

SUOMEN KIVUNTUTKIMUSYHDISTYS RY:N JÄSENLEHTI

Kipuviesti

Nro 1/2021

Selkäliitto: Tutkittua tietoa selän itsehoitoon
Krooninen kipu ja seksuaalisuus
Kliinikon kynästä: Anna liikkeelle merkitys
TMD:n Käypä hoito -suositus päivitetty

Selkäkipu



The background of the entire page is a photograph of two hands shaking. One hand is wearing a grey sweater, and the other is wearing a white shirt with a black watch. The image is framed by a large green circular graphic on the left and bottom. A green line with small circles connects the text area to the bottom right.

Onnistuneen
lääkehoidon
puolesta

Sisällys

5 Päätoimittajan palsta

Selkäkipu

6 **Marjo Rinne** Selkäterveyttä edistetään monella tasolla ja yhteistyössä

11 **Niklas Särkilahti** Alaselkävun kuntoutus – pitääkö olla huolissaan?

16 **Henna Kekkonen, Petri Karkkola** Krooninen kipu ja seksuaalisuus

22 **Selina Kuittinen, Iia Lappalainen** Jooga(terapia) kroonisen kivun hoidossa

Kivunhoidon koulutus

27 **Reetta Mustonen, Riitta Mieronkoski, Heidi Wiik** Kivun hoitotyön täydennyskoulutuksessa käytetään näyttöön perustuvia menetelmiä asiantuntijuuden kasvuun – etänä ja lähellä

36 **Hanna Häkkinen, Katja Levander, Tapio Ojala, Petteri Koho, Hannu Luomajoki** Kipufysioterapian koulutuskokonaisuus – missä mennään nyt

Muut artikkelit

42 **Tuula Korhonen** Kiertomatka kipupoliklinikoilla

48 **Kirsi Sipilä, Marika Doepel, Marja Pöllänen** Purentaelimistön toimintahäiriöiden (TMD) päivitetty Käypä hoito -suositus

Kliinikon kynästä

53 **Joonas Rajatalo** Merkityksellisyys ja liike osana kuntoutusta – krooninen alaselkäkipu perusterveydenhuollon avofysioterapiassa

Väitöksiä

56 **Abigail Kusi Amponsah**

57 **Veera Qvintus**

Tutkittua

61 **Nipistyksiä: Anneli Vainio** Lääketieteen kieli

Suomen Kivuntutkimusyhdistyksen sivut

63 **Karita Palomäki** Yhdistyksen fysioterapeuttitoimikunta 2021 esittäytyy

66 **Anette Lemström** Lasten ja nuorten kiputoimikunnan toiminta

67 **Tulevia koulutuksia**



Kipuviesti

1/2021

24. vuosikerta

Julkaisija

Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry

www.skty.org

ISSN 1796-3141

Päätoimittaja

Riitta Mieronkoski

kipuviesti@skty.org

Toimituskunta

Arja Hiller, arja.hiller@sosteri.fi

Tuula Korhonen, tuula.korhonen@ras.fi

Riitta Mieronkoski, ritemi@utu.fi

Tiina-Riitta Vuorjoki-Ranta, tiina-riitta.vuorjoki-ranta@hel.fi

Kipuviesti-lehden tilaus: Turun Tilikeskus Oy, PL 1234, 20101 Turku tai tilitoimisto@turuntilikeskus.fi. Tilauksen yhteydessä on ilmoitettava tilattava tuote ja määrä sekä toimitus- ja laskutusosoitteet.

Vuosikerran hinta on 50 €.

Osoiterekisteri

Katja Murro, Turun Tilikeskus Oy

PL 1234, 20101 Turku

puh. 02 2814300

katja.murro@tutke.fi

Kannen valokuva: voimistelija Victoria Lassila, valokuvaaja Sami Tapio <https://samitapio.myportfolio.com/>

Graafinen suunnittelu

Eero Antturi

Kirjapaino GRANO, Vaasa
2021

Ilmoitushinnasto vuodelle 2021

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

Ilmoitushankkija: Anette Lemström

HUS, PL 140, 00290 Helsinki

anette.lemstrom@hus.fi

Aineistopäivä: maaliskuun numeroon on 29. helmikuuta ja lokakuun numeroon 7. syyskuuta.

Lehden painos on 1500 kpl.

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

Ilmoitusaineisto toimitetaan osoitteella: Antturi Design Oy, sähköposti: antturi@antturidesign.com, viestikenttään: Kipuviesti / ilmoitusaineisto

Kopio ilmoituksesta: Anette Lemström

(sähköposti: anette.lemstrom@hus.fi)

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

Ilmoitushinnat

Ilmoituksen sijoittelu	Hinta yhteen lehteen (euroa)	Hinta kahteen lehteen (euroa) sama mainos
Takakansi	1 200 €	2 100 €
2. ja 3. kansi	1 050 €	1 800 €
Sisäsivut	950 €	1 600 €
Sisäsivu 1/2	500 €	800 €
Sisäsivu 1/4	300 €	500 €

Tervehdys uudelta päätoimittajalta



Riitta Mieronkoski

Kipuviestin toimituskunta on uudistunut, mutta käsissäsi oleva lehti sisältää myös paljon tuttua. IASP vuoden teema, selkäkipu, näkyy lehden ensisivuilla. IASP:n teemavuoden tavoitteena on auttaa klinikoita, tutkijoita ja yleisöä ymmärtämään selkävun luonnetta ja käytettävissä olevien hoitomuotojen hyödyllisyyttä. Kirjoitusten aiheet vaihtelevat, pääsanomassa on paljon samaa; yritämme edelleen ymmärtää selkävun olemusta ja kehittää hoitoa siten, että kivusta kärsivän oma aktiivisuus on isossa roolissa.

Tätä kirjoittaessa olemme eläneet hiukan toista vuotta korona-pandemian aikakautta, joka ei ole jättänyt varmasti koskettamatta ketään niin ammatillisesti kuin yksityiselämässä. Olemme juuri kuulleet ensimmäiset suunnitelmat Suomen exit-strategiasta, ja uskallamme olla varovaisen toiveikkaita vapaammasta lähitulevaisuudesta. Koronapandemian aiheuttamat rajoitukset ovat avanneet myös uusia mahdollisuuksia tarkastella omaa toimintaansa sekä etsiä uusia keinoja ylläpitää yhteisöllisyyttä. Tässä lehdessä saamme pienen katsauksen siitä, miten SKTY on vastannut ajan haasteisiin. Digiloikka otettiin muun maailman mukana kivun hoidon koulutuksessa, kun kivun hoitotyön täydennyskoulutus ja kipufysioterapian erikoistumiskoulutus muutettiin etänä toteutettaviksi. Miten kävi oppimisen, ja miten opiskelijat kokivat muutoksen?

Koska olemme joutuneet olemaan fyysisesti etäällä toisistamme, tarvitsemme yhteisöllisyyttä. Kivun hoidon parissa työskentelevät voivat harjoittaa yhteisöllisyyttä esimerkiksi osallistumalla SKTY:n toimikuntien toimintaan tai rakentamalla yhteisiä ammatillisia verkostoja. Tässä lehdessä annoimme toimikunnille mahdollisuuden esitellä omaa toimintaansa ja uudessa sarjassa lähdemme kiertämään Suomen kipuklinikoita. Ensimmäisenä tutustumme Oulun yliopistollisen sairaalan eritysvastuualueen kipuklinikan toimintaan ja siellä perustettuun Polar Pain -verkostoon.

Haluamme kiittää Kipuviestin puolesta lehden teossa pitkään mukana olleita ja nyt säännöllisestä toiminnasta pois jääneitä henkilöitä. Erityisesti kiitämme professori Eija Kalsoa, jonka kolumneista olemme saaneet lukea viisaita ajatuksia kivusta ja sen olemuksesta sekä professori Sanna Salanterää, joka on toiminut Kipuviestin toimituskunnassa 20 vuoden ajan. Kiitos myös SKTY:n puheenjohtajalle Petteri Koholle sekä lehden aikaisemmalle päätoimittajalle Reino Pöyhille luottamuksesta ja ohjauksesta, jota olen tässä uudessa toimessa päätoimittajana saanut. ■

Hei Suomen kivuntutkimusyhdistyksen jäsen,

Haluaisitko olla mukana Kipuviestin tekemisessä? Onko sinulla hyviä verkostoja tai intoa luoda uusia? Haluatko pysyä kärryllä ajankohtaisesta kipututkimuksesta ja kivunhoidon käytänteistä? Tai onko sinulla visuaalista silmää tai ideoita lehden uudistamiseen? Pidätkö suomen kielestä ja kirjoittamisesta? Nyt sinulla on mahdollisuus tulla mukaan Kipuviestin toimituskuntaan käyttämään kaikkea potentiaaliasi ja työskentelemään hyvässä hengessä, iloisessa seurassa. Kipuviestin toimituskunta kokoontuu n. 6 kertaa vuodessa (pääasiassa etänä) suunnittelemaan ja toteuttamaan lehteä yhdessä. Olisi hienoa saada sinusta vahvistusta hyvään porukkaamme. Otathan yhteyttä kipuviesti@skty.org ja keskustellaan lisää!

Selkäterveyttä edistetään monella tasolla ja yhteistyössä

Tutkimustiedosta eväitä ohjattuun ja omatoiseen harjoitteluun



Marjo Rinne

TtT, Selkäliiton puheenjohtaja

Selän kipeytyessä moni arkinen asia hankaloituu. Kipu haittaa liikkumista, häiritsee nukkumista ja vaikuttaa mielialaan. Nykyisin ihmiset ovat tottuneet hakemaan tietoa ja ohjeita vaivoihinsa verkkosivuilta ennen hakeutumistaan terveydenhuollon ammattilaisten vastaanotolle. Siksi tarvitaan luotettavia tietolähteitä, joissa suositukset ja selän itsehoito-ohjeet perustuvat tutkittuun tietoon.

Selkä kivun luonne ja syyt muuttuvat iän myötä kuten myös selkävaivojen ehkäisy ja hoito. Selkäongelmiin liittyy edelleen runsaasti uskomuksia, jotka voivat jopa haitata toipumista. Selkä kivulle ei aina löydy yhtä selkeää syytä ja monesti kipu pitkittyy. Eniten esiintyy epäspesifistä selkäkipua, jonka syytä ei tarkasti tiedetä. Ammattilaisten antamien hoitojen rinnalla on tärkeää ymmärtää itse, mistä eri syistä selkä- ja/tai alaraajaoireet johtuvat ja mitä itse voi tehdä oireita helpottaakseen.

Selkäliitto tiedollisten ja toiminnallisten edellytysten edistäjänä

Selkäliitto on toiminut yli 30 vuotta valtakunnallisena kansanterveys- ja potilasjärjestönä, jolla on jäseninä paikallisia selkäyhdistyksiä eri puolella Suomea. Liitto kokoaa ja välittää tutkittua ja luotettavaa selkätietoa sekä tuottaa selkäterveyttä edistäviä materiaaleja ja itsehoito-ohjeita sekä edistää väestön selkäterveyttä viestimällä niistä monikanavaisesti. Selkäliiton toimintaa rahoittaa Sosiaali- ja terveysjärjestöjen avustuskeskus STEA.

Selkäliitolla on vahva rooli tuki- ja liikuntaelinjärjestöjen kentällä myös liikkumisen ja

liikunnan edistämisessä, mikä näkyy liiton strategian teemassakin ”Liikkuva selkä kantaa kauas!”. Selkäliitto kannustaa kaikkia edistämään selän hyvinvointia omassa arjessaan liikkuen ja muilla terveellisillä elämäntapavalinnoilla, ja mikä tärkeintä, rohkaisee ihmisiä liikkumaan ja käyttämään selkäänsä kivuista huolimatta. Keskusjärjestönä liitto ei järjestä omaa liikuntatoimintaa, mutta paikalliset selkäyhdistykset tahoillaan tarjoavat lukuisia erilaisia ohjattuja liikuntaryhmiä. Liitto kuitenkin järjestää vuosittain yhdistysten liikuntavastaaville ja -ohjajille täydennyskoulutusta.

Selkätietoutta, neuvoja ja vertaistukea luotettavasti

Selän hoito on elämänmittainen prosessi ja selästään kannattaa pitää huolta silloinkin, kun se ei oireile – mieluummin jo ennen kuin se on edes kipeytynyt. Selkäliiton Selkäkanava on kaikille avoin selän hyvinvoinnin verkko-palvelu. Useimmiten ihmiset tarvitsevat ja hakevat tietoa silloin, kun oma tai läheisen selkä kipeytyy. Selkäkanavalle on koottu keskeistä tietoa selkä kivusta ja -sairauksista, kattavasti monipuolista neuvontamateriaalia selän ja nis-

SELKÄKANAVA.FI

Selkäkanavalle on koottu kattavasti monipuolista neuvontamateriaalia selän ja niskan hyvinvoinnista.



kan hyvinvoinnista sekä ohjeita omatoimiseen hoitoon.

Selkäkanavalla voi täyttää myös suomenkielisen Start Back -kipukyselyn, joka auttaa tarvittaessa hakeutumaan terveydenhuollon ammatillaisen vastaanotolle.

Selkäkanavan Jumppakissa-osiossa on runsaasti kuvallisia harjoitteluohjeita sekä videoita. Jumppakissan musiikilla höystetyt videotaukojummat ovat erittäin suosittuja, ja maksuttoman, päivittäisen taukojumppamuistutuksen voi kuka tahansa tilata sähköpostiinsa. Selkäkanavan hyväksi todettuja sisältöjä on myös käytetty Terveyskylä.fi:n Kuntoutumistalon materiaalipankissa. Lisäksi Selkäliitto julkaisee Hyvä Selkä -lehteä, jossa on tutkimus- ja asiantuntija-artikkeleita, henkilöhaastatteluita, selän itsehoitoon kannustavia ohjeita sekä tietoa selkähdistysten toiminnasta.

Vertaistukitoiminta on tärkeä osa liiton ja yhdistysten toimintaa, ja Selkäliitto kouluttaa paikallisyhdistysten toimijoita vertaistukihenkilöiksi. Monesti selkäkipu voi vähentää osallistumista aiempiin harrastuksiin eikä kivun vuoksi ehkä uskalla lähteä liikkumaan. Vertaistuki on matalan kynnyksen toimintaa, jossa omien kokemusten jakaminen, kokemukset vertaisuudesta ja osallisuudesta vaikuttavat ih-

misen selviytymiseen, jopa parantumiseen.

Tutkittu tieto tukee valintoja

Selän terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavat monet tekijät, mutta selkävaivojen ehkäisemiseksi ja niistä kuntoutumiseksi liikuntaharjoittelun on todettu olevan tehokkain yksittäinen keino. Kuitenkin selkätutkijoita askarruttaa edelleen, millainen harjoittelu olisi vaikuttavinta epäspesifin pitkittyneen alaselkävivun hoitomenetelmänä tai kuntoutuksessa. Owen ym. (1) julkaisi hiljattain laajan verkostometanalyysikatsauksen epäspesifin alaselkävivun hoitona käytetyistä liike- ja/tai liikuntaharjoittelusta. Passiivisten hoitojen vaikuttavuutta selkäkivuihin on jo selvitetty aiemmin meta-analyseissa, joissa on havaittu, ettei mikään passiivinen hoito ole osoittautunut vaikuttavaksi ilman liike- tai liikuntaharjoittelua.

Owenin analyysiin päätyi yli 9000 julkaisua, mutta katsauksen lopulliseen arviointiin soveltuvia niistä oli alle 90 ja kaikissa harjoittelu oli ollut ohjattua. Analyysi osoitti, että epäspesifistä selkäkipua lievitti eniten pilates-liikunta, liikehallinnan (stabilointi) harjoittelu sekä kestävyysliikunta. Hyviä vaikutuksia näytti olevan myös lihaskuntoa kehittäväällä vastusharjoittelulla ja eri harjoitusmuotojen yhdistämisellä



Selkäliiton strategiana on kannustaa kaikkia edistämään selän hyvinvointia lisäämällä liikkettä ja liikku-
mista.

(multimodal training). Fyysistä toimintakykyä paransivat edellä mainittujen lisäksi vesiliikunta sekä jooga. Kipuun liittyy usein mielialan lasku ja ahdistus. Fyysisellä harjoittelulla oli selvästi myönteisiä vaikutuksia myös henkiseen hyvinvointiin, joka koheni eniten vastusharjoittelulla sekä kestävyysliikunnalla.

Hyviä ja vaikuttavia toimintamalleja UKK-instituutin interventiotutkimuksista

UKK-instituutissa on tehty 2000-luvulla useita satunnaistettuja, kontrolloituja interventiotutkimuksia (RCT) harjoittelun ja selkäneuvonnan vaikutuksesta epäspesifeihin selkävaivoihin eri työtekijäryhmillä ja eri toimintaympäristöissä. Seuraavassa esitetään tiivistelmät kolmesta laajasta interventiotutkimuksesta, joiden teoreettinen viitekehys harjoittelun ja neuvonnan periaatteissa ovat samat, mutta toteutus on sovellettu kohderyhmien mukaisesti.

Kahden selkäintervention kohderyhmänä olivat työikäiset miehet. UKK-instituutti toteutti VR-Yhtymä Oy:n kanssa Kuntoveturitutkimuksen (2) ja varusmiespalvelukseen suunnatun VASTE-hankkeen (3). Kuntoveturitutkimukseen osallistui n. 100 miestä, joilla oli

lieviä selkävaivoja. VASTE-hankkeen interventiotutkimukseen tutkimukseen osallistui Porin Prikaatin kaikkiaan neljän komppanian varusmiehet (kaksi satunnaistettu harjoitteluryhmäksi, kaksi verrokkiryhmänä). Kuntoveturissa tarkoituksena oli kehittää turvallinen, helposti toteutettava ja vaikuttava toimintamalli selän varhaiskuntoutukseen sekä ehkäistä selkä kivun uusiutuminen. VASTE-tutkimuksessa vastavasti selvitettiin tavanomaisesta varusmiespalveluksesta poikkeavan ohjatun harjoittelun ja selkäneuvonnan vaikutuksia vammamääriin ja palveluksesta poissaoloihin.

Kummassakin interventiossa ohjatut harjoitteluohjelmat sisälsivät tasapainoa, kehonhallintaa, lihaskuntoa ja liikkuvuutta kehittäviä liikkeitä, joissa keskityttiin erityisesti alaselälle turvallisen asennon hallintaan. Harjoitusryhmien neuvontaosuudessa osallistujat perehdyttiin yleisimpiin liikuntavammoihin sekä alaselän keskiasennon hallinnan periaatteisiin ja keinoihin. Tavoitteena oli oppia tunnistamaan ja soveltamaan alaselän hallinnan periaatteet harjoitteita tehdessä, eri työtilanteissa tai varusmiespalveluksessa palvelustehtävissä sekä arkielämässä. Selkäneuvonnan tueksi osal-



Harjoittelu on tehokkain yksittäinen keino epäspesifien selkävaivojen ehkäisemisessä ja kuntoutumisessa (1).



listujat saivat opaskirjaseen.

Vuoden kestäneen Kuntoveturi-interventio-
on jälkeen harjoitteluryhmän osallistujat rap-
portoivat selkäkipunsa lievittyneen huomata-
tavasti enemmän (39 %) kuin vertailuryh-
mässä. Merkittävä tulos oli myös se, että
verrokkiryhmästä poiketen harjoitusryh-
mäiset kokivat työkykynsä paremmaksi
ja arvioivat sen säilyvän hyvänä vielä seu-
raavan viiden vuoden ajan. VASTE-tutki-
muksessa spesifiin harjoitusohjelmaan ja
neuvontaan palvelusaikana osallistuneilla
varusmiehillä alaselkävasta aiheutuvien
poissaolopäivien määrä väheni 58 % ver-
rattuna verrokkiryhmään.

Kolmannessa epäspesifien selkävaivojen
varhaiskuntoutusinterventiossa, NURSE-
RCT:ssa, kohderyhmänä oli fyysisesti ras-
kaissa terveydenhuollon hoitotehtävissä
työskentelevät naishoitajat (n = 219) (4).
Ensisijaisena tarkoituksena oli tutkia so-
velletun, progressiivisesti etenevän pilates-
harjoittelun ja ongelmaperustaisen sel-
käneuvonnan vaikuttavuutta epäspesifin
selkäkipun voimakkuuteen ja uusiutumise-
seen. Lisäksi tutkittiin intervention kusan-
nustehokkuutta. Osallistujat arvottiin nel-
jään ryhmään: 6 kuukauden ajan yksi ryhmä
osallistui sovellettuun pilates-harjoitteluun,

toinen selkäneuvontaan ja kolmas edellisten
yhdistelmään; vertailuryhmään arvotut osallis-
tuivat ainoastaan tutkimusmittauksiin.

Tulokset osoittivat, että selkäkipun voimak-
kuus ja häiritsevyys työssä vähenivät merkittä-
västi vain yhdistelmäryhmässä. Tutkimuksen
pilates- ja yhdistelmäryhmissä myös selän lii-
kehallinta ja vatsalihasvoima paranivat, muissa
kuntotekijöissä ei kuitenkaan tapahtunut muu-
tosta. Työhön liittyvä kivun pelko väheni sekä
yhdistelmä- että pilates-ryhmässä ja fyysiseen
aktiivisuuteen liittyvä kivun pelko ainoastaan
pilates-ryhmässä. Selkäneuvonta ei yksinään
ollut vaikuttava menetelmä. Sairauspoissaolo-
päivien määrä oli 12 kuukauden jälkeen mer-
kittävästi vähäisempi yhdistelmäryhmässä kuin
vertailuryhmässä. Mikään tutkimusryhmä ei
ollut kustannusvaikuttava sairauspoissaolojen
osalta, mutta yhdistelmäryhmässä elämänlaatu
parani kustannusvaikuttavasti 1120 eurolla. (4)

NURSE-RCT:n aineisto on laaja ja antaa edel-
leen jatkumahdollisuuden selvittää muun mu-
assa pilates-harjoittelun annos-vaste-suhdetta ja
toteutumista, fyysisen kunnon ja muun fyysis-
sen aktiivisuuden merkitystä selkäkipuun sekä
useiden psyko-sosiaalisten tekijöiden merkitys-
tä selkäkipuun. Aineistosta on tähän mennessä
valmistunut yksi väitöskirja (5) ja kolme muuta
ovat vielä tekeillä.

Lopuksi

Tutkimustieto ei yksinään riitä lisäämään selän
terveyttä ja hyvinvointia, vaan sen sisältämä
viesti pitää välittää ja siirtää käytäntöön. Tämä
edellyttää monien eri alojen asiantuntijoiden
sekä tahojen yhteistyötä. Selkäliitto haluaa
omalla työllään edistää tämän tavoitteen toteu-
tumista. ■

Kirjallisuus

1. Owen PJ, Miller OT, Mundell NL, Verswijveren SJJM, Ta-
gliaferri SD, Brisby H, Bowe SJ, Belavy DL. Which specific

- modes of exercise training are most effective for treating low back pain? Network meta-analysis. Br J Sports Med. 2020; 54: 1279-1287.
2. Suni J, Rinne M, Natri A, Pasanen M, Parkkari J, Alaranta H. Control of the lumbar neutral zone decreases low back pain and improves self-evaluated work ability: a 12-month randomized controlled study. Spine 2006;31(18):E611-20.
 3. Suni JH, Taanila H, Mattila VM, Ohrankämmen O, Vuorinen P, Pihlajamäki H, Parkkari J. Neuromuscular Exercise and Counseling Decrease Absenteeism due to Low Back Pain in Young Conscripts: A Randomized, Population-Based Primary Prevention Study. Spine 2013; 38: 375-384.
 4. Suni JH, Kolu P, Tokola K, Raitanen J, Rinne M, Taulaniemi A, Parkkari J, Kankaanpää M. Effectiveness and cost-effectiveness of neuromuscular exercise and back care counseling in female healthcare workers with recurrent non-specific low back pain: a blinded four-arm randomized controlled trial. BMC Public Health 2018; 18: 1376. doi: 10.1186/s12889-018-6293-6299.
 5. Taulaniemi A. Neuromuscular exercise for low back pain. Efficacy among female healthcare workers in biopsychosocial framework. Tampere University Dissertations 344, PunaMusta Oy, Yliopistopaino, Vantaa 2020



Monialaista kivun hoitoa Ortonin kipuklinikalla

Ortonin kipuklinikka on erikoistunut kivunhoidon suunnitteluun, toteutukseen ja kuntoutukseen moniammatillisella otteella. Klinikalle voi tulla hoitoon joko läheteellä tai ilman lähetettä.

Palveluihimme kuuluvat mm. stimulaatto-reiden asennukset, rTMS-hoito, botuliinihoito, puudutustoimenpiteet, polikliininen fysio- ja toimintaterapia sekä kipupsykologin palvelut.



ORTON
Sinun hoitoosi erikoistunut

Asiakaspalvelu
09 4748 2705
www.orton.fi

Alaselkä kivun kuntoutus – pitääkö olla huolissaan?



Niklas Särkilahti

fysioterapeutti OMT,
tohtorikoulutettava,
työfysioterapeutti,
Tuki- ja liikuntaelämäntien
fysioterapian erikoisasian-
tuntija

Alaselkä kivun ensisijaisena hoitovaihtoehtona pidetään konservatiivista lääketehtä hoitoa. Tämän vuoksi alaselkäkipuiset ohjataan useasti fysioterapeutin vastaanotolle. Alaselkäkipuun liittyvän tutkimusaineiston rakettimainen kasvu ja pirstaleisuus haastaa kuitenkin klinikot. Kirjallisuus on pullollaan erilaisia kuvauksia alaselkä kivun moninaisuudesta, oireiden ja kivun kroonistumisen taustatekijöistä ja toimintahäiriöistä. Kliinikon voi olla haasteellista muodostaa tarkkaa käsitystä eri tekijöiden merkityksistä sekä eri tekijöiden välisistä suhteista yksittäisen alaselkäkipupotilaan kohdalla. Tämä voi helposti johtaa tilanteeseen, jossa kaikille alaselkäpotilaille keitetään ratkaisua samalla reseptillä. Toisaalta harvinaisista ei ole myöskään kuulla toteamusta kaikkien lähestymistapojen heikosta tutkimusnäytöstä. Onko siis niin, että tarjoamme potilaillemme kakkosluokan hoitoa? Tämän artikkelin tarkoituksena on pohtia kriittisesti epäspesifiin alaselkäkipuun liittyvän tutkimustiedon hyödyntämistä osana fysioterapeutin klinisen päättelyn prosessia.

Alaselkä kivun alaryhmäluokittelu

Alaselkäkipu on maailmanlaajuisesti suurin toimintakyvyn rajoitusta ja kärsimystä aiheuttava syy (1). Vaikka alaselkäkipua pidetään usein pääasiassa hyvälaatuisena, kipu ja toimintakyvyn selkeä heikkous säilyy 2–48 prosentilla kolmen kuukauden seurannassa (2). Tämän jälkeen kuntoutumistilastoihin ei tule enää juuri lainkaan muutoksia (2). Lisäksi kolmasosalle kipu uusiutuu seuraavan vuoden aikana (3). Alaselkä kivun arvioinnin ja kuntoutuksen peruspilariksi on nostettu biopsykososiaalinen viitekehys. Vaikka tätä lähestymistapaa on korostettu jo vuosia, kuntoutuksen tehokkuus on näyttänyt pääsevän parhaimmillaan vain vaatimattomalle tasolle (4). Syiksi vaatimattomiin tuloksiin on nostettu alaselkä kivun monimuotoisuus ja tutkittavien heterogeenisyys.

Yhtenä lähtökohtana heterogeenisyyden selättämiseksi on ollut alaselkäkipuisten alaryhmäluokittelu. Vaikka luokittelukeinoja on usei-

ta, ne voidaan jakaa suurella kädellä kahteen päälinjaan: potilaiden jakamiseen ennustetyökalujen (clinical prediction rule) ja hoitointerventionien mukaan (5). Koska alaselkä kivun ennuste näyttäisi olevan enemmän yhteydessä psykososiaalisiin kuin fyysisiin tekijöihin (2), erityisesti ennustetyökalujen tavoitteena on ollut jakaa alaselkäkipupotilaat näiden kivun kroonistumisen riskitekijöiden mukaan. Yleisiä riskitekijöiden tunnistamiseen käytettyjä mittareita ovat STarT Back ja Örebro -kyselyt sekä ennustemalli PICKUP. Yhteistä näille malleilla on se, että ne pyrkivät jaottelemaan alaselkäkipupotilaat ikään kuin liikennevalomallien mukaan vähäisen (vihreä valo) ja korkean riskin (punainen valo) potilaisiin. Lisäksi ennustemalleja on kehitetty myös tarkoituksenmukaisen hoitointervention kuten manuaalisen terapian löytämiseksi (6). Alaselkä kivun kroonistumista ennustavien mallien tehokkuus on kuitenkin kyseenalaistettu. Ne näyttäisivät en-

nustavan heikosti kivun kroonistumista sekä vain keskinkertaisesti toimintakyvyn rajoitusta (7). Näiden mallien käyttö voi näin helposti johtaa alaselkäkipupotilaiden väärinluokitteluun. Örebro-kyselyn käyttö on kuitenkin perusteltua, koska se näyttäisi ennustavan erittäin hyvin sairauspoissaoloja (7). Ennustusmallit eivät myöskään anna informaatiota niin sanottujen keskinkertaisen (keltainen valo) riskin potilaiden hoitointerventioiden suunnitteluun (5). Näiden niin sanottujen keltaisten potilaiden määrä näyttäisi vaihtelevan 46 prosentin välillä (8-9).

Alaselkäkipun heterogeenisyyden haastetta on pyritty selättämään myös luokittelemalla tutkittavat hoitointerventioiden mukaan. Tämä voi kuulostaa haasteelliselta, koska kirjallisuus on pullollaan erilaisia biologisia, psykologisia ja sosiaalisia alaselkäkipuun liittyviä tekijöitä. Kliinisten löydösten ja siihen liittyvien hoitointervention mukaiset luokittelut ovat pääasiassa kohdentuneet kognitiivisiin tekijöihin, motorisen kontrollin harjoitteluun, harjoitteluun yleisesti tai näiden yhdistelmiin. Yhdeksi tärkeimmäksi asiaksi alaselkäkipun hoidossa on nostettu potilaan ohjaus ja neuvonta (patient education) (4). Vaikka ohjaus näyttäisi vähentävän kipua ja lisäävän toimintakykyä, se ei eroa lume-ohjauksen tehosta (10). Intensiivisen ohjauksen hoitoteho ei eronnut lume-hoidosta, vaikka interventiorhyymiin valittiin vain ne tutkittavat, joiden kivun kroonistumisen riski oli suuri (10). Tämä haastaa ajatuksen, että alaselkäpotilaiden oirekuvan ymmärryksen lisääminen vähentäisi oireista aiheutuvaa haittaa ja parantaisi toimintakykyä. Yksi syy näihin odottamattomiin tuloksiin voi liittyä myös asiantuntijoiden ja alaselkäkipupotilaiden eriäviin ajatuksiin ohjauksen ja neuvonnan sisällöstä (11). Toisaalta tehottomat potilaiden luokittelumittarit voivat johtaa myös vääränlaisiin tuloksiin (7).

Alaselkäpotilaiden ohjauksen ja neuvonnan lisäksi yleisimmät interventioluokittelut liittyvät erilaisiin harjoitteluperusteisiin lähestymistapoihin. Näitä lähestymistapoja ovat muun muassa mekaaninen diagnostisointi ja terapia (MDT), motorisen kontrollin harjoittelu (motoriset, sensoriset ja sentraaliset prosessit, jotka liittyvät asennon ja liikkeen hallintaan), lannerangan liikejärjestelmän häiriöt (movement system impairment, MSI) sekä yhtäläisen järjestelmän malli (integrated system model, ISM) (12). Vaikka näihin kaikkiin lähestymistapoihin liittyy alaselkäpotilaiden yksityiskohtainen arviointi ja potilas-terapeutti suhteen kehittäminen, ne olettavat kudoskuormituksen olevan oireiden taustalla (12). Nämä menetelmät pyrkivät siis optimoimaan lannerangan kudoskuormitusta (12). Suurimmat erot lähestymistapojen välillä liittyvät tutkimusmetodeihin ja kohdennettuihin hoitoihin. MDT pyrkii tunnistamaan potilaiden mekaaniset alaryhmät, joiden mukaan heille ohjataan harjoitteita, kun taas muissa lähestymistavoissa korostetaan lannerangan kontrollin parantumista ja lonkan liikkeen lisäämistä vartalon tai alaraajan liikkeissä (12). Kirjallisuuden mukaan lannerangan liikehallintaharjoittelu näyttäisi olevan muita hoitointerventiota tehokkaampaa alaselkäkipupotilailla, joilla esiintyy lannerangan liikehallinnan heikkoutta (13). Lisäksi näyttäisi siltä, että mitä enemmän alaselkäkipupotilaat kuvaavat oireiden liittyvän toimintaan, sen tehokkaammin motorisen kontrollin harjoitteet toimivat (14).

Kognitiivisen funktionaalisen terapian (CFT) tarkoituksena on puolestaan puuttua alaselkäpotilaan kuntoutumisen esteisiin, liittyivät ne sitten fyysisiin tai psykologisiin tekijöihin tai elämäntapatekijöihin. CFT antaa mahdollisuuden arvioida potilasta ja puuttua kuntoutumisen esteisiin edellä esitettyjä lähestymistapoja laaja-alaisemmin. CFT näyttäisi olevan

tehokkaampaa kuin manuaaliseen terapiaan yhdistetty yleinen lannerangan harjoittelu tai ryhmäharjoittelu (15, 16). CFT:stä on kuitenkin julkaistu alaselkäkipuisista vasta kaksi satunnaistettua kontrolloitua tutkimusta.

Biopsykososiaalinen viitekehys

Alaselkä kivun kuntoutuksen peruspilari on rakennettu biopsykososiaalisen viitekehysten ympärille. Tutkimukset eivät kuitenkaan näytä huomioivan alaselkäkipupotilasta biopsykososiaalisessa viitekehyksessä päinvastaisista väitteistä huolimatta (17). Suurin osa alaselkäkipuun liittyvistä tutkimuksista painottuu edelleen biomedikaaliseen viitekehykseen. Vaikka osa tutkimuksista huomioi myös psykologisen viitekehysten, ne painottuvat lähes pelkästään kognitiivisiin ja behavioraalsiin tekijöihin. Huomion ulkopuolelle jäävät muun muassa masennus ja ahdistuneisuushäiriöt, jotka näytävät olevan alaselkä kivussa juuri niitä tekijöitä, jotka kuormittavat terveydenhuoltoa (18). Hyvin harvoin tutkimuksissa huomioidaan alaselkäkipuisen sosiaalinen viitekehys kuten työ, perhesuhteet, luokka, terveydenhuoltoon pääsy, uskonto jne. (17). Tutkimuksissa voidaan tuoda esiin esimerkiksi katastrofisaatio, mutta ei sen taustalla usein esiintyviä ihmissuhdeongelmia (19). Uskaltaisin siis väittää, että edelleenkin meillä ei ole käytössä selkeää tutkimusnäyttöä biopsykososiaalisen lähestymistavan tehokkuudesta alaselkä kivun fysioterapiassa.

Mikään yksittäinen lähestymistapa ei todennäköisesti tule aukaisemaan alaselkä kivun umpisolmua. Vaikka kirjallisuus osaltaan tukee alaselkäkipupotilaan tarkempaa luokittelua, mikään lähestymistapa ei näyttäisi olevan toista selvästi parempi. Mikään nykyisin käytössä oleva luokittelu- tai lähestymistapa ei näyttäisi huomioivan alaselkäkipupotilaiden monimuotoisuutta. Tutkittavat voivat olla yhdenmukaisia esimerkiksi kipumekanismien osalta, mutta

erota suuresti psykologisissa ja sosiaalisissa tekijöissä. Lisäksi osa tutkimuksista luokittelee tutkittavat tarkkojen sisäänottokriteerien jälkeen, jolloin tutkittavat luokitellaan käytännössä kahteen kertaan. Tämä antaa kyllä hyvää informaatiota klinikoille, mutta tuloksia ei voida tällöin soveltaa muihin alaselkäkipuryhmiin. Alaselkäkipu sekä toiminta- ja osallistumisrajoitukset muodostuvat yksilöllisesti eri tekijöiden summana. Tämä asia koskee niin biologisia, psykologisia ja sosiaalisia tekijöitä. Yksittäinen bio- tai psykologinen tekijä ei näyttäisi olevan myöskään alaselkä kivun kroonistumisen takana, vaan pikemminkin niiden yhdistelmät (20). Tarkoituksenmukainen kysymys ei tällöin ole, mikä lähestymistapa on tehokkain, vaan millä lähestymistavalla tai -tavoilla yksittäistä potilasta voitaisiin parhaiten auttaa (5,11).

Tulevaisuuden ajatuksia

Kuntoutuksen kohdentaminen on lääketieteen ytimessä. Kliinikoille on kehitelty erilaisia kliinisen päättelyn toimintatapoja yksilöllisen hoidon löytämiseksi. Erilaisista toimintatavoista riippumatta kliinisen päättelyn prosessista voidaan usein tunnistaa viisi pääosa-aluetta: 1) Potilaan kokeman ongelman tunnistaminen; 2) Ongelman/synyn toteaminen (diagnosointi/ johtopäätös); 3) Tavoitteiden kohdentaminen todetun ongelman/synyn perusteella; 4) Intervention määrittäminen määritettyjen tavoitteiden perusteella; 5) Tulostittarien valinnat sekä tavoitteiden että potilaan kokeman ongelman mukaisesti. Pitäisikö meidän siis siirtyä kohti kliinisen päättelyn malleja tai hybridimalleja (5)? Epäspesifin niskakivun harjoitteluun liittyvistä satunnaistetuista kontrolloiduista tutkimuksista ainoastaan kuusi prosenttia pystyy vastaamaan kaikkiin edellä mainittuihin kliinisen päättelyn pääosa-alueisiin (21). Tämä voi tarkoittaa käytännössä sitä, että suuressa osassa niskakivun harjoitteluun liittyvissä tutkimuk-

sisä osallistujien niskakivun primaarisyy on jäänyt epäselväksi, tai interventio tai mittari ei ole ollut tarkoituksenmukainen. Tilanne ei liene erilainen alaselkäkipuun liittyvissä tutkimuksissa. Kliinisen päättelyn mallit ja hybridimallit mahdollistavat erilaisten lähestymistapojen käytön sekä erilaisten interventioiden kohdentamisen joko yksittäin tai yhdessä. Näiden lähestymistapojen tehokkuutta ei ole kirjoittajan mukaan raportoitu.

Lopuksi

Vaikka alaselkäkipu aiheuttaa maailmanlaajuiset suurimmat toimintakyvyn rajoitukset ja kärsimykset, sen esiintyvyys tippuu top 15 joukon huonommalle puolelle (1). Tilanne on lähes päinvastainen suun alueen häiriöissä (1). Liikeshallintaharjoitteilla ja CFT:llä, mutta myös manuaalisella terapialla voidaan vaikuttaa positiivisesti rajatun alaselkäkivusta kärsivän potilasjoukon oirekuvaan (6, 13, 15). Käytössä olevilla alaselkäkivun lähestymistavoilla olemme kuitenkin päässeet vasta nykyiseen tilanteeseen. Albert Einsteinin on joskus väitetty sanoneen, että on typeryyttä toistaa samaa asia uudestaan ja uudestaan, ja odottaa erilaisista tulosta. Alaselkäkivun monimuotoisuuden vuoksi potilaiden luokittelussa tulisi päästä tarkempaan arvioon tai muuttaa lähestymistapaa hoitointerventiomalleista kohti päättelymalleja. Tai tuovatko nämäkään ratkaisua? Yksi vaihtoehto on myös hyväksyä, että pääsemme jatkossa parhaimmillaan vain hyvin vaatimattomiin hoitotuloksiin. ■

Kirjallisuus

1. GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet* 2018; 392: 1789–858.

2. Chou R. Shekelle P. Will This Patient Develop Persistent Disabling Low Back Pain? *JAMA* 2010; 303(13): 1295–1302.
3. Da Silva T. Mills K. Brown B. Herbert R. Maher C. Hancock M. Risk of Recurrence of Low Back Pain: A Systematic Review. *Journal of orthopaedic & sports physical therapy* 2017; 47(5): 305–314.
4. Foster N. Anema J. Cherkin D. Chou R. Cohen S. Gross D. Ferreira P. Fritz J. Koes B. Peul W. Turner J. Maher C. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. *Lancet* 2018; 391: 2368–83.
5. Hodges P. 2019. Hybrid approach to treatment tailoring for low back pain: A proposed model of care. *Journal of orthopaedic & sports physical therapy* 2019; 49(6): 453–463.
6. Child J. Fritz J. Flynn T. Irrgang J. Johnson K. Majkowsky M. Delitto A. A Clinical Prediction Rule To Identify Patients with Low Back Pain Most Likely To Benefit from Spinal Manipulation: A Validation Study. *Annals of internal medicine* 2004; 141: 920–928.
7. Karran E. McAuley J. Traeger A. Hillier S. Grabherr L. Russen L. Moseley L. Can screening instruments accurately determine poor outcome risk in adults with recent onset low back pain? A systematic review and meta-analysis. *BMC Medicine* 2017; 15: 13.
8. Hill J. Whitehurst D. Lewis M. Bryan S. Dumm K. Foster N. Konstantinou K. Main C. Mason, E. Somerville S. Sowden G. Vohora K. Hay E. Comparison of stratified primary care management for low back pain with current best practice (STarT Back): a randomised controlled trial. *Lancet* 2011; 378: 1560–71.
9. Simula A. Ruokolainen O. Oura P. Lausmaa M. Holopainen R. Paukkunen M. Auvinen J. Linton S. Hill J. Karpinen J. Association of Start Back tool and the short form of the Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire with multidimensional risk factors *Scientific Reports* 2020; 10: 290.
10. Traeger A. Lee H. Hubscher M. Skinner I. Moseley L. Nicholas M. Henschke N. Refshauge K. Blyth F. Main C. Hush J. Lo S. McAuley J. Effect of intensive patient education vs placebo patient education on outcome in patients with acute low back pain. *JAMA Neurology* 2019; 76(2): 161–169.
11. French S. Nielsen M. Hai L. Nicolson P. Van Tulder M. Bennell K. Hinman R. Maher C. Jull G. Hodges P. Essential key messages about diagnosis, imaging, and self-care for people with low back pain: a modified Delphi study of

-
- consumer and expert opinions. *Pain* 2019; 160(12): 2787-2797.
12. Hides J. Donelson R. Lee D. Prather H. Sahrman S. Hodges P. 2019. Convergence and Divergence of Exercise-Based Approaches That Incorporate Motor Control for the Management of Low Back Pain. *Journal of orthopaedic & sports physical therapy* 2019; 49(6): 437-452.
 13. Luomajoki H. Beltran M. Careddu S. Bauer C. Effectiveness of movement control exercise on patients with non-specific low back pain and movement control impairment: A systematic review and meta-analysis. *Musculoskeletal Science and Practice* 2018; 36: 1-11.
 14. Macedo L. Maher C. Hancock M. Kamper S. McAuley J. Stanton T. Stafford R. Hodges P. Predicting Response to Motor Control Exercises and Graded Activity for Patients With Low Back Pain: Preplanned Secondary Analysis of a Randomized Controlled Trial. *Physical Therapy* 2014; 94(11): 1543-1554.
 15. O'Keeffe M. O'Sullivan P. Purtill H. Bergary N. O'Sullivan K. Cognitive functional therapy compared with a group-based exercise and education intervention for chronic low back pain: a multicentre randomised controlled trial (RCT). *British journal of sports medicine* 2020; 54: 782-789.
 16. Vibe Fersum K. Smith A. Kvåle A. Skouen, J. O'Sullivan P. Cognitive functional therapy in patients with non-specific chronic low back pain-a randomized controlled trial 3-year follow-up. *European journal of Pain* 2019; 23(8): 1416-1424.
 17. Mescuto K. Olson R. Hodges P. Settychell J. A critical review of the biopsychosocial model of low back pain care: time for a new approach? *Disability and rehabilitation*. 2020; 7: 1-15.
 18. Traeger A. Husbsher M. Henschke N. Williams C. Maher C. Moseley L. Lee H. McAuley J. 2016. Emotional distress drives health services overuse in patients with acute low back pain: a longitudinal observational study. *European spine journal* 2016; 25: 2767-2773.
 19. Lacker J. Gurtman M. Pain catastrophizing and interpersonal problems: a circumplex analysis of the communal coping model. *Pain* 2004; 110: 597-604.
 20. Klyne D. Moseley L. Sterling M. Barbe M. Hodges P. Are signs of central sensitization in acute low back pain a precursor to poor outcome? *Journal of Pain* 2019; 20(8): 994-1009.
 21. Maissan F. Pool J. De Raaij E. Mollema J. Otelo R. Wiink H. The clinical reasoning process in randomized clinical trials with patients with non-specific neck pain is incomplete: A systematic review. *Musculoskeletal Science and Practice* 2018; 35: 8-17.

Krooninen kipu ja seksuaalisuus



Henna Kekkonen

Toimintaterapeutti AMK
Erityistason seksuaaliterapeutti NAOS



Petri Karkkola

PsT, terveystieteiden
erikoispsykologi
yliopistonlehtori

Krooninen kipu on laaja-alainen vaikutuksiltaan. Ihmisen hoito ja kuntoutus pohjautuu kokonaisvaltaiseen huomiointiin ja kohtaamiseen. Näin ollen myös ihmisen seksuaalisuuden tunnistaminen osana kokonaisvaltaisuutta tulisi olla sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten ammattitaitoa. Kroonisen kivun vaikutuksista seksuaalisuuteen löytyy tutkimuksellista aineistoa suhteellisen vähän, vaikka erilaiset kipuun liittyvät haasteet ja ongelmat ovat hyvin tyypillisiä kuntoutuksen ja terveydenhuollon eri kentillä. Kipu liittyy hyvin usein moniin eri sairauksiin ja vammoihin ja sen laaja-alaiset vaikutukset kaikkiin elämän osa-alueisiin on ilmeisiä.

Johdanto

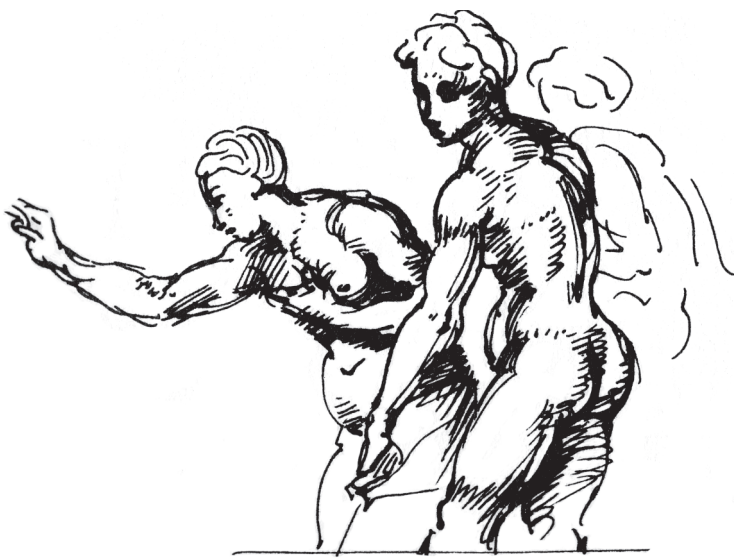
Krooninen kipu on yleistä, ja sen vaikutukset hyvinvointiin ja toimintakykyyn ovat merkittävät. Pitkäkestoinen kipu vähentää terveitä elinvuosia (1), häiritsee työntekoa ja elämänlaatua (2,3), ja voi se vaikuttaa myös muun itsenäisen elämän edellytyksiin sekä sosiaalisiin suhteisiin (4). Kipujen syyt ja seuraukset vaihtelevat yksilöllisesti, mutta psykologiset vaikutukset saattavat olla läsnä liki kaikkien kipua kokevien ihmisten elämässä. Kipuun liittyy psykistä kärsimystä, etenkin kipuun kohdistuvaa ahdistus- tai somatisaatio-oireilua, mutta myös yleisessä masennus- ja ahdistuneisuusoireilussa sekä itsearvostuksessa on huomattavia eroja kipupotilaiden ja verrokkien välillä (5). On kuvattu, että krooninen kipu voi ikään kuin pysäyttää elämän ja muuttaa ihmisen suhdetta normaaliuden käsitteeseen sekä omaan identiteettiin (6).

Seksuaalisuus on osa ihmisyyttä, ja sen merkitys ja toteuttamisen tavat muuttuvat ja mukautuvat elämänvaiheiden ja -tilanteiden myötä. Valitettavan usein seksuaalisuus käsitteellistään kaapeasti seksin toteuttamisena ja seksikin

penetraatiokeskeisenä penis-emätin-yhdyntänä. Seksuaalisuuden piiriin kuitenkin kuuluu laajemmin muun muassa kehollisuutta, sukupuoleen liittyviä rooleja, monimuotoisuutta ja mahdollisuuksia sekä seksuaali-identiteettiä. Seksuaalisuus ei ole vain seksuaalista käyttäytymistä tai toimintaa, vaan myös vapautta itsemme tuntemiseen ja ilmaisuun, vuorovaikutukseen ja suhteisiin (7). Seksuaalisuuden puheeksi ottoon ja huomioimiseen liittyy haasteita, joiden vuoksi seksuaalisuus on edelleen usein ohitettu puheenaihe. Kroonisen kivun laaja-alaisen vaikutusten vuoksi sen merkitys myös ihmisen seksuaalisuudelle on ilmeinen. Seksuaalisuuden huomiointi osana kokonaisvaltaista kohtaamista olisi tärkeää kroonista kipua sairastavien ihmisten kuntoutuksessa ja hoidossa.

Kroonisen kivun vaikutuksia seksuaalisuuteen

Kivun ja seksuaalisuuden tutkimukset käsittelevät usein lantion- ja genitaalialueiden kipuja ja niiden ilmiäviä vaikutuksia seksuaalisuuteen. Vaikka lantion alue voi olla tärkeä seksuaalisissa toiminnoissa, tarvitaan laajempaa



Raffaella mukaellen R. Marsh

tarkastelua. Sekä paikalliset että systeemiset tuki- ja liikuntaelimistön kivut ovat yhteydessä seksuaalisuuden haasteisiin (8) ja näistä on esimerkiksi raportoitu laajassa eurooppalaisessa tutkimuksessa, jossa 43 % kroonista kipua kärsivistä koki seksuaalisen toiminnan vaikeutuneen ja jopa 19 % kertoi olevansa kykenemättömiä seksuaaliseen toimintaan (4). Liki kolme neljäsosaa kroonisen kivun kanssa elävistä tanskalaisista kokee kipuun liittyviä seksuaalisia vaikeuksia (9). Kipukokemus liittyi myös huomattaviin vaikeuksiin seksuaalisuudessa keskiikäisten ja vanhempien eurooppalaismiesten aineistossa (10).

Kivun ja siihen liittyvien toimintarajoitusten emotionaaliset seuraukset voivat olla joskus vaikeampia käsitellä kuin itse fyysinen rajoite. Pitkäkestoisella kivulla ja psyykkisellä oirehdinnalla on yhteyksiä (5), mutta vaikutusten suunnat lienevät moninaiset. Psyykkiset tekijät voivat esimerkiksi vaikuttaa haluun ja kykyyn toteuttaa seksuaalisuuttaan. Yhteys voi olla myös käänteinen: epäonnistumiset seksuaalisuutensa toteuttamisessa esimerkiksi kivun vuoksi saattavat heikentää henkistä hyvinvointia. Ihmiset voivat kuvailla, kuinka kivulias

keho tuntuu oudolta ja käyttökeltomalta, ja tarpeellisten uusien toimintatapojen löytäminen ja niiden vaatima mielen joustavuus ja avoimuus voivat olla asiakkaille hyvin haastavia (6). Kroonista kipua onkin ryhdytty etenevästi käsittelemään motivationaalisessa kontekstissa, jossa kipu sitoo tarkkaavaisuutta ja häiritsee muita itsesäätelyprosesseja niin, että tavoitteiden saavuttaminen vaikeutuu, joka puolestaan voi vaikuttaa paitsi psyykkisten oireiden syntyyn niin myös jatkumiseen (11). Tällaisesta elämän tärkeisiin tavoitteisiin liittyvästä näkökulmasta on helppo korostaa kivun merkitystä myös seksuaalisuudelle, jos otetaan vakavasti seksuaalisuuden merkitys niin minäkuvalle kuin sosiaalisille suhteille.

Konkreettisesti seksiin ja siihen liittyvään toimintaan kipu saattaa vaikuttaa esimerkiksi asennon löytämisen vaikeutena (8). Sopivan asennon löytämiseen toki vaikuttaa se, kuinka seksi ymmärretään: liittykö siihen muita ihmisiä ja esimerkiksi toive penetraatiosta. Kipu voi vaikeuttaa hyvän asennon löytämistä ja sen myötä rentoutumista ja nauttimista, ja näin ollen seksuaalinen tyytyväisyys saattaa jäädä vähäisemmäksi, vaikka muuten seksi toimintona onnistuisikin (12).

Kipulääkkeet tai erilaiset mielialalääkkeet, varsinkin antidepressantit, voivat vaikuttaa seksuaalisuuteen monin tavoin ja aiheuttaa itessään seksuaalisuuteen liittyviä toimintahäiriöitä (13). Koska ne kuitenkin voivat myös kohentaa mielialaa ja kivun helpottamisen kautta edesauttaa seksuaalihäiriöiden poistumista, lääkitysmuutosten kokeilu saattaa olla hyvinkin tarpeellista, mikäli seksuaalisuuden osa-alueilla on huomattavia haasteita (14). Varsinkin serotoniinijärjestelmään vaikuttavat mielialalääkkeet saattavat vaikuttaa seksuaalisuuteen esimerkiksi halun, kiihottumisen sekä orgasmin saamisen kautta (13). Opioidien käyttäjistä jopa kolmannes kertoo, miehet naisia useammin, seksuaaliterveyteen liittyvistä haittavaikutuksista (15). Lääkehoidon vaikutukset seksu-

aalisuuteen voivat olla hyvin monimuotoisia ja niiden arviointi on vaikeaa. Lääkehoitoon liittyvissä asioissa aina tulee olla yhteydessä hoitavaan lääkäriin ja avata rohkeasti keskustelu myös seksuaalisuuteen liittyvistä haasteista suhteessa lääkkeisiin.

Kroonisesta kivusta kärsivä ihminen saat-
taa alkaa vältellä seksuaalista toimintaa kivun pahenemisen pelossa (16), mutta seksi saattaa kuitenkin joissakin tapauksissa toimia myös kivunlievittäjänä. Läheisyys ja ihokontakti nostavat kehon oksitosiinipitoisuuksia (17). Oksitosiinin potentiaali kivunlievittäjänä liittyy esimerkiksi kipuherkkyyden madaltumiseen mielialan kohenemisen sekä ahdistuneisuuden ja stressin vähenemisen kautta sekä siihen, että fyysisen kontaktin lisääminen voi tuottaa tuloksia akuutin ja kroonisen kivun hoidossa (18).

Krooninen kipu voi muuttaa ihmisen suhdetta omaan identiteettiin ja koettua roolia sukupuolisena olentona ja kumppanina. Ihminen on aina suhteessa toisiin ja muuttuneen identiteetin käsittely voi vaikuttaa ihmissuhteisiin sosiaalisessa elämässäkin. On tärkeää, että ihmisen lähiverkostoa ja perhettä opastetaan myös ja annetaan konkreettista tietoa kivun vaikutuksista elämään. Olettamuksia ja epäselvyyksiä kannattaa purkaa yhdessä asiakkaan ja lähipiirin kanssa, jotta ymmärrys lisääntyisi puolin sekä toisin (6). Vuorovaikutuksen kehittäminen läheisten ihmisten kanssa on suuressa roolissa ymmärryksen lisäämistä ja myös seksuaalisuudesta keskustelun mahdollistajana. Tärkein seksiniksi onkin yleensä kommunikoinnin ja vuorovaikutuksen lisääminen ja mahdollistaminen.

Helposti ajatellaan, että elämä ilman kipua on ”normaalia” ja kivun kanssa normaali elämä ei ole enää mahdollista, kun totutut toimintatavat eivät onnistu. Normaalin käsite kuitenkin on vaikea määritellä ja asiakkaita olisi hyvä

ohjata huomaamaan normaaliuden laajaa käsitettä ja vaihtelua (6). Myös seksiin liittyvien normien ja rutiinien purkaminen ja uusien toimintatapojen kartoittaminen on tärkeää. Kuitenkin on mahdollista, että kun monet muut toiminnot voivat olla mahdollittomia kroonisen sairauden vuoksi, seksi ja seksuaalisuus voivat tarjota mahdollisuuden tuntea itsensä ”normaaliksi” (19).

Murra ennakkoluuloja tai olettamuksia

Seksuaalisuutta pidetään tärkeänä osana terveydenhuoltoa ja ihmisten hyvinvointia. Vaikka kuntoutustyöntekijöiden vastuuseen ajatellaan kuuluvan seksuaalisuuden nostaminen keskusteluun, mutta ohjeiden siirtyminen konkreettisesti työotteeseen tai käytäntöön on kuitenkin ollut haasteellista ja puutteellista (20–25). Laajassa krooniseen kipuun liittyvässä väestötutkimuksessa vain 10 % vastaajista oli puhunut seksuaalisuuteen liittyvistä ongelmista terveydenhuollon ammattilaisen kanssa (9).

Koemme ammattilaisina helposti, että asiakas nostaa tärkeiksi kokemansa teemat puheeksi vastaanotolla. Asiakas, joka ei aloita keskustelua itse, raportoi seksuaaliterveyden ongelmia suoraan tai koe siinä juuri sillä hetkellä haasteita, voi kuitenkin haluta tietoa seksuaalisuuteen liittyvistä asioista ja kivun mahdollisista vaikutuksista seksuaalisuuteen (14). Tasapuolisuudenkin vuoksi vastuu keskustelunaloituksessa on ammattilaisella.

Meissä itsessämme eläviä tarinoita ja ajatuksia olisi jokaisen ammattilaisen hyvä pysähtyä tarkastelemaan. Meidän omat tarinamme orientoivat meitä huomaamaan tiettyjä teemoja terapiasuhteessa ja vuorovaikutuksessa, ja ohitamme jopa tietämättämme toisia teemoja. Asiakas saattaa sivulauseessa tuoda keskusteluun seksuaalisuuteen liittyvän teeman, ikään kuin tunnustellen aiheen sopivuutta, ja meidän ammattilaisten vastuulla on huomata näitä pie-

niä keskustelun avauksia ja kysymyksiä. Meidän ennakkoluulomme ja pelkomme näkyvät helposti asiakkaalle tiedostamattoman kehonkielen kautta ja silloin suljemme oven tältä keskustelulta. Asiakkaan kohtaamista ei myöskään tapahdu, jos oletamme asioita valmiiksi.

On myös pohdittavaa, kuinka sensitiivistä tai mahdollisuuksia avaavaa seksuaalisuuteen liittyvien asioiden esille otto on termillä ”sukupuolielämä”. Seksuaalisuus tai seksi eivät liity pelkästään sukupuoleen, eikä sukupuolisuutta tarvitse määritellä näistä asioista puhuttaessa. Seksuaali- ja sukupuolivähemmistöjen tunnistaminen, tunnustaminen ja huomioon ottaminen asiakasryhmänä on puutteellista. Oletuksia tapahtuu helposti stereotyyppisesti ja teemme niitä jopa huomaamatta puheessamme. Miten oletamme sukupuolten välisiä eroja kivun kokemuksessa tai avun hakemisessa (26)? Oletammeko jotain asiakkaan seksuaalisesta suuntautumisesta tai ihmissuhteista? Tarkoittaako seksi emätin-penis-yhdyntää heteroliitossa, vai voiko seksi olla ilmiönä jotain muutakin?

Seksiin liittyvien oletuksia kannattaa tarkastella. Seksi kattokäsitteenä voi tarkoittaa ihmisille hyvinkin erilaisia asioita. On tärkeää tarkentaa asiakkaan kanssa, että mitä seksi hänelle nimenomaan merkitsee ja minkälaisessa toiminnassa hänellä on siinä mahdollisesti haasteita liittyen kipukokemukseen. Kuten yllä todettu, seksin monimuotoisuuden ja ”normaalin” käsitteen purkaminen voi olla hyvin tarpeen, jotta seksuaalisuuden toimintoihin voisi löytää uusia tapoja ja mahdollisuuksia, kuten muihinkin arjen toimintoihin.

Hallinnan tunteen mahdollisuuksia

Ihminen voi löytää krooniseen kipuun liittyvien hallitsemattomuuden ja kontrolloimattomuuden kokemuksiin erilaista valtaistumisen ja voimaantumisen tunnetta esimerkiksi BDSM-maailmasta. Kun kipua tuotetaan tie-

toisesti, sitä säädellään, sitä kontrolloidaan ja hallitaan, ihminen voi tutkailla suhdettaan kipuun ja sen kokemukseen eri tavalla turvallisessa tilassa. BDSM voi tuoda mahdollisuuksia tutkia kehoa ja siihen liittyviä tunteita eri näkökulmista, mikä voi helpottaa kroonisen kivun kanssa elämistä (27). BDSM-hetkissä kipu on toivottu ja hyväksytty elementti, kun taas kroonista kipua sairastavat kokevat usein kivun negatiiviseksi ja vammauttavaksi, jota täytyy piilotella. Kinkyn tuomat erilaiset kokemukset kivun hyväksymisestä ja sen tuomasta nautinnosta voivat antaa erilaisia työkaluja kivun kokemuksen tutkimiseen (28). Kun tiedostamme ammattilaisina esimerkiksi tällaisten seksuaalisuuden monimuotoisuuteen liittyvien psykologisten aspektien olemassaolon, pystymme ehkä katsomaan myös seksuaalisuuden ilmentymistä elämässä eri tavoin.

Monimuotoisuuden ja ajatusten laajentamisen yhteydessä on hyvä tarkastella myös seksin apuvälineisiin liittyvät kysymyksiä. Usein kuntoutuksen ammattilaiset ohjaavat erilaisten apuvälineiden käyttöön, mutta edelleen valittavan vähän on asiallista ja neutraalia tietoa saatavilla seksin ja nautinnon apuvälineistä. Esimerkiksi erilaiset moottoroidut tuolit tai dildot, seksikeinut ja seksituolit voivat olla suuressakin roolissa seksin onnistumisen ja helpottumisen kannalta erilaisten kipujen ja sairauksien yhteydessä. Näihin tuotteisiin liittyy helposti omassa mielessämme ennakoasenteita, joita on jälleen hyvä murtaa ja tarkastella tarjottavaa välineistöä eri tavoin.

Lopuksi

Seksuaalisuus on herkkä aihe, mutta se elää kaikissa meissä. Seksuaalisuus on syvimmillään sitä, mitä olemme, mitä tunnemme, miten olemme suhteessa itseemme sekä muuhun maailmaan. Seksuaalisuuden laajemman merkityksen ymmärtäminen ja pohtiminen tuo

meille myös terveydenhuollon ammattilaisina haasteita ja lisämerkitystä, kun pyrimme kohtaamaan asiakasta ja hänen elämäänsä kokonaisvaltaisesti ja merkityksellisesti.

Olemme terveydenhuollon ammattilaisina usein erityislaatuissa asemassa asiakkaan elämässä – työskentelemme asiakkaidemme kanssa hyvin henkilökohtaisten asioiden äärellä ja asiakassuhteemme voivat olla hyvinkin pitkiä varsinkin kuntoutuksen kentällä. Pelkäämme turhaan, että seksuaalisuudesta keskustelu vie aikaa joltain muulta tai että on tärkeämpiäkin asioita kuin seksi. Seksuaalisuuteen liittyen haasteiden ja murheiden käsittely osana hoitoa voi parantaa meidän vuorovaikutussuhdettamme asiakkaan kanssa huomattavasti ja johtaa muissakin kuntoutukseen liittyvissä tavoitteissa parempiin tuloksiin (10). ■

Kirjallisuus

- Vos T, Abajobir A, Abbafati C, Abbas K, Abate K, Abd-Allah F, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet* 2017; 388: 8-14.
- Reid K, Harker J, Bala M, Truysers C, Kellen E, Bekkering G, et al. Epidemiology of chronic non-cancer pain in Europe: Narrative review of prevalence, pain treatments and pain impact. *Curr Med Res Opin* 2011; 27: 449-462.
- Häuser W, Wolfe F, Henningsen P, Schmutzer G, Brähler E, Hinz A. Untying chronic pain: Prevalence and societal burden of chronic pain stages in the general population – a cross-sectional survey. *BMC Public Health* 2014; 14: 352.
- Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain* 2006; 10: 287-333.
- Burke A, Mathias J, Denson L. Psychological functioning of people living with chronic pain: A meta-analytic review. *Br J Clin Psychol* 2015; 54: 345-360.
- Ojala T, Häkkinen A, Karppinen J, Sipilä K, Suutama T, Piirainen A. Chronic pain affects the whole person - a phenomenological study. *Disabil Rehabil* 2015; 37: 363-371.
- Taylor B, Davis S. Using the Extended PLISSIT model to address sexual healthcare needs. *Nurs Stand* 2006; 21: 35-40.
- Rosenbaum TY. Musculoskeletal pain and sexual function in women. *J Sex Med* 2010; 7: 645-653.
- Birke H, Ekholm O, Højsted J, Sjøgren P, Kurita GP. Chronic pain, opioid therapy, sexual desire, and satisfaction in sexual life: A population-based survey. *Pain Med* 2019; 20: 1132-1140.
- Tajar A, O'Neill T, Lee D, O'Connor D, Corona G, Finn J, et al. The effect of musculoskeletal pain on sexual function in middle-aged and elderly European men: Results from the European Male Ageing Study. *J Rheumatol* 2011; 38: 370-377.
- Karoly P. Chronic pain and psychopathology. Karoly P, Crombez G (eds), *Motivational perspectives on chronic pain: Theory, research, and practice*. Oxford University Press, New York 2018, pp. 355-403.
- Bahouq H, Allali F, Rkain H, Hajjaj-Hassouni N. Discussing sexual concerns with chronic low back pain patients: Barriers and patients' expectations. *Clin Rheumatol* 2013; 32: 1487-1492.
- Lorenz T, Rullo, J, Faubion S. Antidepressant-induced female sexual dysfunction. *Mayo Clin Proc* 2016; 91: 1280-1286.
- Ambler N, de C Williams A, Hill P, Gunary R, Cratchley G. Sexual difficulties of chronic pain patients. *The Clin J Pain* 2001; 17: 138-145.
- Ajo R, Segura A, Inda M, Planelles B, Martínez L, Ferrández G, et al. Opioids increase sexual dysfunction in patients with non-cancer pain. *J Sex Med* 2016; 13: 1377-1386.
- Batmaz İ, Sarıyıldız M, Dilek B, Inanır A, Demircan Z, Hatipoğlu N, et al. Sexuality of men with fibromyalgia: what are the factors that cause sexual dysfunction? *Rheumatol Int*; 33: 1265-1270.
- Grewen K, Girdler S, Amico J, Light K. Effects of partner support on resting oxytocin, cortisol, norepinephrine, and blood pressure before and after warm partner contact. *Psychosom Med* 2005; 67: 531-538.
- Rash J, Aguirre-Camacho A, Campbell T. Oxytocin and pain: A systematic review and synthesis of findings. *Clin J Pain* 2014; 30: 453-462.
- Hattjar B. Overview of Occupational Therapy and Sexuality. Hattjar B (ed), *Sexuality and occupational therapy*:

-
- Strategies for persons with disabilities. American Occupational Therapy Association, USA 2012, pp. 1-10.
20. Gott M, Galena E, Hinchliff S, Elford H. "Opening a can of worms": GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. *Fam Pract* 2004; 21: 528-536.
21. Haboubi N, Lincoln N. Views of health professionals on discussing sexual issues with patients. *Disabil Rehabil* 2003; 25: 291-296.
22. McGrath M, Lynch E. Occupational therapists' perspectives on addressing sexual concerns of older adults in the context of rehabilitation. *Disabil Rehabil* 2014; 36: 651-657.
23. Sinisaari-Eskelinen M, Jouhki M, Tervo P, Väisälä L. Työkaluja seksuaalisuuden puheeksi ottamiseen: Plissitistä Betteriin. *Sos Laaketiet Aikak* 2016; 53: 286-293.
24. Young K, Dodington A, Smith C, Heck CS. Addressing clients' sexual health in occupational therapy practice. *Can J Occup Ther* 2020; 87: 52-62.
25. Areskoug-Josefsson K, Larsson A, Gard G, Rolander B, Juuso P. Health care students' attitudes towards working with sexual health in their professional roles: Survey of students at nursing, physiotherapy and occupational therapy programmes. *Sex Disabil* 2016; 34: 289-302.
26. Samulowitz A, Gremyr I, Eriksson E, Hensing G. "Brave men" and "emotional women": A theory-guided literature review on gender bias in health care and gendered norms towards patients with chronic pain. *Pain Res Manag* 2018; 2018: 6358624-14.
27. Sheppard E. Chronic pain as emotion. *Journal of literary & cultural disability studies* 2020; 14: 5-20.
28. Sheppard E. Chronic pain as fluid, BDSM as control. *Disabil Stud Q* 2019; 39.

Jooga(terapia) kroonisen kivun hoidossa



Selina Kuittinen

yleislääketieteen erikoislääkäri, kivunhoidon erityispuoleisuus, OYL LKS kivunhoidon yksikkö, Svastha Joogaterapeutti®, joogaopettaja ®SJK



Iia Lappalainen

fysioterapeutti, Svastha Joogaterapeutti® ja joogaterapiaopettaja, joogaopettaja ®SJK. Joogatila

Kroonisen kivun hoidossa korostuvat lääkkeettömät kivunhallinnan keinot, joista jooga voi olla arvokas lisä potilaan keinovalikoimaan hallita oireitaan. Pitkään kivuista kärsineillä on usein elimistössään vallalla sympaattisen hermojärjestelmän ylivalta, jolloin elimistö käy suurimman osan ajasta ”taistele tai pakene”-asetuksilla. Hengitys on pinnallista, lihakset ovat jännittyneet ja olo on levoton. Jooga ja joogaterapia ovat yksi hienoista, tieteellisesti tutkituista menetelmistä, joiden avulla elimistön toimintaa voidaan kääntää enemmän parasympaattisen lepohermoston toiminnan suuntaan. Potilaalla tulee olla halu ja valmius lähteä itse työskentelemään oman hyvinvointinsa eteen joogan ja joogaterapian keinoin.

Mitä jooga ei ole

Jooga ei ole urheilulaji, jossa kilpaillaan siitä, kuka on kaikista notkein tai saa itsensä väännettyä hankalimman näköiseen asentoon. Jooga ei myöskään ole sirkusta tai akrobatiaa, johon voivat osallistua vain valmiiksi notkeat ihmiset. Usein joogaa ehdottaessa kuuleekin erheellisesti vastattavan, että ”en ole tarpeeksi notkea”. Joogaan yhdistetään usein myös uskonnollisuus, jolloin osa ihmisistä kokee, ettei se kuulu meidän kristillispohjaiseen kulttuuriimme. Joogan juuret ovat toki Intiassa ja hindulaisuudessa, mutta länsimaihin levinneestä joogasta uskonnollisuus on usein riisuttu pois. Suomen Joogaliitto ry, joka vastaa suurelta osalta maamme uusien, perusteellisesti koulutettujen joogaopettajien koulutuksesta, on aikoinaan tietoisesti riisunut uskonnolliset elementit pois koulutuksestaan. Jooga sopii siis aivan kaikille, kehon rajoitteisiin, uskontoon, ihon väriin tai kulttuuriin katsomatta.

Nykyään jooga on noussut muoti-ilmiöksi, ja joogan ohjaajaksi voi valmistua lyhyimmillään viikonlopun aikana (vrt. Suomen Joogaliiton 5-6 vuotinen koulutus). Kaikenlaiset olutjoogat ym. voivat olla hauskoja, mutta ne toimivat vain, jos sitä kautta osallistuja alkaa tuntea vetoa myös syvällisemmän joogaharjoittelun suuntaan.

Mitä jooga on?

Jooga on yli 2000 vuotta vanha tieteellisesti tutkittu ja toimivaksi todettu menetelmä, jonka avulla voidaan yhdistää keho-hengitys-mielen akselin toimintaa (1-6). Jooga (yoga) sanana tarkoittaaakin yhteyttä, yhteyttä myös rauhan ja selkeyden tilaan syvällä sydämessä. Jooga tarkoittaa myös mielen liikkeiden hiljenemistä. Pubmed-tietokantahaulla löytyy yli 200 mainintaa sanoilla yoga & pain, mikä kertoo siitä, että aihe kiinnostaa myös lääketieteessä. Nykyajassa jooga keskittyy kehon harjoitusten kautta vähitellen myös hengityksen ja mielen hallintaan ja rauhoittamiseen. Joogan avulla on mahdollista saavuttaa paitsi parempaa kehon tiedostamista, hallintaa, voimaa ja liikkuvuutta, myös keinoja parempaan keskittymiseen ja tietoisuustaitojen oppimiseen. Kaikki tietoisuustaitomenetelmät, kuten mindfulness, tanssi- ja liiketerapia sekä psykofyysinen fysioterapia pohjautuvat joogan periaatteisiin.

Jooga on aina henkilökohtainen kokemus. On tärkeä keskittyä siihen, mihin oma keho on kulloinkin valmis. Ei tulisi kilpailla itsensä tai toisten kanssa. Kipupotilaan ei tulisi myöskään verrata suoritustaan siihen, mitä se oli ennen kipusairautta, vaan keskittyä harjoituksissa nykyhetkeen ja siihen, mitä itse voi tässä ja nyt tehdä, jotta olo helpottuisi. On tärkeää oppia



Rauhoittava lepoasento esimerkiksi ennen nukkumaan menoa, keskittyen pitkään uloshengitykseen.

kuuntelemaan omaa kehoa ja sitä, mikä on itselle milloinkin hyväksi. On syytä oppia luottamaan oman kehon viesteihin ja siihen että voi itse lievittää kipua omalla toiminnallaan. Usein kipupotilaan kehonkuva on vääristynyt tai epäsymmetrinen, ja tätä kautta kehonhallinta on vaikeutunut.

Jooga ei ole vain kehollinen harjoitus, vaan siinä liikkeeseen yhdistetään aina hengitys, liikkeet tehdään keskittyen hengityksen tahtiin. Joogaharjoituksessa voidaan tehdä myös erillisiä hengitysharjoituksia, joiden myötä päästään vähitellen syvällisempään keskittymiseen. Huolellisesti tehtyjen harjoitteiden kautta hengitys rauhoittuu ja tulee tietoisemmaksi, tätä kautta mieli ja keho rauhoittuvat. Pitkä uloshengitys aktivoi parasympaattista, rentouttavaa hermostoa. On hyvä opetella ohjaamaan sisäänhengityksen tuoma tila ja avautuminen kipukohtaan ja tunnistella miten uloshengitys rentouttaa. Tämä johtaa useimmiten kipukokemuksen lievittämiseen.

Joogaharjoitukseen voi liittyä erilaisia harjoitteita ääntä apua käyttäen, tavoitteena uloshengityksen pidentyminen ja mielen keskittyminen. Lisäksi meditaatio voi olla osa harjoitusta. Usein aktiivisten liikesarjojen jälkeen jäädäänkin rauhassa istumaan ja tarkkailemaan kehoa, mieltä ja hengitystä. Yksi joogan liike- ja hengitysharjoitusten tavoite onkin pystyä sen jälkeen istumaan paikallaan mieli hiljentyneenä, siis meditoimaan.

Joogaa on nykyään hyvin monenlaista. Hatha jooga on yleisin muoto ja se sopii lähes kaikille. Siinä voidaan lempeiden jooga-asentojen lisäksi tehdä esimerkiksi joustavia toistovenytyksiä ja lihasvoimaa lisääviä, stabiloivia harjoitteita sekä liikekontrollihäiriön lempeää korjaamista. Voiman ja liikekontrollin lisääminen ovat avainasemassa useimmille kipuasiakkaille. Suomessa kansalaisopistojen tai paikallisten joogayhdistysten ryhmiin on yleensä helppo päästä, ja aloittelijoiden ryhmät sopivat useimmille kipupotilaille, kunhan muistaa tehdä harjoitteita tietoisesti ja itseään kuunnellen. Aina on lupa tehdä liikkeitä pienemmin ja kevyemmin. Mikäli kipupotilaalla on rajoitteita, niistä on hyvä puhua etukäteen joogaryhmän vetäjän kanssa, ja pyytää itselleen tarvittaessa myös helpotettua versiota liikkeistä, joita ei pysty tekemään. Parhaan hyödyn joogasta kipupotilas kuitenkin saa, jos hänellä on mahdollisuus päästä erityiskoulutetun joogaterapeutin yksilöohjaukseen.

Jooga kroonisen kivun hoidossa

Jooga sopii kaikille kipupotilaille, riippumatta siitä, minkälaisia oireita tai rajoitteita kipusairaus heille aiheuttaa. Hankalimmissa tilanteissa harjoitteita voi tehdä pelkästään mielikuva-harjoituksena, jossa samalla tavalla keskitytään kuvittelemaan liike hengityksen tahdissa. Perinteisiä joogan liikkeitä voi tehdä erilaisissa asennoissa; maaten, istuen tai seisten. Jokaiselle jooga-asennolle löytyy variaatioita, joita kokenut joogaohjaaja voi asiakkaalleen ehdottaa.



**Asento SI-nivelen stabi-
loimiseksi. Polvet auki,
purista jalkapohjia yhteen,
nosta lantiota.**

Joogassa on olennaista oppia tuntemaan oma kehonsa ja ystävystymään sen kanssa, puhumaan itselle myötätuntoisemmin. Oireilevaan alueeseen pitäisi pystyä suhtautumaan lempeästi ja sallivasti. Kehon terveitä ja oireettomia alueita hyväksikäyttäen voidaan myös kipualueelle ohjata rentoutta, pehmeyttä ja helpompaa oloa. Jooga auttaa potilasta suuntaamaan huomiota siihen, mikä onnistuu ja on hyvin, mistä voi olla kiitollinen, pois oireista ja rajoitteista. Joogasta löytyy usein myös apua kroonisen kivun myötäsairauksien, kuten stressin, masennuksen, ahdistuksen ja unettomuuden hoitoon.

Vasta suomennetussa kirjassa Joogaa kivun lievitykseen (7) on hyvä runko paitsi itsenäisesti harjoittaa joogaa omien kipuoireiden lievittämiseen, myös vaikka aloittaa kivunhoitoyksikössä joogaan perustuva kivunhallintaryhmä.

Joogaterapia kroonisen kivun hoidossa

Joogaterapian avulla pyritään lievittämään kipua ja lisäämään toiminnallisuutta (8). Asiakkaan motivoituminen itsensä hoitoon on avainasemassa. Terapian tarkoitus on saada asiakas kokemaan, että hän voi itse vaikuttaa tilaansa rauhallisesti etenevien pienten helppojen harjoitusten ja elämänmuutosten avulla. Tavoite on, että asiakas tekee hänelle henkilökohtaisesti suunniteltua joogaharjoitusta joka päivä (ainakin 5 x vko) hänelle sopivaan aikaan, 10-30min kerrallaan, ja vähitellen säätelee harjoitusta oman kokemuksensa pohjalta. Joskus on tarpeen tehdä pieni harjoitus aamulla ja rentouttava, nukkumista helpottava harjoitus illalla. Päivän aikana on hyvä pysähtyä huomioimaan kehoa ja hengitystä, ja minitauoilla rentoutua, tehdä pientä liikettä, tai vain kuunnella hengi-

tyksen tuomaa helpotusta. Elämäntapojen huomioiminen on mukana harjoituksessa, aktiivisuuden ja levon tasapainottaminen sekä ravinto. Tavoitteena on, että asiakas alkaa luottamaan harjoitukseen ja sen tuomaan muutokseen. Joogaterapeutti on mukana prosessissa, tukemassa ja muuttamassa harjoitusta asiakkaan kanssa tarpeen mukaan.

Krooninen kipu tuo stressiä elämään, sen tiedostaminen on alku kivunhoidolle. Stressin ja kivun helpotus on asteittaista, pitkäaikaista ja vaatii vanhojen ei-toimivien tapojen, liike-mallien, hengityksen ja mielenmallien tunnistamista ja muutosta kohti vapauttavaa tilaa. Rentoutuminen, parasympaattisen hermoston aktivoiminen ja sympaattisen rauhoittaminen on perusta kivunhoidolle. Sen jälkeen tuodaan vakautta kudoksiin pienillä kevyillä liikkeillä ja kosketuksen avulla, muuttamalla kehon asentoa ja liikkeitä toiminnallisimmiksi. Kehoa vahvistetaan pienin askelin ja sitten tuodaan lisää liikkuvuutta, mikäli se on tarpeellista.

Esimerkkitapaus:

Joogaterapiavastaanotolle tuli 42-vuotias nainen, jolla oli 8- ja 3 -vuotiaat lapset. Hän teki miehensä tavoin etätöitä kotonaan, ilman ergonomisia järjestelyjä. Vanhempi lapsista kävi koulussa ja nuorempi tarhassa. Nainen oli stressaantunut arjen järjestelyistä ja koki kiireen tuntua koko ajan. Alaselkä- ja pakarikipu oikealla oli vaivannut häntä toisen lapsen syntymän jälkeen vaihtelevasti ja hän käytti särkylääkkeitä ajoittain. Kun hän tuli vastaanotolle, kipu häiritsi päivittäistä elämää huomattavasti, VAS janalla (0-10) kipu oli 8. Pienemmän lapsen nostaminen ja kantaminen oli kivuliasta. Hän ei osannut sanoa mikä helpottaa kipua, paitsi kävely, kun ei ole liukasta ja voi kävellä ilman kantamuksia. Pyöräily pahensi kipua. Tutkittaessa selän liikkeitä eteentaivutus oli erittäin kivulias ja siksi vajaa, ja taaksetaivutus hieman helpotti kipua.

Joogaterapiassa edettiin asteittain. Ensin asiakas sai rentouttavan iltahajonnan; kävelyä

20–40 min itseksensä niin, että mies oli lasten kanssa, sitten kotona selän rentoutusasennossa jalat sohvalla, pieni tuki lanneselän alla rentouttava hengitysharjoitus uloshengitystä pidentäen ja lantionpohjan- ja alavatsan lihaksia kevyesti tunnustellen uloshengityksen aikana. Lopuksi rentoutuminen, käyden läpi koko keho. Harjoitukseen liitettiin myöhemmin rentouttava ääni ja mielikuva rauhan tilasta. Toisena harjoituksena oli seisomaan nousu noin tunnin välein työpäivän aikana tehden 10 lempeää selän taaksetaivutusta sekä työasennon tiedostaminen ja muuttaminen päivän aikana.

Tällä asiakkaalla lyhyt iltaharjoitus alkoi sujua helposti ja seuraavalla kerralla vajaan viikon päästä lisättiin ohjelmaan keskivartaloa, pakaroita ja reiden takaosia vahvistavia harjoituksia rauhallisen hengityksen rytmissä tehtynä ja keskityttiin asennon tunnistamiseen nostaessa, kantaessa ja lasten kanssa lattialla leikkiessä. Rentoutuminen, asennon tiedostaminen ja lihasten vahvistus vähensi kipua, mutta horjahtaminen liukkaalla kelillä toi takapakkia. Onneksi vähitellen tilanne taas helpottui.

Nyt hän tekee omaa harjoitusta säännöllisesti aamuisin ennen töiden alkua 15–30min, kun mies on vienyt lapset kouluun ja tarhaan. Iltaisin hän käy kävelyllä yksin tai koko perheen kanssa ja tekee rentoutumisharjoituksen tarpeen mukaan illalla. Hän on käynyt joogaterapiassa viisi kertaa kolmen kuukauden aikana ja viimeisellä kerralla hän merkkasi numeron 3 VAS-kipujanalle. Edelleen joskus kyykistyessä ja eteentaivutuksissa kipu tuntuu, kun ei muista olla tarkkaavainen, mutta nyt asiakas tietää, miten saa kivun lievittämään.

Loppusanat

Artikkelin kirjoittajien suurena toiveena olisi, että jonain päivänä Suomessakin lääkäri voisi tehdä potilaalleen lähetteen joogaterapiaan ihan samalla tavalla kuin nyt tehdään lähete vaikka fysioterapiaan. Tämä vaati toki sen määrittämistä, minkälainen joogaterapia voidaan hyväksyä, sillä koska ”joogaterapeutti” ei ole

millään lailla suojattu nimike, kuka tahansa voikutsua itseään sellaiseksi. Kirjoittajat ovat käyneet Svastha Yogatherapy & Ayurveda® -koulutuksen, jossa koulutuksen pääopettajat olivat lääkäreitä ja koulutus sisälsi 7 viiden päivän lähiopetusjaksoa, yleensä muutaman kuukauden välein toteutettuna. Svastha tarkoittaa täydellisen terveyden tilaa. Nyt tätä koulutusta on alettu järjestää myös meillä Suomessa joogaterapiakoulutuksen käyneiden eri terveydenhuollon ammattilaisten toimesta, koulutus on menossa parasta aikaa, ja uusia koulutuksia on tulossa. Lisää tietoa koulutuksesta ja Suomessa toimivista Svastha-joogaterapeuteista saa kirjoittajilta iia@joogatila.com tai selina.kuittinen@fimnet.fi ■

Kirjallisuus

1. Cramer H, Lauche R, Haller H, Dobos G. A systematic review and meta-analysis of yoga for low back pain. *Clin J Pain*. 2013 May;29(5):450-60.
2. Wren AA, Wright MA, Carson JW, Keefe FJ. Yoga for persistent pain: new findings and directions for an ancient practice. *Pain*. 2011 Mar;152(3):477-480.
3. John PJ, Sharma N, Sharma CM, Kankane A. Effectiveness of yoga therapy in the treatment of migraine without aura: a randomized controlled trial. *Headache*. 2007 May;47(5):654-61.
4. Sherman KJ, Cherkin DC, Erro J, Miglioretti DL, Deyo RA. Comparing yoga, exercise, and a self-care book for chronic low back pain: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med*. 2005 Dec 20;143(12):849-56.
5. Pearson N, Prosko S, Sullivan M, Taylor MJ. Yoga Therapy and pain – How yoga therapy serves in comprehensive integrative pain management and how it can do more. *Int J Yoga Therap* (2020) 30(1):117-133.
6. Chuang LH, Soares MO, Tilbrook H, Cox H, Hewitt OE, Aplin J, Semlyen A, Trehwela A, Watt I, Torgerson DJ. A pragmatic multicentered randomized controlled trial of yoga for chronic low back pain: economic evaluation. *Spine*. 2012 Aug 15;37(18):1593-601.
7. McGonigal K. Joogaa kivun lievitykseen. Viisas elämä, 2020.
8. Mohan A.G & I. Yoga Therapy. A guide to the therapeutic use of yoga and ayurveda for health and fitness. Shambhala Publications Inc, 2004.

Parempaa elämänlaatua Asianmukaista oirehoitoa



CADD®-Solis VIP kannettava monikäyttöinen infuusiolaite



- Suunniteltu kulkemaan potilaan mukana
- Hyväksytty laite sekä sairaala- että kotikäyttöön
- Suomenkielinen käyttöliittymä
- Selkeät käyttöopasvideot YouTubessa



kun hoitotulokset ratkaisevat

Steripolar

Puh. 09 417 606 00

| www.steripolar.fi

| ISO 9001

ISO 14001

ISO 13485

Kivun hoitotyön täydennyskoulutuksessa käytetään näyttöön perustuvia menetelmiä asiantuntijuuden kasvuun – etänä ja lähellä



Reetta Mustonen

sairaanhoitaja, TtM, tohtorikoulutettava, Turun yliopisto, Hoitotieteen laitos



Riitta Mieronkoski

fysioterapeutti, TtM, väitöskirjatutkija, Turun yliopisto, Hoitotieteen laitos



Heidi Wiik

sairaanhoitaja, saattohoitokoordinaattori, Turun Hyvinvointitoimiala, Kotisaattohoidon palvelut

Tulevaisuuden työelämä edellyttää jatkuvaa oppimista, johon verkko-opinnot tarjoavat erinomaisen mahdollisuuden. Verkko-opinnot edistävät koulutuksen saavutettavuutta ja yhdenvertaisuutta ja niitä voidaan tarjota moduulimuotoisena, jolloin opiskelija voi valita opinnoista itselleen sopivia kokonaisuuksia. Vuorovaikutteisuus ja opiskelijaa aktivoivat digitaaliset menetelmät lisäävät verkko-opiskelun mielekkyyttä, kun taas opettajan työtä voidaan sujuvoittaa esimerkiksi oppimisanalytiikkaa hyödyntämällä. Verkko-opiskeluunkin soveltuvat oppimispäiväkirja ja mentorointitoiminta ovat oivallisia menetelmiä asiantuntijuuden ja reflektiotaitojen kehittämiseen. Verkkopohjaisessa Kivun hoitotyön täydennyskoulutuksessa sairaanhoitajien asiantuntijuutta on pystytty onnistuneesti kehittämään oppimispäiväkirjan ja mentoroinnin avulla.

Tausta

Turun yliopiston Hoitotieteen laitos on tarjonut verkkopohjaista, sairaanhoitajille, terveydenhoitajille, ensihoitajille ja kättilöille suunnattua 30 op laajuista Kivun hoitotyön täydennyskoulutusta vuoden 2018 alusta alkaen, yhteistyössä Suomen Kivuntutkimusyhdistyksen hoitotyön toimikunnan kanssa. Kahteen ensimmäiseen toteutukseen kuului verkko-opintojen lisäksi 1–2 Turussa tai Helsingissä toteutettavaa lähiopetuspäivää per lukukausi. Nyt käynnissä oleva, järjestyksessään kolmas täydennyskoulutus on sen sijaan toteutettu kokonaan verkossa. Opinnot tarjotaan moduulimuotoisina ja ne ovat tarjolla yhteensä kolmen lukukauden ajan. Lähiopetuspäivät toteutetaan webinaareina ja lisäksi opiskelijoille on järjestetty säännöllisiä Zoom-verkkotapaamisia, joihin voi tulla keskustelemaan opintoihin liittyvistä, mieltä askarruttavista kysymyksistä. Nykyisessä

toteutuksessa kivun hoitotyön asiantuntijoista koostuvien mentorien roolia on entisestään vahvistettu muun muassa mentorointiryhmien säännöllisten verkkotapaamisten avulla, jotka on toteutettu verkkokokousohjelmien, kuten Microsoft Teamsin välityksellä. Koulutuksen alussa 30 op kokonaisuuteen sitoutuneiden ryhmä työstää lisäksi mentorien tuella myös oppimispäiväkirjoja koko opintojen ajan.

Joustavaa verkko-opiskelua

Tulevaisuuden työelämä edellyttää jatkuvaa oppimista, jota voidaan edistää oivallisesti verkko-opiskelun avulla. Verkko-opiskelu tarjoaa mahdollisuuksia koulutuksen saavutettavuuden ja yhdenvertaisuuden edistämiseen (1), ja sen etuina ovat joustavuus ja mahdollisuus suorittaa opintoja työn ohella (1,2). Joustavat verkko-opinnot mahdollistavat osaamisen kehittämisen Kivun hoitotyön täydennyskoulutuksessa



opiskeleville sairaanhoitajille, joista suurin osa suorittaa opintoja työskennellessään kokopäiväisesti. Verkkopohjainen toteutus ei myöskään aseta maantieteellisiä rajoituksia koulutukseen osallistumiselle, vaikka täydennyskoulutuksen opiskelijat asuvat ympäri Suomea.

Verkko-opetus voidaan toteuttaa moduulimuotoisena, jolloin opiskelijalla on mahdollisuus kerryttää osaamistaan sopivina kokonaisuuksina esimerkiksi työuran eri vaiheissa tai omien mahdollisuuksien ja kiinnostuksen mukaan (1, 3). Lyhyet, moduulimuotoiset, eri elämäntilanteissa joustavat oppimismahdollisuudet ovat tarpeen, jotta jatkuvaa oppimista ja tulevaisuuden työelämän osaamista voidaan varmistaa (1). Moduulimuotoisissa verkko-opinnoissa sisällöt voidaan helposti jakaa osiin ja teemoitella esimerkiksi moduulien sisältökokonaisuuksien mukaan (2). Kivun hoitotyön täydennyskoulutuksessa opintojen toteutus on moduulimuotoinen, jolloin opiskelijat voivat halutessaan valita yhden tai useamman itseä kiinnostavan moduulin tai suorittaa koko 30 op kokonaisuuden omien mahdollisuuksiensa mukaan. Yhteensä seitsemän, laajuudeltaan 1–5 op moduulin sisällöt, on koottu kivun hoitotyöhön liittyvistä keskeisistä teemoista, kuten potilaan kivun tunnistamisesta, arvioinnista, lääkehoidosta ja hoitotyön kivunhallintakeinoista. Punaisena lankana jokaisessa moduulissa kulkee kivun hoitotyön prosessi. Moduulimuotoinen toteutus on rakennettu siten, että ensimmäinen moduuli, Kivun hoitotyön perusteet: Kivun tunnistamisesta hoidon onnistumisen arviointiin (1 op), on kaikille pakollinen.

Verkko-opetuksen toteuttaminen voidaan järjestää digitaalisena työskentelynä erilaisilla verkko-oppimislustoilla, kuten Moodlessa, jota käytetään myös Kivun hoitotyön täydennyskoulutuksessa. Opintoihin liittyvät tavoitteet ja sisällöt ovat verkko-oppimislustoilla ja opiskelija voi tehdä suorituksia omaan tahtiinsa, opintojaksolla annettujen aikatavoitteiden

puutteissa. (2) Verkko-oppimislustat helpottavat opettajan työtä tarjoamalla mahdollisuuden oppimisanalytiikan seurataan. Oppimisanalytiikan avulla opettaja saa esimerkiksi jatkuvasti ajantasaisen tilanteen opiskelijoiden suorituksista, sen sijaan että joutuisi tarkistamaan nämä yksitellen jokaisen opiskelijan kohdalla. Oppimisanalytiikka tukee myös opiskelijoita itsenäiseen opiskeluun, kun omaa edistymistä voi seurata konkreettisesti sen avulla. Vaikka tällä hetkellä Kivun täydennyskoulutuksessa oppimisanalytiikkaa käytetäänkin pääasiassa suoritusten seurantaan, tarjoaa se työkaluja päätöksentekoon ja jopa toimintoja, joiden avulla voidaan tulevaisuudessa ennustaa, suorittaako esimerkiksi tietyn määrän tehtäviä tekemättä jättänyt opiskelija kurssin loppuun. (4)

Verkko-oppimisen menetelminä voidaan käyttää esimerkiksi tiiviitä, mielellään 15–20 minuutin pituisia videoluentoja, kirjallista materiaalia, erilaisia kirjallisia tehtäviä, oppimispäiväkirjaa tai ohjattuja reaaliaikaisia (chat) tai eriaikaisia (foorumi) verkkokeskusteluja verkko-oppimisympäristöissä. Myös erilaiset verkkokokousohjelmat, kuten Kivun hoitotyön täydennyskoulutuksessa käytettävä Zoom, tai monet opiskelijoita aktivoivat digitaaliset menetelmät, kuten Flinga-miellekartat, Kahoot!-tietovisapelit tai interaktiiviset H5P-tehtävät ovat oivallisia menetelmiä verkko-opiskeluun. Webinaarit eli verkkoseminaarit, mentorointitapaamiset ja koulutustiimin Zoom-vastaanotot tarjoavat Kivun hoitotyön täydennyskoulutuksessa kanavan sosiaaliselle vuorovaikutukselle, joka auttaa opiskelijoita pysymään opintojen parissa ja kokemaan ne merkityksellisiksi. (2) Webinaareissa ja muissa verkkotapaamisissa opiskelijoita on myös pyydetty pitämään kamera päällä, mikä edistää vuorovaikutuksellisuutta.

Tutkimusten mukaan terveydenhuollon verkko-oppiminen on vaikuttavaa (5). Kuitenkin on myös raportoitu, etteivät kaikki koe

verkko-opintoja oppimisen kannalta yhtä mielekkäiksi kuin lähiopetusta (3). Yksi syy tähän voi olla se, että perinteisesti verkko-opinoissa työskennellään usein enimmäkseen itsenäisesti. Haasteeksi verkko-opintojen järjestäjille tulee esimerkiksi sosiaalisen vuorovaikutuksen ja interaktiivisuuden tukeminen, jotteivät verkko-opinnot jäisi vain luentovideoiden katsomiseksi ja kirjallisen materiaalin lukemiseksi, ja verkko-oppimisalustat materiaalien säilyttämispaikoiksi. Parhaillaan meneillään olevassa kivun hoitotyön täydennyskoulutuksen toteutuksessa on pyritty panostamaan vielä aiempaa enemmän opiskelijoita aktivoiviin tehtäviin. Webinaareissa käytetyt Flīng-miellekartat ja Kahoot!-tietovisapelit ovat olleet mieluisia täydennyskoulutuksen opiskelijoille. Syksyn moduuleihin on suunniteltu lisäksi muun muassa luentovideoihin upotettavia, interaktiivisia HSP-tehtäviä ja podcasteina toteutettavaa opetusta. Interaktiiviset, opiskelijaa aktivoivat tehtävät lisäävät verkko-opiskelun mielekkyyttä ja parantavat oppimiskokemusta (2).

Yksi verkkokurssin muoto on MOOC (massive open online course), joka voidaan toteuttaa laajoja joukkoja kiinnostavasta aiheesta rajoittamattomalle opiskelijamäärälle, ja johon kuka tahansa voi osallistua. MOOCissa opiskelu tapahtuu täysin ilman kasvokkaista vuorovaikutusta, eikä siihen sen vuoksi kuulu esimerkiksi webinaari. MOOC ei välttämättä sovellu asioiden syvälliseen opiskeluun, vaan sen avulla voi oppia perustietoa erilaisista aiheista. MOOCissa arviointi ja palaute on useimmiten automatisoitu suuren osallistujamäärän vuoksi. MOOCin toteuttaminen eroaa tavallisesta verkkokurssista ja se edellyttää toisenlaista sisältöä ja muun muassa avointen, lisenssivapaiden työkalujen ja oppimisalustojen käyttöä. (2) Kivun hoitotyön täydennyskoulutuksen toteutusta ei ole suunniteltu MOOCina toteutettavaksi, sillä opintojen tavoitteena on syvällisempi oppi-

nen ja asiantuntijuuden kehittyminen, ja niissä pyritään vuorovaikutuksellisuuteen muun muassa webinaarien ja mentorointiryhmätapaamisten avulla.

Oppimispäiväkirja itseohjautuvan oppimisen edistäjänä

Verkossa tapahtuva itsenäinen opiskelu edellyttää opiskelijalta itsensä johtamisen taitoja, kuten suunnitelmallisuutta, ajanhallintaa ja itseohjautuvuutta. Itseohjautuva oppiminen onkin yksi verkko-opiskelun keskeisimpiä asioita ja se on taito, jota voi harjoitella. Itseohjautuvaa oppimista voi edistää esimerkiksi itsereflektioon pohjautuvan oppimispäiväkirjan kirjoittaminen (6). Itsereflektiolla tai reflektiivisellä toiminnalla tarkoitetaan kykyä tarkastella omaa ajattelua, toimintaa ja oppimista ja kehittää niitä saatujen havaintojen pohjalta (7). Oppimispäiväkirja voi auttaa opiskelijaa ottamaan enemmän vastuuta omasta oppimisestaan (8) ja sitä on käytetty menestyksekkäästi yhtenä oppimismenetelmänä Kivun hoitotyön täydennyskoulutuksessa. Erityisen onnistuneita ovat olleet monet hienot kivun hoitotyön asiantuntijuuden kasvutarinat, jotka ovat oppimispäiväkirjoista välittyneet.

Oppimispäiväkirja soveltuu oivallisesti osaksi erilaisten opintokokonaisuuksien suoritustapoja ja se sopii opetusmenetelmäksi erityisesti silloin, kun mielenkiinnon kohteena on oppimisprosessi (6, 8, 9). Oppimisen prosessiin – opetuksen toteutuksen ohella – tulisi kiinnittää huomiota, kun tavoitellaan korkeatasoista opetusta (10). Oppimispäiväkirja tuo oppimisprosessin näkyväksi ja sitä pidetään keskeisenä menetelmänä lisäämään opiskelijoiden ymmärrystä opetettavista asioista (6, 8, 11). Oppimispäiväkirja perustuu oman oppimisprosessin reflektointiin ja ohjeistettuun kirjoitusprosessiin. Ohjeistus voi olla melko löyhä, jolloin opiskelija voi reflektoida vapaam-

min. Vaihtoehtoisesti ohjeistus voi olla myös strukturoidumpi, jolloin puhutaan ohjatusta oppimispäiväkirjasta. Tällöin reflektoidaan ohjatusti sekä opittua sisältöä, että oppimisprosessia. Ohjatussa oppimispäiväkirjassa käytettävät kirjoittamista ohjaavat kysymykset auttavat opiskelijaa kirjoittamaan oppimisen kannalta merkityksellisistä asioista (6, 9, 12). Vapaa oppimispäiväkirja soveltuu parhaiten sellaisille opiskelijoille, joilla on jo kokemusta oppimispäiväkirjasta oppimismenetelmänä, kun taas ohjattu oppimispäiväkirja soveltuu paremmin opiskelijoille, joille menetelmä ei ole ennestään tuttu (9). Kivun hoitotyön täydennyskoulutuksessa on käytetty ohjattua oppimispäiväkirjaa, joka on koettu hyväksi, sillä monilla ei ole ollut aiempaa kokemusta oppimispäiväkirjan kirjoittamisesta. Oppimispäiväkirjan aikatauluttaminen voi olla hyvä tapa ryhdyttää sen kirjoittamista. Opiskelijoita voidaan ohjeistaa kirjoittamaan oppimispäiväkirjaa tietyin aikavälein tai opettajien asiakokonaisuuksien mukaan (6) – esimerkiksi moduuli moduulilta opintojakson edetessä – kuten parhaillaan meneillään olevassa täydennyskoulutuksessa.

Oppimispäiväkirjan tavoitteena on edistää opiskelijan itsearviointia, itsereflektion taitoja ja henkilökohtaista kasvua. Oppimispäiväkirjan avulla opiskelija voi reflektoida omaa toimintaansa, osaamistaan ja tietämystään. Oppimispäiväkirjaa kirjoittamalla opiskelija voi tunnistaa omia heikkouksiaan ja vahvuuksiaan, jäsentää oppimaansa ja yhdistellä uutta opittua tietoa jo ennestään tuttuun tietoon ja sekä teorian tiedon, että käytännön kokemusten osalta. (6, 8) Kivun hoitotyön täydennyskoulutuksessa ohjatut kysymykset ovat auttaneet opiskelijoita tuomaan näitä näkökohtia esiin. Oppimispäiväkirjan avulla opiskelija voi myös harjoitella kirjoittamisen taitoa (11) ja tarkastella kriittisesti omia opiskelutaitojaan, joka voi olla monelle sisältöosaamisen reflektointia

haastavampaa.

Oppimispäiväkirjan arvioinnissa arvioidaan sekä sisältötietoa, että oppimisen reflektiota. Arvioinnissa voidaan hyödyntää opintojakson osaamistavoitteiden (9) lisäksi esimerkiksi Bloomin taksonomiaa, jossa osaamista luonnehditaan ymmärtämistä tai toiminnan tasoa kuvaavilla verbeillä (13). On tärkeää, että ennen kirjoittamisen aloittamista, opiskelija tietää oppimispäiväkirjan tavoitteet ja arviointiperusteet (9, 11). Kivun hoitotyön täydennyskoulutuksessa nämä tavoitteet ja arviointiperusteet on käyty huolellisesti läpi videoluennolla ennen oppimispäiväkirjan aloittamista. Opiskelijat ovat saaneet oppimispäiväkirjan kirjoittamiseen myös kirjalliset ohjeet ja lisäksi mentorit ovat heidän tukenaan koko kirjoitusprosessin ajan. Täydennyskoulutuksen opettajat arvioivat oppimispäiväkirjoja säännöllisin väliajoin ja opiskelijat saavat palautetta reflektoinnistaan. Arviointi ja palaute ovatkin tärkeä osa oppimispäiväkirjoja (9, 11).

Oppimispäiväkirja on hyödyllinen työväline myös opettajalle (9, 11, 14). Etenkin ohjatun oppimispäiväkirjan avulla opettaja voi suunnata opiskelijoiden reflektiota opintojakson keskeisiin teemoihin ja näin varmistaa, että opiskelijat saavuttavat sekä sisällölliset oppimistavoitteet, että oppivat myös analysoimaan omaa oppimistaan (9). Opiskelijoiden oppimispäiväkirjamerkintöjen avulla opettaja saa tietoa heidän oppimisprosessistaan ja siitä, ovatko opiskelijat ymmärtäneet kurssin keskeiset sisällöt ja hahmottaneet kokonais kuvan opintojakson oleellisista teemoista. Edellä kuvatut oppimispäiväkirjan hyödyt osoittavat oppimispäiväkirjan olevan erinomainen oppimismenetelmä, kun halutaan tietää opiskelijan oppimisprosessista. On kuitenkin huomioitavaa, että oppimispäiväkirja on jonkin verran aikaa vievä menetelmä sekä opiskelijalle – oppimisprosessista kirjoittaessa, että opettajalle – opiskelijan merkintöjä

lukiessa ja tämän oppimisprosessia arvioiessa (9, 11).

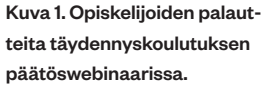
Sairaanhoitajien koulutuksessa oppimispäiväkirjaa on käytetty esimerkiksi lisäämään kriittisen ajattelun ja kliinisen ongelmanratkaisun taitoja (11, 14, 15), jotka ovat keskeisiä elementtejä laadukkaan ja turvallisen hoitotyön edistämisessä. Oppimispäiväkirjaa on käytetty välineenä myös sairaanhoitajaopiskelijoiden resilienssin, itsetuntemuksen ja hyvinvoinnin lisäämisessä sekä moniammatillisen yhteistyön edistämisessä (14). Oppimispäiväkirjaa voidaan hyödyntää myös esimerkiksi potilaan hoidon tulosten arvioimiseen sekä tuomaan esiin hoitokäytänteiden kehittämisideoita tai ehdotuksia vaikkapa siitä, miten näyttöön perustuvaa hoitotyötä voitaisiin tuoda paremmin osaksi käytännön hoitotyötä (11). Näitä seikkoja ovat oppimiskirjoissaan tuoneet esiin myös Kivun hoitotyön täydennyskoulutuksessa opiskelevat sairaanhoitajat. Monet ovat tunnistanee tarpeen näyttöön perustuvan hoitotyön edistämiseksi ja kuvanneet oppimispäiväkirjoissaan kivun hoitotyön kehittämisideoiden toteuttamista, kuten uuden kipumittarin käyttöönottoa tai kivun hoitotyön laadun arvioinnin aloittamista omissa yksiköissään.

Oppimispäiväkirja itsereflektion, metakognition ja asiantuntijuuden kehittämisessä

Itsereflektion taito on oleellinen osa asiantuntijaksi kasvua (7, 11, 15.). Kivun hoitotyön täydennyskoulutuksessa tätä on pyritty tukemaan ohjatun oppimispäiväkirjan avulla. Oppimispäiväkirjan kirjoittaminen edistää kriittisen reflektion taitoa ja mahdollistaa siihen liittyvää uudistavaa oppimista (transformational learning) (15), joka kytkeytyy erityisesti aikuiskasvatukseen ja aikuisten oppimiseen. Oppimispäiväkirjassa keskeistä on taito kirjoittaa analyttisesti ja reflektiivisesti, pohtia opittua

asiaa, verrata sitä jo aiemmin tuttuun tietoon ja reflektoida, millaisia ajatuksia uusi asia herätti (11). Tutkimusten mukaan erityisesti ohjatun oppimispäiväkirjan kirjoittaminen onkin tehokas menetelmä edistämään opiskelijoiden itsereflektiotaitoa (14–16), kriittisen ajattelun taitoa sekä metakognitiota (8, 17), jota pidetään oleellisena tekijänä korkeatasoisessa oppimisessä. Metakognitiolla tarkoitetaan kykyä ohjata, kontrolloida ja arvioida omaa oppimista ja sen on todettu olevan yhteydessä hyvään oppimistulokseen (18). Ohjattu oppimispäiväkirja on oiva väline suuntaamaan opiskelijan huomion metakognitiivisten ja kognitiivisten – eli ajattelun, oppimisen ja toiminnan säätelyn – taitojen kehittymiseen (6), joiden reflektointitaito on keskeistä asiantuntijuuden kehittämisessä (7).

Hoitotyössä asiantuntijuuden kasvua on usein kuvattu yhdysvaltalaisen hoitotieteen teoreetikon Patricia Bennerin kehittämän Aloittelijasta asiantuntijaksi (From novice to Expert) -mallin mukaan, jossa asiantuntijuuden kasvu ja osaamisen taso etenevät viisiportaisesti vaiheittain aloittelijatasolta asiantuntijatasolle (19). Muidenkin alojen kirjallisuudessa asiantuntijuuteen kasvua kuvataan prosessina, jonka keskeinen elementti on aiemmin kuvattu reflektointi, eli reflektiivisen ajattelun ja toiminnan oppiminen (7). Oppimispäiväkirja tuo parhaimmillaan näkyväksi tämän asiantuntijuuden kasvun ja kirjoittaminen voi auttaa lisäämään opiskelijan itseluottamusta, joka on tärkeässä osassa noviisista asiantuntijaksi kehittymisen prosessissa (14). Kivun hoitotyön täydennyskoulutuksessa opiskelijoiden oppimispäiväkirjoissa on näkynyt upeita oivalluksia, kasvun tarinoita ja asiantuntijuuden kehittymistä, etenkin juuri ammatillisen itseluottamuksen lisääntyessä. Kivun hoitotyön asiantuntijalle on merkityksellistä hahmottaa hoitotyön merkitys potilaan kivun hoidossa ja oma asiantuntijuus kivun hoitotyössä.



Kivun hoitotyön täydennyskoulutuksen opetuksen rakenne perustuu opetuksen ja hoitotyön kliinisen asiantuntijuuden jakamiseen. Ajanmukaisen kliinisen näkemyksen kivun hoitotyöstä täydennyskoulutuksen opetukseen tarjoaa ulkopuolisten asiantuntijaluennoitsijoiden käyttämisen lisäksi mentorointitoiminta. Mentoreina ovat toimineet SKTY:n hoitotyön toimikunnan jäsenet ja Turun yliopiston hoitotieteen laitoksella tutkijakoulutuksen saaneet kliinisessä työssä toimivat kivun hoitotyön asiantuntijat. Tällä hetkellä 30 op:n kokonaisuutta suorittavia opiskelijoita mentoroivat Anna-Maija Koivusalo (osastonhoitaja, HUS kipuklinikka), Tarja Miettola-Koivisto (ylihoitaja, Vantaan sairaala) sekä Sanna-Mari Pudas-Tähkä (toimialajohtaja, Länsi-Suomen Diakonialaitos).

koston rakentamista ja ylläpitämistä sekä osaamisen ja ammatillisen itsetunnon lisäämistä (20). Myös mentorit voivat hyötyä mentorointitoiminnasta; kun mentori ohjaa mentoroitavaa asiantuntijuuden kehityksen vaiheiden aikana, mentori lisää omaa osaamistaan erilaisen mentorointikäytäntöjen tuntemisessa, arvioinnissa, osaamistarpeiden tunnistamisessa, oppimisprosessien tukemisessa, tavoitteiden suuntaamisessa ja rakentavan palautteen antamisessa (21). Kivun hoitotyön täydennyskoulutuksen mentoreilta keväällä 2020 kerätyn palautteen mukaan myös mentorit ovat kokeneet onnistumisen kokemuksia seuratessaan opiskelijoiden oivalluksia ja kasvutarinoita. Lisäksi osallistuminen koulutukseen mentorin roolissa on auttanut verkostoitumaan muiden kivun hoitotyön asiantuntijoiden kanssa, ja antanut uutta innostusta kliinisen työn kehittämiseen ja opetustoimintaan. Opiskelijoiden palautteissa ryhmämuotoinen mentorointi oli mainittu useasti yhtenä mieleenpainuvimmista ja parhaista koulutuksen aikana saaduista kokemuksista. Mentoroinnissa saatu mentorien ja vertaisten tuki auttoi pysymään opintojen tahdissa ja reflektoimaan omaa oppimistaan. Opiskelijat saivat myös jakaa ideoita ja hyväksi koettuja käytänteitä, miten uuden teorian tiedon vieminen käytäntöön onnistuu. Kuvassa 1. on kuvakooste siitä, miten opiskelijat kuvasivat

parhaita kokemuksiaan täydennyskoulutuksesta v. 2020 lopussa.

Kivun hoitotyön täydennyskoulutus sytytti oppimisen kipinän ja vahvasti asiantuntijuutta

Kotisaattohoidon saattohoitokoordinaattorina ja tiimivastaavana toimiva sairaanhoitaja Heidi Wiik sai jouluna 2020 Kivun hoitotyön täydennyskoulutuksen opinnot (30 op) päätökseen. Saattohoidon parissa työskentelevällä Heidillä oli työnsä puolesta pitkä kokemus kivusta kärsivien potilaiden hoidosta, mutta opistotason sairaanhoitajana hänen edellisestä opiskelustaan oli kulunut aikaa jo pitkä tovi. Heidi tarttui tilaisuuteen, kun työnantaja tarjosi hänelle mahdollisuutta osallistua Kivun hoitotyön täydennyskoulutukseen. Heidi kuvaa, että alkuun täydennyskoulutuksesta oli tiedossa, että se koostuisi pääasiassa verkko-opinnoista, mutta sen lisäksi Turussa ja Helsingissä toteutettavia lähiopetuspäiviä oli suunniteltu pidettäväksi kaksi per lukukausi. Koronan rantautuminen Suomeen muutti kuitenkin suunnitelmia siten, että osa lähiopetuspäivistä toteutuikin Zoomin kautta.

”Verkko-oppiminen työn ohessa opiskellessa oli loistava tapa oppia uutta”

Heidin mielestä verkko-oppiminen työn ohessa opiskellessa oli loistava tapa oppia uutta. Viikoittain Moodlen oppimisympäristössä aukesi uusi osio aiheeseen liittyvine tehtävineen. Lisäksi osioissa oli usein yksi tai useampi videoluento sekä runsaasti linkkejä kirjalliseen materiaaliin, josta sai valittua itseä kiinnostavat artikkelit tai tutkimukset, oman opintoihin käytettävissä olevan ajan puitteissa, kuvailee Heidi.

Oppimispäiväkirja apuna asiantuntijaksi kasvussa

Opintojen ajan kirjoitettiin oppimispäiväkir-

jaa. En ollut aiemmin tällaista tehnyt, joten alkuun pääsy tuotti tuskaa, kertoo Heidi. Lähiopetuspäivän jälkeen Heidi pääsi kuitenkin oppimispäiväkirjan ideaan kiinni ja kirjoittaminen alkoi sujua. Kirjoitin jokaisen osion jälkeen aiheesta asioita, jotka olivat vanhastaan tuttuja ja asioista, jotka olivat uusia. Kirjoitin potilastapauksista, jotka nousivat aiheista mieleeni ja koostin osioiden loppuun aiheesta oppimiani asioita ja omia mietteitäni. En aina ollut varma, osaisinko kirjoittaa päiväkirjaa oikein, mutta saatuaani alkuaiheesta mentoriltani vahvistuksen, että olen ymmärtänyt oppimispäiväkirjan idean oikein, jatkoin samaan malliin joka moduulissa, kuvailee Heidi.

”Oppimispäiväkirjan myötä minulle heräsi oivalluksia. Suurin niistä oli, että hoitotyöllä on kivun hoidossa erittäin suuri rooli”

Oppimispäiväkirjan myötä minulle heräsi oivalluksia. Suurin niistä oli, että hoitotyöllä on kivun hoidossa erittäin suuri rooli. Kivun hoito ei ole vain lääkehoitoa; se on kuuntelua, keskustelua ja uskomista. Potilaan kivun hoitamiseen tarvitaan lääkärin ja hoitajan lisäksi joskus myös laajempi moniammatillinen tiimi, kuten psykologi, fysioterapeutti tai sairaalapastori, mutta kivun hoidon keskiössä ovat aina potilas ja hänen lähipiirinsä, kiteyttää Heidi.

Sain oppimispäiväkirjastani kunniamaininnan; olin siis osannut kirjoittaa sitä aivan oikein, Heidi iloitsee. Hän korostaa, että vaikka koulutus vaati paljon ja vei aikaa, hän ei ole hetkeäkään katunut, että lähti mukaan. Kivun hoitotyön asiantuntijuuskoulutus sytytti minussa oppimisen kipinän ja olen avoin täydentäville opinnoille jatkossakin, summaa Heidi.

Kriittiset reflektiotaidot osana jatkuvaa oppimista

Kriittinen reflektio ja jatkuva oppiminen ovat oleellisia tekijöitä asiantuntijuuden kehityksessä (23). Kriittisten reflektiotaitojen kehitty-

mistä edistävä oppimispäiväkirjan kirjoittaminen tukee opiskelijan taitoja jatkuvan oppimisen näkökulmasta, kun opiskelija omaksuu reflektion osaksi päivittäistä ammatillista toimintaansa (22, 23). Reflektiotaitojen ja asiantuntijuuden kehittymiseen liittyvää jatkuvaa oppimista – joka on yksi Turun yliopiston vuosien 2021–2030 strategian keskeisistä tavoitteista – voidaan turvata ammatillisilla täydennyskoulutuksilla, joihin myös Turun yliopiston tarjoama Kivun hoitotyön täydennyskoulutus lukeutuu. Jatkuvan oppimisen tukemiseksi ammatillisten täydennyskoulutusten tavoitteina tulisi olla juuri asiantuntijuuden kasvun mahdollistavien kriittisten reflektiotaitojen kehittyminen (22). Kivunhoitotyön täydennyskoulutuksessa tähän on pyritty oppimispäiväkirjan ja mentoroinnin avulla, jotka ovat osoittautuneet erinomaisiksi menetelmiksi sairaanhoitajien kivun hoitotyön asiantuntijuuden kasvun tukemisessa.

Mikäli kiinnostuit Kivun hoitotyön täydennyskoulutuksesta, löydät ilmoittautumismakkeen ja lisätietoa opinnoista täydennyskoulutuksen kotisivuilta <https://www.utu.fi/fi/yliopisto/laaketieteellinen-tiedekunta/hoitotieteen-laitos/opiskelu/kivun-hoitotyön-täydennyskoulutus> ■

Kirjallisuus

1. Valtioneuvosto. 2020. Osaaminen turvaa tulevaisuuden. Jatkuvan oppimisen parlamentaarisen uudistuksen linjaukset. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/162614>. 8.4.2021.
2. Huhtanen A. 2019. Verkko-oppimisen muotoilukirja käytännön työkaluja laadukkaaseen verkko-oppimisen muotoiluun. Aalto yliopisto. <https://www.aalto.fi/fi/uutiset/verkko-oppimisen-muotoilukirja-apuvaline-verkkokurssien-kehittamiseen-julkaistu>. 8.4.2021.
3. Kangasniemi M, Hipp K, Häggman-Laitila A, Kallio H, Karki S, Kinnunen P, Pietilä A-M, Saarnio R, Viinamäki L, Voutilainen A & Walden A. 2018. Optimoitu sote-ammattilaisten koulutus- ja osaamisuudistus. Valtioneuvoston kanslia. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 39/2018. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160883/39-2018-Optimoitu%20sote-osaaminen.pdf>. 8.4.2021.
4. Oppimisanalytiikan keskus. 2019. Oppimisanalytiikka. Turun yliopisto. <https://oppimisanalytiikka.fi/2019/oppimisanalytiikka#Turun%20yliopisto>. 8.4.2021.
5. Cook D, Levinson A, Garside S, Dupras D, Erwin P, Montori V. 2008. Internet-based learning in the health professions: a meta-analysis. Review. JAMA 300(10), 1181–96.
6. Dunlap, J. C. 2006. Using guided reflective journaling activities to capture students' changing perceptions. TechTrends, 50(6), 20–26. <https://doi.org/10.1007/s11528-006-7614-x>
7. Tiuranniemi, J. 2002. Reflektiivisyys asiantuntijan työssä. In Teoksessa Niemi, P & Keskinen E. 2002. Taitavan toiminnan psykologia, Turun yliopiston psykologian laitoksen julkaisuja. (pp. 1–33).
8. Watson, D. 2010. Teaching Teachers To Think: Reflective Journaling As A Strategy To Enhance Students Understanding And Practice Of Academic Writing. Journal of College Teaching & Learning (TLC) 7(12), 11–18. <https://doi.org/10.19030/tlc.v7i12.952>
9. Murtonen, M. 2013. Ohjattu oppimispäiväkirja reflektion välineenä yliopistopedagogiikan opinnoissa. Yliopistopedagogiikka 20(2), 19–23.
10. Murtonen, M. 2017. Yliopisto-opetuksen tavoitteena korkeatasoinen oppiminen. In Murtonen M. 2017. Opettajana yliopistolla. Korkeakoulupedagogiikan perusteet. (pp. 14–31).
11. Billings, D., & Kowalski, K. 2006. Teaching tips. Journaling: A strategy for Developing Reflective Practitioners. The Journal of Continuing Education in Nursing, 37(3), 104–105. <https://doi.org/10.1097/00152193-200407000-00007>
12. Alt, D., & Raichel, N. 2020. Reflective journaling and metacognitive awareness: insights from a longitudinal study in higher education. Reflective Practice 21(2), 145–158. <https://doi.org/10.1080/14623943.2020.1716708>
13. Krathwohl, D. R. (2002). A Revision of Bloom's Taxonomy: Theory Into Practice 41(4), 212–219. <https://doi.org/10.1207/s15430421tip4104>
14. Horton, A. G., Gibson, K. B., & Curington, A. M. 2020. Exploring reflective journaling as a learning tool: An interdisciplinary approach. Archives of Psychiatric Nursing 35(2), 195–199. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.09.009>

-
15. Walters, C., Charles, J., & Bingham, S. 2017. Impact of short-term study abroad experiences on transformative learning: A comparison of programs at 6 weeks. *Journal of Transformative Education* 15(2), 103–121. <https://doi.org/10.1177/1541344616670034>
 16. Fung, C. Y., Abdullah, M. N. L. Y., & Hashim, S. 2019. Improving Self-regulated Learning through personalized weekly e-Learning Journals: a time series quasi-experimental study. *Journal of Business Education & Scholarship of Teaching* 13(1), 30–45.
 17. Alt, D., & Raichel, N. 2020. Reflective journaling and metacognitive awareness: insights from a longitudinal study in higher education. *Reflective Practice* 21(2), 145–158. <https://doi.org/10.1080/14623943.2020.1716708>
 18. Iiskala, T. 2017. Metakognitiivinen ajattelu ja sen tukeminen. In Murtonen, Mari. 2017. *Opettajana yliopistolla. Korkeakoulupedagogiikan perusteet.* (pp. 89–97).
 19. Benner, P. 1982. From Novice to Expert. *The American Journal of Nursing* 82(3), 402–407.
 20. Hafsteinsdóttir T, van der Zwaag A, Schuurmans M. 2017. Leadership mentoring in nursing research, career development and scholarly productivity: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies* 75, 21–34
 21. Tuomikoski A.M, Ruotsalainen H, Mikkonen K, Miettunen J, Juvonen, Sivonen P & Kääriäinen M. 2020. How mentoring education affects nurse mentors' competence in mentoring students during clinical practice – A quasi-experimental study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 34(1), 230– 238
 22. Devonshire, E., & Nicholas, M. K. 2018. Continuing education in pain management: Using a competency framework to guide professional development. *Pain Reports*, 3(5), 1–7. <https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000000688>
 23. Peura, A., Kaila, M., & Helin-Salmivaara, A. 2020. Ammatillinen reflektio kehittää lääkärin osaamista. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*, 136(5), 530–535.

Kipufysioterapian koulutuskokonaisuus – missä mennään nyt

Vuonna 2015 käynnistynyt kipufysioterapian koulutuskokonaisuus (15 op) porskuttaa edelleen eteenpäin ja nyt jo seitsemäs ryhmä on aloittanut koulutuksen. Koulutus toteutetaan yhteistyönä Suomen Kivuntutkimusyhdistyksen ja Suomen Fysioterapeuttien kanssa. SKTY:n fysioterapeuttitoimikunta on ollut suunnittelemassa sisältöä ja ohjelmaa ja käytännön toteutuksesta on vastannut Suomen Fysioterapeutit. Koulutuksen keskeinen tavoite on lisätä ymmärrystä kivusta ja kipuun liittyvistä ilmiöistä biopsykososiaalisen viitekehyksen näkökulmasta.

Koulutuksen kesto on yksi vuosi ja sen on kokonaisuudessaan suorittanut jo yli 200 henkilöä. Koulutusta on kehitetty luennoitsijoiden aloitteesta ja sitä on myös muokattu saadun palautteen perusteella. Koulutuksen alkupe-
räisinä ajatuksina on ollut, että koulutussarja tarjoaisi pääsääntöisesti sellaisia kipua ja kipufysioterapiaa käsitteleviä sisältöjä, joita on vähemmän tarjolla fysioterapeuttien lisä- ja täydennyskoulutuksissa. Haluamme tarjota eri kipualueita käsittelevillä moduuleilla mahdollisuuksia myös pienempien kipupotilasryhmien fysioterapiaan ja erityishaasteisiin perehtymiseen – tuki- ja liikuntaelimistön fysioterapiaa unohtamatta. Koulutus on monin tavoin muuttunut seitsemässä vuodessa; muutoksia on tehty eri aiheiden painotuksiin, sisältöön sekä kehitetty tehtäviä.

Erityisesti kulunut vuosi, joka on ollut poikkeuksellinen kaikille, on tuonut myös haasteensa koulutukselle ja sen järjestelyille. Hyvin lyhyellä varoajalla siirryttiin toteuttamaan etäyhteyden kautta koulutusta, joka alkuaan

oli suunniteltu toteutettavaksi läsnäolokoulutuksena. Moduuli 2 keväällä 2020 oli ensimmäinen moduuli, joka pidettiin täysin etäyhteyden kautta. Tämä edellytti mukautumista osallistujilta, kouluttajilta sekä järjestäjiltä. Uudesta on nyt tullut rutiinia, ja myös etänä toteutettu koulutus sujuu hyvin. Palautteissa nousee hyvin esiin etäkoulutusten suurin haitta: spontaania keskustelua ja kommentointia on luennoilla vain vähän ja ihmisten kohtaamista ja vuorovaikutusta sekä verkostoitumista jäädään kaipaamaan.

Koulutuksen perusta

Kipukoulutus on aina alkanut kipufysiologia osuudella, jonka sisällöstä on vastannut Hannu Luomajoki. Sisältönä on ollut kipufysiologian perusteet sekä kipumekanismit. Ideana on ollut “explain pain” -tyyppinen lähestymistapa. Sillä tarkoitetaan sitä, että kipufysiologian selittäminen ja sen ymmärtäminen ovat jo siinäkin tehokasta kivun hoitoa. Kun terapeutti itse ymmärtää kivun fysiologiaa, avaa se maa-



Hanna Häkkinen

fysioterapeutti YAMK, kehittämisasiantuntija, Suomen fysioterapeutit ry

Katja Levander

fysioterapeutti YAMK, Vankiterveydenhuolto, Vankisairaala



Tapio Ojala

TtT, fysioterapeutti OMT, Jyväskylän yliopisto



Petteri Koho

FT, fysioterapeutti OMT, ORTON oy



Hannu Luomajoki

professori, FT, fysioterapeutti OMT, Zürichin korkeakoulu

ilman myös kivusta kärsivän potilaan ymmärtämiseen. Lorimer Moseley totesi tutkimuksessaan 2000-luvun alussa, että kipufysiologian selittäminen on tehokasta terapiaa. Hän totesi myös, että keskiverto lääkäri tai terapeutti tietää itseasiassa aika vähän kivun fysiologiasta. Mitä siellä hermoissa ja synapseissa oikeastaan tapahtuukaan? Mikä välittäjäaineiden merkitys on? Kuinka suurta osaa keskushermosto ja aivojen toiminta pelaavat kivussa ja ennen kaikkea kroonisessa kivussa?

Kurssin alkuun sijoittuva kipufysiologia-päivä kertoo myös hyvin käytännönläheisesti, miten eri kipumekanismit tunnistetaan käytännössä. Mitä nosiseptiivisesta tulehduksellisesta kivusta kärsivä potilas kertoo ja valittaa? Minkä tyyppistä on iskeeminen tai mekaaninen kipu? Miten nämä mekanismit tunnistetaan neuropaattisesta kivusta? Miten kivun sentralisaatio ja nosioplastinen kipu tarkoittavat käytännössä ja mihin suuntaan terapian tulisi mennä näissä tapauksissa. Myöskin niin kutsutut output ilmiöt tematisoidaan. Näillähän tarkoitetaan keskushermoston reaktiosta aiheutuvia efferenttejä ratoja pitkin aiheutuvia ilmiöitä, kuten vegetatiivisen hermoston toimintaa, stressihormoneiden vaikutusta kipuun sekä neuroimmunologisia vaikutuksia. Koko kehon homeostaasimekanismit voivat olla sekaisin kivun kroonistuessa. Näitä kivun aiheuttamia seuraamuksia voidaan käytännön tasolla tutkia potilaan kipukäytöksen perusteella, mutta myös moninaisilla kliinisillä testeillä, kuten kvantitatiivisella sensorisella testauksella. Myös nämä testit esitellään kursilla.

Kurssin alkuna toimiva kipufysiologiapäivä on erittäin intensiivinen, mutta osallistujat ovat olleet siihen hyvin tyytyväisiä. Nykyään fysioterapeuttien peruskoulutuksessa puhutaan enemmän kivusta ja monet ovat käyneet asiasta kursseja sekä lukeneet alan teoksia. Kuitenkin kipu on vaikeaa asiaa ja osallistujat toteavat

hyvin usein, että kertaus on opintojen äiti, ja että aina alkaa miettimään asiaa joltain uudelta kantilta. Kipufysiologian ja kipumekanismien ymmärtäminen johdattaa hienosti seuraaviin teemoihin kuten siihen, että miten kipupotilas kokee kipunsa ja mikä on kivun merkitys.

Kivun kroonistuminen sekä harjoittelu osana koulutuksen sisältöä

Kivun kroonistumiseen vaikuttavat samanlaisesti useat eri tekijät, joista osa on perittyjä ja osa hankittuja, kertoo harjoittelu-osioista vastaava Petteri koho. Näistä keskeisimmät ovat psykososiaaliset tekijät, etenkin pelko-välttämiskäyttäytymiseen liittyvät tekijät sekä liitännäissairaudet. Kroonistumisen ehkäisyn ja hoidon oikean kohdentumisen kannalta näiden mekanismien tunnistaminen on oleellista. Kroonistuneen kivun mekanismien tunnistaminen auttaa ymmärtämään potilaan oireita ja lisääntynyt tieto auttaa myös selittämään löydöksiä potilaille ja siten lisäämään heidän omia hallintakeinoja omasta vaivastaan. Harjoitteluun liittyen, etenkin kroonisessa kivussa tärkein ei ole itse harjoitusliikkeen 'hyvyys'. Usein on tärkeämpää se, kuinka potilas ohjeistetaan ja valmistellaan harjoituksiin ja millaisia tavoitteita ja aikatauluja niihin liittyy sekä miten harjoitteet/liikkeet ohjataan suoritettavaksi. Harjoitteluun liittyvä kivun lisääntyminen huolettaa potilaita. Usein pelätään harjoitteluun liittyvän kivun olevan merkki sairauden/vaivan pahenemista, josta kuitenkin vain harvoin on kyse.

Yllä olevista syistä aiheutuen harjoittelu-osiossa käsitellään harjoittelua laajempänä kokonaisuutena, eikä esimerkiksi 'parhaiden selkäliikkeiden' etsimisen kautta. Fysioterapeutin vuorovaikutustaidot ovat liikkeen valintaa oleellisempi ohjatussa ja etsiessä potilaalle mielekkäitä liikuntamuotoja ja harjoitustapoja. Harjoittelun hyödyllisyydestä on näyttöä kroo-

nisessa kivussa (1), vaikka tehokkainta yksittäistä harjoitetta ei kyetäkään tunnistamaan.

Kipukoulutuksen sisällön soveltaminen käytäntöön

Olen ollut yhtenä ohjaajana kolmessa eri koulutusmoduulissa, toteaa Tapio Ojala. Ykkösmoduulissa vastuullani on ollut kivun selittäminen määritelmän mukaisena kokemuksena, psykososiaalisten tekijöiden yhteys kipukokemuksessa, motivoivan haastattelun teoreettinen perusta ja roolipeleillä toteutetut haastattelujen demot, nelosmoduulissa muutamien kipukyselyjen ja biopsykososiaalisen (bps) mallin käytäntöön soveltaminen ja viitosessa kroonisen kivun hyväksyminen.

Jokaiseen ohjaamani osioon on sisältynyt kirjallinen tehtävä. Ykkösmoduulissa osallistujan tehtävänä on ollut kuvata asiakashaastattelu motivoivan haastattelun periaatteita noudattaen. Nelosessa etsiä jostain tietokannasta kaksi bps-malliin perustuvaa tutkimusta itseään kiinnostavasta aiheesta. Viitosmoduulissa kurssin lopputehtävänä on ollut fysioterapiaprosessin mukainen tapauselostus jonkin kipuasiakkaan terapian suunnittelusta, toteutuksesta ja arvioinnista.

Ennakkomateriaalina on ollut tieteellisiä artikkeleita ja/tai opetusvideoita. Yhdellä kursilla oli kokemusasiantuntija kertomassa oman tarinansa. Koulutuksen aikana kirjoittamastaan oppimispäiväkirjasta osallistuja sai vertaispalautteen. Tämä kooste perustuu palautteisiin, joita annoin kuuden vuoden aikana noin 200 koulutukseen osallistuneelle, heidän raporteistaan soveltaa kipukoulutuksen sisältöä käytäntöön.

Osamisen ilmeneminen

Motivoivan haastattelun yleisimmät kommentit osallistujille liittyivät keskusteleavuuden puutteeseen, josta puuttui kuvaus siitä, mitä

asiakas ajatteli kivusta ja mitä se sai hänessä aikaan. Osallistujien esittämät kysymykset liittyivät pääasiassa asiakkaan fyysisiin oireisiin, kuten (2) tutkimuksessa, jossa 98 % fysioterapeuttien kysymyksistä liittyi kivun kestoon, tyyppiin, sijaintiin, luonteeseen tai sitä helpottaviin tekijöihin. Psykososiaalisiin ja kognitiivisiin tekijöihin liittyvät kysymykset, kuten asiakkaan vahvuudet, kivun herättämät tunteet, käsitykset ja uskomukset kivusta eli merkitykset sekä asiakkaan rooli terapian toteutuksessa olivat satunnaisia, kuten (3, 4) tutkimuksissa. Tyypillistä oli myös reflektion sekä jatko- ja tarkentavien kysymysten niukkuus.

Lopputehtävän yleisimmät kommentit liittyivät interventioihin, tavoitteisiin ja synteisien (kliininen päättely) vähäisyyteen, joka tuli näkyväksi fysioterapeuttisen diagnoosin kapeudessa. Interventoiden indikaatiot perustuivat asiakkaan fyysisiin löydöksiin ja ne toteutettiin tavallisesti ”harjoitteluna”, jonka englanninkielinen nimi ”exercise” on jostain syystä ymmärretty kuntosalilla tehtäväksi toiminnaksi, vaikka se voi tarkoittaa mitä tahansa liikuntaa ja liikkumista. Harjoittelun rinnakkaiskäsitteitä ovat mm. fyysinen harjoittelu, terapeuttinen harjoittelu, harjoitteluterapia, lääkinnällinen harjoitteluterapia ja aktiivinen tai intensiivinen fysioterapia. Käsitteen ohella sen sisällöstä ja toteutustavasta ei ole yksimielisyyttä; mitä silloin harjoitellaan, kun harjoitellaan ja miten (5).

Jos asiakas alkuhaastattelussa mainitsi masennuksestaan, huolistaan, peloistaan tai muista psykososiaalisista tekijöistä, niistä harvoin keskusteltiin syvemmin. Vain yksittäisissä raporteissa kerrottiin keskusteluista näiden tekijöiden yhteydestä kipuun. Myös havaintovälineitä (kännykkäkamera tai -video, fläppitaulu) tai muuta materiaalia (kuvat, piirroksot, teksti) käytti vain muutama osallistuja. Tavoitteet eivät olleet tarkkoja, realistisia, mitattavia ja aikaan sidottuja, vaan ”kivun helpottaminen”

”vartalon hallinnan parantaminen” ja ”kävelyn normalisoiminen”-tapaisia.

Myönteistä oli se, että kipukyselyjä käytti yhä useampi ja myös se, että VAS:ia ja NRS:ää käytti yhä harvempi. Muutamat osallistujat tunnustivat omat rajansa ja ehdottivat asiakkaalleen psykologin konsultaatiota tai ottivat asiakkaansa mukaan työpaikkansa moniammatillisen tiimin arvioitavaksi.

Kipukoulutuksen merkitys ja jatkokoulutus osallistujille

Koulutuksen yhtenä tavoitteena voidaan pitää siirtymistä kivun hoitamisesta ihmisen hoitamiseen, bps-mallin mukaan. Joka vuosi muutamat osallistujat olivat alusta alkaen valmiita keskustelemaan ja asiakaskeskeiseen toimintamalliin. He käyttivät sujuvasti valideja mittareita ja tulkitsivat niiden tuloksia. He haastoivat asiakkaan refleктоimaan omia uskomuksiaan ja asettivat tavoitteet ja keinot niiden saavuttamiseksi yhdessä asiakkaan kanssa. He myös siottuttivat asiakkaan kysymällä: ”Mikä on sinun roolisi tässä projektissa?” Heidän fysioterapeutin diagnoosinsa sisälsi psykososiaaliset tekijät, interventiot olivat monipuolisia ja linjassa tavoitteiden kanssa (6). Tässä ryhmässä koulutus toimi joillekin ammatillisena täyskäänöksenä. Osa koki, että fysioterapia ei olekaan heidän unelmansa ja päätyivät opiskelemaan ihan toista alaa. Jotkut halusivat fysioterapiasta akateemisen loppututkinnon ja hakivat opiskeluoikeutta Jyväskylään. Muutamat muuttivat kokonaan työnkuvaansa perinteisestä fysioterapeutin roolista kokonaisvaltaiseksi ihmisen ja hänen elämänlaatussa valmentajaksi.

Suurelle osalle tehtävät olivat vaativia, koska se merkitsi muutoksia vanhoissa käytänteissä ja työtavoissa. Se tarkoitti uudenlaista ajattelua kivusta. Sitä, että kipu on jotain muuta kuin vain epämiellyttävä tuntemus – kipu on kokemus, jolla on tietty merkitys. Sekä sitä, että kipu ei

tarkoita rakenteellista tai toiminnallista poikkeavuutta sekä sitä, että sille ei ole olemassa mitään testiä. Muutoksia tarvittiin myös interventioiden ja terapian lopputulokseen vaikuttavien tekijöiden laajemmassa ymmärtämisessä – tuli oppia muun muassa vuorovaikutustaitoja ja pedagogiikkaa, koska asiakas arvostaa enemmän toimivaa ja tasavertaista vuorovaikutusta kuin terapian sisältöä ja sen määrää (7).

Muutos on myös taitoa priorisoida terapian sisältö; tekemällä sitä mitä asiakas yksilöllisesti tarvitsee, ei sitä mitä hän odottaa saavansa (8). Nämä yhdessä merkitsivät oman ammatti-identiteetin kriittistä arviointia. Tulevaisuus näyttää heidän ammatillisen suuntautumisensa. Loput koulutukseen osallistuneet pitäytyivät biomedikaalisessa ajattelu- ja toimintatavassa, jossa fysioterapeutti toimii auktoriteettina ja asiakas nähdään biologisena koneena (8), jossa ihmisen monimutkaisiin ongelmiin, esimerkiksi krooniseen selkäkipuun, tarjotaan yksinkertaista biomekaanista ratkaisua (6).

Fysioterapian kehittämistarpeet

Kipukoulutuksessa tuli esille fysioterapeuttien kehittämistarpeet vuorovaikutustaidoissa, psykososiaalisten tekijöiden tunnistamisessa ja niiden sisällyttämistä terapiaan sekä interventioiden monipuolistamisessa. Asiakas odottaa yksilöllisyyttä, hänen mielipiteensä ja tarpeensa kuulemista, toimivaa vuorovaikutusta ja löydösten merkitysten ymmärrettävää selittämistä sekä terapiavaihtoehtoja (8).

Erilaisilla psykososiaalisilla tekijöillä, kuten lisääntyvillä mielenterveyden häiriöillä, parisuhdekriseillä, riittämättömyyden ja pystymättömyyden tunteilla, työuupumuksella, pätkä- ja silpputöiden aiheuttamilla terveysongelmilla on tiivis suhde tuki- ja liikuntaelinvaikeuksiin, joiden takia ihminen tulee fysioterapeutin vastaanotolle (10, 6).

Johtopäätöksenä tuloksista on se, että koulutuksen jatkoksi on perusteltua järjestää haluk-

kaille mentorointi, jossa yhdessä mietitään koulutuksen sisällön soveltamista omaan työhön. Mentorointi tukee yksilöllistä ammatillista kehittymistä, koska muutos on prosessi, johon aina tarvitaan ulkopuolisen tukea ja ohjausta.

Osallistujan näkökulmaa pitkästä koulutuksesta

Katja Levander osallistui koulutukseen joka käynnistyi alkuvuodesta 2020 Turussa, juuri siinä ryhmässä jolle tämä muutos koulutuksen toteutuksesta tuli nopeasti ja odottamatta eteen koronan vuoksi. Tässä Katjan ajatuksia koulutuksesta:

Etäopetustavasta huolimatta ryhmäytymistä tapahtui. Ryhmätyöt sekä yhdessä vietetty aika, vaikkakin verkossa, loivat luottamuksellista ilmapiiriä avoimeen pohdintaa. Koin merkitykselliseksi keskustelut – oman työn peilaamisen, oli ihana huomata muiden pohtivan samoja asioita, vaikkakin kontekstit eroavatkin. Vertaistukea parhaimmillaan!

Koulutus avasi erilaisia näkö- ja tulokulmia kipupotilaiden kuntoutukseen tehtävien myötä, sekä tehtävien pohdinta yhdessä muiden opiskelijoiden kanssa. Koulutuksesta sain työavaimia rajapinnoilla työskentelyyn kipupotilaiden kanssa sekä työkaluja moniammatillisen yhteistoiminnan kehittämistarpeen tunnistamiseen kipupotilaiden hoitopolun/prosessin kehittämisessä.

Mittarit tulivat viimeistään tämän koulutuksen myötä jatkuvaan käyttöön sekä niiden hyödyntäminen kipuedukaatioissa ja allianssin luomisessa toteutui. Koulutus tarjosi upean mahdollisuuden peilata ohjatusti omaa työtä sekä arvioida suuntaa mihin on menossa. Kouluttajilta saatu palaute oli arvokasta ja arvostavaa. Vuosi alleviivasi omassa työssä paljon, kompassin suunta on kohdistettu ja johtotähti on kirkkaana edessä – yhdessä, tasavertaisena

potilaan kanssa kohti parempaan toimijuutta, kohti kivun hyväksymistä.

Koulutuksen tulevaisuus

Koko koulutuksen ajan osallistujilla on ollut käytössä Moodle-oppimisympäristö oppimisalustana, jonne kaikki materiaalit on koottu. Tämä on osallistujien parissa koettu myös hyvänä materiaaliapankkina koulutuksen jälkeen. Lisäksi viimeisinä kahtena vuotena moduulitehtävien lisäksi on otettu käyttöön oppimispäiväkirja koko koulutuskokonaisuudesta yhtenä osaamisen kehittämisen ja reflektion työkaluna. Tämän tekeminen on vaatinut osallistujilta paneutumista, jonka lisäksi kukin on vertaisarvioinut toisen päiväkirjan. Tämän avulla myös näin poikkeuksellisen aikana on saanut hyvän käsityksen, miten muut ovat koulutuksen ja ammatillisen kasvun kokeneet ja päiväkirjan kirjoittajan sekä vertaisarvioijan välillä on parhaimmillaan syntynyt hyvä dialogi.

Pitkät koulutukset ovat usein avaavia, herättävät tunteita ja saattavat aiheuttaa ristiriitoja uuden tiedon äärellä ja omia toimintatapoja tarkasteltaessa. Kipufysioterapian koulutuskokonaisuus ei tee tässä poikkeusta. Vuosien varrella on saatu valtavasti arvokasta palautetta ja osallistajat ovat todella vaikuttaneet suuntaan, johon koulutusta on kehitetty. Kuluneen vuoden haasteet ovat tuoneet oman lisämomenttinsa ja aika näyttää mihin muotoon koulutus taas aikanaan asettuu ja muovautuu, jääkö meillä tästä etäkoulutusajasta joitain keinoja käyttöön. ■

Kirjallisuus

1. Geneen LJ, Moore RA, Clarke C, Martin D, Colvin LA, Smith BH. Geneen LJ, Moore RA, Clarke C, Martin D, Colvin LA, Smith BH. Physical activity and exercise for chronic pain in adults: an overview of Cochrane Reviews. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 4.

2. Oostendorp R, Elvers H, Bajewska E, Laekeman M, van Trijffel E, Samwel H, Duquet W. Manual Physical Therapists' Use of Biopsychosocial History Taking in the Management of Patients with Back or Neck Pain in Clinical Practice. Hindawi Publishing Corporation The Scientific World Journal Volume 2015, Article ID 170463.
3. Singla M, Jones M, Edwards I, Kumar S. Physiotherapists' assessment of patients' psychosocial status: Are we standing on thin ice? A qualitative descriptive study. *Manual Therapy* 2015;20: 328–334.
4. Hiller A, Guillemin M, Delany C. Exploring healthcare communication models in private physiotherapy practice. *Patient Education and Counseling* 2015;98: 1222–1228.
5. Booth J, Moseley L, Schiltenswolf M, Cashin A, Davies M, Hübscher M. Exercise for chronic musculoskeletal pain: A biopsychosocial approach. *Musculoskeletal Care* 2017 Dec;15(4):413–421. doi: 10.1002/msc.1191.
6. O'Sullivan P, Caneiro J, O'Keeffe M, Smith A, Dankaerts W, Fersum K, O'Sullivan K. Cognitive Functional Therapy: An Integrated Behavioral Approach for the Targeted Management of Disabling Low Back Pain. *Phys Ther*. 2018 Oct 1;98(10):903. doi: 10.1093/ptj/pzy087.
7. Peiris C, Taylor N, Shields N. Patients value patient-therapist interactions more than the amount or content of therapy during inpatient rehabilitation: a qualitative study. *Journal of Physiotherapy* 2012; 58:261–268.
8. Stenner R, Swinkels A, Mitchell T, Palmer S. Exercise prescription for non-specific chronic low back pain (NSCLBP): a qualitative study of patients' experiences of involvement in decision making. *Physiotherapy* 102 (2016) 339–344.
9. Hislop H. The not-so-impossible dream. *Physical Therapy* 1975; 55:1069-1080.
10. Hartvigsen J, Hancock M, Kongsted A, Louw Q, Ferreira M, Genevay S, Hoy D, Karppinen J, Pransky G, Sieper J, Smeets R, Underwood M. What low back pain is and why we need to pay attention. *Lancet* 2018; 391: 2356–67. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30480-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30480-X).

Kiertomatka kipupoliklinikoilla



Tuula Korhonen
Kivunhallinnan ylilääkäri
Raahen sairaala

Tästä käynnistyy Kipuviestin uusi juttusarja, jossa kipupoliklinikat esittäytyvät vuorollaan yliopistosairaala-alueittain. Nyt on tilaisuus esitellä oman alueensa kroonisen kivun hoitoa ja tuoda toiminnan vahvuuksia ja haasteita yhteiseen tarkasteluun. Toimijat ja toimintamallit ovat muuttuneet vuosien varrella. Tutustumalla kipupoliklinikoihin saattaa joku uusi terveydenhuollon toimija löytää tiensä kroonisen kivun hoidon haastavaan ja antoisaan maailmaan. Aloitamme Oulun yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueesta (OYS-erva), joka kattaa lähes puoli Suomea maantieteellisesti tarkasteltuna.

Polar Pain, pohjoista kivunhallintaa

Oulun yliopistolliseen sairaalaan perustettiin kipupoliklinikka 80-luvun alussa. 1990-luvun alkupuolella perustettiin kipupoliklinikat Lapin keskussairaalaan, Kainuun keskussairaalaan, Länsi-Pohjan keskussairaalaan, Keski-pohjanmaan keskussairaalaan sekä Raahen sairaalaan. Kuusamon terveyskeskuksessa on myös toteutettu kroonisen kivun hoitoa aktiivisesti. Kipupoliklinikat perustettiin ajan hengen mukaisesti anestesia- ja lääketieteelliseksi. Tuolloin kroonista kipua hoidettiin antamalla puudutussarjoja, erityisesti steroidiepiduraalipuudutuksia ja sympaattisen hermoston salpauksia. Ihmetystä herätti, kun potilaat hetken helpotuksen saatuaan palasivat yhtä kipeinä takaisin. 2000-luvun alkaessa painotettiin kroonisen kivun lääkehoitoa, jolloin kipua pyrittiin saamaan hallintaan riittävällä lääkityksellä. Jälleen ihmetystä herätti, kun potilaat olivat edelleen kipeitä, toimintakyky laski ja osalle kehittyi vahvoille keskushermostolääkkeille haittavaiikutuksia tai riippuvuutta.

2010-luvulla kroonisen kivun hoidon painopistealueena on ollut kroonisesta kivusta

kärsivän potilaan toimintakyvyn ja elämän laadun parantaminen monialaisella, potilaan omaa aktiivisuutta korostavalla lähestymistavalla. Käypä hoito suositus on päivitetty. Siinä painotetaan ensisijaisesti lääkkeettömiä kivunhallintakeinoja ja turvallista lääkehoitoa. STM on tehnyt suosituksen kroonisen kivun porrasteisesta hoidosta. Siinä painotetaan myös terveyskeskusten osuutta kroonisen kivun hoidossa. Kipupoliklinikoiden tuki terveyskeskuksille onkin ensiarvoisen tärkeää.

Nykyisin Pohjois-Suomessa kipupoliklinikat toimivat pääsääntöisesti kuntoutuksen alaisuudessa ja kipulääkärinä toimivat monet muutkin kuin anestesia- ja lääketieteelliset: erityisesti fysioterit ja yleislääkärit. Kipupotilaille laaditaan yksilöllinen kuntoutumissuunnitelma ja sen mukaiset ”valmentajat” ympärille. Kaikilla kipupoliklinikoilla vedetään kivunhallintaryhmiä, jotka antavat vertaistukea ja uusia kivunhallinnantaitoja ja lisäävät potilaan ymmärrystä omasta tilanteesta.

OYS-erva -alueen kipupoliklinikat ovat tehneet hyvää yhteistyötä 90-luvun alkupuolelta alkaen. Perustimme Polar Pain -seuran, joka ko-



Ylä-Lapin tuntureita.

koontui aluksi vuosittain kahden päivän tapaamisiin vuoroin toistemme luona. Ohjelmassa oli tietoa, käytännön haasteita ja ennen kaikkea mukavaa yhdessäoloa. Välillä ratsastimme Kainuun vaaroilla, kelluimme Kemin jäänmurtajan kupeessa tai vaelsimme metsässä. Tämä vuosittainen irtiotto auttoi jaksamaan. Vähitellen tapaamiset ovat muuttuneet yksipäiväisiksi ja harventuneet. Tänä vuonna kokoonnuimme etänä ja tarkoituksena on viritellä Polar Painuuteen kukoistukseen. Kartoitimme Pohjois-Suomen kipupoliklinikoiden nykytilannetta kysymällä nykyisestä toiminnasta ja ideoista yhteistyön lisäämiseksi. Pohdimme myös, mistä saamme alalle uusia toimijoita.

Oulun yliopistollisen sairaalan kipupoliklinikka

Kipupoliklinikka on hallinnollisesti kuntoutuksen alaisuudessa ja tulosyksikön päällikkönä toimii fysiatrian apulaisylilääkäri. Kipupoliklinikalla toimii vs. apulaisylilääkärinä osa-aikaisesti fysiatri, erikoislääkärinä ortopedi ja erikoistuva lääkäri (esim. fysiatria tai yleislääketiede).

Kaksi kipusairaanhoidajaa tekee tarvittaessa alkuhaastattelut, ohjaa lääkkeitömiä hoitoja, antaa CBT-uniohjantaa, toteuttaa puhelinaikoja sekä Qutenza-hoitoja. Fysiatrian poliklinikan kanssa on tarvittaessa käytössä yhteiset fysio- ja toimintaterapeutit.

Kivunhoitoyksikössä pidetään palaveri neljä-

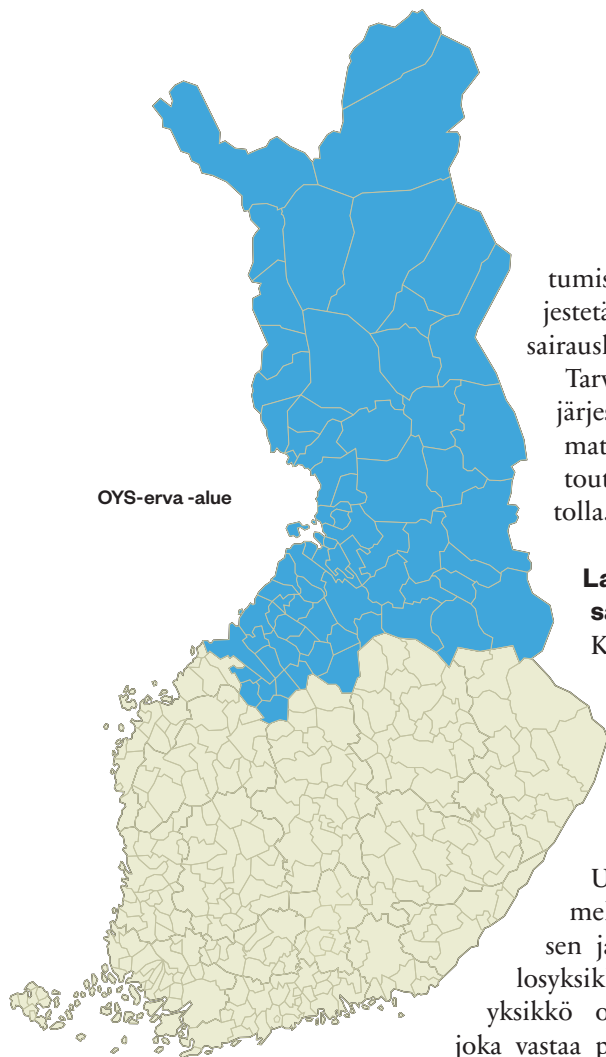
nä päivänä viikossa iltapäivisin.

Monialainen kiputyöryhmä kokoontuu tiistaisin. Ryhmään osallistuvat kaikki kivunhoitoyksikön työntekijät, psykiatri sekä muita henkilöitä esittelemässä potilastapaustaan.

Kerran kuukaudessa kokoontuu rTMS-painotteinen työryhmä (KNF-konsultaatio) ja kerran kuukaudessa on päihdelääkäri mukana kiputyöryhmässä. Kiputyöryhmään voi lähettää potilastapauksia käsittelyyn myös muista sairaaloista ja terveyskeskuksista.

Kipulääkäri vastaa vuodeosastojen konsultointeihin. Kipupoliklinikalla ei hoideta akuuttia eikä syöpäkipua. OYS:ssa toteutetaan erityistekniikoita kroonisen kivunhoidossa, kuten rTMS- ja TJS-hoitoja sekä erilaisia blokadeja.

Kipupsykologi pitää vastaanottoa ja vetää kivunhallintaryhmiä. Ryhmätoiminnan viitekehys on kognitiivis-behavioraalinen. Kipupotilaille järjestetään kaksi kertaa vuodessa pitkittyneen kivun ensitietopäivä, jossa annetaan tietoa kroonisesta kivusta ja sen hoitomahdollisuuksista monialaisesti. Kerran vuodessa järjestetään sopeutumisvalmennuskurssi pitkittyneestä kivusta kärsiville ja heidän läheisilleen. Muita ryhmäinterventioita ovat ”Mielekästä elämää kivusta huolimatta” kaksi kertaa vuodessa, psykofyysinen kivunhallintaryhmä kaksi kertaa vuodessa, kiputietoisuustaito-ryhmä kolme kertaa vuodessa sekä sovellettu rentoutus ryhmiä useampia vuodessa. Muuta sopeu-



OYS-erva -alue

tumisvalmennusta järjestetään organisaatiossa sairauskohtaisesti.

Tarvittaessa potilaalle järjestetään moniammatillinen kipukuntoutus kuntoutusosastolla.

Lapin keskus-sairaala

Kivunhoidon vastuuyksikkö on osa medisiinistä tulosaluetta ja se on yhdistynyt kuntoutuspoliklinikkaan 1/2020.

Uusi yksikkö on nimeltään kuntoutuksen ja kivunhoidon tulosyksikkö. Kivunhoidon yksikkö on palveluyksikkö, joka vastaa pitkään jatkuneesta kivusta kärsivien potilaiden hoidon

suunnittelusta, toteutuksesta ja hoidon vasteen arvioinnista Lapin sairaanhoitopiirin alueella sekä kivun hoitoon liittyvästä koulutuksesta.

Osastonylilääkärillä on 35 % työaika, anestesia erikoistuva lääkäri tekee työpäivän kahden viikon välein ja neurologi yksittäisiä päiviä. Kipuhoitaja tekee täyttä työaika ja toisen hoitajan työpanos on ”lainassa” operatiiviselta tulosalueelta. Muita toimijoita ovat 50 % toimiva psykologi ja fysioterapeutti. Osastonsihteeri on yhteinen kuntoutuspoliklinikan kanssa

Hoidon tavoitteena on lievittää potilaan kipuja tarkoituksenmukaisilla lääketieteellisillä menetelmillä sekä tukea potilaan kivunhallintaa elämänlaadun ja toimintakyvyn säilyttämisessä ja parantamisessa. Poliklinikka toimii lähete- ja konsultaatiopoliklinikkana. Potilaat

tulevat tutkittuina. Kipulääkärin vastaanotto on kahtena päivänä viikossa ja hoitajapoliklinikan vastaanotto jokaisena arkipäivänä. Poliklinikan moniammatilliseen työryhmään kuuluvat myös fysioterapeutti, sosiaalityöntekijä sekä kipupsykologi. Kuukausittain kokoontuu monialainen kiputyöryhmä, johon osallistuu kivunhoitoyksikön henkilökunnan lisäksi kuntoutuslääkäri, fysioterapeutti, psykiatri, ortopedi, sosiaalityöntekijä ja kuntoutusohjaaja.

Kivunhoidon yksikkö osallistuu syöpäkivun hoidon eri vaiheisiin. Viiveetön kivunhoidon tarpeen arviointi ja kivunhoidon jatkuvuuden turvaaminen toteutetaan yhteistyössä muiden erikoisalojen ja perusterveydenhuollon kanssa. Yksikkö vastaa leikkauksiin ja toimenpiteisiin liittyvän kivunhoidon hoitokäytäntöjen seurannasta, kehittämisestä ja koulutuksesta (Acute Pain Service). Kipuhoitaja kiertää vuodeosastoilla arkipäivisin. Molemmilla kipuhoitajilla on oma suljettu kivunhallintaryhmä, joissa on menetelmänä Brattbergin kipumestari malli. Psykologi vetää ”intensiiviryhmää”, jossa on 8 tapaamista.

Mehiläinen Länsi-Pohja

Kipupoliklinikka toimii kuntoutusyksikön alaisuudessa, vastuualueena krooninen kipu. Kipupoliklinikalla työskentelee ostopalveluna lääkäri 1–2 päivänä viikossa sekä ajoittain erikoistuva lääkäri. Kipuhoitajia on kaksi, joista toinen tekee 50 % työaika. Kipupotilasta pyritään hoitamaan kokonaisvaltaisesti ja hoitosuunnitelma laaditaan yhdessä potilaan kanssa. Kerran kuussa kokoontuu moniammatillinen työryhmä, johon kuuluvat kipulääkäri, fysioterapeutti, kuntoutuslääkäri, psykologi, kuntoutussuunnittelija, sosiaalihoitaja ja kipuhoitajat. Kipuhoitaja ja kuntoutussuunnittelija/sosiaalityöntekijä vetävät kivunhallintaryhmää 1–2 kertaa vuodessa. Ryhmää kokoontuu 8–9 kertaa ja pohjana on kirja Depressiokoulu.

Kainuun keskussairaala

Kipupoliklinikka toimii anestesiologian alaisuudessa. Anestesiaylilääkäri käy läpi lähetteet ja hoitaa paperikonsultaatiot sekä leikkausten jälkeiset pitkittyneet kivut. Ostopalveluna toimiva lääkäri hoitaa krooniset kipupotilaat pääosin kerran viikossa. Syöpäpotilaiden kipupumpun aloitukset hoitavat anestesia- ja kipulääkärit tai palliatiivisen puolen lääkärit. Viisi kipuhoitajaa vuorottelee kipupoliklinikan työssä. Hoitajille on sovittuja soittokontrolleja ja puheluita tulee runsaasti myös muuna aikana. Kipuhoitaja antaa akupunktiota ja toteuttaa iv-lääkehoitoja. Kuntoutuksen psykologi ja kipusairaanhoidaja vetävät kivunhallintaryhmiä kerran vuodessa Kainuun omalla mallilla, johon kuuluu tiedon jakamista, tehtävien tekemistä, mindfulness-harjoitteita, keskustelua, kotitehtäviä ja sosiodraamaa.

Keskipohjanmaan keskussairaala – Soite

Kipupoliklinikka sijoittuu hallinnollisesti kuntoutuksen ja neurologian palvelualueeseen, jossa se muodostaa yhdessä fysiatrian kanssa fysiatrian ja kroonisen kivunhoidon vastualueen. Päävastuu kroonisesta kivusta kärsivien potilaiden hoidossa on perusterveydenhuollossa. Soiten kipupoliklinikka tarjoaa apua hoitaville tahoille pitkäkestoisen kivunhoidon toteutuksessa, mutta pysyviä hoitosuhteita kipupoliklinikalle ei lähtökohtaisesti muodosteta.

Ylilääkärinä toimii fysiatrian ylilääkäri. Kipukonsultaatiotoiminnasta vastaa yksi anestesiologian ja tehohoidon erikoislääkäri noin 20 % työajalla. Kipupoliklinikalla on yksi kipuhoitajan täysiaikainen toimi, jota tähän asti on hoitanut yksi sairaanhoidaja. Nyt perehdytyksessä on toinen ja toimi on jatkossa tarkoitus jakaa (60+40 %). Fysioterapeutti toimii tällä hetkellä 60 % työajalla. Kipupoliklinikalla on psykologi, joka toimii samalla kuntoutustutkimusyksikön psykologina. Säännöllisesti kipupoliklinikkatoiminnassa on mukana myös sosiaalityöntekijä ja kuntoutusohjaaja.

Kipupoliklinikan toimintoihin kuuluu kipulääkärin toimesta annettava kipukonsultaatiotoiminta. Potilaita keskussairaalaossa, terveysasemilla ja yksityisessä terveydenhuollossa (työterveys) hoitavat lääkärit voivat pyytää paperi- ja puhelin konsultaatioita kroonisen kivunhoidon kysymyksissä. Kipupotilaan yksilöllisellä valmentautumisjaksolla moniammatillinen kiputiimi kartoittaa potilaan tilanteen mahdollisimman kokonaisvaltaisesti ja jakso toteutetaan yksilöllisesti tämän pohjalta. Tavoitteena on edistää sopeutumista, ylläpitää ja edistää fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä ja tukea arjessa selviytymistä. Keskeistä on omien kivunhallintakeinojen löytäminen ja lääkkeettömät hoitokeinot. Jakso sisältää useita käyntejä kipuhoitajalla ja fysioterapeutilla ja lisäksi yksilöllisen tilanteen ja tarpeen mukaan sosiaalityöntekijällä, kipupsykologilla ja kuntoutusohjaajalla. Jaksosta tehdään moniammatillinen yhteenveto tilannearvioiteineen ja suunnitelmiseen lähettävälle lääkärille ja potilaalle.

Usean eri erikoisanalääkäreistä muodostuva kroonisen kivunhoidon asiantuntijaryhmä kokoontuu noin 6 kertaa vuodessa käsittelemään vaativimpia pitkäkestoisen kivunhoidon tilanteita, joissa ei muuten tunnuta pääsevän eteenpäin. Pitkäkestoisen kivun kajoavien menetelmien tai vaativan laitostuntoutuksen mahdollisuutta arvioidaan näissä kokouksissa. Neurologian ja kuntoutuksen osastolle voidaan järjestää oman alueen valikoiduille kipupotilaille arviointi- ja/tai kuntoutusjaksoja. Tämä toiminta on vasta alkanut ja kipupotilaiden osastokuntoutusta on tarkoitus toteuttaa kipupoliklinikan henkilöstön ja kuntoutusosaston yhteistyönä. Akuutin-, postoperatiivisen- ja syöpäkivun hoito ei kuulu kipupoliklinikalle.

Kipupoliklinikalla toimii kaksi kipuryhmää eli ”Kipuryhmä” ja ”Rentoutusryhmä”. Kipu-



Kuva: Pixabay

Talvinen näkymä Raahesta.

ryhmää vetävät kiputiimin psykologi ja fysioterapeutti. Tapaamisia on yhteensä seitsemän. Tapaaminen kestää kaksi tuntia, jolloin tehdään mindfulness- ja rentoutusharjoituksia, erilaisia tehtäviä sekä keskustellaan paljon. Teemoina ovat omien arvojen tunnistaminen ja niiden mukaan eläminen, kipuun liittyvät ajatukset ja tunteet, kivun vaikutukset elämän eri osaluoiisiin sekä itsemyötätunto. Kipurymässä tarjotaan tietoa pitkittyneeseen kipuun liittyen. Rentoutusryhmää vetää kipupoliklinikan fysioterapeutti (4 käyntiä). Ryhmässä tutustutaan eri rentoutusmenetelmiin (esim. progressiivinen rentoutus, mielikuvarentoutus ja mindfulness ja sovellettu rentoutus).

Soitessa on toiminut useita vuosia pitkäaikaisen kivunhoidon alueellinen ohjausryhmä, joka ohjaa ja seuraa kiputiimin ja kipupoliklinikan toimintaa sekä kehittää uusia alueellisia toimintamalleja ja koordinoi alueellista koulutusta. Ohjausryhmään osallistuu kiputiimin lisäksi fysiatrian ylilääkäri, kuntoutusylilääkäri, päihdehuollon erikoislääkäri kuntoutussuunnittelija, fysiatrian ja kroonisen kivun vastualuejohtaja ja perusterveydenhuollon lääkäreitä.

Raahen sairaala

Raahen kipupoliklinikka toimii avohoidon tulosyksikössä. Vastuualueena ovat OYS-erva-alueen eteläpuolen kunnat rajoittuen Keski-Pohjanmaan keskussairaalan alueelle. Kipupoliklinikalla työskentelee kokoaikainen kivunhallinnan ylilääkäri ja kaksi kipuhoitajaa (100 % ja 50 % työpanokset). Ostopalveluna kolme lääkäriä tekee yhteensä noin kuusi työpäivää kuukaudessa. Kaksi fysioterapeuttia on käytettävissä kipupoliklinikan asiakkaille (liikeohjaus, psykofyysinen fysioterapia, sovellettu rentoutus ja lantiopohjafysioterapia). Kipupsykologi käy kerran kuussa vastaanottamassa potilaita. Kipupoliklinikan vastaanotolla laaditaan potilaan kanssa kivunhallinnan suunnitelma painottaen lääkkeettömiä kivunhallintakeinoja. Ylilääkäri kouluttaa ja tutoroi lähialueiden terveyskeskuksia. Kipuhoitajat vastaavat potilaiden puhelinkonsultaatioihin, osastokonsultaatioihin sekä opastavat lääkkeettömiä kivunhallintakeinoja. Suunnitteilla on hoitajan vastaanottotoimintaa (kivunhallinta ja unettomuus).

Monialaryhmä kokoontuu säännöllisesti (kipulääkäri, geriatri, psykiatri, päihdelääkäri, tk-

lääkäri, fysioterapeutti). Osaston kivunhallintajaksot kestävät kolme vuorokautta. Jaksoon sisältyy lääkärin vastaanotto tulopäivänä, kipuhoidajan ja fysioterapeutin ohjausta sekä jakson päättyessä yhteispalaveri, jossa tehdään kivunhallinnan jatkosuunnitelma yhdessä potilaan kanssa. Kipupoliklinikka osallistuu syöpäkivun hoitoon ja saattohoitoon vuodeosastojen tukena.

Ensitetopäivä kroonisesta kivusta kärsiville ja heidän omaisilleen järjestetään kaksi kertaa vuodessa. Keväällä ja syksyllä järjestetään Breathworks mindfulness -kivunhallintaryhmä, joka kokoontuu 3 tuntia viikottain 8 kertaa ja lisäksi jälkitapaaminen 3 kuukauden kuluttua. Kaikki kipuryhmän käyneet kutsutaan yhteiseen tapaamiseen kaksi kertaa vuodessa, jolloin kerrataan ryhmässä opittuja teemoja. Ryhmiä vetävät kipulääkäri ja kipuhoidaja. Kipulääkäri vetää avointa Hengittävä keho -ryhmää kipupotilaille kaksi kertaa kuukaudessa. Koronakeväänä 2021 järjestettiin ensimmäinen mindfulness- ja myötätunto -sisältöinen etäryhmä.

Tulevaisuuden kivunhoito Pohjois-Suomessa

OYS-erva -alueen kipupoliklinikoiden yhteinen Polar Pain kokous pidettiin etänä maaliskuussa 2021. Sovimme, että jatkossa järjestämme yhteiset etäpalaverit kaksi kertaa vuodessa. Koollekutsuja vuorottelee, jolloin järjestämistä vastuussa oleva yksikkö voi suunnitella mahdolliset alustukset ja käsiteltävien asioiden listan. Iltapäivä voi toimia foorumina esitellä uutta tutkimustietoa kroonisen kivunhoidon saralta ja käsitellä paikallisia trendejä kentältä, jolloin karttuu tieto paikallisesta palvelutarjonnasta ja hyviksi koetuista käytännöistä. Avasimme myös yhteisen sähköpostiringin käytännön kysymyksille.

Yhteisten koulutuksien järjestämisen aloitamme uniohjaajan etäkoulutuksella. Mietimme myös, kuinka voimme jatkossa parantaa

tukea ja ohjausta kroonisesta kivunhoidosta terveyskeskuksiin. Pidimme tärkeänä kroonisen kivunhoidon laaja-alaista esilletuontia yleislääketieteen erikoislääkäreille. Yleislääkäreille, työterveyslääkäreille, fysiatreille ja muille kiinnostuneille suositellaan tutustumis- ja erikoistumisjaksoa kipupoliklinikalle.

Pohjois-Suomen kipupoliklinikoilla toteutetaan aktiivisesti kivunhallintaryhmiä. Aiomme jatkossa yhtenäistää mittareita, jotta saadaan ryhmien vaikuttavuutta paremmin näkyväksi. Mietimme myös kipupoliklinikoiden alkuhaastattelu kaavakkeiden yhtenäistämistä.

Entä miten saadaan uusia ammattilaisia hoitamaan kroonisia kipupotilaita, kun nykyisten toimijoiden hiukset alkavat uhkaavasti harmaantua? Joku ehdotti hiusten värjäystä, toinen parempaa palkkaa.

Laajentamalla moniammatillista toimintaa ja jakamalla vastuuta potilaista hallitusti myös muille tahoille saattaisi kiinnostus lisääntyä luonnollisesti työnteon ohessa. Laadukkaan perehdytyksen ja koulutuksen järjestäminen potentiaalisille uusille työntekijöille lienee tärkeää. Pitämällä huoli, että kroonisen kivunhoidon työtä voi tehdä hallitusti, laadukkaasti ja moniammatillisesti, tekee siitä kiinnostavamman vaihtoehdon eri ammattiryhmille. Kivunhoidon erityisnäkökulmaa voisi myös kehittää.

Polar pain on edelleen pinnalla. Verkostoituminen ja yhteisöllisyys antaa voimaa ja intoa jatkaa työtä kroonisten kipupotilaiden parhaaksi! ■

Yhteistyössä Polar pain -verkoston kanssa koonnut
Tuula Korhonen

Purentaelimistön toimintahäiriöiden (TMD) päivitetty Käypä hoito -suositus



Kirsi Sipilä

protetiikan ja purentafysiologian professori, protetiikan ja purentafysiologian erikoishammaslääkäri, kivunhoito-lääketieteen erityispätevyys; Oulun yliopisto ja OYS



Marika Doepel

HLT, protetiikan ja purentafysiologian erikoishammaslääkäri, Turun yliopisto, Hammaslääketieteen laitos



Marja Pöllänen

dosentti, parodontologian erikoishammaslääkäri, Käypä hoito -toimittaja Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim

Purentaelimistön kivut ja toimintahäiriöt (temporomandibular disorders, TMD) ovat yleisiä väestössä. Tavallisia TMD-oireita ovat kipu puremalihasten tai leukanivelten alueella, leukaniveläännet, suun avaamisvaikeudet ja päänsärky. Kliiniseen diagnostiikkaan ja psykososiaalisten kuormitustekijöiden arvioimiseksi suositellaan DC/TMD (Diagnostic Criteria for TMD)-kriteeristöä. TMD-vaivojen hoitoon kuuluu informaatio TMD:n taustatekijöistä ja hyvästä hoitovasteesta. Potilasta ohjeistetaan omahoitoon, kuten puremalihasten rentouttamiseen ja hierontaan ja kylmä- lämpöhoitoon. Hoitona suositellaan purentakiskoa, fysioterapiaa, kognitiivista käyttäytymisterapiaa, pohjautuen yksilöllisesti räätälöityyn hoitosuunnitelmaan. Mikäli lääkehoitoa tarvitaan, se koostuu tavallisimmin parasetamolista tai tulehduskipulääkkeistä.

Purentaelimistön kipu ja toimintahäiriöt (temporomandibular disorders, TMD) on yhteisnimitys leukanivelten, puremalihasten, hampaiston ja niihin läheisesti liittyvien kudosten sairaus- ja kiputiloille sekä toimintahäiriöille. TMD:n Käypä hoito -suositus on päivitetty; uusi suositus on julkaistu 16.4.2021. (www.kaypahoito.fi). Edelliseen, vuonna 2016 julkaistuun versioon nähden suurin muutos on tehty diagnostiikan osalta. Tuoreimpien tutkimusten myötä myös joidenkin hoitomuotojen osalta näytönaste on muuttunut. Uuteen suositukseen on lisätty runsaasti oheismateriaalia, kuten esim. videoita omahoidon ohjeistukseen.

TMD:n tavallisimpia oireita ovat leukanivelten tai puremalihasten kipu, leukaniveläännet, leukojen väsyminen ja jäykkyys, suun rajoittunut avautuminen ja alaleuan liikehäiriöt. Epäspesifisiä oireita, jotka voivat liittyä myös jonkin muun tautitilan yhteyteen, ovat muun muassa päänsärky, kasvokipu ja korvakipu. Nämä epäspesifiset oireet voivat aiheuttaa ongelmia erotusdiagnoosissa. TMD-vaivat ovat yleisiä, ja ne ovat hammassäryn jälkeen tavallisin suun ja kasvojen alueen kiputila, jonka takia potilas hakeutuu hoitoon. TMD-vaivoja esiintyy naisilla enemmän kuin miehillä, ja ne ovat yleisimpiä 35–50 vuoden iässä. Myös kouluikäisillä TMD-oireet ja -löydökset ovat varsin yleisiä, mutta heillä ne ovat tavallisimmin lieviä ja ajoittaisia.

TMD-vaivoja voidaan verrata muihin kehon muskuloskeletaaliin ongelmiin, ja pitkittyneen TMD-kivun on osoitettu olevan samankaltainen ongelma kuin muut krooniset kipuongelmat. Näin ollen tuki- ja liikuntaelinsairauksien yleiset riskitekijät pätevät myös TMD:n osalta. TMD-oireista kärsivillä on todettu verrokkeihin verrattuna useammin päänsärkyä, korva-, niska- ja selkäkipua sekä laaja-alaista kipua, psykologisia tai psykososiaalisia oireita ja unihäiriöitä. Nämä samanaikaisesti esiintyvät tekijät lisäävät myös merkittävästi riskiä TMD:n synnylle ja kroonistumiselle. Rakenteelliset tekijät, kuten yleinen nivelten yliliikkuvuus, voivat myös olla erityisesti leukanivelperäisten häiriöiden taustalla. Myös geneettisillä tekijöillä on merkitystä TMD:n taustalla; viimeaikaisissa tutkimuksissa on havaittu yhteyttä esimerkiksi joidenkin kivun säätelymekanismeihin vaikuttavien geenivariaatioiden kanssa.

Bruksismi on tahdosta riippumatonta puremalihasten työtä, hampaiden narskuttelua tai hampaiden tiukkaa yhteenpuremista, jota voi esiintyä sekä nukkuessa että valveilla. Bruksismia pidetään keskushermoston säätelynä ilmiönä, johon voivat vaikuttaa esimerkiksi tietyt sairaudet ja lääkkeet, esimerkiksi SSRI- ja SNRI-lääkkeet, sekä psykoaktiiviset aineet, kuten tupakka, alkoholi ja huumeet. Bruksismi voi aiheuttaa TMD-oireita ja kudonsvaurioita purentaelimistössä, mutta tämän taustalla ole-



Kuva 1. Puremalihaksen palpaatio (m. temporalis, keskiosa)



Kuva 2. Puremalihaspalpaatio (m. masseter, yläosa).



Kuva 3. Leukanivelen palpaatio lateraalisesti

vat mekanismit ovat epäselvät. Tutkimuksissa on myös todettu, että lapsilla pään ja kaulan alueen kipujen todennäköisyys kasvaa niillä, joilla on yöbruksismia ja levoton yöuni.

TMD-vaivat voivat olla puremalihasperäisiä, leukanivelperäisiä ja näiden yhdistelmiä. Diagnoosi perustuu oireiden selvittämiseen ja tarkkaan kliiniseen tutkimukseen, joita täydennetään tarvittaessa muun muassa kuvantamistutkimuksilla. Potilaan TMD-oireita voidaan nopeasti selvittää seuraavalla seulontakyselyllä:

Tunnetko kipua tai väsymistä ohimoillasi, leukanivelissäsi, kasvoillasi tai leuoissasi kerran viikossa tai useammin?

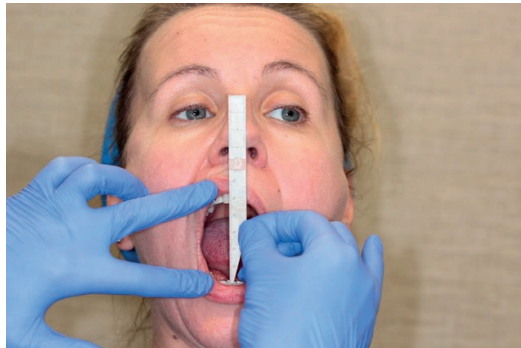
Tunnetko kipua kerran viikossa tai useammin, kun avaat suusi aivan auki tai purekkeit?

Oletko viime aikoina huomannut, että leukaasi jumiutuu tai et pysty avaamaan sitä kunnolla?

Onko sinulla usein päänsärkyä?

Seulontakyselyn yhteydessä voidaan tarvittaessa tehdä suppea kliininen tutkimus, jonka voi tehdä hammaslääkärin lisäksi muukin terveydenhuollon ammattilainen. Tutkimukseen sisältyy kasvojen inspektio, puremalihasten ja leukanivelten palpaatio (kuvat 1-3), alaleuan maksimaalisen avausliikkeen mittaaminen (kuva 4) (alle 40 mm rajoittunut) sekä liikekivun ja niveläänten rekisteröinti. Intraoraalisessa tutkimuksessa tutkitaan suun limakalvot, rekisteröidään ylikuormituksen ja bruksismin merkit hampaissa sekä tutkitaan purenta. Jos potilas hakeutuu TMD-vaivojen takia hoitoon tai hänellä todetaan TMD-oireita seulonnan perusteella, tehdään tarkempi oireiden selvittely ja kliininen tutkimus.

Kansainvälinen tiedeyhteisö on kehittänyt TMD:n diagnostiikkaan uudistetun kriteeristön, Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders, DC/TMD. Tämän avulla selvi-



Kuva 4. Suun maksimaalisen avauksen mittaaminen.



Kuva 5. Purentakisko (stabilisaatiokisko).

tetään TMD-oireet, kliininen TMD-diagnoosi, sekä oireiden taustalla olevia psykososiaalisia kuormitustekijöitä. DC/TMD-kriteeristö koostuu kahdesta osasta:

Axis I -osan avulla tehdään somaattinen diagnoosi. Se sisältää TMD-kivun seulontakyselyn, TMD-oirekyselyn ja kliinisen tutkimuksen.

Axis II -osan avulla kartoitetaan kivun kroonisuutta ja kipuun liittyvää toimintahaittaa, kivun laaja-alaisuutta, leuan toimintarajoituksia, purentaelimistön parafunktioita ja toimintahäiriöitä sekä psykologisia ja psykososiaalisia taustatekijöitä, kuten depressio- ja ahdistusoireita sekä epäspesifisiä fyysisiä oireita. Axis II -kyselyistä osa on tarkoitettu perusterveyden-

huoltoon ja laajempi osa erikoissairaanhoitoon tai erikoishammashoitoon soveltuvaksi.

TMD käypä hoito -suositus käsittelee laajasti uutta DC/TMD- diagnostiikkaa ja suosituksen sähköisessä versiossa on paljon siihen liittyvää lisämateriaalia. Aiempaan käypä hoito -suosituksen ohjeistukseen verrattuna uutta DC/TMD-kriteeristöä on mm. tutun kivun ja heijastekivun rekisteröinti kliinisessä tutkimuksessa, mikä parantaa osaltaan diagnostiikan luotettavuutta sekä antaa välineitä myös kivun erotusdiagnoosiin. Diagnoosi laaditaan algoritmin mukaisesti oirekyselyn ja kliinisen tutkimisen perusteella; TMD-peräinen päänsärky ja myofaskiaalinen heijastekipu ovat uusia diagnoosiluokituksia. TMD-potilaan kokonaisvaltaiseen tutkimiseen sisältyy myös purentan tutkiminen ja tarvittaessa muita tutkimuksia.

Erotusdiagnoosikassa on huomioitava muut kasvojen alueen kiputilat, kuten hammasperäiset syyt, päänsärlyn eri muodot, korva- ja niskaperäiset syyt, fibromyalgia ja muut yleissairauksiin liittyvät kiputilat.

TMD:n hoidon ennuste on yleensä hyvä. Hoidon tavoitteina ovat kivun vähentäminen, lihaksiin ja niveliin kohdistuvan kuormituksen vähentäminen ja normaalin toiminnan palauttaminen. Hoidossa tulee huomioida potilaan yksilölliset taustatekijät. Potilaan informoiminen on tärkeää, jotta vältetään haitallisilta ja virheellisiltä tulkinnoilta kivusta ja sen syistä. Yksinomaan informoiminen ja omahoito ovat ilmeisesti tehokkaita vähentämään oireiden voimakkuutta ja potilaan ahdistuneisuusoireita. Käypä hoito -suosituksessa korostetaan potilaan omaa aktiivisuutta oireiden lievittämisessä. Omahoidon opastamiseen on lisätty runsaasti kirjallisia potilasohjeita ja videoita, mm. alaleuan liikeharjoituksille on diagnosoikohtaiset ohjeistukset. Kehon ja mielen yhdistävien hoitomuotojen positiivisen tehon aja-

tellaan perustuvan potilaan oman pystyvyyden tunteen ja kehotuntemuksen lisääntymiseen. Rentoutumisharjoituksista saattaa olla hyötyä, ja kuormittavien tapojen, kuten purukumin puremista, on syytä välttää. Myös yleisestä fyysisestä aktiivisuudesta ja liikunnasta voi olla hyötyä. Lämpökäsittelystä voi olla hyötyä TMD:n hoidossa muiden hoitomuotojen lisänä. Lämpö voi auttaa vähentämään kipua ja lihasjännitystä sekä parantamaan leuan toimintaa ja suun avauksen tilaa. Kylmähaudetta suositellaan yleensä tulehduksellisen tilan ja turvotuksen helpottamiseksi.

Purentakiskoista stabilisaatiokisko, jossa on stabiilit kontaktit kaikkiin vastaleuan hampaisiin, on tavallisin, nukkuessa käytettävä kisko (kuva 5). Se soveltuu sekä lyhyt- että pitkäaikaiseen käyttöön, ja sen käyttöä suositellaan sekä lihas- että nivelperäisten TMD-oireiden hoitoon. Suurin osa TMD-kivusta kärsivistä hyötyy stabilisaatiokiskon käytöstä. Kiskosta saattaa olla apua myös TMD-vaivojen hoidossa yöbruksismin tai erilaisten parafunktioiden ja jännityspäänsäryn yhteydessä. Stabilisaatiokiskon avulla hampaisto voidaan myös suojata narskuttelun tai hampaiden voimakkaan yhteen puremisen aiheuttamalta liian suurelta purentarasitukselta. Muita käytössä olevia kiskotyyppejä ovat relaksaatiokisko ja anteriorinen repositiokisko.

Kipulääkkeiden käyttöaiheita TMD:ssä ovat akuutti puremalihaskipu, akutisoitunut leukanivelartroosi ja traumaattinen leukanivelen artriitti ja joissain tapauksissa kroonistunut TMD-kipu. Parasetamolia käytetään erityisesti potilailla, jotka kuuluvat sydän- ja verenkiertoelimistön sairauksien tai ruoansulatuskanavan haittojen kannalta riskiryhmään. Tulehduskipulääkkeet ovat tehokkaampia kuin parasetamoli tilanteissa, joihin liittyy kudosaivastusta tai tulehdus, kuten leukanivelen artroosi tai artriitti. Kliinisessä käytössä trisykliset masennus-

lääkkeet ja gabapentinoidit ovat osoittautuneet hyödyllisiksi muille hoidoille resistentissä puremalihaskivuissa, erityisesti jos niihin liittyy myös unihäiriöitä.

Myös fysioterapeuttisia hoitomuotoja voidaan käyttää TMD-vaivojen hoidossa. Näitä menetelmiä on useita, kuten:

- alaleuan liikeharjoitukset
- lämpö- ja kylmähoitoa
- manuaalinen myofaskiaalisten kudosten käsittely ja venyttely
- ultraäänihoido
- transkutaaninen hermostimulaatio
- akupunktuuri
- pienienergiainen laserhoito

Psykologisilla hoitomenetelmillä pyritään vaikuttamaan potilaan kipukokemukseen, kipukäyttäytymiseen ja suhtautumiseen kipuunsa. Tavoitteena on potilaan oman hallinnan ja pystyvyyden kokemisen, selviytymiskeinojen ja valintamahdollisuuksien kehittäminen ja vahvistaminen. Näitä menetelmiä voidaan käyttää perusterveydenhuollossa esim. omahoidon ohjauksen yhteydessä. Erilaisia hoitomenetelmiä voidaan käyttää myös yksilö- tai ryhmähoitona sellaisinaan tai yhdistettynä moniammatilliseen hoitoon. Kognitiivisen käyttäytymisterapian on osoitettu olevan tehokas hoitomuoto erilaisten kroonisten kiputilojen hoidossa.

Kivun laaja-alaisuus ja psykologiset sekä psykososiaaliset kuormittavat tekijät saattavat heikentää tavanomaisen TMD-hoidon vastetta, jolloin voi olla tarpeen konsultoida erikoishammaslääkärinä tai lähettää potilas monialaiseen hoitoon. Näitä tekijöitä voivat olla ahdistus- ja depressio-oireet, runsas erilaisten somaattisten oireiden kokeminen, stressi sekä erilaiset ajatus- ja tulkintavirheet, kuten katastrofointi, passiiviset selviytymiskeinot ja koettu kivun huono kontrolli. Myös muut kivut ja terveys-

ongelmat komplisoivat TMD-kivun kliinistä kuvaa. Noin 10–15 %:ssa tapauksista tarvitaan esimerkiksi psykologisia hoitomuotoja, erikoissairaanhoidon kuuluvia toimenpiteitä, kipuklinikan konsultaatioita tai kirurgista hoitoa.

Suurin osa TMD-potilaista hoidetaan perusterveydenhuollossa. Hoitovastuu on hammaslääkärillä, joka toimii tarvittaessa yhteistyössä muiden ammattilaisten (mm. lääkärit, suuhygienistit, fysioterapeutit ja psykologit) kanssa. Yhtenäisen hoitokäsityksen ja hoitoketjun toimivuuden saavuttamiseksi tehdään tarvittaessa yhteistyötä perusterveydenhuollon ja erikoishammaslääkärin tai erikoissairaanhoidon eri toimijoiden kesken. ■

Lähde:

Purentaelimistön kipu ja toimintahäiriöt (TMD). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Hammaslääkäriseura Apollonia ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2021 (viitattu 16.4.2021). Saatavilla Internetissä: www.kaypahoito.fi

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Hammaslääkäriseura Apollonia ry:n asettama työryhmä

Puheenjohtaja Kirsi Sipilä, protetiikan ja purentafysiologian professori, protetiikan ja purentafysiologian erikoishammaslääkäri, kivunhoitolääketieteen erityispätevyys; Oulun yliopisto ja OYS

Jäsenet:

Jari Ahlberg, dosentti, protetiikan ja purentafysiologian erikoishammaslääkäri; PKS-SEHYK, Helsingin yliopisto

Marika Doepel, HLT, protetiikan ja purentafysiologian erikoishammaslääkäri

Outi Huhtela, protetiikan ja purentafysiologian erikoishammaslääkäri; Itä-Suomen yliopisto ja KYS

Sisko Huuonen, hammaslääketieteellisen radiologian professori, hammaslääketieteellisen radiologian erikoishammaslääkäri; Itä-Suomen yliopisto ja KYS

Marjo-Riitta Liljeström, HLT, protetiikan ja purentafysiologian erikoishammaslääkäri; Turun yliopisto

Ritva Näpänkangas, dosentti, protetiikan ja purentafysiologian erikoishammaslääkäri; Oulun yliopisto ja OYS

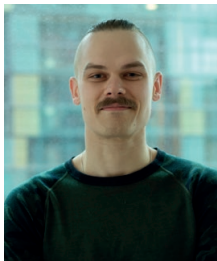
Marja Pöllänen, dosentti, parodontologian erikoishammaslääkäri, Käypä hoito -toimittaja Suomalainen Lääkäriseura Duodecim

Taina Remes-Lyly, HLL

Tuija Teerijoki-Oksa, HLT, suukirurgian erikoishammaslääkäri, kivunhoitolääketieteen erityispätevyys; TYKS



Merkityksellisyys ja liike osana kuntoutusta – krooninen alaselkäkipu perusterveydenhuollon avofysioterapiassa



Joonas Rajatalo
fysioterapeutti ja teologian
maisteri

Tilastollisesti karkeasti arvioiden 90 % selkäkipujen syistä ollessa diagnostisesti epäspesifejä, jää selän kiputarinan purkamiseen monesti vastuu edustamalleni ammattikunnalle. Työskentelen fysioterapeuttina perusterveydenhuollossa Helsingissä. Oma työtoimenkuvani on suhteellisen moninainen: työskentelen niin akuuttivastaanottojen kuin kiireetöntä fysioterapiaa tarvitsevien asiakkaiden parissa. Erityisvastuualueeni omalla työpaikallani ovat kipukroonikot sekä psykofyysisen fysioterapian tulokulmaa vaativat asiakkaat esimerkiksi somaattisista ahdistusoireista sekä kehosuhteen häiriöihin liittyvien tekijöiden parissa. Jälkimmäisestä kroonisista kivuista kärsivät asiakkaat lienevät yleisin ryhmä perusterveydenhuollossa. Koska työkenttäni on perusterveydenhuollossa, eivät resurssit useinkaan ole suhteutettu apua tarvitseviin. Humoristisesti voidaan myös sanoa, heitä, ketkä eivät täytä erityissairaanhoidon kriteereitä, hoitaa perusterveydenhuolto tai – jos mitään muuta ei keksitä, tehdään lähete fysioterapeutille.

Työpäivään sisältyvien tuntien anti perusterveydenhuollon fysioterapian osalta pitää pätkinänkuoressa sisällään ohjausta ja neuvontaa sekä asiakkaan terapeutisin harjoittein tapahtu-

vaa kuntoutusta. Manuaaliset menetelmät sekä mahdolliset passiiviset hoidot ovat enemmän diagnostisia välineitä. Tavoitteena pitkällä aikavälillä on hoitaa enemmän syytä kuin oireita. Osittain tämä myös johtunee kustannustehokkuuskysymyksistä. Fysioterapiajaksojen intensiteetin ollessa keskimäärin 2 kertaa kuukaudessa, terapiajaksoja voidaan kipukroonikoiden suhteen useimmiten tarkastella vuositasolla.

Esittelen omaa tapaani toteuttaa fysioterapiaa seuraavassa asiakasesimerkissä, jonka hyödyntämiseen olen saanut asiakkaan luvan:

Asiakas on 34-vuotias perusterve mies, joka työskentelee toimistotöissä. Hän on tullut vastaanotolle alaselkäkivun vuoksi. Selkä kipeytyi vuonna 2018 liukastumista seuranneen kaatumisen jälkeen. Selinmakuulla kipua on eniten, etenkin iltaisin. Kipu on päivittäistä, VAS-asteikolla arvioituna 8/10. Kipuilla provosoi lähestulkoon kaikki fyysisesti rasittava. Kipulääkityksenä asiakkaalla on panadol + panacod + lihasrelaksantit tarvittaessa. Kipu on kroonistunut alaselän alueelle vaikeuttaen asiakkaan arkea. Kireyksiä ja kipuja on myös lonkan koukistajissa sekä lonkkien lateraalilaidoilla. Lonkan lateraalisyrjän kipujen takia asiakas on käynyt myös lääkärinvastaanotolla, jossa on epäilty tro-



Teodora Nordström

kanterbursiittia. Asiakas on käynyt yksityisellä fysiatrilla, osteopaatilla, naprapaatilla ja fysioterapeutilla. Yksityisellä puolella on otettu MRI vuonna 2018, jossa ei löytynyt kipua selittävää. Asiakas on harrastanut thainyrkkeilyä pitkään ja intensiivisesti, ja hän on harrastanut myös muita kamppailulajeja.

Kollega oli aloittanut tutkimusten perusteella fysioterapian johtopäätöksillä kroonistunut mekaaninen selkäkipu. Kivun oli arveltu johtuvan tukilihasten epätasapainosta ja kireyksistä. Tilanteen hoitamiseksi oli lähdetty toteuttamaan progressiivisia lumbopelvistä stabiliteettia lisääviä harjoitteita ja alaraajavenytyksiä. Kun kiputilanne pysyi haastavana ja asiakkaalla esiintyi myös selän liikekipuun liittyvää pelkoikäyttäytymistä, asiakas siirtyi allekirjoittaneelle. Asiakkaan aloittaessa toteutettiin hänelle lannerangan liikekontrollitestit, joissa löydöksinä oli taas huomattavat rotaatio- ja fleksiosuuntaiset liikekontrollihäiriöt. Fysioterapian keskeiseksi tavoitteeksi otettiin oman kipusuhteen käsitte-

ly sekä liikkumiseen varmuuden lisääminen ja kiinnitettiin huomioita fysioterapian intensiteetin säätelyyn. Asiakkaan omaksi tavoitteeksi muodostui fysioterapian alussa nyrkkeilyharrastuksen aloittaminen.

Kivun sentralisaation ja käyttäytymisen vaikutus liikkeen kokemiseen ja aistimiseen on huomioitava kroonisen alaselkäkivun kuntoutuksessa. Tällöin ei liene ihmeellinen löydös, mikäli lanneselän alueen liikekontrollin suhteen ilmenee haasteita. Fysioterapeuttien keskeisenä työkaluna liike, sen laatu ja merkitys asiakkaan elämässä ovat keskiössä. Kyseessä voi olla rajoittunut liikerata, hengitysvaikeudet tai turvallisuuden tunteen kokeminen omassa kehossa. Alaselkäkipukroonikon liikettä tarkastellessa liikkeeseen liittyvät tekijät ovat jo valmiiksi herkistyneet ja harjaantuneet aistimaan alueella tapahtuvat muutokset kipuna. Liikkeen tarkoitus osana kivunhoitoa on löytää turvalliset tavat luoda suhde omaan kehoonsa ja toimintakykyynsä. Kipukroonikolle valituille

menetelmille luotu merkityksellisyys on tärkeä motivaattori, jolla fysioterapia voi edetä. Asiakasesimerkin tapauksessa tuo merkityksellisyys luotiin yhdistämällä matalankynnyksen harjoitteiden linkittäminen asiakkaan elämän kannalta relevanttiin tekijään, kamppailulajeihin.

Fysioterapian edetessä asiakasesimerkissäni kykenimme etenemään selän kuntouttavissa harjoitteissa pikkuhiljaa kohti tavoitetta, nyrkkeilynomaisia harjoitteita. Päivittäiset toiminnot, kuten taakkojen kantaminen, perusliikkuminen ja riittävä lepo, etenivät myös kuntoutuksen tukena. Kipulääkityksen suhteen ajoittaisia selän akutisoitumisia ilmeni. Asiakas kykeni kuitenkin vähentämään pikkuhiljaa lääkitystä. Selän kivuliaiden relapsien kohdalla fysioterapeuttin rooli oli enemmän kannustava, auttaen ymmärtämään biopsykososiaalista viitekehystä seläkivun ympärillä. Suurin osa ihmisen kuntoutuksesta tapahtuu kuitenkin fysioterapeuttisten harjoitteiden ulkopuolella. Fysioterapiaprosessi esimerkkitapauksen kanssa jatkuu edelleen.

Fysioterapeuttina koen keskeisimpänä työvälineenäni kivunhoidossa merkityksellisen liikkeen hyödyntämisen kognitiivis-emotionaalisten toimintojen sekä fysiologisten toimintojen välillä. Terapeuttinen harjoittelu tai fysioterapeuttinen hoito ilman merkityksellisyyttä menettää nopeasti mielenkiinnon, eikä tuloksellisuutta välttämättä näin ole odotettavissa. Fysioterapian suuntautuminen 2020-luvulla on enenevissä määrin voimavarakeskeistä. Toki kirjaaminen vaatii tehtyjen löydösten ja ongelmien puutteen osoittamista. Asiakkaan jaksamisen ja sitouttamisen kannalta on kuitenkin hyvä muistuttaa myös niistä asioista, jotka ovat hyvin. Tämä korostuu varsinkin, kun kyse on ihmisen perusliikkumisesta ja arjen toiminnoista.

Kipukroonikoiden fysioterapiassa liikkeen ja oman kehonsa kohtaamisen suhteen etenen

usein pienin askelin ja kaikista merkityksellisimpien asioiden kautta. Annan konkreettisena esimerkkinä hengityksen, joka kaikessa yksinkertaisuudessa on yksi isoimmista liikkeistä, mitä ihminen voi kehollaan tehdä. Usein keskustelu ohjautuu oikeanlaiseen palleahengitykseen tai hengitystekniikkaan. Kuitenkin se, että asiakas yleensäkin istuu kertoen tarinaansa tai makaa sikiöasennossa tutkimuspöydälläsi, todistaa vahvasti, että tämä osaa hengittää vaadittavan minimimäärän. Tästä eteenpäin liikkeen laadun arviointi ja vastuu eteenpäin ohjaamisesta kuntoutuksen osalta, ovat fysioterapeuttin vastuulla. Lopulta kuntoutuksen edetessä perusterveydenhuollossa fysioterapeutti pyrkii tekemään itsestään tarpeettoman. ■



The need for a pediatric pain educational program for nurses in a resource-limited setting

Abigail Kusi Amponsah

30.10.2020 Turun yliopisto

Vastaväittäjä apulaisprofessori Sigridur Zoëga, University of Iceland, Islanti

Ohjaajat Anna Axelin, apulaisprofessori, Turun yliopisto

Victoria Bam, yliopistonlehtori
Kwame Nkrumah University of Science and Technology Kumasi, Ghana

Esitarkastajat Dosentti Kristina Mikkonen, Oulun yliopisto ja tohtori Stefan Nilsson, Göteborgin yliopisto

Kehittyneiden ja kehitysmaiden välillä on eroja kivunhoidossa, vaikka puutteellisesti hoidettu kipu on maailmanlaajuinen terveysongelma. Nämä erot johtuvat pääasiassa resurssien saatavuudesta ja koulutusmahdollisuuksista. Kansainvälinen kivuntutkimusyhdistys (IASP) perusti vuonna 2002 ohjelman kivunhoidon parantamiseksi kehitysmaissa, osana pyrkimyksiä vähentää epätasa-arvoa kivunhoidossa kehittyneiden ja kehitysmaiden välillä. Ohjelma tarjosi mm. kliinisen koulutuksen ja tutkimuksen tukikeskuksia, apurahoja kivunhoidon opetukseen keskittyneille kehitysmaahankkeille ja rahoitusta tahoille, jotka osallistuvat kivunhoidon parantamiseen tähtäävien hankkeiden toteuttamiseen kehitysmaissa.

Vaikka monet näistä hankkeista ovat toteutuneet onnistuneesti, kehitysmaiden kivunhoidon koulutusohjelmien painopisteet ovat vaihdelleet ja riippuneet kohdemaan paikallisista tarpeista. Aikaisemmat koulutusohjelmat ovat myös toistaiseksi keskittyneet pääasiassa yleisiin kivunhoidon aiheisiin, eikä niinkään erityisryhmien, kuten lasten, kivunhoitoon. Kohdistetut koulutusohjelmat ovat välttämättömiä, kun kyseessä on haavoittuvassa asemassa olevien potilaiden, kuten lasten, erityistarpeet. Ghanassa (matalan-keskitulotason maa) ei ole tarjolla säännöllisiä sairaanhoitajille suunnattuja koulutusohjelmia lasten kivunhoidossa. Tällaiselle koulutusohjelmalle on kuitenkin tarvetta, jotta sairaanhoitajat saavat tarvittavat tiedot ja taidot lasten kivunhoidon parantamiseksi resurssirajoitteisessa ympäristössä.

Useimmissa kehitysmaissa kivunhoitoa opetetaan ainoastaan osana yleistä sairaanhoitajan koulutusta. Tällöin kivunhoidon saamat ajalliset ja aineelliset resurssit eivät välttämättä ole riittäviä, ja erityisryhmien kivunhoidon saama huomio yleisissä hoitotyön opinnoissa jää vähäiseksi. Sairaanhoitajien osaamisen puutteet voivat olla myös syynä siihen, että useat tutkimukset osoittavat sairaalahoidossa olevien lasten kivunhoidon olevan kehitysmaissa riittämättömää.

Hyvän kivunhoidon merkitystä ei voi liikaa korostaa lasten kohdalla. Kivun

optimaalinen hoito parantaa sairastuneiden lasten ja heidän perheidensä elämänlaatua, nopeuttaa toipumista ja lisää kokonaisvaltaista hyvinvointia. Lisäksi riittävän kivunhoidon tarjoaminen on eettisiä periaatteita ja ihmisarvoa kunnioittavaa, varsinkin kun saatavilla on turvallisia ja kustannustehokkaita näyttöön perustuvia kivunhoitomenetelmiä myös lapsille.

Väitöskirjatyössäni keskityttiin lasten kivunhoidon koulutusohjelman kehittämiseen sairaanhoitajille, jotka työskentelevät resurssirajoittuneessa ympäristössä. Sairaanhoitajien kivunhoidon koulutus on tärkeää, koska he viettävät eniten aikaa lasten ja heidän perheidensä kanssa sairaalahoidon aikana ja tarjoavat hoitoa ympäri vuorokauden. Neljän toisiinsa liittyvän tutkimuksen avulla kehitettiin näyttöön ja teoriaan perustuva koulutusohjelma, jonka avulla pyritään vastaamaan lasten kivunhoidon tarpeisiin resurssirajoitteisissa terveydenhuollon yksiköissä. Koulutusohjelman kehittäminen ei kuitenkaan ollut päämäärä sinänsä, vaan keino pyrkimyksissämme tehdä maailmasta parempi paikka lapsille ja heidän perheilleen. Kivunhoidon koulutusohjelman kehittämisessä otettiin huomioon ghanaalaisten sairaanhoitajien osaamisen lähtökohdat ja tarpeet, jotta sen käyttöönotto olisi sujuvaa sairaalahoidossa olevien lasten ja heidän perheidensä kivunhoidon parantamiseksi. ■



Temporomandibular disorders: prevalence of signs and symptoms and effects of stabilization splint treatment

Veera Qvintus

Temporomandibular disorders: prevalence of signs and symptoms and effects of stabilization splint treatment. Based on the Health 2011 Survey and a randomized controlled trial on adult Finns.

20.11.2020 Itä-Suomen yliopisto

Vastaväittäjä Professori Thomas List, Malmön yliopisto

Ohjaajat Professori Kirsi Sipilä, Oulun yliopisto ja professori Liisa Suominen, Itä-Suomen yliopisto

Esitarkastajat Professori EwaCarin Ekberg, Malmön yliopisto ja tohtori Marika Doepel, Turun yliopisto

Tausta

Purentaelimistön toimintahäiriöt (englanniksi temporomandibular disorders, TMD) ovat leukaniveliin, puremalihaksiin sekä niihin läheisesti liittyviin kudoksiin liitettyjä kiputiloja, sairauksia ja toimintahäiriöitä. Yleisimmät TMD-löydöksistä ja -oireista ovat kasvojen alueen kivut, kuten puremalihäs- ja leukanivelkivut, leukojen liikerajoitukset ja -poikkeamat sekä leukanivelten äänet kuten naksuminen ja rahina.

TMD- löydökset ja -oireet esiintyvät yleisimmin 20-50 -vuotiailla ja naisilla useammin kuin miehillä. TMD:n noninvasiivisiin hoitovaihtoehtoihin lukeutuvat muun muassa neuvonta, puremalihasten liikeharjoitteet sekä purentakiskohoito. Neuvontaan kuuluu kertominen muun muassa TMD:n esiintyvyydestä, TMD:hen vaikuttavista tekijöistä ja hoitovaihtoehtoista. Puremalihasharjoitteet ovat potilaan itse suorittamia lihasharjoitteita saadun ohjeistuksen mukaisesti. Purentakisko on tyypillisesti akryylistä valmistettu koje, minkä tarkoituksena on tasapainottaa purentavoimia ja ohjata leukaa ja leuan liikkeitä ideaalisempaan, vähemmän kuorimittavaan asemaan.

Tavoitteet

Väitöskirjatutkimuksen tavoitteena oli Terveys 2011 ja hyvinvoinnin laitoksen laatiman Terveys 2011 -tutkimuksen

aineistoon perustuen arvioida TMD-löydösten ja -kipuoireiden esiintyvyyttä ja niiden välistä yhteyttä suomalaisessa aikuisväestössä.

Tutkimuksen tavoitteena oli myös satunnaistetun kontrolloidun tutkimuksen (RCT) perusteella arvioida purentakiskohoidon vaikutusta TMD-löydöksiin, -oireisiin ja suunterveyteen liittyvään elämänlaatuun sekä depressio-oireiden ja epäspesifisten fyysisten oireiden vaikutusta hoitotuloksiin.

Menetelmät

Terveys 2011 -tutkimuksen aineisto (n = 1577) kerättiin haastatteluilla ja kliinisillä suunterveystutkimuksilla, joihin lukeutui TMD-löydösten selvittäminen ja oirekyselyt. RCT:ssä 80 TMD-potilasta jaettiin satunnaisesti joko kisko- tai kontrolliryhmään. Kontrolliryhmään kuuluvat saivat neuvontaa ja ohjeita puremalihasharjoitteiden tekemistä varten. Kiskoryhmään kuuluvat saivat edellisten lisäksi myös purentakiskohoitoa. Tutkimuksen aluksi depressio-oireita ja epäspesifisiä fyysisiä oireita kartoitettiin Research Diagnostic Criteria for TMD -kriteeristön kyselyillä. Vastemuuttujina olivat kasvokipu, TMD-oireet ja suunterveyteen liittyvä elämänlaatu.

Tulokset

Terveys 2011 -tutkimuksen perusteella 34,6 %:lla tutkimukseen osallistu-

jista oli vähintään yksi TMD-löydös. Viikoittaista kasvokipua koki 8,0 % ja viikoittaista kipua hampaita yhteen purressa tai leukojen avauksessa koki 5,8 % osallistujista. Joidenkin TMD-löydösten esiintyvyys oli suurempaa iän noustessa. Naissukupuoli, alhainen koulutustaso, hampaiden lukumäärä ja heikko itsekoettu terveys olivat yhteydessä TMD-löydöksiin tai -oireisiin. Itseraportoidut TMD-kipuoireet olivat merkitsevästi yhteydessä kliinisiin TMD-kipulöydöksiin.

Yhden vuoden seurannassa RCT:ssa ei ilmennyt merkitseviä eroja kasvokivussa, TMD-oireissa tai suunterveyteen liittyvässä elämänlaadussa kisko- ja kontrolliryhmien välillä. Depressio-oireet ja epäspesifiset fyysiset oireet olivat

suhteellisen yleisiä TMD-potilaiden keskuudessa ja ne näyttivät vaikuttavan negatiivisesti TMD-hoitotuloksiin.

Johtopäätökset

Tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että kliinisesti havaittavia TMD-löydöksiä esiintyy kolmanneksella suomalaisessa aikuisväestössä, kun taas itseraportoitujen TMD-oireiden esiintyvyys on vähäisempää. Väitöskirjatutkimuksen tulokset ovat yhteneviä aiemmin laadittujen väestöpohjaisten tutkimusten kanssa, lukuun ottamatta puremalihaskivun alhaisempaa esiintyvyyttä väitöskirjatutkimuksessa. Erityisesti huono yleinen terveydentila ja naissukupuoli olivat TMD-löydöksiin ja -oireisiin liittyvät merkitsevimmät

tekijät toisin kuin ikä ja hampaiden lukumäärä mitkä olivat vähemmän merkitseviä tekijöitä.

Neuvonnan ja puremalihasharjoitteiden lisäksi annettava purentakiskohoitto ei näytä tarjoavan lisähyötyä TMD-löydösten tai -oireiden lievittämisessä tai suunterveyteen liittyvän elämänlaadun parantamisessa, tosin aiheesta tarvitaan lisää tutkimuksia suuremmalla aineistolla, joissa on otettu huomioon erikseen erilaiset TMD-diagnoosien alatyypit. Huono yleinen terveydentila ja naissukupuoli TMD:n riskitekijöinä sekä psykososiaalisten tekijöiden mahdolliset vaikutukset hoitotuloksiin tulee ottaa huomioon terveydenhuollossa. ■

Aivojen pihtipoimun etuosa kipuun ja pelkoon liittyvän empatian välittäjänä

Stanfordin yliopistossa työskentelevä tutkimusryhmä osoitti hiirillä, että aivojen pihtipoimujen etuosa (anterior cingulum) on välittä-mässä sekä kipuun että pelkoon liittyvää empatiaa. Kun koe-eläimellä oli tulehduskipu, niin kiputilassa olevaa eläintä tarkkailevan terveen verrokin kipukynnys laski. Kun tulehduskipuisen eläimen kiputila hoidettiin antamalla morfiinia, nousi hoidettua eläintä tarkkailevan terveen verrokin kipukynnys. Jos taas tarkastelun kohteena oleva eläin altistettiin pelottavalle ärsykkeelle, ilmeni myös kohde-eläintä tarkkailevassa verrokiassa pelkokäyttäytymistä. Kaikki nämä verrokieläimessä esiintyvät empaattiset vasteet välittyivät pihtipoimun etuosan kautta. Empaattinen kipu- ja analgesiavaste tarkkailevassa verrokieläimessä välittyi tutkimuksen mukaan pihtipoimun etuosasta aivojuovion ventraaliseen osaan (nucleus accumbens), kun taas empaattinen pelkovaste välittyi tarkkailevassa verrokieläimessä pihtipoimun etuosasta mantelitumakkeen basolateraaliseen osaan.

Smith ML, Asada N, Malenka RC. Anterior cingulate inputs to nucleus accumbens control the social trans-

fer of pain and analgesia. Science 2021;371:153–9.

Antti Pertovaara

Selkäytimen soluryhmän toiminnan muutos neuropaattisen kosketusherkistymisen mekanismina

Hermovaurion jälkeen ilmenee kosketuksen aiheuttamaa epämiellyttävyyttä (kosketusalldynia). Tämän ilmiön mekanismia tutkiva japanilainen työryhmä on kokeellisessa eläintyössä osoittanut, että ääreisher-movaurioon liittyy selkäytimen takasarven neuropeptidi Y:tä (NPY) ilmentävän inhibito-risen soluryhmän toiminnan häiriö. Terveillä verrokeilla kosketustuntoa välittävien paksujen myeliinitupellisten hermojen aksonihaarakkeet aktivoivat NPY:tä ilmentävän inhibito-risen solutyypin. Terveillä tämän NPY:tä ilmentävän solutyypin aktivaatio aiheuttaa kipua välittävien selkäytimen hermosolujen inhibition. Hermovamman jälkeen NPY:tä ilmentävien solujen toiminta muuttuu niin, että paksujen myeliinitupellisten solujen välittämä kosketussignaali ei enää riitä aktivoimaan NPY:tä ilmentävää inhibitorista solutyyp-piä. Niinpä hermovamman jälkeen kosketuksen aiheut-tama viesti ei enää inhiboi-nut selkäytimen kipusoluja, minkä seurauksena kosketus

aiheutti koe-eläimille kipu-käyttäytymistä. Kun tutkijat optogeneettisillä tekniikoilla selektiivisesti aktivoivat NPY:tä ilmentävän solu-tyypin hermovammaisilla eläimillä, niin kosketusviestit eivät enää aktivoineet kipu-soluja ja kosketusärsyke ei aiheuttanut kipukäyttäytymistä. Tutkijat esittävät, että NPY:tä ilmentävä in-hibitorinen soluryhmä on kiinnostava tutkimuskohde neuropatian lääkehoidon kehittäjille.

Tashima R, Koga K, Yoshikawa Y ym. A subset of spinal dorsal horn interneurons crucial for gating touch-evoked pain-like behavior. PNAS 2021;118:e2021220118. doi: 10.1073/pnas.2021220118.

Antti Pertovaara

Psykologiset tekijät assosioituvat suupolteoireen vaikeuteen

Suupolte on krooninen orofakiaalinen kiputila, jossa näkyvää syytä limakalvon polttavalle tunteelle ei löydetä, vaan suun limakalvo on terve. Suupolte luetaan nykytutkimuksen valossa neuropaattisiin kipuihin. Kipu koetaan yleensä lievänä tai keskivaikeana, mutta 8-15 % potilaista kertoo kärsivänsä vaikea-asteisesta kivusta (NRS $\geq$ 5).

Tutkimuksessa Forssell ym havaitsivat, että potilailla, jotka kokivat suupolte kivun (NRS $>$ 3.7) sekä siitä koetun

haitan (NRS $>$ 2.9) voimakkaampina, oli enemmän masennusta sekä kivusta koituvaa ahdistusta verrattuna niihin potilaisiin, joilla suupoltekipu oli lievempää (NRS $\leq$ 3.7) ja siitä koettu haitta oli pienempi (NRS $\leq$ 2.9). Samoin ne potilaat, jotka raportoivat kokevansa kivusta enemmän haittaa kertoivat myös useammin häiriintyneestä unesta; vaikeudesta nukahtaa sekä ylläpitää unta. Masennus- ja ahdistusoireet korreloivat kivun aiheuttamaan haittaan, mutta kivun intensiteetin nähtiin kasvavan mitä enemmän potilas tarkkaili kipuaan.

Jo aiemmissa tutkimuksissa on havaittu suupoltepotilaiden ja masennuksen yhteyttä, mutta tässä tutkimuksessa uutena asiana havaittiin kivun herättämän ahdistuksen sekä liiallisen kipuun keskittymisen (hypervigilanssi) liittyvän suupolteoireen voimakkuuteen.

Tutkimuksen ryhmät erosivat erityisesti pelko-välttämiskäyttäytymisessä sekä vaikeudessa keskittyä muuhun kuin kipuun. Tieto tästä voisi auttaa suuntaamaan suupoltepotilaiden hoitoa yksilöllisempään suuntaan.

Tässä tutkimuksessa suupolteoireen vaikeusasteen todettiin assosioituvan koettuun psykologiseen stressiin. Suupolteoireesta kärsivät potilaat ovat heterogeenisiä

ominaisuuksiltaan ja siksi tutkijat näkisivätkin tarpeellisen kehittää diagnostiikkaa moniulotteisemmaksi. Todennäköisesti potilaat eroavat hoidontarpeeltaan ja heidän ennusteensa on myös erilainen.

Forssell H, Teerijoki-Oksa T, Puukka P, Estlander A-M. Symptom severity in burning mouth syndrome associates with psychological factors. *J Oral Rehabil.* 2020;47:713-19.

Tiina-Riitta Vuorjoki-Ranta

Nielurisaleikkauksen jälkeisen kivun hoito-suositus

Nielurisaleikkaus on yksi yleisimmistä ja myös kivuliaimmista kirurgisista toimenpiteistä. Kivunhoidon haasteita ovat esimerkiksi toimenpiteeseen liittyvä verenvuotoriski ja etenkin lapsille sopivien lääkkeiden vähäisyys. Tämän systemaattisen katsauksen tarkoitus oli arvioida saatavilla olevaa kirjallisuutta ja tehdä PROSPECT (procedure-specific postoperative pain management) metodologian mukaan suositus hyvästä nielurisaleikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta sekä aikuisilla että lapsilla. Laadulliseen analyysiin otettiin 226 tutkimusta, joista 158 oli tehty lapsilla, 40 aikuisilla ja 28:ssä tutkimuksessa oli sekä aikuisia että lapsia.

Katsauksen perusteella

kirjoittajat suosittelevat ennen kitarisaleikkausta ja/tai sen aikana annettavaksi sekä parasetamolia että tulehduskipulääkettä (NSAIDs) ja jatkamaan näitä myös leikkauksen jälkeen. Kirjallisuuden perusteella tulehduskipulääkkeiden ei ole todettu lisäävän vuotoriskiä nielurisaleikkauksessa. Lisäksi leikkauksen aikana suositellaan annettavaksi yksi annos deksametasonia i.v. Deksametasonin on todettu lievittävän kipua ja myös vähentävän pahoinvointia ja oksentelua. Jos peruskipulääkkeet ovat vasta-aiheisia tai on odotettavissa tavanomaista kovempaa kipua, suositellaan preoperatiivisesti gabapentinoideja tai leikkauksen aikana i.v. ketamiinia (vain lapsitutkimuksia) tai i.v. deksmedetomidiniä. Näitä ei suositella ensisijaisiksi lääkkeiksi sivuvaikutusten takia. Esimerkiksi deksmedetomidinin aiheuttama sedaatio voi pitkittää heräämövaiheen toipumista.

Leikkauksen jälkeisen kivun hoitoon suositellaan peruskipulääkkeitä ja tarvittaessa opioideja. Tarkempia suosituksia opioideista ei kirjallisuuden perusteella pystytty antamaan. Opioidien käyttöön voi obstruktiivista uniapneaa sairastavilla lapsilla liittyä hengitysvajaus, joten opioidin käyttöön näillä lapsilla tulee suhtautua varoen. Leikkauksen

aikaista tai postoperatiivista akupunktiota ja postoperatiivisesti annettua hunajaa suositellaan myös kivun hoitoon sillä niiden on todettu lievittävän kipua kun ne on annettu yhdessä parasetamolin, tulehduskipulääkkeen ja suun kautta annetun opioidin kanssa. Tärkeätä on, ettei näiden hoitojen yhteydessä ei ole havaittu sivuvaikutuksia. Hunajan käyttöön liittyy myös parempi haavan paraneminen. Akupunktion käyttö tosin vaatii erityisosaamista, jota on harvemmin saatavilla.

Katsauksen perusteella nielurisaleikkauksen kivunhoidoksi ei suositella haavan infiltraatiopuudutusta eikä pintapuudutusta paikallispuudutusaineella lyhytkestoisen vaikutuksen ja raportoitujen vakavien sivuvaikutusten takia. Jatkossa tarvitaan lisää kontrolloituja tutkimuksia riskeistä ja nielurisaleikkauksessa tehokkaaksi todettujen kipulääkkeiden yhteiskäytöstä.

Aldamluji N, Burgess A, Pogatzki-Zahn E, Raeder J, Beloeil H on behalf of the PROSPECT Working Group collaborators. PROSPECT guideline for tonsillectomy: systematic review and procedure-specific postoperative pain management recommendations. *Anaesthesia* 2020, Nov 17;doi:10.1111/anae.15299.

Arja Hiller

Lääketieteen kieli



Anneli Vainio

*Taitoin sääriiluuni ja jouduin potilaaksi. Oli outoa lukea sairauskertomustekstiä, omaani: *Tibian lateraalikondyylin hyväasentoinen murtuma, kahden viikon kontrolli. Kertomansa mukaan yöksi ottaa lastan pois. Lisäksi harjoitellut jo polven fleksio-ekstensioharjoitteita aktiivisesti. Jatetaan lastahoitoa, raajapainovaraus. Toppuuteltu vielä liikkumisen kanssa, mm. olisi jo halukas menemään uimaan. Klexa-ne-resepti kirjoitettu.**

Siis kenellä on murtuma? Kuka ottaa lastan pois yöksi, kuka halusi mennä uimaan, kuka toppuutteli, kuka kirjoitti? Sairauskertomusten sanelukielä on outoa tynkäkieltä, sähkösanomaa. Kielitieteilijät määrittelevät, että sairauskertomuksille on tyypillistä nominaalistaminen, tapahtumat kerrotaan luettelomaisesti substantiivein: kuumeilu, tulehdusarvojen nousu, kuivuminen, munuaisten toiminnanvaja.

Lauseissa on kyllä verbikin, mutta siitä käytetään pelkkää partisiippiä: siirtynyt osastolle. Sekä subjekti että objekti puuttuvat. Sanelukielä jättää kokonaan pois lauseesta subjektin silloin, kun se tarkoittaa potilasta, mutta myös silloin kun puhutaan lääkäristä. Toiminta on anonymiä. Potilaasta ei käytetä mitään sanaa, ei "Rouva Vainio haluaisi", ei myöskään persoonapronominia "hän", vaan subjekti jätetään yksinkertaisesti pois. "Tulee vastaanotolle, koska..." Mielenkiintoista on, ettei myöskään lääkäriä, tutkivaa ja hoitavaa subjektiä mainita, vaan se korvataan passiivilla "määritetään lääkettä, resepti kirjoitetaan". Mitähän se merkitsee? Olen miettinyt paljon tätä munkkilatinalan anonymiä tyyppiä joutuessani itse kirjoittamaan

sairauskertomuksia. En halua enää olla ei-kukaan enkä halua potilaanikaan olevan. Käytän lauseissa subjektiä sekä potilasta että itseäni tarkoittaen. "Keskustelen rouva Virtasen kanssa lääkityksen vähentämisestä, ja tulemme yhdessä siihen tulokseen, että..." Käytän potilaastani hänen omaa nimeään ja hän-sanaa. Myös itsestäni käytän minä-muotoa. Se näyttää sairauskertomuksessa todella oudolta, mutta kukaan ei ole toistaiseksi valittanut.

Miksi lääketieteen kieli jättää lauseista pois sekä lääkärin että potilaan? Pitääkö käytäntö sisällään oletuksen, että lääkäri on subjekti ja potilas objekti? Oma ajatukseni on, että asia liittyy jollakin tavalla siihen vallitsevaan käsitykseen, että lääketiede on "objektiivista". Lääkäri ei diagnoosia tehdessään edustaisikaan itseään eikä omia mielipiteitään, vaan neutraalia "tiedettä", jonka käsiin rouva Virtanen, "potilas", antaa itsensä. Lääkäri on tällöin vain statisti, anonymi sivustakatsoja tai mekaaninen robotti kaikkietävän tieteen rinnalla, joka hoitaa miettimispuolen ja on aina oikeassa. Lääketiedettä ja lääkäreitä on perinteisesti syytetty myös siitä, että potilaalle, kohtaamisen toiselle osapuolelle, hänen tuntemuksilleen ja käsityksilleen, ei anneta tilaa. Vastaanottotilanteessa hoidetaan vain hänen tautiaan, sokeritasapainoaan, röntgenkuvaa tai jotain elintä. Onko rouva Virtasen mainitsematta jättäminen hänen omassa ja häntä koskevassa sairauskertomuksessaan tahaton ilmaus ja todiste siitä, että näin on todella asia?

Artikkelissaan «Lääkäri, kieli ja valta» sosiologi Anssi Peräkylä määrittelee, että lääkäriellä on potilaaseen nähden auktoriteetti, kun hän ottaa itselleen aseman potilaan sairauksista ja hoidoista ylivertaisesti tietävänä osapuolena, ja potilas luovuttaa hänelle sen. Lääkärilatinala

pidetään yleisesti lääkäreiden tapana korostaa valtaa suhteessa potilaisiin, jotka ovat monin tavoin alakynnessä, hallintohierarkiamme alimmalla portaalla. Se herättää närää. Latina on salakieltä, samaten lääketieteen jargon: "se eksas".

Anssi Peräkylä jatkaa: "Vaikka lääkäri on vallankäyttäjä suhteessa potilaaseen, haasteena ei ole vallasta luopuminen, vaan sen ratkaiseminen, miten valtaa voi käyttää potilaan kokemusta kunnioittaen, vuoropuhelussa potilaan kanssa ja potilaan hyväksi. Aidossa dialogissa potilaalla on keinoja vaikuttaa haastattelun kulkuun ja lääkäriellä mahdollisuus asettua kuuntelemaan potilaan kokemusmaailmaa. Työntekijän asennoitumisella on tärkeä merkitys. Ihmisellä on eläimiin nähden ylivertainen kyky tehdä päätelmiä siitä, mitä toinen tietää ja tuntee ja mihin tämä pyrkii. Uskon, että riittävän hyvä vastaanottotilanne rakentuu juuri tämän kyvyn varaan. Lääkäri, joka ottaa omassa toiminnassaan huomioon, että potilas uskoo, päätelee, pelkää ja toivoo, ei kovin helposti voi käyttää valtaansa väärin. Juuri näin toimivat tutkimuksessamme suomalaiset lääkärit, kun he diagnoosia kertoessaan osoittivat potilaalle, mistä diagnoosiin johtava tieto tuli. He ottivat huomioon sen, että myös potilas tekee diagnostisia päätelmiä, ja he veivät potilaan mukaan omaan päättelynsä."

Kansalaisten kiinnostus terveyteen, Internet ja terveyslehtien ja lääketieteellisen tiedon lisääntyminen tiedotusvälineissä epäilemättä lisää potilaidemme mahdollisuuksia tasavertaisempaan keskusteluun lääkärin vastaanotolla. Yleistajuisten termien käyttö ja asioiden selittäminen selkokielellä vastaanottotilanteessa ei edelleenkään estä käyttämästä ammattikieltä ammattikunnan keskinäisessä kommunikaatiossa. ■



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

Suomen Kivuntutkimusyhdistys perustettiin vuonna 1996. Yhdistys edistää kivun tutkimusta, hoitoa ja kuntoutusta Suomessa. Yhdistys on moniammatillinen, jäseninä on mm. lääkäreitä, hammaslääkäreitä, psykologeja, sairaanhoitajia ja fysioterapeutteja. Jäsenmäärä on noin 1 050 (2016).

Yhdistys toteuttaa tarkoitustaan

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

SKTY:n hallituksen jäsenten yhteystiedot

Puheenjohtaja **Petteri Koho**

Orton

Tenholantie 10, 00280 Helsinki

pj@skty.org

Sihteeri **Viljami Jokihaka**

siht@skty.org

Rahastonhoitaja **Seppo Mustola**

Huopatehtaankatu 1-3 E 40, 53900 Lappeenranta

talous@skty.org

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



www.efic.org



www.sasp.org

*Hyvää kesää
kaikille Kipuviestin
lukijoille!*

Yhdistyksen fysioterapeuttitoimikunta 2021 esittäytyy

Yhdistyksen fysioterapeuttitoimikunnassa on tänä vuonna puhaltaneet hieman reippaammat tuulet, kun pitkäaikaiset jäsenet, puheenjohtaja Petteri Koho sekä Sarita Aho ovat väistyneet tehtävästä ja uudet jäsenet ovat tulleet tilalle.

Allekirjoittanut on koonnut tämän esittelyn vuoden 2021 toimikunnan jäsenistöstä, ja samalla on hyvä avata lyhyesti myös toimikunnan tehtäviä ja tavoitteita. Toimikunta on perustettu vuonna 2002 ja se on kehittänyt vuosien varrella mm. Kipufysioterapian erikoistumiskoulutusta yhteistyössä Suomen Fysioterapeutit ry:n kanssa. Lisäksi meillä on loppusuoralla Suomen kaikkiin ammattikorkeakouluihin jaettava tietopaketti hyödynnettäväksi fysioterapiaopiskelijoiden kipuopetuksessa.

Toimikuntamme tärkeimpinä tehtävinä ovat verkostoituminen (sekä kollegojen kesken että myös moniammatillisesti), valtakunnallisten moniammatillisten koulutusten järjestäminen sekä fysioterapeuttien omat syventävät kipukoulutukset. Merkittävänä tavoitteena on myös SKTY:n jäsenmäärän kasvattaminen sekä järjestämiemme koulutusten ja vertaistapahtumien tunnettuuden lisääminen, eli osallistujamäärän kasvattaminen. Me toimikunnan jäsenet koemme, että yhdistyksen jäsenyys ja koulutuksiin osallistuminen hyödyttäisi monin tavoin kaikkia fysioterapeutteja, jotka työskentelevät kipuasiakkaiden parissa.

Toimikunnan jäsenet vastaavat kukin näihin kysymyksiin:

Mitä teet työksesi?

Mikä on saanut sinut kiinnostumaan kivusta?

Mihin haluat panostaa yhdistyksen ja toimikunnan jäsenenä?

Miten huolehdit omasta toimintakyvystäsi?



Maija Häärä,
toimikunnan uusi puheenjohtaja

Työskentelen tällä hetkellä johtavana fysioterapeuttina Fysioksessa, Espoossa. Valmistuttuani 1986 lääkintävoimistelijaksi ja erikoistuttuani 1994 oli fysioterapia hyvin biomekaanista ja kouluttautuminen sisälsi paljon erilaisia menetelmiä. Liike oli lääke jo silloinkin ja itse myös liikunnan ammattilaisena olin varma, että näillä menetelmillä pystyn olemaan asiakkaitteni apuna ja siten parantamaan ja ylläpitämään kansanterveyttä. SKTY:n toiminnassa olen ollut mukana vuosia: kolme vuotta fysioterapia toimikunnan jäsenenä ja nyt vuoden alusta sen puheenjohtajana.

Elämä vei perheemme 90-luvulla Aasiaan. Jatkoin työtä siellä perheeni ehdoilla ja neljän tyttären äitinä. Monien mutkien kautta ymmärsin, että kokonaisvaltainen asiakkaan kohtaaminen ja kuunteleminen toi työhöni lisää sisältöä ja vaativuutta ymmärtää miten ihmisen paraneminen ja toipuminen saadaan käyntiin. Akupunktiopinnot, kehon- ja mielenharjoitteiden opiskelu ja elämän monimuotoisuuden ymmärtäminen antoivat itselleni laajemman ymmärryksen, miksi emme voi fysioterapeutteina vain jonkin yksittäisen menetelmän kautta saattaa asiakastamme eteenpäin. Kun 11 vuoden jälkeen palasimme perheenä Suomeen otin yhteyttä fysiatri Kouriin. Hänen innoittamana jatkoin erilaisia kivunhoidon kouluttautumisia työnantajani, ensin Ortonin, sittemmin Fysioksen, Fysin, akupunktioryhdistysten (ft ja lääkäreiden) ja kivuntutkimusyhtistyksen kautta. Tutustuin osaaviin ja innostaviin tieteilijöihin ja klinikoihin kuten Koho, Heiskanen, Luomajoki, Miranda, Holopainen, Henttinen, Ojala, heistä vain muutamia mainitakseni. Useampi viikko ja viikonloppu on vierähtänyt tänä 15 vuoden aikana kouluttautuessa ja opiskellessa. Kliinisen työni rinnalle olen saanut hyviä työkaluja ja niiden avulla myös jaksamista omassa työssäni.

35 vuoden työurani aikana olen nähnyt ja tehnyt paljon. Kivuntutkimusyhtistyksen fysioterapiatoimikunnassa yritän tuoda meidän klinikoiden näkökulmaa tutkijoiden maailmaan. Tarvitsemme toisiamme, jotta kivunhoi-

don ammattilaisina pystymme yhdessä tuomaan esille myös lääkkeettömien hoitomuotojen merkitystä. Pitkittyneen kivun hoidossa tämä on erityisen tärkeää ja jatkuva tutkimustyö ja tulosten saattaminen kliiniseen työhön tulee olla jouhevaa. Uskon että avoin keskustelu ja kommunikointi, verkostoituminen ja jatkuva oppiminen toisiltamme on siinä paras tie. Innostunut toimikuntamme yrittää kukin oma työnsä ohella nostaa tätä tietoutta esille.

Ulkoilien ja liikun päivittäin, yli 40-vuotinen yhteinen matka mieheni kanssa jatkuu, rakas perheeni ja läheiset ystäväni tuovat iloa omaan elämään. Harrastamme luonnossa liikkumista, golfia, pyöräilyä, hiihtoa ja kulttuurista yhdessä, ainakin sitten kun korona-aika hellittää. Voimallauseeni on – *Rakkaus on päätös olla kiinnostunut toisesta* – niin työssä kuin omassa arjessanikin.



Karita Palomäki,
toimikunnan sihteeri

Olen valmistunut lääkintävoimisteijaksi vuonna 1992 ja työskennellyt vuosien varrella mm. Kelan työikäisten TULE-kuntoutuksissa ja terveystieteiden työssä. Vuonna 2008 perustin oman yrityksen, jonka kautta olen tarjonnut erityisesti psykofyysistä fysioterapiaa. Olen myös työnohjaaja ja toimin kouluttajana. Vuodesta 2016 lähtien olen ollut mukana kuudessa eri kirjaprojektissa.

Kivusta ja sen kokonaisvaltaises-

ta hoidosta aloin kiinnostua vuonna 2012 tutustuttuani kipupsykologi Juha Siiraan. Meiltä ilmestyi vuonna 2016 yhteiskirja Kehon viisaat viestit (Kirjapaja). Kirjassamme toimme osittain uuttakin näkökulmaa kivun kokonaisvaltaiseen kohtaamiseen ja siihen, miksi on tärkeää edistää kehotietoisuutta ja hoitaa myös stressiä ja tunnereaktioita, ei pelkkää kipua.

Olen ollut toimikunnassa mukana nyt kolme vuotta. Toimikunnassa on minulle ollut tärkeää verkostoitua muiden kollegoiden kanssa sekä kohdata myös muita kivunhoidon ammattilaisia. Omalta osaltani erityisen tärkeä missio on tuoda traumainformoituja toimintatapoja kivunhoitoon.

Pyrin huolehtimaan omasta jaksamisestani ja toimintakyvystäni erilaisten kehotietoisuusmenetelmien sekä luontoliikunnan kautta. Omalla kohdallani olen ”kantapään kautta” oppinut myös sen, miten tärkeää on huolehtia riittävästä ja laadukkaasta unesta. Introverttinä viihdyn paljon omassa rauhassani sosiaalisen kohtaamistyön vastapainona – silti on aina välillä mukavaa uppoutua syvällisiin keskusteluihin samanhenkisten ihmisten kanssa.



Erja Rahkola

Toimin fysioterapian lehtorina Lapin ammattikorkeakoulussa Rovaniemellä.

Minua kiehtoo kivun kompleksisuus ja sen myötä kipufysioterapian haasteet. Ne motivoivat hakemaan ja hankkimaan uutta ja päivitettyä tietoa sekä

osaamista.

Haluan tuoda oman aktiivisen osuuteni toimikunnan yhteisölliseen tekemiseen. Fysioterapeuttitoimikunnan jäsenyys mahdollistaa arkityöni kautta molemmin puolisen tiedonsiirron fysioterapeuttien peruskoulutuksen ja yhdistyksen toiminnan välillä. Korona-aika on osoittanut etäkoulutusten toimivuuden ja haluan myös jatkossa mahdollistaa niiden kautta tasa-arvoista osallistumismahdollisuutta fysioterapeuteille asuinpaikkakunnasta riippumatta.

Pyrkimykseni on saada riittävästi vastapainoa arkityön aiheuttamalle kuormitukselle aktiivisen liikunnan harrastamisen ja mökkeilyn avulla. Myös perheeni on vahva voimaannuttaja.



Kristiina Kokkonen

Työskentelen fysiatrian alan erikoislääkärinä tuki- ja liikuntaelinvaikeuksien ja kroonisten kipujen parissa.

Tuki- ja liikuntaelineräiset kivut ovat usein syy, miksi ihmiset hakeutuvat vastaanotolle. Halusin oppia lisää keinoja oireiden syiden selvittelyyn, kuntoutukseen ja hoitoon.

Minua kiinnostaa toimikunnan jäsenenä yhteistyö eri ammattiryhmien välillä, uuden tiedon jakaminen kaikille kipusairauksia hoitaville tahoille, sekä kipusairauksien hoitoketjujen kehittäminen kansallisesti.

Liikun, nukun ja vien ajatukset pois työstä säännöllisesti.



Juulia Turunen (uusi jäsen)

Olen töissä Ortonilla fysioterapeuttina, jossa olen työskennellyt kipukuntoutujien kanssa viimeiset 11 vuotta. Ikäjakama on ollut lähes vauvasta vaariin. Teen töitä polikliinisten kuntoutujien sekä jaksoilla olevien kuntoutujien kanssa.

Kipu on isoimpana ongelmana lähes kaikilla kuntoutujilla, joita tapaan, joten on tärkeää saada koko ajan enemmän ymmärrystä sen hoidosta mahdollisimman laaja-alaisesti.

Koen verkostoitumisen ja moniammatillisen yhteistyön kehittämisen sekä vuoropuhelun eri toimijoiden välillä tärkeäksi, jotta voisimme yhdessä auttaa mahdollisimman sujuvasti ja jouhevasti kuntoutujia, jotka elävät hankalan kiputilanteen kanssa.

Liikkuminen eri muodoissa auttaa ylläpitämään omaa jaksamista. Mökkeily on myös mieltä rauhoittavaa puuhaa.



Minttu Vartia (uusi jäsen)

Työskentelen Fysioksessa Helsingissä. Olen työskennellyt fysioterapian parissa koko aikuisikäni. Ammatti-identiteettini rakentui Ortonissa, jossa työskentelin 20 vuotta.

Kipuklinikatyössä kokemus ja kouluttautuminen keskittyi vahvasti pitkityneen kivun hoitoon ja moniammatilliseen yhteistyöhön. Käsikirurgien kanssa yhteistyössä kokemusta karttui paljon mm. CRPS-potilaiden hoidosta. Yläraajaprotetiikkakin kiinnosti ja kouluttauduin myoelektronisten käsipteesipotilaiden terapeutiksi. Ajauduin myös Suomen käsiterapiayhdistyksen hallitukseen puheenjohtajan ja kansainvälisen delegaatin rooliin. Tämä rooli oli hieno näköalapaikka kansainväliseen käsimaailmaan. Elämä kuljetti myös viideksi vuodeksi ulkomaille Norjaan ja Saksaan.

Sydämen palo fysioterapian ja fysioterapeuttien osaamisen kehittämiseen lopulta johti esimiestyöhön uudessa työpaikassa Auronin kautta Fysiokseen. Esimiestyössä pyrin auttamaan kollegoita kehittymään työssään. Asiakastyö kulkee edelleen esimiestyön rinnalla. Halu pysyä aallon harjalla kivunhoidossa houkutteli yhdistyshommin Kivuntutkimusyhdistykseen. Toivon yhdistystoiminnalta vahvaa verkostoitumista ja mahdollisuutta oppia itse uutta sekä auttaa muita oppimaan.

Vapaa-aikani vietän perheen ja koiran kanssa luonnossa ja urheillen. Juniorikoripalloilu täyttää kaikki kalenterini loput tyhjät raot.



Mia Vuopio (uusi jäsen)

Työskentelen fysioterapeuttina erikoissairaanhoidossa Tyksissä lasten ja nuorten parissa. Työalueeseeni kuuluvat mm. lasten ja nuorten hematologinen osasto, pediatria erityispoliklinikoita ja työskentely moniammatillisessa työryhmässä pitkittyneestä kivusta/muusta toimintakykyä haittaavasta oireesta kärsivien lasten ja nuorten kanssa.

Kiinnostus kipua ja sen monimuotoisuutta kohtaan on lisääntynyt kokemuksen ja työryhmätyöskentelyn myötä. Lasten ja nuorten kohdalla myös vanhempien kohtaamisella on suuri merkitys. Haasteellisuus ylläpitää kiinnostusta.

Olen uusi toimikunnan jäsen ja ensimmäiset kuukaudet ovat menneet asioita ihmetellessä, ajatukset ehkä selkiytyvät matkan varrella. Mahtavaa, että olen päässyt toimintaan mukaan.

Liikunta eri muodoissa yksin ja oman perheen kanssa on itselleni tärkeä palautumiskeino. Myös dekkarit vievät ajatukset tehokkaasti pois työasioista. ■

Esittelyn on toimittanut toimikunnan sihteeri **Karita Palomäki**

Lasten ja nuorten kiputoimikunnan toiminta

Lasten ja nuorten kiputoimikunta on toiminut noin kaksikymmentä vuotta. Pyrimme valitsemaan jäsenet siten, että koko Suomi olisi maantieteellisesti edustettuna, ja että jäsenet edustavat kivunhoidon ammattilaisia moniammatillisesti. Tällä hetkellä toimikunnan jäsenistö koostuu fysioterapeuteista, reumatologeista, fysiatriasta, anestesia- ja sairaanhoitajista. Kaikki toimikunnan jäsenet työskentelevät lapsi-/nuorten kipupotilaiden parissa. Psykologi-edustajaa toimikunnassa ei tällä hetkellä ole.

Kokoonnumme 3–4 kertaa vuodessa joko fyysisesti tai etäkokouksessa. Pääasiallinen tehtävä on tarjota jäsenistölle ajantasaista koulutusta lasten ja nuorten kivunhoidosta. Olemme keskittyneet pitkittyneen kivun hoitoon, mutta tarkoituksena on jatkossa ottaa lasten ja nuorten akuutti kipu osaksi toimintaamme ja koulutusohjelmaa.

Vuosien varrella olemme järjestäneet erilaisia koulutustapahtumia ja olleet osallistuneet isompiin koulutustapahtumiin lasten kivunhoidon erityisasiantuntijoina. Sairaalan kipeä oli yksi ensimmäisistä järjestämistämme koulutustapahtumista. Koulutukseen osallistui lasten kivunhoidon ammattilaisia ympäri Suomea ja samalla

se oli valtakunnallisen verkostopäivä lapsikipupotilaille ja heidän vanhemmilleen. Jokaisessa yliopistosairaalassa oli oma työryhmä päivää varten, ja potilaat ja vanhemmat pystyivät osallistumaan omalla paikkakunnallaan. Aamupäivä koostui luennoista potilaille ja heidän vanhemmilleen, ja iltapäivällä jakaannuttiin ryhmiin, joissa oli eri ohjelmaa potilaille ja heidän vanhemmilleen. Tämä päivä sai paljon kiitosta sekä henkilökunnalta että perheiltä.

Viimeiset vuodet olemme keskittyneet kivunhoidon ammattilaisten verkostotapahtumaan. Tällaiselle tapahtumalle on ollut suuri tarve ja edelliseen verkostopäivään kaikki halukkaat eivät tilan puutteen takia mahtuneet mukaan. Järjestämme 1.10.2021 lasten ja nuorten kivunhoidon ammattilaisille verkostopäivän Helsingissä Uudessa lastensairaalassa. Lisätietoa verkostopäivästä löytyy Kivuntutkimusyhdistyksen verkkosivuilla. ■

Anette Lemström

SKTY:n lasten ja nuorten kiputoimikunnan puheenjohtaja

anette.lemstrom@hus.fi

Save the date!

Lasten ja nuorten pitkittyneitä kipua ja toiminnallisia oireita hoitavien verkostotapaaminen 1.10.2021

Tervetuloa jatkamaan lasten ja nuorten pitkittyneen kivun hoidon kehittämistä.

Paikka: HUS, Uusi Lastensairaala, Hattivatti-sali, Stenbäckinkatu 9, 00250 Helsinki

Aika: 1.10.2020 klo 8.30 – 15.30

Hinta SKTY jäsen 50 € ja muille 70 €, lounas omakustanteinen

Aamupäivän luennoille tarjolla myös etäyhteys.



Ohjelma

Professori Eija Kalso – Kipuedukaation antaminen potilaalle

Psykologit Hanna Vuorimaa & Reetta Sipilä – Kipupsykologin rooli lasten/nuorten kivun hoidossa

Lasten kipuklinikoiden toimintamallin esittely: HUS, KYS, PHKS

”Nyt minä olen syönyt ja ajatellut ja nyt minusta tuntuu, että asiat rupeavat selviämään” (T.Jansson 1946: Muumipeikko ja Pyrstötähti)

Iltapäivällä **verkostoitumista**, aiheena Uuden Lastensairaalan kansallisen kipukeskuksen ja muiden sairaaloiden moniammatillisen yhteistyön rakentaminen

Osallistujien toivotaan muodostuvan pitkittyneitä kipuja ja toiminnallisia häiriöitä hoitavista moniammatillisista tiimeistä esim. lääkäri, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, psykologi, kuntoutusohjaaja jne.

Ilmoittautuminen tapahtumaan aukeaa elokuussa 2021.



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



Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry on terveydenhuoltoalan ammattilaisten yhdistys, jonka toiminnan tarkoituksena on edistää kivun monialaista hoitoa, kuntoutusta ja tutkimusta Suomessa. Yhdistyksessä on jäseniä 1050 (v. 2017). Suurimpina ammattiryhminä ovat sairaanhoitajat, lääkärit, hammaslääkärit, psykologit, fysioterapeutit ja sosiaalityöntekijät.

HENKILÖJÄSENYYS

Yhdistyksen jäsenyyttä voi hakea henkilö, joka työskentelee ammatissaan kivun parissa tai jonka työ liittyy kivun hoitoon tai tutkimukseen.

Ilmoittautumislinkki ja lisätietoa löytyy: <https://www.skty.org/jasenyys/>

JÄSENEDET

Jäsenet saavat jäsenpostina Kipuviesti- jäsenlehden kahdesti vuodessa sekä lisäksi jäsenkirjeitä. He saavat alennusta koulutustapahtumien osallistumismaksuista. Jäsenille toimitetaan kutsut paikallisiin koulutustilaisuuksiin kunkin koulutustilaisuuden kohderyhmän mukaisesti. Jäsenet voivat tehdä aloitteita yhdistyksen toimintatavoista. Jäsenistö on etusijalla yhdistyksen julkaisujen jakelussa.

KANNATTAJAJÄSENYYS

Yhdistyksen kannattajajäseniksi voivat liittyä oikeustoimikelpoiset yhteisöt, jotka haluavat tukea kivun tutkimuksen ja hoidon hyväksi tehtävää työtä. Yhdistyksen kokouksissa kannattajajäsenillä on puheoikeus muttei äänioikeutta.

Ilmoittautumislinkki ja lisätietoa löytyy: <https://www.skty.org/jasenyys/kannattajajasen/>