kanssa kommunikoidessa. Tanskalainen musiikkiterapeutti oli tehnyt pienen työn, jossa katsottiin miten musiikin avulla voi vähentää lapsen pelkoa ja kipua suonikanyylin laitossa. Lapset jaettiin kahteen ryhmään, jossa puolet saivat musiikkiterapiaa ennen, toimenpiteen aikana ja sen jälkeen. Lapset tai heidän vanhemmat valitsivat musiikin tai laulut,



joita soitettiin ja laulettiin. Otos oli pieni, vain 41 lasta. Lopputulos oli, että musiikin avulla pystyi vähentämään lapsen pelkoa suonikanyylin laitossa.

Kulttuurin vaikutus kipukäyttämiseen

Professori Huda Abu-Saad Hujeria piti loistavan luennon. Aiheena oli miten kulttuuri vaikuttaa lapsen kipukäyttämiseen. Professori on työskennellyt ympäri maailmaa, joten hänellä on asiasta omakohtaisia kokemuksia. Kulttuuri vaikuttaa kivuliaaseen tilanteeseen, sen sisältöön, kivun kestämiseen, kipu käyttämiseen ja uskomukseen, miten tilanteesta selviytyy. Uskonto voi tuoda selityksen, miksi on kipua ja miten kipua tulisi ilmaista. Lapsi oppii vanhemmilta, isovanhemmilta ja sukulaisilta, miten kipuun tulee reagoida ja miten kivusta selviää. Esimerkiksi ranskalaiset lapset olivat verbaalisia ja kertoivat paljon kivusta, kun taas aasialais-amerikkalaiset lapset halusivat olla yksin ja itkeminen oli noloa. Meidän sai-

raanhoitajien tulee olla tietoisia ja ottaa selvää maan, uskonnon ja kulttuurin tavoista, jotta pystymme paremmin ymmärtämään lapsen kivun ilmaisuuden ja kipukäyttämisen.

Oma yhteenveto kongressimatkan annista

Kongressin kokonaisanti oli mielestäni hyvä ja kattava katsaus siitä, mitä lasten kivunhoidossa tällä hetkellä tapahtuu. Kipumittareiden kehitys ei ota loppuakseen ja uuden oman mittarin kehittäminen tuntuu olevan monelle tärkeää. Terapian käyttö kivunhoidossa yleistyy ja se on saamassa jalansijaa myös akuutin ja toimenpidekivun hoidossa meillä Suomessa. Tämän on minusta hieno asia, koska se on kustannustehokasta ja potilas hyötyy lähes aina, joko pelko tai kipu tai molemmat helpottavat.

Kongressijärjestelyt toimivat hyvin ja Islanti on kaunis maa, jossa on hyvin erikoinen luonto. Matkan aikana opin, että islantilaiset osaavat kunnioittaa oman maan luontoa

ja sen erikoisuutta. Mikäli tulivuori purkautuu, jokainen toimii kuten harjoituksissa, silloin kaikki menee hyvin. Osa jäätiköistä sulaa, se kuuluu luonnon kiertokulkuun, uusia muodostuu tilalle. Kiersin jonkin verran Islannissa ja kun liikuin luonnossa ja katselin jättimäisiä vesiputouksia, mannerlaattojen syvää rotkoa ja uin Blue Lagoonissa, jossa vesi oli +30 asteista ja maitomaisen sinistä ajattelin, että onpa mainio paikka pitää kivunhoidon kongressi. Luonto ja maisemat huolehtivat siitä, että sielu lepää ja olo on rento ja kivuton.

Haluan kiittää Suomen Kivuntutkimusyhdistystä saamastani matkapurahasta.

Anette Lemström, sairaanhoitaja, kivunhoidon erityispätevyys, HUS, NaLa, Lastenkliinikka, Päivytyspolikliniikka, anette.lemstrom@hus.fi

JUHANI OJALA

INTERNATIONAL SYMPOSIUM COMPLEX REGIONAL PAIN SYNDROME

Current state of art

10.–11.5.2012 Leiden, Hollanti

Leiden sijaitsee noin 40 km Amsterdamista etelään. Kaupungissa toimii vuonna 1575 perustettu yliopisto, joka itse asiassa on myös Hollannin vanhin yliopisto. Yliopiston historiaan mahtuu muun muassa 16 nobelistia ja professorikuntaan on kuulunut tieteen todellisia raskassarjalaisia aina Albert Einsteinista ja Enrico Fermistä lähtien. Kaupunki on suhteellisen pieni ja helposti lähestyttävä. Kohtuullisessa ajassa pystyy hyvinkin kävelen tutustumaan oleelliseen nähtävään. Suurin osa kaupunkilaisista liikkuu pyörillä ja erityisesti yliopiston että rautatieaseman ympäristössä on laajoja 2.kerroksisia pyöräparkkeja.

Kokouksen järjestäjänä toimi TREND (Trauma RElated Neuronal Dysfunction) konsortiumi. Yhteinliittymään kuuluu 5 yliopistollista sairaalaa, 1 tekninen yliopisto, potilasjärjestöjä ja kaupallisia yrityksiä. Toiminnan kokoonpano on aloittanut 2004 ja nyt alkaa olla loppuyhteenvetäminen aika. Suurimpana voimana ja hankkeen alullepanijana on toiminut neurologian Prof ”Bob” J.J. van Hilten. Suurimman vastuun rahoituksesta on kantanut Hollannin valtio, joka vuosittain jakaa rahaa tiettyjen teemojen mukaan rahastoistaan. Mainittakoon että rahas-

toihin tuuppaa rahaa mm. Shell että kumppanit, joten jaettavaa riittää. 2004 teemana oli tutkimus ja lääketiede. Hyvän tieteellisen työn ja potilasyhdistysten vakaan tuen avulla van Hiltenille myönnettiinkin useamman miljoonan euron rahoitus ja näin TREND sai mahdollisuuden ottaa ensi askeleensa. Tuloksena 16 väitöskirjaa, 131 artikkelia, hollantilainen hoitosuositus ja tehostuneet hoitokäytännöt kautta maan.

Kaksipäiväinen ohjelma oli monitieteellinen, kuulijakunnassa että luennoitsijoissa oli niin lääkäreitä, fysioterapeutteja, sairaanhoitajia, psykologeja kuin insinöörejäkin. Näin ollen myös ohjelma oli laajakatseinen, eikä yksittäisissä esityksissä päästy aina kovinkaan syvälle. Sekä esiintyjien että esitysten taso oli kuitenkin kohdallaan ja lähes aina esitysten jälkeen syntyi eläväistä keskustelua. Keskustelut toivat esiin hyvinkin eriaviä käsityksiä ja olivatkin erityisen mielenkiintoisia. Aiheet vaihtelivat epidemiologiasta tietotekniisiin keinoihin diagnostiikan apuna.

Arn van den Maagdenberg esitelmöi geneettisestä alttiudesta saada CRPS. Valtaosa CRPS on yksittäisiä potilastapauksia. Hollantilaisten tutkimuksessa tuli kuitenkin esille 31 perhettä, joissa vähintään kah-

della oli diagnosoitu CRPS. Näissä perheissä esiintynyt tauti tuli esiin tavallista nuoremmalla iällä, voimakkaammin oirein ja normaalia laajemmalle alalle. Selviä altistavia geenejä ei kuitenkaan ole voitu identifioida. Eniten on kerääntynyt näyttöä kudostyyppien HLA-DQ8 ja HLA-B62 alttiudesta CRPS:lle. Löydetty tekijät yhdistyvät kuitenkin vain dystoniaan, muiden oireiden suhteen näyttöä ei ole ja tutkimus taudin eri alatyypin osalta jatkuu. Kaikkiaan kenttä on varsin laaja ja hajanainen.

Laajaa keskustelua käytiin CRPS:n patofysiologisista mekanismeista. Monitekijäisestä tausta oli tiin yksimielisiä, mutta sen jälkeen painotuksissa oli suuria eroja. Tautitekijöistä listattiin ongelmat lihashermojärjestelmässä, sentraalinen sensitisatio, vasomotorinen dysfunktio ja neurogeeninen inflamaatio. Mielenkiintoisin luento käsittelee neurogeenista inflamaatiota. Tutut tulehduksen merkit ovat usein havaittavissa CRPS:ssä, kuitenkin laboratoriotutkimuksissa ei merkittäviä tulehduslöydöksiä ole. Frank Birklein selitti tilannetta neurogeenisella inflamaatiolla, jossa C-säiden aktivoitua kudoksiin leviää mm substanssi P:a ja calcitonin gene-related peptidiä (CGRP) sekä

muita sytokiineja. Mikä saa nämä normaalistikin vammoissa esiin tulevat tapahtumat riehaantumaan? Taustalla vaikuttaisi olevan ongelmia tulehduksen välittäjien inaktiivisuudessa. Mekanismit ovat kuitenkin edelleen varsin epäselvät. Parempien anti-sytokiinien vielä puuttuessa luennoijan suositukseksi oli hoitaa muiden keinojen ohella akuutissa vaiheessa, kortisoonilla.

Sjoerd Niehof esitteli lämpökameran mahdollisuuksista diagnostiikassa. Käden lämpötila voi vaihdella terveelläkin alueellisesti ja siten johtaa harhaan. Tilanne kuitenkin muuttuu merkittävästi, kun sairastunut käsi asetetaan kylmälle levyille ja tilannetta seurataan jatkuvalla lämpökuvauksella. Terveessä kädessä lämpötila nousee, sairaassa ei. Lämpökuvauksella voisi tarjota keinoja sekä diagnostiikkaan että tutkimukseen. Toisena mielenkiintoisena diagnostiikan osana nousi esiin

Prof Candy McCaben kehittämä tietokoneohjelma, jolla pyritään kuvaamaan potilaan oireiden kirjo. Erityisesti pyrkimyksenä on esittää kehon kuvan ja suhteiden muutoksia erilaisilla ”homonkulus” kuvaelmilla. Näin sekä potilas että hoitohenkilökunta voisivat saada varmasti yhteisen selvän kuvan tilanteesta.

Tarjolla oli myös aivojen kuvantamista fMRI:llä. Tuloksissa todettiin sairastuneiden osien edustusaluiden pienenevän sairauden aikana ja palautuvan parantumisen yhteydessä. **Oireiden voimakkuus voidaan havaita myös edustusaluiden muutosten koossa. Muutoksia todettiin sekä motorisilla- että sensorisilla-alueilla.** Kysyin TMS:n mahdollisuuksista muutosten korjaamisessa kroonistuneessa tilanteessa. Ilmeisesti TMS ei ollut kovinkaan tuttu väline, sillä aihe ei herättänyt juurikaan kiinnostusta. Stimulaattoreilla että puudutuksilla

kylläkin nähtiin mahdollisuuksia samassa yhteydessä.

Haluun kiittää Suomen Kivuntutkimusyhdistystä saamastani matkapurahasta. Symposiumi antoi laajan ja hyvän katsauksen CRPS-tiedon nykytilaan. Jään pohtimaan mistä Suomeen saataisiin TREND:n kaltaisen tutkimusyhteisön rahoittaja!

Juhani Ojala
LL, Anest erikoistuva
ATEK / HUS
Juhani.ojala@hus.fi



"Hintertuxin huipulta" (kuva: Raimo Voipio)

IASP 14. MAAILMANKONGRESSI

Elokuussa 2012 pidettiin 14. IASP:n maailmankongressi helteisessä Milanossa. Kongressitarjonta oli ensikertaa osallistuvalla aloittelevalle tutkijalle hämmentävänkin laaja-alaista, mutta myös uusia näkökulmia avaavaa. Miellyttävän lisänsä tarjosi myös herkullinen italialainen ruoka- ja juomakulttuuri, joiden äärellä pystyi iltaisin pohtimaan aiemmin päivällä saatua ammatillista oppia. Oma fibromyalgiapotilaiden kivunhallintakeinoja esittävä posteriesitys kongressin viimeisenä päivänä ylläpiti omalta osaltaan matkajännitystä aivan loppuun saakka.

Eriytyisen mielenkiintoinen keskustelu käytiin espanjalaisen Jordi Serran ja yhdysvaltalaisen Daniel J. Clauwn välillä fibromyalgian etiologiasta. Serra on omassa tutkimustyössään löytänyt fibromyalgiapotilailta mikroneurografiassa todennettavaa spontaania aktiivisuutta C-nosiseptoreissa ja lisäksi perifeeristen nosiseptoreiden sentisisaatiota sekä ohutsäieneuropatiaan sopivaa aktiivisuudesta riippuvaa johtumisnopeuden hidastumaa. Näiden löydösten perusteella Serra epäili osan fibromyalgiasta olevan ohutsäieneuropatiaa. Clauw taas painotti laajalaisempaan tutkimusnäyttöön ja FDA:n indikaation omaavien lääkkeiden vaikutusmekanismeihin perustuen primaaristi sentraalista häiriömekanismeja. Allekirjoittaneen omana yksinkertaistettuna yhteenvetona fibromyalgia on edelleen monisyinen kiputila, johon vaikuttaa lukuisia eri tekijöitä. Yksittäisten potilaiden ei kuitenkaan tulisi kär-

siä laajakirjoisuuden aiheuttamasta hoitotahon hämmennyksestä, vaan jokaiseen potilaaseen tulisi keskittyä yksilönä pitäen mielen avoimena eri diagnostisille ja hoidollisille vaihtoehdoille.

Toinen ajatuksia herättänyt luento esitettiin päihdepsykiatri Mark Sullivanin toimesta koskien Yhdysvaltalaisia III-ryhmän opioidien käyttöä. Hän vertasi Yhdysvaltojen nykytilaa liberaalin opioidipolitiikan epäonnistuneeksi kliiniseksi koekeksi. Alkuvaiheen toivo hallitusta pitkäaikaisesta vaikeasta, ei syöpään liittyvästä kivun hoidosta on osoittautunut liialliseksi. Opioidihoito ei näytä parantavan potilaiden toimintakykyä ja pitkäaikaishyötyjä on vaikea erottaa opioidiriippuvuudesta. Liberaali määräämiskäytäntö on johtanut tilanteeseen, jossa valtaosa opioidien väärinkäytöstä tapahtuu reseptilääkkeillä ja esim. nuorison keskuudessa on ilmennyt päihdekäyttöön liittyvää luokkakajoa. Rikkaat lapset aloittavat päihteiden käytön oksikodonilla ja köyhemmät käyttävät kannabistuotteita. Hoitosuosituksen mukainen potilasjako on myös epäonnistunut. Väärinkäyttöön altistavat aiemmat päihderiippuvuudet ja persoonallisuushäiriöt itse asiassa ennustavat pitkäaikaisesta opioidikivunhoitoa vaikka suosituksen mukaan tuolloin pitäisi keskittyä muun tyyppiseen terapiaan. Luennon jälkeen oma mielipide opioidihoitojen keskittämisestä erikoispoliklinikoille, tarkka potilasvalinta ja tarvittavien apuvälineiden (kuten apteekkisopimus) tarpeellisuudesta edelleen vahvistui.

Kolmas esimerkki mielenkiintoi-

sesta ja laajasta tarjonnasta tuli allekirjoittaneelle täytenä yllätyksenä. Jouduin käymään kesken kongressipäivää hotellilla noin puolen toista kilometrin päässä ja kiiruhdin takaisin iltapäiväluentoja varten. Luulin meneväni kuuntelemaan luentosarjaa proteeseihin liittyvästä kivusta. Oliko syynä hikipisaroiden sumentama katse tai vain huolimaton englannin lukeminen, mutta huomasi aiheen käsittelevänkin proteaseja. Totesin ettei kohtalaisen pienen luentosalin toisen rivin keskipaikkeilta pääse huomaamatta poistumaan ja ajattelin rauhoittaa tilanteen ja levätä hetken. Yllätykseni kuunnelllessani Nathalie Vergnollea ja Jason McDougallia kertomassa proteaasien merkityksestä kivun välittäjinä ja mahdollisina uusina lääkehoidon kohteina, keskittymiseni itse luentosarjaan oli herpaantumatonta. Luento-ohjelman perusteella en olisi koskaan tarkoituksella luentosarjaan osallistunut, mutta nyt sattuman kautta sain kuulla erinomaisen katsauksen todennäköisestä tulevaisuuden hoitomahdollisuudesta.

Oma posteriesitykseni oli myös onnistunut. Alkujännitys mureni jo esillepanovaiheessa ja kävin muutamia mielenkiintoisia keskusteluita skandinaavisten ja japanilaisten osallistujien kesken koskien fibromyalgiaa. Saamastani apurahasta Suomen Kivuntutkimusyhdistystä kiittäen.

Jarno Gauffin
fysiatrian erikoislääkäri
Kuntoutus Orton
jarno.gauffin@orton.fi

Vuoden 2013 kotimaiset kongressit

Vuoden 2013 SKTY:n vuosikokous koulutuspäivineen,
4.–5.4.2013, Tampere

Kipu vakuutuslääketieteen haasteena koulutus 2013

”Miten turvata tapaturmapotilaan toipuminen työelämään”, 26.4.2013,
Pfizer, Helsinki, koulustilaisuus kipulääkäreille, vakuutuslääkäreille ja muille aiheesta
kiinnostuneille lääkäreille

Akuutin kivun hoito ja syöpäkivun hoito moammatillisena yhteistyönä,
7.–8.11.2013, Tampere

Vuoden 2013 ulkomaiset kongressit

ASRA, 38th Annual Regional Anesthesiology and Acute Pain Medicine Meeting, 2-5.5.2013, Boston, Massachusetts

4th International Congress on Neuropathic Pain: “The Path to Relief Starts with Understanding.” 23–26.5.2013, Toronto, Kanada

13th World congress of the European Association of Palliative Care,
30.5–2.6.2013, Praha, Tsekin tasavalta

SASP, 13–15.6.2013, Helsinki

9th International Symposium on Pediatric Pain. The premier international meeting on research and clinical improvements for all children in pain, sponsored by the IASP SIG on Pain in Childhood. 17–20.6, 2013, Tukholma

32nd SSAI Congress, Focusing on the Brain, 26.–29.8.2013, Turku

EFIC 8th International Congress “Pain In Europe VIII”, 09.10–12.10.2013, Firenze, Italia

KUTSU

KUTSU SUOMEN KIVUNTUTKIMUSYHDISTYS ry:n SÄÄNTÖMÄÄRÄISEEN VUOSIKOKOUKSEEN

Aika: 4.4.2013 klo 16

Paikka: Finn-Medi 5, Auditorio, 1.krs, Biokatu 12, Tampere

Kokouksessa käsitellään sääntöjen määräämät asiat

ESITYSLISTA

1. Kokouksen avaus;
2. Valitaan kokouksen puheenjohtaja, sihteeri sekä kaksi pöytäkirjan tarkastajaa, jotka toimivat ääntenlaskijoina;
3. Todetaan kokouksen laillisuus ja päätösvaltaisuus;
4. Hyväksytään kokouksen työjärjestys;
5. Käsitellään hallituksen kertomus edellisen toimintakauden toiminnasta ja tehdään sitä koskevat päätökset;
6. Esitellään edellisen tilikauden tilinpäätös ja tilintarkastajan lausunto;
7. Päätetään tilinpäätöksen vahvistamisesta ja vastuuvapauden myöntämisestä;
8. Päätetään niistä mahdollisista toimenpiteistä, joihin edellä 5-7 kohdissa käsitellyt asiat antavat aihetta;
9. Vahvistetaan seuraavan toimintakauden toimintasuunnitelma;
10. Vahvistetaan seuraavan tilikauden tulo- ja menoarvio;
11. Päätetään seuraavan vuoden jäsen- ja kannatusjäsenmaksun suuruudesta;
12. Päätetään puheenjohtajan, hallituksen jäsenten ja toimihenkilöiden palkkioista, heidän matka- ja päivärahoistaan sekä tilintarkastajien palkkioista;
13. Valitaan hallituksen puheenjohtaja vuosille 2013 - 2014;
14. Valitaan erovuoroisten tilalle hallituksen jäsenet ja varajäsenet;
15. Valitaan kaksi tilintarkastajaa ja heidän varamiehensä;
16. Päätetään toimikunnista ja valitaan niiden jäsenet;
17. Yhdistyksen kunniajäsen 2013
18. Muut mahdolliset esille tulevat asiat;
19. Kokouksen päättäminen

14.1.2013

Nora Hagelberg

Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry
puheenjohtaja

Eija Ruoppa

Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry
sihteeri

SUOMEN KIVUNTUTKIMUSYHDISTYKSEN

4.–5.4.2013 Paikka Finn-Medi 5, auditorio, 1. krs, Biokatu 12, Tampere
(Taysin välittömässä läheisyydessä)

4.4.2013 Päivä I

9.00 Tulokahvi ja ilmoittautuminen ja näyttelyyn tutustuminen

9.30 Päivien avaus, Dos. Nora Hagelberg, SKTY

Viskeraalinen kipu navan yläpuolella, pj LT Maija Kalliomäki

9.35 Visceral pain mechanisms (Professor Asbjörn Drewes, Aalborg, Denmark)

10.20 Ei-iskeeminen rintakipu (El Sari Vanninen, Sydänkeskus, Tays)

10.50 Understanding and treatment of pain in chronic pancreatitis (Professor Asbjörn Drewes, Aalborg, DK)

11.30 Lounas ja näyttelyyn tutustuminen

11.45–12.45 Lounassymposium (Pfizer Oy), pj dos. Maija Haanpää

Persistent post-surgery neuropathic pain, Audun Stubhaug, Professor, Oslo University Hospital, Norway

Viskeraalinen kipu navan alapuolella, pj LT Maija Kalliomäki

13.00 Pitkittynyt lantion alueen kipu – urologin näkökanta (el Martti Aho, Tays)

13.20 Pitkittynyt lantion alueen kipu gynelogin näkökulmasta (el Marjaleena Setälä, PHKS)

13.40 Seksuaaliterapeutin mahdollisuudet (Asiantuntijahoitaja / seksuaalineuvoja Jaana Susi, Tays)

14.00 Keskustelu

14.10 Stipendien jako

14.25 Kahvi ja näyttelyyn tutustuminen

Eri tekniikat viskeraalisen kivun hoidossa, pj EL Petteri Maunu

14.50 Kipupoliklinikan mahdollisuudet (LT Tarja Heiskanen, HYKS)

15.10 Onko selkäydinstimulaattorista hyötyä viskeraalisessa kivussa? (LT Pirkka Rautakorpi, TYKS)

15.30 Psykologin puheenvuoro viskeraalisesta kivusta (Psykologi Elina Kiehelä, HYKS)

15.50 Päivän päätös, vinkkejä illaksi

16.00 – Vuosikokous

19.00 Iltajuhla Museokeskus Vapriikissa, Veturiaukio 4 (Tampellan tehdasalue)
<http://www.tampere.fi/vapriikki.html>



5.4.2013 Päivä II

Spinaalinen kipu, pj Dos. Aki Hietaharju

- 9.00 Epidemiology and Neurosurgical Management of spinal cord Injury (Prof. Juha Öhman, Tays)
- 9.30 Mechanisms and management of spinal cord injury pain (Professor Nanna Brix Finnerup. The Danish Pain Research Center, Aarhus, Denmark)
- 10.30 Näyttelyyn tutustuminen
- 10.45 Spinaalinen kipu ja kuntoutus (el Eerika Koskinen, Tays)
- 11.15 Spinaalinen kipu ja fysioterapia (Ft Maijaliisa Vuontolampi. Pirkanmaan Erikoiskuntoutus)
- 11.45 Lounas ja näyttelyyn tutustuminen

Kipu ja elintavat -monikeskustutkimukseen osallistuville lounaskokous perjantaina 5.4.2013 klo 11.45–13.00 luentosalin vieressä olevassa kokoustilassa (Näsijärvi, Finn-Medi 5).

Kipupotilaan työkyky, pj Dos. Eeva Leino

- Kroonisen kipupotilaan kuntoutussuunnitelma – teoriat ja todellisuus
- 13.00 lääkärin näkökulma (Tays)
- 13.30 psykologin näkökulma (Tays)
- 14.00– sosiaalityöntekijän näkökulma (Tays)
- Sessio toteutetaan yhteisesityksenä potilasesimerkkiä käyttäen
- 14.45 Keskustelua ja päivien päätös

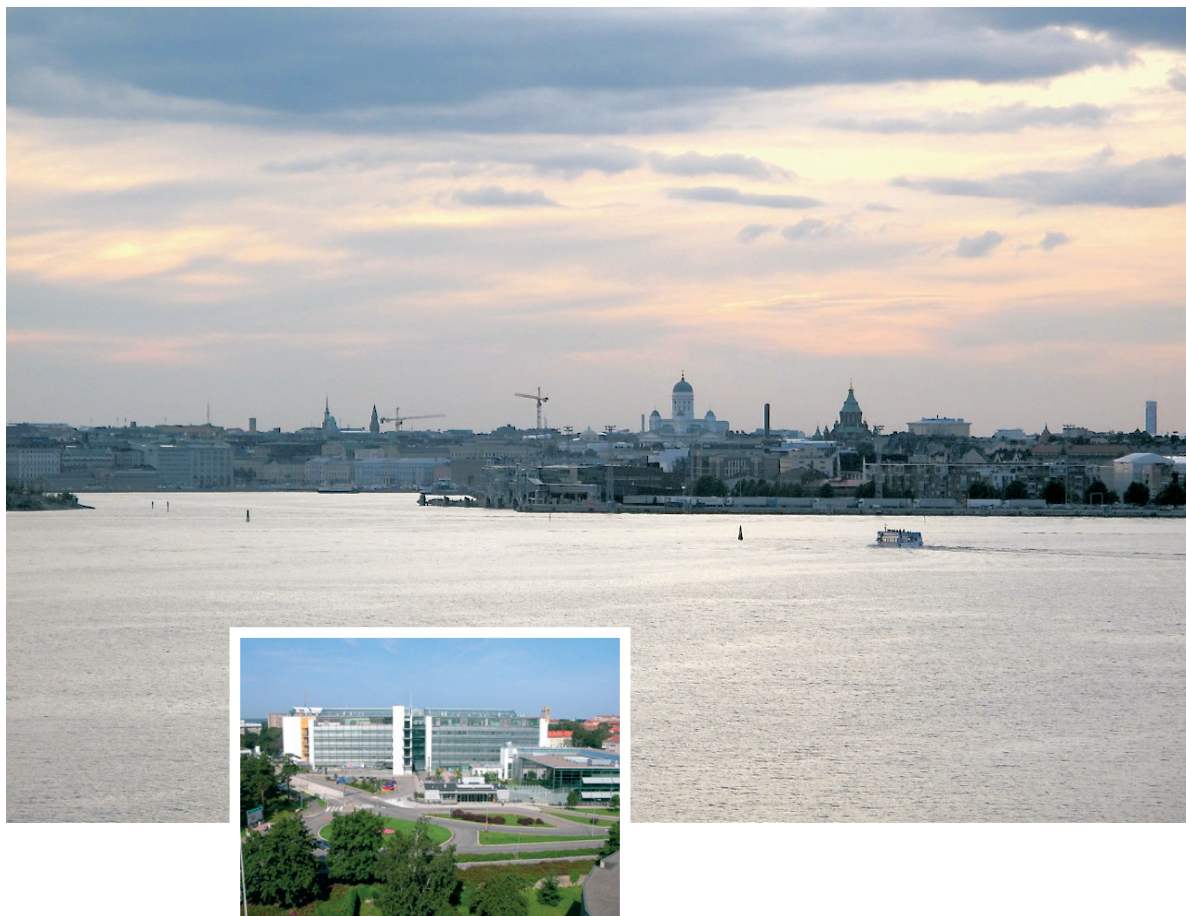
Erikoistumispisteitä on myönnetty seuraavasti: Anestesiologia ja tehohoito (8), Fysiatría (8), Gastroenterologinen kirurgia (7), Naistentaudit ja synnytykset (4), Neurokirurgia (8), Neurologia (8), Sisätaudit (4), Työterveyshuolto (8), Urologia (7), Yleislääketiede (8).

Osallistumismaksu: Jäseniltä 230 euroa ja ei jäseniltä 260 euroa. Maksu sisältää luentomateriaalit, kahvit, lounaat ja iltajuhlan.

Ilmoittautuminen: Ilmoittautuminen 7.1.2013 alkaen osoitteessa www.suomenkivuntutkimusyhdistys.fi olevan ilmoittautumislinkin kautta. Ilmoittautuminen päättyy 22.3.2013.

Turun tilikeskus laskuttaa osallistumismaksut netti-ilmoittautumisten perusteella. Ilmoittautumismaksuja ei palauteta 22.3. tulevien peruutuksien jälkeen.

Koulutukseen mahtuu max. 200 osallistujaa ilmoittautumisjärjestyksessä.



Pohjoismaiden kivuntutkimusyhdistyksen (*Scandinavian Association for the Study of Pain eli SASP*, katso www.sasp.org) vuosikokous järjestetään 13.–15.6.2013 Helsingissä. Kokouspaikkana on Biomedicum Helsinki (www.biomedicum.fi).

SASP on jo vuonna 1977 perustettu yhdistys, jonka tehtävä on yhdistää kipututkijoita ja kipua hoitavia ammattihenkilöitä Pohjoismaissa, edistää kivun tutkimusta ja hoitoa, sekä tukea siihen liittyvää opetusta ja koulutusta. SASP 2013 -kokouksen aiheina ovat mm. viskeraalinen ja neuropaattinen kipu, migreeni, fibromyalgia, selkäkipu ja opioidit.

Puhujiksi on jo saatu vahvistettua mm. erittäin kovassa nousussa oleva opioiditutkija Ruth Drdla-Schutting Wienin yliopistosta ja viime kesänä Milanossa kohua herättänyt Jordi Serra Barcelonasta. Keynote -luennon viskeraalisen kivun mekanismeista pitää Qasim Aziz Lontoosta. Lisäksi workshoppien aiheina ovat esimerkiksi migreeni, selkäkipu ja fibromyalgia. Troels S. Jensen pitää erikoisluennon neuropaattisesta kivusta.



*SASP Annual Conference 2013
Helsinki, Finland 13.-15.6.2013
Biomedicum Helsinki,
close to the city centre*

Programme highlights

Topical symposium

Opioids: Refreshing an Old Acquaintance

Ruth Drdla-Schutting, University of Vienna, Vienna, Austria
Anne E. Olesen, University of Aalborg, Aalborg, Denmark

Keynote lecture

Mechanisms of Visceral Pain in Health and Functional GI Disorders

Qasim Aziz, The Wingate Institute of Neurogastroenterology, London, UK

Topical symposium

Migraine: from Pathophysiology and Genetics to the Clinic

Rashid Giniatullin, University of Eastern Finland, Kuopio, Finland
Maija Wessman, Finnish Institute of Molecular Medicine, Helsinki, Finland
Mikko Kallela, Helsinki University Central Hospital, Helsinki, Finland

Topical symposium

Back pain

Jaro Karppinen, Finnish Institute of Occupational Health, Oulu, Finland
& three other speakers

Topical symposium

Pain in Brain: Recent Advances in Human Brain Imaging

Karin B. Jensen, Massachusetts General Hospital, Charlestown, MA, USA
Siri Leknes, University of Oslo, Oslo, Norway
Erika Kirveskari, Helsinki University Central Hospital, Helsinki, Finland

SASP Special Lecture

Neuropathic Pain: Is it an Entity?

Troels S. Jensen, University of Aarhus, Aarhus, Denmark

Topical symposium

Pain in Fibromyalgia: Peripheral, Central and Genetic mechanisms

Jordi Serra, MC Mutual, Barcelona, Catalunya
Eva Kosek, Karolinska Hospital, Stockholm, Sweden
Anne Tammimäki, University of Helsinki, Helsinki, Finland

Lecture

Parent-staff collaboration in pain management

Anna Axelin, University of Turku, Turku, Finland

Find more info soon at:
www.sasp.org

Welcome to Helsinki!



Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry



SUOMEN VAKUUTUSLÄÄKÄRIEN YHDISTYS ry.

Suomen Vakuutuslääkäriyhdistys ja Suomen Kivuntutkimusyhdistys järjestävät jälleen vuotuisen koulutustapahtuman. Yhteistyökumppanina on Pfizer Oy.

KIPU VAKUUTUSLÄÄKETIETEEN HAASTEENA KOULUTUS 2013 ”Miten turvata tapaturmapotilaan toipuminen työelämään”

Aika: pe 26.4.2013
Paikka: Pfizer, Tietokuja 4, Helsinki
Kohderyhmä: Kipulääkärit, vakuutuslääkärit, muut aiheesta kiinnostuneet lääkärit

Erikoistumispiisteet: hyväksytty 4 h fysiatrian, ortopedian ja traumatologian, työterveyshuollon ja yleislääketieteen teoreettiseksi kurssimuotoiseksi koulutukseksi ja sekä kivunhoidon ja vakuutuslääketieteen erityispätevyyskoulutuksen teoreettiseen koulutukseen.

12.00-13.00 Lounas

Sessio 1: pj ylilääkäri Seppo Kettunen, Ilmarinen

13.00–13.10 Tilaisuuden avaus,
ylilääkäri Seppo Kettunen

13.10–13.40 Vakuutuslääketieteen sanasto-oppia
Vs johtava sosiaalityöntekijä Eevi Apponen, TAYS

13.40–13.50 Syy-seuraussuhde: hoitavan lääkärin näkökulma
Ortopedi Mika Paavola, HYKS

13.50–14.00 Syy-seuraussuhde: vakuutuslääkärin näkökulma
Dosentti Juhani Juntunen, HY

14.00–14.10 Syy-seuraussuhde: juristin näkökulma
Varatuomari Taisto Hujala, If

14.10–15.00 Tapaturmatapauksia
Eevi Apponen, Mika Paavola, Juhani Juntunen, Taisto Hujala

15.00-15.10 Pfizerin puheenvuoro

15.10 – 15.30 Kahvitauko

KIVUN HOITO MONIAMMATILLISENA YHTEISTYÖNÄ

7.–8.11.2013, Tampere-talo

AKUUTTI KIPU 7.11.2013

Päihteet ja kipu · Puheenjohtaja: Dos. Nora Hagelberg

- 09.05 – 09.10 Reindeerspotting-elokuvan traileri
09.10 – 09.40 Kipulääkkeiden päihdekäyttö. Ylilääkäri Kaarlo Simojoki, A-klinikkasäätiö
09.40 – 10.10 Päihdepotilaan akuutin kivun hoito päivystystilanteessa. LT Katri Hamunen, HYKS
10.10 - 10.20 Keskustelu
10.20 – 10.50 Perioperative pain therapy in opioid abuse. Prof. Andreas Sandner-Kiesling, Medizinische Universität, Graz, Austria
10.50 – 11.00 Discussion
11.00 - 12.30 Lounas ja näyttelyyn tutustuminen

Leikkauksen jälkeisen kivun riskipotilaiden tunnistaminen ja hoito · Puheenjohtaja: EL Elina Tiippana

- 12.30 – 13.05 Akuutin ja kroonisen kivun riskipotilaiden tunnistaminen. LT Tuomo Meretoja, _HYKS
13.05 – 13.40 Ongelmallisen leikkauskivun tunnistaminen ja hoito.
EL Pirjo Ravaska, LSHP
13.40 – 14.15 APS-jälkipoliklinikka, EL Elina Tiippana, HYKS
14.15 – 14.30 Keskustelu
14.30 – 15.00 Kahvi ja näyttelyyn tutustuminen

Rinnakkaisessio 1: Ketamiini · Puheenjohtaja: Dos Kristiina Kuusniemi

- 15.00 – 15.30 S-ketamiinin farmakologiaa. LT Marko Peltoniemi, TYKS
15.30 – 16.00 S-ketamine during the perioperative period. Prof. Andreas Sandner-Kiesling, Medizinische Universität, Graz, Austria
16.00 – 16.15 Discussion

Rinnakkaisessio 2: Potilasturvallisuus kivun hoidossa · Puheenjohtaja Outi Saarelainen

- 15.00 – 15.30 Lääketurvallisuus osana potilasturvallisuutta kivunhoidossa. Proviisori Lotta Tynismaa, HUS
15.30 – 16.00 Vaaratapahtumat kivunhoidossa. Dos, potilasturvallisuuspäällikkö Kaisa Haatainen, KYS
16.00 – 16.15 Keskustelu
16.30 – 18.30 Happy Hour näyttelytilassa

SYÖPÄ KIPU 8.11.2013

Ohjelma julkaistaan myöhemmin

Ilmoitushinnasto vuodelle 2013

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

Ilmoitushankkija: Soile Haakana, HYKS Kipuklinikka, PL 140, 00029 HUS
sähköposti: soile.haakana@hus.fi tai kotisivut@suomenkivuntutkimusyhdystys.fi

Aineistopäivä: maaliskuun numeroon on 15. tammikuuta ja lokakuun numeroon 31 elokuuta.
Lehden painos on 1 600 kpl.

Lehdessä voidaan ilmoittaa mainosten lisäksi esimerkiksi avoimista työpaikoista.

Ilmoitusaineisto: PDF-tiedostona tulee toimittaa lopullisessa muodossaan (lehden koko 170 x 245 mm, tekstipinnan koko 145 x 210 mm. Lehti on 4-värinen.

Ilmoitusaineisto toimitetaan osoitteella: Suomen Graafiset Palvelut Oy, PL 25, 70701 Kuopio
(sähköposti aineisto@graafisetpalvelut.com , viestikenttään: Kipuviesti / ilmoitusaineisto).

Kopio ilmoituksesta: Veikko Viljanen, (sähköposti viljanen.veikko@mbnet.fi) sekä päätoimittajalle (sähköposti paatoimittaja@suomenkivuntutkimusyhdystys.fi).

Saattekirjeessä, joka lähetetään painotaloon, taittajalle sekä päätoimittajalle,
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.

Ilmoituksen sijoittelu	Hinta yhteen lehteen (euroa)	Hinta kahteen lehteen (euroa), sama mainos
Sisäsivut (4-väri)	850	1 500
2. ja 3. kansi (4-väri)	950	1 700
Takakansi (4-väri)	1 100	2 000

S U O M E N K I V U N T U T K I M U S Y H D I S T Y S R Y

Puheenjohtaja Nora Hagelberg, Kipupoliklinikka, TYKS, PL 52, 20521 Turku, Sähköposti: nora.hagelberg@tyks.fi, **Varapuheenjohtaja** Jaro Karppinen, Työterveyslaitos, Aapistie 1, 90220 Oulu, Sähköposti: jaro.karppinen@ttl.fi, **Sih-teeri** Eija Ruoppa, Tammsalontie 9J,00820 Helsinki, eija.ruoppa@hus.fi, **Rahastonhoitaja** Anna-Maija Koivusalo, Palkka-tilankatu 6 B 15, 00240 Helsinki, Sähköposti: anna-maija.koivusalo@hus.fi, **Ilmoitushankkija** Soile Haakana, HYKS Kipu-klinikka, PL 140, 00029 HUS, sähköposti: soile.haakana@hus.fi tai kotisivut@suomenkivuntutkimusyhdystys.fi, **Kipu- viesti-lehden tilaus:** Tilaukset toimitetaan osoitteeseen Turun Tilikeskus Oy, Kipuviesti-lehden tilaus, PL 1234, 20101 Turku tai tilitoimisto@turuntilikeskus.fi. Tilauksen yhteydessä ilmoitettava tilattava tuote sekä toimitus- ja laskutusosoitteet. Vuosikerran hinta on 30 €.