

SUOMEN KIVUNTUTKIMUSYHDISTYS RY:N JÄSENLEHTI

Kipuviesti

Nro 1/2022

Turvallinen kivun lääkehoito

Lääkitysturvallisuusnäkökulmia kivunhoitoon

Tarkistuslista: pkv-lääkkeiden määrääminen

Ikäihmisten turvallinen ja vaikuttava kivun lääkehoito

Kun kipulääke kourkuttaa – erään sairaanhoitajan tarina



Save the date 7.10.2022

**Verkostoitumispäivä ammattilaisille,
jotka hoitavat lasten ja nuorten akuuttia kipua, syöpäkipua
tai kipua palliatiivisen hoidon aikana.**

Tervetuloa oppimaan ajankohtaista ja verkostoitumaan moniammatillisesti eri asiantuntijoiden kanssa! Aamupäivälä aiheena on lasten akuutti kipu ja iltapäivällä lasten syöpäkipun hoito sekä kivun hoito palliatiivisen hoidon aikana.

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

Aika: 7.10.2022

Koulutus järjestetään hybridikoulutuksena (tarjolla myös etäyhteys). Lähikoulutus järjestetään pandemiatilanteen niin salliessa.

Ohjelmasta tiedotetaan myöhemmin Suomen Kivuntutkimusyhdistyksen www-sivuilla.

Sisällys

Sisällys

5	Päätoimittajan palsta
Turvallinen kivun lääkehoito	
6	Jenni Isotalo Lääkitysturvallisuuskäytäntöjä kivunhoitoon
11	Tuula Korhonen Tarkistuslista: pkv-lääkkeiden määrääminen
13	Susanna Rapo-Pylkkö Ikäihmisten turvallinen ja vaikuttava kivun lääkehoito
20	Sanna Kallio Kun kipulääke koukuttaa – erään sairaanhoitajan tarina
Ajankohtaista kivunhoidossa	
23	Reetta Mustonen Epäonnistunut palvelukokemus voi synnyttää häiriökäyttäytymistä
Väitöskirjakatsaus	
28	Kim Blomqvist Uusia mahdollisuuksia opioidilääkityksen tehostamiseksi: glymfaattinen järjestelmä, morfiini-3-glukuronidi ja perifeeriset opioidireseptorit
30	Riikka Holopainen Biopsykososiaalisen lähestymistavan merkitys tuki- ja liikuntaelämistön vaivojen hoidossa. Potilaiden ja fysioterapeuttien näkökulma
Kliinikon kynästä	
32	Hanna Vuorimaa, Reetta Sipilä Lasten- ja nuorten sekä aikuisten kivunhoidon samankaltaisuudet ja erilaisuudet
Matkakertomus	
34	Kim Blomqvist European Pain School 14.–19.6.2021. Italian matka kotisohvalta
Kirja-arvostelu	
36	Teresa Autio Hannu Luomajoki: Taltula kipu – Istuvan ihmisen käsikirja
Tutkittua	
Nipistyksiä	
40	Anneli Vainio Huoli, taakkasiirtymä ja maailman parantaminen
Suomen Kivuntutkimusyhdistyksen sivut	
43	Maiju Marttinen Kiinnostava kipu
44	Petteri Koho Puheenjohtajan perintö
45	SKTY:n hallituksen kuulumisia
50	Hoitotyön toimikunnan esittely
53	Koulutusta

APTEEKISTA.

Särky?
Lääke.



Burana 400 mg tabletti tilapäisiin kipu- ja kuumetiloihin. Vaikuttava aine ibuprofeeni. Neuvottele käytöstä lääkärin kanssa, jos saat allergisia reaktioita muista särkylääkkeistä, sinulla on vatsahaava, sydän-, munuais- tai maksasairaus tai verenvuototaipumus, tai jos olet raskaana. Burana 400 mg ei tule käyttää alle 20 kg painaville lapsille eikä raskauden viimeisellä kolmanneksella. Tutustu huolellisesti pakkausselosteeseen. Pakkauskoot 10, 20 ja 30 tabl. burana.fi *Särkylääketabletit ja -kapselit. IQVIA Finland Pharmacy Panel Audit, Sell-out data qty. MAT 12/2021.

2/2022



itsehoitoapteekki.fi

Lisätietoja puh. 010 439 8250 ark. klo 8–22



Kipuviesti

1/2022

25. vuosikerta

Julkaisija

Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry

www.skty.org

ISSN 1796-3141

Päätoimittaja

Riitta Rosio

kipuviesti@skty.org

Toimituskunta

Teresa Autio, terasa.autio@gmail.com

Arja Hiller, arja.hiller@sosteri.fi

Tuula Korhonen, tuula.korhonen@ras.fi

Riitta Rosio, riitta.rosio@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: iStockphoto

Graafinen suunnittelu

Eero Antturi

Kirjapaino GRANO, Vaasa
2022

Ilmoitushinnasto vuodelle 2022

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

Ilmoitushankkija: Tuula Korhonen

tuula.korhonen@ras.fi

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

Lehden painos on 1500 kpl.

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

Ilmoitusaineisto toimitetaan osoitteella: Antturi Design Oy,

sähköposti: antturi@antturidesign.com

viestikenttään: Kipuviesti / ilmoitusaineisto

Kopio ilmoituksesta: Tuula Korhonen

(sähköposti: tuula.korhonen@ras.fi)

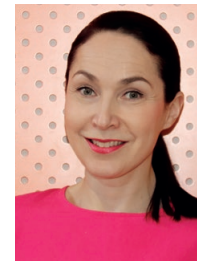
Saatekirjeessä, joka liitetään ilmoituksen mukaan, on mainittava ensisijaisesti ja toissijaisesti haluttu ilmoituksen sijoittelu, halutaanko ilmoitus yhteen vai molempiin numeroihin ja ilmoittajan yhteystiedot. Vain ajoissa ja täydellisenä toimitettu aineisto voidaan julkaista.

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 €

Päätoimittajan palsta

Aina ajankohtainen turvallisuus



Riitta Rosio

Suomi on maailman turvallisim maa, todetaan vuoden 2017 Maailman talousfoorumi (WEF) raportissa. Kysyttäessä suomalaisilta, mitä he arvostavat eniten kotimaassaan, turvallisuus nousee esiin yhtenä päällimmäisistä asioista. Turvallisuus vaatii aina luottamusta. Suomessa luottamus yhteiskuntaan ja sen keskeisiin toimintoihin, kuten terveydenhuoltoon, on aina ollut hyvällä tasolla. Melkein päin päin, että olemme ottaneet asioita itsestäänselvyytenä. Tilanteen muuttuessa turvallisuuden tunne järkkyy, mutta sitä voidaan sitä parantaa tiedon, riskienhallinnan ja varautumisen kautta.

Terveydenhuollossa turvallisuutta kaipaavat sekä potilaat että henkilökunta. Riskien kartoitukset, erilaiset tarkistuslistat ja hallintatyökalut auttavat henkilökuntaa hallitsemaan potilas- ja työturvallisuuteen liittyviä riskejä. Potilaalle turvallisuus tarkoittaa sitä, että hän saa tarvitsemaansa hoitoa oikea-aikaisesti, ja hoidosta aiheutuu potilaalle mahdollisimman vähän haittaa. Jos potilas ei tunne saavansa tarvitsemaansa apua, voi potilas hakeutua terveydenhuollon palveluihin useita kertoja, useita eri palveluita käyttäen. Tällainen esimerkki on pitkittyneestä kärsivä potilas, joka hakeutuu lopulta päivystykseen, koska ei saa muualta kaipaamansa apua. Tästä terveyspalveluiden häiriökäytöstä -ilmiöstä voit lukea lisää aiheeseen liittyvästä kirjoituksesta.

Tämän lehden teemana on turvallinen kivun lääkehoito. Turvallinen kivun lääkehoito koostuu kahdesta osa-alueesta: kipulääkkeiden lääketurvallisuudesta ja lääkitysturvallisuudesta. Lääketurvallisuus keskittyy lääkeaineiden turvallisuuteen ja lääkkeiden haittavaikutuksien kontrolloimiseen. Suomessa lääketurvallisuudesta vastaa Fimea, joka listaa lääketurvallisuuden myös lääkkeiden järkevän käytön sekä lääkkeiden saatavuuden. Lääkitysturvallisuus liittyy lääkehoidon toteuttamiseen ja se on jokaisen lääkehoitoon osallistuvan terveydenhuollon ammattilaisen vastuulla. Lääkitysturvallisuus voi vaarantua missä tahansa lääkehoitoprosessin vaiheissa. Lääkitysturvallisuuden toteutumiseen tarvitaan myös asianmukaista potilasohjausta, sillä lääkitysturvallisuuden lopullinen toteutuminen jää usein kiinni potilaan toiminnasta. Kotona esimerkiksi lääkkeiden oikeanlainen säilytys ja ohjeiden noudattaminen ja ymmärtäminen voivat lopulta olla vaikeita. Kivun lääkehoidossa on useita uniikkeja piirteitä, esimerkiksi runsas itsehoitolääkkeiden käyttö ja käytettäviin lääkeaineisiin liittyvät riskit. Näistä aiheista lehti pitää sisällään erinomaisia tietopakettia mm. proviisorin ja geriatrin näkökulmista kirjoitettuna.

Mielenkiintoista luettavaa löytyy myös Suomen Kivuntutkimusyhdistyksen ”sinisiltä sivuilta” lehden lopusta. Yhdistys sai vuoden vaihteessa uuden puheenjohtajan, Maiju Marttisen, joka kirjoittaa ajatuksiaan kivusta ja SKTY:n toiminnasta. Väistyvän puheenjohtajan Petterin Kohon mietteitä menneestä voi puolestaan lukea ”Puheenjohtajan perintö” kirjoituksesta. Kipuviesti kiittää lämpimästi pj. Petteri Kohoa yhteistyöstä ja luottamuksesta. Iloa ja myönteisiä tuulia jatkuu! ■

Lääkitysturvallisuusnäkökulmia kivunhoitoon



Jenni Isotalo
Lääkitysturvallisuuskoodi-
naattori (proviisori, LHA)

Lääkitysturvallisuus on merkittävä osa asiakas- ja potilasturvallisuutta. Sillä tarkoitetaan lääkehoitoprosessiin liittyvää turvallisuutta ja turvallista lääkehoidon toteuttamista, millä pyritään välttämään lääkityspoikkeamia (1). Lääkityspoikkeama voi tapahtua missä tahansa lääkehoitoprosessin vaiheessa, huonon prosessisuunnittelun ja inhimillisten tekijöiden vaikutuksesta (2). Kansainvälisesti suurin osa estettävissä olevista vaara- ja haittatapahtumista on lääkityspoikkeamia (2). Ne ovat olleet myös Helsingin yliopistollisessa sairaalassa yleisin poikkeamatyyppi 2018 ja samansuuntainen tulos on saatu kansallisella tasolla analysoitaessa 36 organisaation vaaratapahtumailmoituksia (3,4). Kipulääkkeisiin liittyy monia lääkitysturvallisuuden kannalta merkittäviä riskejä, joiden tunteminen on tärkeää vaara- ja haittatapahtumien ennaltaehkäisyssä.

Lääkitysturvallisuuden kannalta kivun hoidossa on useita sekä lääkehoitoprosessiin että itse lääkevalmisteisiin liittyviä riskinaiheuttajia. Lääkehoitoprosessissa kriittisenä vaiheena on potilaan ajantasaisen lääkitystiedon selvitys hoitoon tulon yhteydessä, jonka puutteellisuus vaikuttaa koko lääkehoitoprosessin turvallisuuteen (3,5, 6). Esimerkiksi itsehoitolääkkeet ja lääkehoidon tehoon ja turvallisuuteen vaikuttavat luontaistuotteet huomioidaan sisäänkirjoitusvaiheessa puutteellisesti (5,7). Kivunhoidon epäonnistuminen tai kipulääkkeisiin liittyvät haittavaikutukset ovat merkittävä syy päivystykseen hakeutumiseen (5).

Kivun hoidossa käytettäviin lääkeaineisiin liittyy moninaisia riskejä ja osa niistä luokitellaan suuren riskin lääkkeiksi (8,9,10). Osalla kipulääkkeistä on geneettisen vaihtelun seurauksena poikkeava metabolia, joka lisää riskejä (11,12). Moniin kipulääkkeisiin liittyy väärinkäytön riski, joka voi joissain tapauksissa

johtaa paradoksaalisesti myös alilääkintään. Kivun hoitoon liittyy myös erilaisia parenteraalisia lääkemuoja, haastavia antoreittejä (kuten epiduraalitilaan annostelu) ja lääkinnällisten laitteiden avulla tapahtuvaa annostelua, jotka tuo omat riskinsä prosessiin.

Opioidit ovat niin sanottuja suuren riskin lääkkeitä, jotka lääkityspoikkeaman tapahtuessa voivat aiheuttaa potilaalle vakavaa haittaa (8,9,10, 13). Vaikka korkean riskin lääkkeet voivat eri toimintaympäristöissä olla erilaisia, opioidien on havaittu yhdysvaltalaisessa aineistossa olevan riskilääkkeitä kaikissa hoitoympäristöissä (8,9,10). Tähän mennessä suomalaisissa yliopisto- ja keskussairaaloissa tehdyissä vaaratapahtuma-aineistoanalyyseissä opioidit ovat myös nousseet riskilääkelistauksiin ja niihin liittyvät poikkeamat ovat olleet määrällisesti eniten raportoitujen joukossa (13, 14, 15).

Opioideihin liittyy suuri väärinkäytön riski. Väärinkäyttöön soveltuvien valmisteiden jou-

tumista väärin käsiin pyritään ehkäisemään kirjanpitoon liittyvien asetusten avulla (16). Kirjanpitovelvollisuus ei kuitenkaan poista riippuvuuden muodostumisen riskiä sellaisen henkilön kohdalla, jolle valmiste on alun perin määrätty asianmukaisesti kivunhoitoon. Opioidi tulisi aina aloittaa harkiten ja sen kesto tulisi olla mahdollisimman lyhytaikainen. Vahvoja opioideja tulee käyttää vain erityistilanteissa (17,18). Lopetus tulee tapahtua hallitusti.

Pääasiallisesti keskushermostoon vaikuttaviksi (PKV-) lääkkeiksi luokiteltavat opioidit buprenorfiini, kodeiini ja tramadoli voivat heikentää vahvojen opioidien tehoa ja yhteiskäyttö voi johtaa kivunhoidon epäonnistumiseen. Kodeiini sekä tramadoli ovat aihiolääkkeitä, joiden muuttuminen aktiiviseksi kipua lievittäväksi aineeksi on CYP2D6 entsyymien säätelemää (19). Kyseisen entsyymin toimintaan liittyy voimakasta yksilöiden välistä vaihtelua, joka osalla potilaista johtaa liian suuriin lääkeainepitoisuuksiin ja haittavaikutuksiin, ja osalla kivunhoidon epäonnistumiseen (19, 20). Polymorfian aiheuttama yliannostus on vaarallista etenkin lapsilla ja voi johtaa myös imeväisikäisten yliannostuksiin ja kuolemaan, jos imettävälle äidille on määrätty kodeiinia (21, 22). Suomessa kodeiinin käyttöä ei suositella raskaana oleville tai imettäville, eikä alle 12-vuotiaalle lapsille (19). Kyseisen entsyymin kautta välittyy myös huomattavan paljon lääkeinteraktioita, jotka tulee huomioida. Tramadolien käyttöön liittyy riski serotoniini-syndrooman kehittymisestä, jos sitä käytetään yhtä aikaa muiden serotonergisyyttä lisäävien lääkkeiden, kuten masennuslääkkeiden kanssa (17, 19). Monet lääkkeet ja mm. greippimehu vaikuttavat oksikodonin pitoisuuksiin joko kiihdyttämällä tai hidastamalla sen metaboliaa, joka vaikuttaa kivunhoidon onnistumiseen ja turvallisuuteen.

Tulehduskipulääkkeiden käyttöön liittyy li-

sääntynyt riski mahasuolikanavan verenvuotoihin, joka korostuu yhteisvaikutusten seurauksena. Tulehduskipulääkkeet ovat antibioottien jälkeen määrättyimpiä reseptilääkkeitä teollistuneissa maissa ja niitä (mm. ibuprofeeni, ketoprofeeni ja asetyylisalisyylihappo) myydään laajasti itsehoidossa (23). Lisäksi asetyylisalisyylihappoa (ASA) on myös muissa itsehoitovalmisteissa, esimerkiksi vilustumisoireisiin käytettävässä Finrexinissä. Kaikki itsehoidossa myytävät kipulääkkeet (edellä mainittujen lisäksi parasetamoli) on nostettu Suomessa korkean riskin itsehoitolääkkeiden listalle (24). Itsehoidossa käytettävät kipulääkkeet tulisi selvittää lääkelistan ajantasaistamisen yhteydessä siinä missä reseptilääkkeetkin (6). Tulehduskipulääkkeet aiheuttavat riskin yhteisvaikutuksiin sekä esim. verenvuotoriskin kasvamisen toimenpiteiden yhteydessä, etenkin jos niistä ei olla tietoisia. Huomioitavaa on, että masennuksen hoidossa ja kroonisissa kiputiloissa käytettävien serotoniiniaktiivisuutta lisäävien SSRI- ja SNRI-lääkkeiden yhteiskäyttö tulehduskipulääkkeiden kanssa voi lisätä riskiä mahasuolikanavan verenvuotoon (17,25). Riski kasvaa, jos käytetään lisäksi glukokortikoideja. Tulehduskipulääkkeet aiheuttavat kolmanneksi eniten vakavia lääkehaittoja lääkityspoikkeaman tapahtuessa (26). Huomion arvoinen riski liittyy myös tulehduskipulääkkeisiin luokiteltavan metamitsolin ja pitofenonin yhdistelmävalmisteeseen (Litalgin®), jonka käyttöön liittyy riski agranylozytoosista. Kaikkien tulehduskipulääkkeiden käyttöön liittyy verenvuotoriskin lisääntyminen yhdessä verenhiyytymisjärjestelmään vaikuttavien lääkkeiden kanssa (17).

Parasetamolien käyttöön liittyy riski sekaantumisesta näköisnimisen Panacodin kanssa. Lisäksi riskin aiheuttaa parasetamolien kapea terapeutinen leveys. Epähuomiossa lääkelistalla päällekkäin menevät parasetamoli annokset aiheuttavat nopeasti suositellun päivä annok-

sen (4 g) ylittymisen. Myrkyllinen kerta-annos on vain 6 g ja jo 15 g voi olla tappava. Helppo saatavuus lisää riskiä tahattomille ja tahallisille yliannoksille.

Kipulääkkeitä annetaan useissa eri lääke-muodoissa, joihin liittyy omat riskinsä. Lääke-laastareiden käyttöön liittyy useita lääkitystur-vallisuuden näkökulmasta huomioitavia seik-koja. Normaalista vuorokausittain tapahtuvasta annostelusta poikkeavat antoajat (valmisteesta riippuen 3:n tai 7:n vuorokauden välein) altis-tavat sille, että lääkelaastari unohdetaan vaihtaa oikea-aikaisesti. Tämä voi johtaa kivun hoidon epäonnistumiseen. Osa laastareista on läpinä-kyviä ja huomaamattomia, ja aiempi laastari voi olla poistamatta, jolloin riski yliannos-tukselle kasvaa. Laastari voi jäädä poistamatta myös tilanteessa, jossa kipulääkitys vaihdetaan annettavaksi toista antoreittiä, mikä voi johtaa yliannostukseen. Systemilähtöisenä ratkai-suna on lääkelaastareiden vaihtoon liittyvän prosessin rakentaminen niin, että potilaassa ei ole kiinni saman aikaisesti kuin yksi laastari: vanha laastari etsitään ja poistetaan aina ennen uuden kiinnittämistä ja laastarin vaihto ja sen kiinnittämisaikaa ja ajankohta kirjataan po-tilasiasiakirjoihin. Ihon kautta annosteltavien valmisteiden kanssa on myös syytä huomioida, että laastarin poistamisen jälkeen rasvaliukoista lääkeainetta on edelleen varastoituneena ihon-alaiskudokseen, josta sitä vapautuu verenkie-rtoon jopa useiden tuntien ajan laastarin pois-tamisen jälkeen. Tämä altistaa haittavaikutuk-sille ja yliannostukselle lääkemuodon vaihdon yhteydessä.

Toinen lääkitysturvallisuuden kannalta riski-altis lääkemuoto on pitkävaikutteiset eli depot-valmisteet. Kyseisten valmisteiden väärä käsitte-ly (murskaaminen) voi johtaa lääkeaineen liian nopeaan vapautumiseen. Oksikodonin tapa-uksessa lisäriski syntyy, kun pitkä- ja lyhytvaik-utteisten lääkemuotojen nimet muistuttavat

läheisesti toisiaan (Oxycontin® / Oxycodone®/ Oxynorm®), jolloin vaarana on, että nopeaan kivunlievitykseen tarkoitettu valmiste ja pitkä-vaikutteinen valmiste sekoittuvat (14). Näköis-nimisiin ja eri geneerisiin valmisteisiin liittyviä vaaratapahtumia on suomalaisessa aineistossa raportoitu oksikodonin lisäksi ainakin parase-tamolilla ja kodeiinilla (Panadol®/Panacod®) (13,14). Lääkevalmisteen eri vahvuuksien, sekä milligrammojen ja millitrojen sekaantumista on raportoitu Morphin 2 mg/ml ja Morphin 20 mg/ml sekä oksikodonin 1 mg/ml ja 10 mg/ml oraalliliuosten osalta (13,14).

Vaativat annostelutavat, kuten epiduraaliti-laan annostelu ja PCA-pumppujen käyttö ki-vunhoidossa, lisäävät riskejä lääkehoidon hait-tatapahtumiin. Riskiä voidaan hallita osaami-sen varmistamisen menettelyillä sekä laitteiden käyttökoulutuksella (28). Vaaratapahtumien syntyy vaikuttavat käytettävän lääkkeen ja an-nostelutavan lisäksi monet muut tekijät. Orga-nisaatiolähtöisiä syitä, joita on tunnistettu ole-van yhteydessä kipulääkkeisiin liittyvien vaara-tapahtuman yhteydessä ovat olleet Schepelin ym (13) tutkimuksen mukaan sairaanhoitajien työkuorma, puuteellinen perehdytys tai tietä-mys annettavasta lääkkeestä, epäselvät vastuut, kaksoistarkastuksen laiminlyöminen, ruisku-jen ja infuusiopullojen puutteellinen mer-kitseminen sekä käsin kirjoitetut määräykset. Vaasan keskussairaalassa tehdyssä vaaratapah-tumailmoitus analyysissä lääkkeestä riippumat-tomia tekijöitä olivat kiire, huolimattomuus, sekä kirjaamiseen ja raportointiin liittyvät epäselvyydet (14). Sairaala- ja vuodeosastoilla, jotka hankkivat lääkkeensä sairaala-apteekista tai lääkekeskuksesta, haasteena on vaihtuvat lääkevalikoimat etenkin näköisnimisten val-misteiden kanssa.

Riskien hallinta

Kipulääkkeisiin liittyvät riskit ovat erilaisia

riippuen toimintaympäristöstä, joissa lääkkeitä käytetään. Tästä syystä kussakin työyksikössä tulisi kartoittaa oman toiminnan kannalta ris-kialtiit lääkkeet, sekä lääkehoitoprosessin ris-kikohdat. Tunnistamalla riskit voidaan niiden varalle rakentaa suojauksia, joilla mahdolliset lääkityspoikkeamat voidaan estää. Panostamal-la koulutusinterventioissa havaittuihin suuren riskin lääkkeisiin voidaan niihin liittyvää tie-tämystä lisätä organisaatiossa (29). Lääkehoito-suunnitelma on hyvä arjen työkalu myös kipu-lääkkeisiin liittyvien lääkitysturvallisuusriskien hallintaan (28). Kaksoistarkastuksia kannattaa kohdentaa etenkin suuren riskin lääkkeisiin. Tehokas systeemilähtöinen tapa estää näköisni-misiin ja eri vahvuuksiin liittyviä poikkeamia on rajata työyksikössä olevaa lääkevalikoimaa. Esimerkiksi, jos yksikössä annostellaan morfiinia pääsääntöisesti 1—4 mg kerrallaan, ei lää-kehuoneessa tällöin sekaantumisriskin vuoksi tulisi lainkaan varastoida 20 mg/ml vahvuista morfiiniliuosta. Eri vahvuuden voidaan myös sijoittaa selvästi erilleen toisistaan. Lääkemää-räykset tulisi lähtökohtaisesti aina antaa kirjal-lisesti, ja tehdä ne rakenteisina suoraan käytet-tävän tietojärjestelmän lääkitysosioon, jolloin välttyään tiedon manuaaliseen siirtoon sekä mahdollisiin väärinymmärryksiin liittyviltä poikkeamilta. Suullisesti annetut määräykset tulisi aina toistaa. Lääkemääräys tulisi antaa aina milligrammoissa, jotta mahdollisilta vää-rinkäsityksiltä annokseen liittyen välttyään. ■

Kirjallisuutta:

1. Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto. Poti-las- ja lääkehoidon turvallisuussanasto. Stakesin työpa-pereita 28/2006.
2. Medication without harm - WHO global patient safety challenge on medication safety. Geneve: WHO 2017.
3. Schepel L ja Kuitunen S: Lääkitysturvallisuus sairaalas-sa, Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim, 2020; 136(2):212-22.
4. Ruuhilehto K, Kaila M, Keistinen T, ym. HaiPro - millai-sista vaaratapahtumista terveydenhuollon yksiköissä opittiin vuosina 2007 - 2009? Duodecim 2011; 127:1033 - 40.
5. Schepel L, Lehtonen L, Airaksinen M, ym. Medication reconciliation and review for older emergency patients' requires improvement in Finland. Int J Risk Saf Med 2019; 30:19 - 31.
6. Institute of Healthcare Improvement: How-to Guide: Prevent Adverse Drug Events by Implementing Medica-tion Reconciliation (2011). Haettu internetistä 25.1.2022
7. Valkonen V: Kotona käytettyjen lääkkeiden selvittämi-nen ja lääkityksen turvatarkastukset – Sepelvaltimo-tautipotilaat KYSin sydänosastolla. Pro gradu -tutkiel-ma, Itä-Suomen yliopisto, 2014
8. ISMP list of high-alert medications in acute care settings. Institute for Safe Medication Practices (ISMP) 2018. [www.ismp.org/sites/default/files/at-tachments/2018-08/highAlert2018-Acute-Final.pdf](http://www.ismp.org/sites/default/files/attachments/2018-08/highAlert2018-Acute-Final.pdf).
9. ISMP List of High-Alert Medications in Community/ Ambulatory Care Settings. Institute for Safe Medication Practices (ISMP) 2021a. https://www.ismp.org/system/files/resources/2021-09/HighAlertMedications_Community-2021.pdf
10. High-Alert Medications in Long-Term Care (LTC) Set-tings. Institute for Safe Medication Practices (ISMP) 2021. https://www.ismp.org/system/files/resour-ces/2021-05/HighAlertMedications_LTC-2021.pdf
11. Dean L, Kane M. Tramadol Therapy and CYP2D6 Genotype. 2015 Sep 10 [Päivitetty 20.7.2021]. In: Pratt VM, Scott SA, Pirmohamed M, et al., editors. Medical Genetics Summaries, Haettu internetistä 26.1.2022 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK315950/pdf/Bookshelf_NBK315950.pdf

12. Obeng A O,Hamadeh I,Smith M: Review of Opioid Pharmacogenetics and Considerations for Pain Management, Pharmacotherapy, vol 37, 9, s 1105-1121, 2017

13. Schepel L, Lehtonen L, Airaksinen M, Lapatto-Reiniluoto O: How to Identify Organizational HighAlert Medications. J Patient Saf 7, 2018.

14. Holappa M, Valtola A, Isotalo J, Heikkilä R: Riskilääkkeet ja lääkityspoikkeamat Vaasan keskussairaalassa – Vaaratapahtuma-aineiston analyysi, julkaisematon artikkelikäsikirjoitus, lähetetty vertaisarviointiin Dosikseen lokakuussa 2021

15. Tyynismaa L, Honkala A, Airaksinen M, Shermock K, Lehtonen L: Identifying high-alert medications in a university hospital by applying data from the medication error reporting system. J Patient Saf 17 (6): 417–424, 2021

16. Valtioneuvoston asetus huumausaineiden valvonnasta 548/2008, Haettu internetistä 26.1.2022 <https://finlex.fi/fi/laki/alkup/2008/20080548>

17. Käypä hoito –suositus: Kipu, Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä, 2017

18. Heiskanen T: Opioidien pitkäaikainen käyttö - punnitse turvallisuus, Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2020;136(23):2567-9

19. Duodecim Lääketietokanta 2022

20.Meyer UA. Pharmacogenetics of adverse drug reactions. Lancet 2000;356:1667-71

21. Friedrichsdorf S J, Postier Nugent A C, Strobl Quinn A: Case study: Codeine-associated pediatric deaths despite using recommended dosing guidelines: Three case reports, Journal of Opiod Management, 9:2, s 151-155, 2013

22.Madadi P, Koren G, Cairns J ym: Safety of codeine during breastfeeding - Fatal morphine poisoning in the breastfed neonate of a mother prescribed codeine Canadian Family Physician January, 53 (1) 33-35, 2007

23.Suomen Gastroenterologiyhdistys ja Suomen Reumatologinen Yhdistys: Tulehduskipulääkkeiden turvallinen käyttö, Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim, 2000;116(17):1914-1931, Haettu internetistä: 25.1.2022

24.Suomen Potilasturvallisuusyhdistys ry, Suomen Apteekkariliitto, Suomen Farmasialiiton ja Helsingin yliopisto: Suuren riskin itsehoitolääkkeet, 2017. Haettu internetistä: 25.1.2022 https://spty.fi/wp-content/uploads/2020/05/Suuren_riskin_itsehoitolaakkeet.pdf

25.Lääkeinteraktiot- ja haitat tietokanta, Kustannusosakeyhtiö Duodecim 2022

26.Saeddler E, Brock B, Nielsen L, Bonnerup D, Lisby M: Identifying high-risk medication: a systematic literature review. Eur J Clin Pharmacol 70(6): 637–645, 2014

27.Nurminen M-L, Kalliokoski A: Litalginin käyttöä tulisi harkita tarkkaan, SIC! Lääketietoa Fimeasta 1/2016

28.STM 2021: Turvallinen lääkehoito –opas lääkehoitosuunnitelman laatimiseen.

29.Sullivan KM, Le PL, Ditoro MJ, Andree JT, Charest DJ, Tuiskula KA: Enhancing High Alert Medication Knowledge Among Pharmacy, Nursing, and Medical Staff. J Patient Saf 17(4): 311–315, 2021

Turvallinen kivun lääkehoito

Tarkistuslista: pkv-lääkkeiden määrääminen

Tuula Korhonen
kivunhallinnan ylilääkäri,
kipupoliklinikka,
Raahen sairaala

ASP:n vuoden 2022 teemana on ”Translating pain knowledge to practice”, teoriasta käytäntöön. Erilaisia tarkistuslistoja hyödynnetään potilasturvallisuuden käytännön työkaluina. Näistä monelle tutuksi on tullut leikkauspotilaan tarkistuslista.

Kivunhoidossa hyödynnetään esimerkiksi parenteraalista kipulääkeinfuusiota saavan potilaan tarkistuslistaa sekä lääkkeiden kaksoistarkistusta, joilla pyritään ehkäisemään kivunhoitoon liittyviä vaaratapahtumia. Esittelemme tässä artikkelissa pkv (pääasiassa keskushermostoon vaikuttavien) lääkkeiden määräämiseen liittyvän tarkistuslistan, jonka olemme kehittäneet Raahen hyvinvointikuntayhtymässä yhteistyössä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kanssa.

Kroonisen kivun Käypä hoito- suositus painottaa lääkkeettömiä kivunhallintakeinoja kroonisen kivun hoidossa. Kroonisen kivun hoitoon tarkoitettuja kipulääkkeitä harkitaan, jos lääkkeettömät kivunhallintakeinot eivät yksistään riitä. Käytännössä kipuklinikoiden potilaista suurimmalla osalla on yksi tai useampi kipulääke, usein kolmiolla varustettu pkv-lääke. Pkv-lääkkeiden potentiaalisista haittavaikutukset tulee kertoa potilaalle. Tämä on erityisen tärkeää vahvoja opioideja määrätessä.

Pkv-lääkkeiden määräämiseen liittyy monenlaisia haasteita. Lääkettä määrättäessä hoitavan lääkärin ja potilaan tulee tiedostaa, että näihin lääkkeisiin liittyy riskejä, minkä vuoksi lääkityksen toteutuksen ja seurannan tulee tapahtua turvallisuutta noudattaen. Merkittävimpinä riskeinä ovat opioidiriippuvuus tai lääkkeiden (opioidit ja gabapentinoidit) päätyminen väärinkäyttöön ja katukauppaan.

Pkv-lääkehoidon toteutuksen turvallisuudes-

ta vastaavat lääkäri ja potilas yhdessä. Luottamuksellinen potilas-lääkärisuhde on tärkeä. Lääkärin tulee tarkasti arvioida lääkkeen indikaatiot, kontraindikaatiot, yhteisvaikutukset ja suunnitella lääkehoidon seuranta. Pkv-lääkkeen määrääminen edellyttää esteetöntä pääsyä potilaan reseptitietoihin sekä lääkettä aloitettaessa että reseptiä uusittaessa. Muiden erikoisalojen merkintöihin kannattaa myös tutustua.

Kroonisen kivun hoidon tavoitteista on tärkeä keskustella potilaan kanssa ennen lääkityksen aloittamista: tavoitteena ei ole kivuttomuus vaan kivunhallinnan koheneminen yhdessä toimintakyvyn ja elämänlaadun paranemisen kanssa.

Potilaan vastuulla on, että hän sitoutuu lääkityksen rinnalla myös lääkkeettömiin hoitokeinoihin. Lääkitystä tulee käyttää ohjeen mukaisesti eikä suositeltuja annoksia tule oma-aloitteisesti nostaa neuvottelematta lääkärin kanssa. Omaan käyttöön määrättyjä lääkkeitä ei tule luovuttaa muille. Potilaalle tulee tähdentää, ettei pitkäaikainkaan lääkitys ole välttämättä pysyvä ja lääkityksen tarve arvioidaan aina vastaanotolla ja reseptiä uusittaessa. Erityisesti vahvoilla opioideilla on olemassa kattoannokset ei-malignia kipua hoidettaessa. Pyrkimyksenä on tasainen lääkitys ja kivun voimistumistilanteissa hyödynnetään pääsääntöisesti lääkkeettömiä hoitokeinoja.

Krooniseen kipuun tarkoitettuja pkv- lääkkeitä määrätään enimmäkseen muualla kuin

10

Kipuviesti 1/2022

Kipuviesti 1/2022

11



kipuklinikoilla: perusterveydenhuollossa, työterveyshuollossa ja yksityisillä lääkäriasemilla. On tärkeää, että pkv-lääkkeiden määräämisessä noudatetaan yhteneväisiä potilasturvallisia periaatteita. Työkalut tähän ovat jo olemassa: potilaalta saatava informaatio, Kanta-arkistosta saatava tieto ja reseptikeskus. Päätöksenteon apuvälineiksi ovat tulossa Opioidipuntari TerveyskyläPro -sivustolle sekä verkkokurssi opioidien määräämisestä Duodecimiin.

Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymässä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuolto toteutuvat samojen seinien sisällä. Olemme yhdessä kehittäneet Tarkistuslistan pkv-lääkkeitä aloitettaessa ja hoidon toteutusta seurattaessa. Tarkistuslista on ollut vuoden ajan käytössä ja on jo yhtenäistänyt lääkkeenmääräämiskäytäntöjä. Ohjetta on tarkoitus tarjota myös alueen työterveyshuoltoon ja yksityisille lääkäriasemille. ■

TARKISTUSLISTA : Krooniseen kipuun ja unettomuuteen tarkoitetun pkv-lääkityksen määrääminen ja uusiminen

MITKÄ LÄÄKKEET: Kaikki opioidit, uni- ja rauhoittavat lääkkeet, gabapentinoidit, lihasrelaksantit

INDIKAATIO: Lääkitykselle täytyy olla selkeästi kirjattuna lääketieteellinen syy (diagnoosi)

MUU HOITO: muu diagnoosin edellyttämä hoito meneillään/lääkkeettömät hoitokeinot käytössä

LÄÄKITYKSEN KONTRANDIKAATIO:

- Onko tiedossa päihde-/alkoholiriippuvuutta : tarkista riskitiedot, muu dokumentaatio kuten päihde-, psykiatria-, kipu- ja kipuhoidaja lehdet ja reseptikeskus
- Sopiiko lääkitys potilaan käyttämiin muihin lääkkeisiin ja sairauksiin

POTILAALLE ON ANNETTU INFORMAATIO (kirjallisesti!):

- Lääkityksen tavoite ja kesto
- Miten lääkettä käytetään: annosta ei saa nostaa omin päin, lääkkeen määrännyt lääkäri seuraa ja uusii reseptin (reseptiä ei uusi toinen lääkäri, ellei toisin sovita), miten säilytetään turvallisesti, ei saa antaa muille, miten puretaan
- Lääkityksen mahdolliset haitat: autolla-ajoon liittyvät rajoitteet, lääkkeen vaikutus vireystilaan, muistitoimintoihin, toleranssin kehittyminen, fyysisen ja psyykkisen riippuvuuden kehittyminen

RESEPTIN KIRJOITTAMINEN JA UUSIMINEN/ POTILAAN VOINNIN SEURANTA:

- Akuutissa tilanteessa määräaikainen, lopetuspäivämäärä määritelty lääkelistalle
- Alussa pienin pakkauskoko
- Seurannasta huolehtii lääkityksen aloittanut lääkäri, siirto toiselle lääkärille vain painavasta syystä
- Älä uusi reseptiä ilman potilaskontaktia vastearvion ollessa kesken
- Vastaanottokäynnillä vastearvio:
 1. Hyöty
 2. Haittavaikutukset
 3. Onko indikaatio enää olemassa?
 4. Muu oirehoito?

ONGELMIEN EHKÄISY JA TOIMENPITEET:

- Käytä reseptiä lääkkeen käytön valvomiseen: iterointi /ne rep
- Jos potilas käyttänyt lääkettä ohjeiden vastaisesti: ei uusintaa vaan kutsutaan vastaanotolle
- Apteekkisopimus, mikäli ilmenee toistuvaa ongelmakäyttöä
- Lääkityksen purku hallitusti (mitä pidempi käyttö, sen hitaampi purku), kirjallinen ohje potilaalle
- Pitkäaikainen pkv-lääkeriippuvuus: Jps vieroitus ei onnistu, haitat (sekavuus, sedaatio, kaatuminen erityisesti iäkkäillä) huomioiden lääkitys mahdollisimman pienillä annoksilla sekä säännöllinen seuranta, dokumentoidaan F13.22 potilaskertomuksen tiivistelmään

Ikäihmisten turvallinen ja vaikuttava kivun lääkehoito



Susanna Rapo-Pylkkö

LT, geriatrian ja yleislääketieteen erikoislääkäri. Muis-tisairauksien, kivunhoidon (yle) ja palliatiivisen lääketieteen ep. Apulaisylilääkäri, Espoon sairaala.

Miten voidaan tarjota turvallista ja vaikuttavaa kivun lääkehoitoa ikääntyneille? Kipulääkkeiden käyttö iäkkäillä on yleistä ja se lisää kokonaislääkityksen hallinnan haasteita. Käsikauppalääkkeiden käyttökin on harvoin kokonaisuudessa hallittavissa. Haasteellista on muutenkin hahmottaa henkilön ajantasainen lääkityslista – joka on hajallaan eri tahoilla. Iäkkään potilaan lääkelistan tarkistus vaatii useampien tietolähteiden läpikäyntiä (kuten potilastietojärjestelmä, Kanta-arkisto, reseptikeskus) – harvoin voi vain yhteen tietolähteeseen luottaa. Valtakunnallinen yhtenäisen lääkityslistan suunnitelma on työn alla Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen ja Kelan yhteistyönä; ehkä jo tänä vuonna kokeilukäytössä ja vuonna 2024 Kanta-arkistoon muokkautuva lääkelista voi olla totta, totesi Heikki Virkkunen THL:lta luennossaan Lääkäripäivillä 2022 (1). Kliinisen työn tekijät ja reseptin uusijat ovat jo pitkään toivoneet tätä avukseen, sillä e-reseptin myötä käytössä olevan lääkityksen hahmot-taminen ei ole ainakaan helpottunut (2).

Kivunhoidon suositukset iäkkäillä

Käypä hoito -suositus (3) kivun hoidosta esittää iäkkäille ensisijaisesti lääkkeettömiä kivunhoitomuotoja lääkehoitoon kombinoituna. Myös vastikään julkaistu päivitys brittiläisestä ikäihmisten kivunhoitosuosituksista (4) painottaa ensisijaisina hoitokeinoina ei-lääkkeellisiä hoitoja kuten fysioterapiaa, kognitiivista terapiaa, TENS:ää ja akupunktiota lääkehoidon tukena.

Kivun hoidossa on syytä selvittää potilaan odotukset ja hoidon tavoite; muut sairaudet, potilaan toiminnallinen ja kognitiivinen tilanne. Fysiologiset muutokset lisäävät iäkkäiden herkkyyttä monille kipulääkkeille. Kipulääke-annosten tulisi olla pienempiä kuin työikäisillä ainakin aloitusvaiheessa.

Kivun lääkehoidon riskit kasvavat monisairailta ja monilääkityillä potilailla. Yhden lääkkeen vaihto tai aloitus kerrallaan on turvallisinta (4,5).

Lääkehoidon suhteen parasetamoli on edel-

leen ensisijaisuus suositus lyhytaikaisessa kivunhoidossa, mutta kroonisen kivun hoitovaste esitetään heikommaksi, ja haittavaikutusriskit tällöin kumuloiduvat. NSAID-lääkkeet eivät sovellu kroonisen kivun hoitoon, lyhytaikaisessa käytössä niitä voi harkita hyötyhaitta-arvion perusteella, pienimmällä tehokkaalla annoksella mahdollisimman lyhytaikaisessa käytössä. Opioidit ovat edelleen suositeltavia akuutissa ja palliatiivisessa kivun hoidossa, näyttö artriitin ja selkäkivun hoidossa on rajoittunutta, lähinnä intermittoivassa pieniannoksisessa hoidossa.

Adjuvanttilääkkeiden käyttöä suositellaan ikäihmisten neuropaattisen kivun hoitoon. Erityisesti SNRI, TCA ja antiepileptit voivat olla soveltuvia. Topikaalisten NSAID-kipulääkkeiden käyttöä suositellaan ensisijaisesti artroosin hoitoon. Kapsaisiin ja lidokaiinin käyttöä tulee kohdistaa tarkkaan harkiten niiden rajoituneen hyötysuhteen vuoksi paikalliseen neuropaattiseen kipuun. Transdermaalisella an-

nostelulla vältetään gi-sivuvaikutukset, mutta yli 85-vuotiailla ja haurailla henkilöillä, joiden subkutaanirasva on vähäistä, absorptio voi vaihdella ja hoitovastetta voi olla vaikea ennustaa.

Turvallisen lääkehoidon haasteet
lääkkäät henkilöt ovat erityisryhmä turvallisen ja vaikuttavan kivun lääkehoidon suhteen juuri moninaisten kumuloituneiden elin- ja metaboliamuutosten sekä kertyneiden monisairauksien suhteen. Monilääkitys on yleistä – monilääkitykseksi eli polyfarmasiaksi on määritelty useimmiten yli 4-5 käytössä olevaa lääkettä, hyperpolyfarmasiaksi yli 10 lääkettä

(6,7). Lääkkeiden haittavaikutukset lisääntyvät, komplianssi lääkekäyttöön heikentyy, ja kokonaislääkityksen hallittavuus vaikeutuu lääkemäärän kasvaessa. Lääkehaitoista johtuvat sairaalahoitojaksot olivat yleisimpiä NSAID ja asetosalisyylihapon käytöstä johtuen (29,6 %) Pirmohamed ym. 2004 (8) tutkimuksessa. Yleisimmät sairaalassa ilmaantuneet lääkehaitat taas todettiin hiljattaisessa systemaattisessa katsauksessa johtuvan yli 65-vuotiailla neljän lääkeryhmän aiheuttamiksi 58 %:ssa; suurimpana ryhmänä diureetit (19,8 %), antibiootit (14,8 %), antitrombootit (12,2 %) ja analgeetit (10,9 %); joista opioidit 8,60 % (sisältäen

myös heikot opioidit) ja muut analgeetit sekä antipyreetit 2,31 % (9).

Hartikaisen ym. 2005 (10) yli 75-vuotiaiden kuopiolaisten ikääntyneiden kipulääkekäyttöä ja kipua selvittävässä tutkimuksessa 70 % satunnaisesti haastatelluista iäkkäistä käytti vähintään yhtä kipuläkettä, tulehduskipuläkkeet ja parasetamoli olivat yleisimmin käytetyt kipuläkkeet.

Käsikauppalääkkeiden käytön yleisyys lisää osaltaan lääketurvallisuuden haasteita. Niitä on harvoin potilaan lääkelistalla tiedossa, eikä niistä löydy myöskään reseptiikkaa e-reseptiarkistosta. Espanjalaisessa poikkileikkaustutkimuksessa 79 % tutkimuspopulaatiosta (n=728) käytti käsikauppalääkkeitä, suurimpana ryhmänä analgeetit (49 %). Ikääntymisen myötä käsikauppalääkkeiden käyttö näytti selvästi kuitenkin vähenevän (11).

Lääkityksen hallinnan tuki

Klinikolla on käytössä hyviä apuvälineitä hoitopäätöksen tueksi – niin lääkkeen määräämiseen kuin lääkityksen vähentämiseen ja lopetukseenkin.

Turvallisen kivunhoidon tukena voidaan käyttää erilaisia yleisesti hyväksyttyjä suosituksia (3, 4, 5) ja apuvälineitä; tietokantoja, applikaatioita ja tiedostoja, jotka ovat myös helposti klinikon saatavilla. Taulukossa 1 on esitetty iäkkäiden kivunhoidon turvallisuutta ja vaikuttavuutta lisääviä oppaita ja sivustoja. Duodecimin lääketietokanta ja siihenkin integroitu Lääke 75+ -tietokanta tarjoavat monipuolista ohjausta päätöksenteon tueksi. Amerikkalainen Beersin kriteerit ja irlantilainen STOPP-START-tiedosto ovat iäkkäiden lääkityksen sopivuutta näyttöön perustuen arvioivia tiedostoja. STOPPFall-tiedostossa ohjataan arvioimaan lääkityksiä niin, että riskit kaatumisille vähenevät.

Polypharmacy Guidance neuvoa järkevöittämään monilääkitystä. ACB-calculator -lasku-

rilla voidaan arvioida lääkkeen tai useampien lääkkeiden aiheuttamaa kolinergistä kuormaa potilaalle. Medstopper ja Debriscrber ohjaavat lääkityksen vähentämisessä turvallisesti. Turvallinen lääkehoito -opas ohjaa terveydenhuollon henkilöstöä ja hoitoyksiköitä lääkitysten yleisessä toteuttamisessa.

Apteekin järjestämä lääkkeiden potilaskoh-tainen annosjakelu turvaa lääkehoidon onnistumista iäkkäillä, erityisesti yksinasuvilla ja kotisairaanhoidon asiakkailla. Siinä apteekki toimittaa asiakkaan säännöllisesti käyttämät tabletti- ja kapselilääkkeet kerta-annoksiin ja eltuina annospusseissa yleensä kahden viikon erissä kotiin (12). Lääkkeet jaellaan kerta-annoksiin koneellisesti tai käsin. Lääkitys arvioidaan sairaanhoitajan, farmaseutin ja lääkärin toimesta ennen jakelun aloittamista. Annosjakeluun soveltuvat parhaiten kokonaiset tabletit ja kapselit, myös opioidit soveltuvat lääkeannosjakeluun.

Sosiaali- ja terveysministeriön opas turvallisesta lääkehoidosta ohjaa terveydenhuollon henkilöstöä lääkehoidon toteutuksesta ja prosessista, henkilöstön osaamisesta ja asianmukaisesta dokumentoinnista terveydenhuoltojärjestelmässä (13).

Lääkehoidon erityisriskeihin sairaalahoidossa kuuluvat iäkkäät, monilääkityt, ja suuren riskin lääkkeitä (opioideit, insuliinit, antikoagulantit, syöpälääkkeet ja immunosuppressiiviset lääkkeet) käyttävät potilaat sekä mm. tiedonkulku potilassiirroissa eri yksiköiden välillä. Suuren riskin lääkkeitä sisältyykin usein monilääkityn monisairaana ikäihmisen lääkelistalle (14).

Iäkkäillä, joilla on kroonisia kipuja, on varsin poikkeuksetta myös useampia kroonisia sairauksia. Tällöin lääkityksen kokonaisvaltainen hallinta ja säätäminen on erityisen tärkeää.

Erinomaisena tukena ikäihmisen monilääkityksen arvioimiseksi osana moniammatillista

Taulukko 1. Ikääntyneen lääkehoidon turvallisuutta tukevia työkaluja.

Työkalu	Kohde	Vastuutaho	Osoite/sivusto/artikkeli
Lääke 75 – iäkkäiden lääkituksen tietokanta	Lääkityksen sopivuus yli 75-vuotaille	Fimea	https://www.fimea.fi/laakehaut_ja_luettelot/laake75-
Duodecim - lääketietokanta	Lääkkeiden sivu- ja yhteisvaikutukset mm.	Duodecim	https://www.terveysportti.fi/
Beersin kriteerit	lääkkäille sopimattomat lääkitykset	American Geriatric Society 2019	https://doi.org/10.1111/jgs.15767
STOPP & START	lääkkäille sopimattomat (STOPP) ja suositellut (START) lääkitykset	Useita versioita ja applikaatioita, – alkup: Dr D O'Mahony denis. omahony@ucc.ie STOPP_START_Tool2015.pdf (wirral.nhs.uk)	O`Mahony, O`Sullivan D, Byrne S, O`Connor M, Ryan C, Gallagher P. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. Age Ageing 2015; 44: 213-218.
STOPPFall	Kaatumisriskissä olevien iäkkäiden lääkitysarviointi	EuGMS	https://kik.amc.nl/falls/decision-tree/
Polypharmacy Guidance, Realistic Prescribing 3 rd Edition, 2018.	Monilääkitys suositus	The Scottish Government Polypharmacy Model of Care Group	Polypharmacy-Guidance-2018.pdf (scot.nhs.uk)
ACB-calculator	Antikolinergisen lääkekuorman arviointi	ACB Calculator created by Dr Rebecca King and Steve Rabino	www.acbcalc.com
MEDSTOPPER	Lääkityksen lopettamisapu	The University of British Columbia	Medstopper.com
Deprescribing	Lääkityksen vähentämisen arvio	IAM Medical Guidelines	Deprescribing.org applikaatio
Turvallinen lääkehoito	Terveydenhuollon henkilöstön ja toimintayksiköiden lääkeohjeistus	Sosiaali- ja terveysministeriö 12.02.2021	Turvallinen lääkehoito : Opas lääkehoitosuunnitelman laatimiseen - Valto (valtioneuvosto.fi)

Taulukko 2. Polyfarmasian hallinnan ja arvioinnin keinoja (lähteinä 6,7 viitteet).

Hyväksytty poly-farmasia (7)	Ei-hyväksytty poly-farmasia (7)	Vanhusten monilääkityksen ehkäisykeinoja (6)
Kaikki määrätty lääkkeet on suunnattu spesifisiä terapeuttisia hoitokoh-teisiin potilaan hyväk-syminä.	Ei näyttöön perustuvaa pohjaa, indikaatio on epäselvä, lääkeannos on tarpeettoman korkea.	Määrätään vain välttä-mättömät lääkkeet. Keskustellaan lääkkei-den oikeasta käytöstä ja erityispiireistä. Vanhentuneet ja tar-peettomat lääkkeet häivettään ja reseptit mitätöidään.
Terapeuttiset tavoitteet saavutetaan, tai on ole-massa kohtalaiset mah-dollisuudet saavuttaa ne tulevaisuudessa.	Yksi tai useampi lääke ei onnistu saavuttamaan asetettua terapeuttista tavoitetta.	Karsitaan lääkitystä lisää elämäntilanteen ja psyykkisen tilan mu-kaan. Vähennettäessä lääkkeitä tarkkaillaan oireita ja huomioidaan potilaan omat kokemuk-set ja toiveet.
Lääkehoito on optimoitu minimoimaan lääke-haitat.	Yksi tai useampi lääke-yhdistelmä aiheuttaa lääkehaittoja tai aiheut-taa korkean lääkehait-tariskin.	Sovitaan valvonnasta; vastaanotot, hoitohenki-lökunta, apteekit.
Potilas on motivoitunut lääkitykseen ja pystyy toteuttamaan sen suun-nitellusti.	Potilas ei ole halukas tai pysty toteuttamaan suunniteltua lääkitystä yhden tai useamman lääkkeen osalta.	Annetaan kirjalliset oh-jeet lääkeannostuksesta. Neuvotellaan potilaan kanssa tasavertaisesti lääkitystoiveista, -tar-peista ja -haitoista.

arviota toimii lääkityksen kokonaisvaltainen farmaseuttinen arvio – lääkehoidon kokonaisarvio (LHKA) (14). Tätä palvelua tarjoaa esimerkiksi HUS apteekki.

Potilaan mukana olo lääkityksen hallinnassa ja sen optimaalisessa suunnittelussa on oleellista myös järkevän ja turvallisen lääkityksen toteuttamisessa. Lääkehoidon selkeä suunnitelma potilaan ja hoitavan lääkärin kanssa on myös komplianssia ja lääketurvallisuutta lisäävä toimenpide (15). Selkeä kirjallinen lääkehoidosuunnitelma olisikin tärkeää luoda tai päivittää ikäihmisen hoitokontaktissa.

Potilaan sitoutuminen lääkahoitoon on tärkeää, joten potilaan ja hoitavan tahon tulisi tietää mitä, miksi, ja milloin potilas lääkkeitä käyttää. Millä toimilla optimaalista lääkityksen toteutumista voisi muuten tukea? Cochrane-katsauksessa 2020 (16) löydöksenä oli, että käyttäytymisterapeuttiset tai niihin yhdistetyt koulutukselliset interventiot voivat parantaa iäkkäiden monilääkityksen optimaalisempaa toteuttamista, pelkästään informatiiviset interventiot siis jäivät tässä katsauksessa epävarmoiksi.

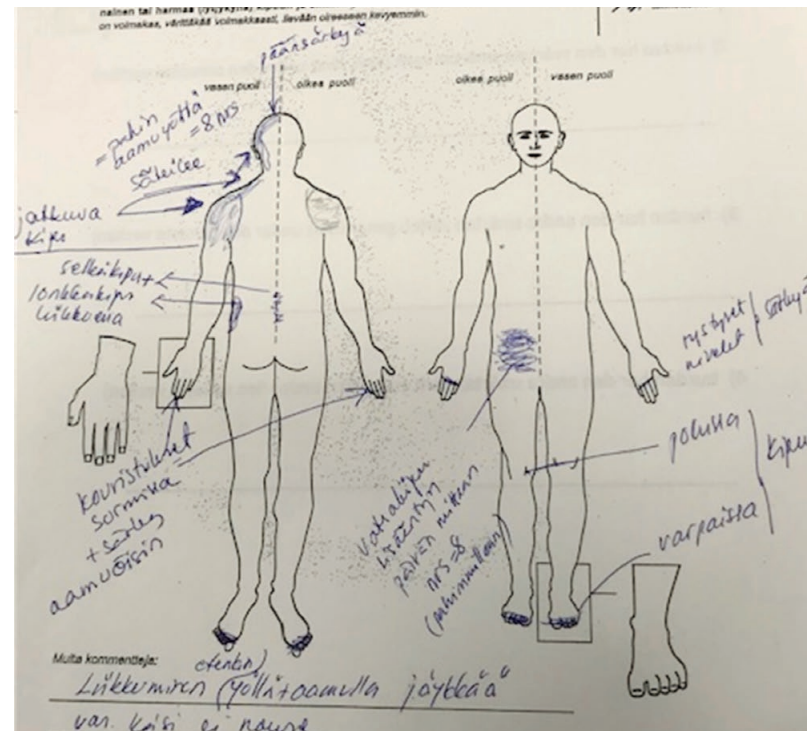
Seuraavaksi käsittelemme joitakin erityishuomi-
oita vaativia tiloja ikääntyneiden kivun lääke-
hoidon arvioinnissa

Monisairas iākās

Monilääkitys on haasteellinen kokonaisuus varsinkin monisairaalla hauraalla ikäihmisellä. WHO:n hiljattain julkaistussa raportissa monilääkityksen lääkitysturvallisuudesta (17) korostaa sitä, että aina lääkitystä aloittaessa tulisi arvioida kokonaislääkityksen soveltuminen potilaalle. Samoin sitä tulisi arvioida, jos potilas siirtyy eri terveydenhuollon osa-alueiden välillä. Tehokas polyfarmasian hallinta vaatii preventiota; haitta-hyötyanalyysi tulisi tehdä aina uutta lääkettä aloittaessa ja myös lääkkeiden vähentämistä tulisi arvioida (18). Portaittainen monilääkityksen arviointi on monissa hoitosuosituksissa esitetty lähestymistapa; arvioiden lääkityksen tavoitteet (potilaan ja sairauden hoidon näkökulmasta), hoidon tarve (välttämätön – ei välttämätön), hoidon tehokkuus, hoidon turvallisuus, kustannusvaikuttavuus sekä potilaskeskeisyys (potilaan mahdollisuudet lääkityksen toteuttamiseen mm.) (7, 17, 19). Taulukossa 2 on koottu joitakin polyfarmasian hallinnan ja arvioinnin keinoja iäkkäillä.

Alkoholi

Alkoholinkäyttö on ikäihmisten keskuudes-



Kuvituskuva. Kipupiiirros
geriatrian poliklinikalta.

sakin lisääntynyt merkittävästi. Erityisesti eläköitymisen ja elämänkriisin kohdatessa riski alkoholin liiakäytölle kasvaa ja sen käytöstä tulisiikin aina kysyä.

Alkoholin yhteiskäyttö lääkkeiden kanssa on ilmeisen yleistä, ja alkoholin sekä kipulääkkeiden yhteiskäytön seurauksena voi aiheutua merkittäviä haittoja ja sairaalahoidon tarvetta.

Sirpa Immosen väitöskirjatutkimuksessa (20) alkoholin käyttö potentiaalisia yhteisvaikutuksia aiheuttavien lääkkeiden kanssa oli yleistä yli 65-vuotiailla kotona asuvilla iäkkäillä. Lääkityksen ohessa alkoholia käytti kaikkiaan 62 % vastanneista ja potentiaalisesti yhteisvaikutuksia aiheuttavien lääkkeiden käyttäjistä alkoholia käytti riskikäyttäjistä (yli 7 annosta/vko) 42 % ja kohtuukäyttäjistä 35 %.

Alkoholin kanssa yhteiskäytössä bentsodiatsepiinit ja opioidit sisältävät suurimpia riskejä, altistaen iäkkäät mm kaatumiselle, väsymysel-

le, sekavuudelle ja hengityksdepressiolle. Riskejä yhteiskäytössä on myös antidepressiivoilla ja antipsykooteilla, joita voidaan käyttää myös kivun hoidossa ja käsikaupasta ostettavilla tulehduskipulääkkeillä sekä parasetamolilla (21).

Delirium

Deliriumin riski kasvaa monitekijäisesti iän, kognitiivisen heikentymisen ja muiden altistavien tekijöiden myötä. Kivun optimaalinen hoito postoperatiivisesti tai kipuoireiden pahentuessa kroonisessa sairaudessa (kuten syöpä, krooniset non-malignit sairaudet) ehkäisee deliriumia. Toisaalta tiedetään, että monet kipulääkkeet voivat altistaa deliriumille, erityisesti vahvat kipulääkkeet, kuten opioidit. OIN (opioid induced neurotoxicity) eli opioidien aiheuttamien hermostohaittojen riskiä lisääkin korkea ikä, opioidin suurempi annos, nopea annoslisäys, sekä kuivuminen, munuaisten vajaatoiminta, infektio, kognitiivinen heikentyminen, aiempi opioidien aiheuttama sekavuusjakso sekä jotkin kombinaatiolääkkeet, kuten bentsodiatsepiinit ja TCA:t (22).

Neurodegeneratiiviset sairaudet

Muistisairaudessa kivunhoidon haasteet painottuvat keskivaikeaan ja vaikeaan vaiheeseen, jolloin kivun arviointi ja tunnistaminen monesti vaikeutuu. Potilas ei pysty ilmaisemaan kipua adekvaatisti, vaan se voi tulla esille neropsykiatrisina oireina, kuten levottomuutena, valituksena, aggressiona tai vetäytymisenä delirium-oireita simuloiden.

Muistisairaahan potilaan kivun arviointi onkin tärkein askel hoitoon. Potilaan tunteva hoitaja tai omaiset ovat asiantuntijoita potilaassa tapahtuneen muutoksen havaitsemisessa. Vahva epäily ja todennus kivusta, mahdollisesti havainnoivaa kipumittaria (kuten PAINAD) hyväksikäyttäen on peruste kipulääkekokeilulle. Kipulääkityksen titrauksessa varovaisuus, alhai-

nen aloitusannos ja titraus ovat tässä ryhmässä erityisen tärkeitä (4,5). Parkinsonin tauti tuo omat haasteensa kivun hoitoon kipuongelmi-en moninaisuudella. Parkinsonin tautia sairastaa keskimäärin 3 % yli 65-vuotiasita ja 5 % yli 85-vuotiaista. Muskuloskeletaalisien kivun esiintyvyys on yleisempää kuin muilla samankäisillä, ja se on yleensä haittaavampaa ja monisyistä (23). Parkinsonin taudissa, kuten neurologisissa sairauksissa usein, kipukomponentit ovat monitahoiset haastaen myös lääkehoidon.

Hauraat potilaat

Hauraat ikääntyneet ovat useimmiten hyvin iäkkäitä tai monisairaita tai vakavasti pitkäikaissairaita, kuten syöpää, sydämen vajaatoimintaa, COPD:tä tai pitkälle edennyttä reumaa sairastavia. Haurauden arvioinnissa käyttöön tullut Clinical Frailty Scale (CFS) -mittari löytyy suomennettuna Kliininen gerastenia asteikko -nimellä ja kuvaa henkilön fyysistä ja toiminnallista kapasiteettia (24). Painonlasku ja haurastuminen johtaa kakeksiaan, missä elimistön rakenteen ja toiminnan muutokset voivat vaikuttaa lääkkeiden farmakokinetiikkaan, jakaantumiseen sekä eritykseen (25). RCT-tason tutkimusta ei ole kakektisen henkilön lääkkeiden imeytymisestä tiettävästi tehty. Hauraus lisää kuitenkin vakavampien lääkesivuvaikutusten riskiä, ja usein hauraiden potilaiden lääkitysmäärät ovat runsaampia (7).

Palliattiivinen hoito

lääkäiden palliattiivisessa hoidossa vältetään tulehduskivunlääkkeitä niiden haittojen vuoksi, jos käyttöä harkitaan sen tulisi olla mahdollisimman lyhytaikaista ja pieniannoksista. Peruslääkkeenä oirehoidossa elämän loppuvaiheessa ja syöpäpotilailla ovat opioidit. Usein vahvojen opioidien titraus pienestä aloitusannostuksesta lähtien on järkevämpää kuin mietojen opioidien käyttö. Periaatteessa oraalista lääkitysreittiä

käytetään mahdollisimman pitkään. Opioidin valinnassa huomioidaan myös kehkeytyneet elinten vajaatoiminnot, erityisesti maksan ja munuaisten vajaatoiminta (22, 26, 27). Polyfarmasia palliativisilla potilailla on yleistä, ja iäkkäillä syöpäpotilailla on arvioitu olevan keskimääri 9 lääkettä (27). Elintoimintojen hiipuminen, kakeksia, oheissairaudet ja monilääkitys lisäävätkin lääkehaittojen riskiä (28). Lääkkeitä, joilla ei potilaan ennustetta enää palliativisessa hoidossa voida parantaa, ei tarvita. Mm. statiinihoito, antikoagulantit, monet diabetes- ja verenpainelääkkeetkin voivat laihtumisen, ruokahaluttomuuden, munuais- ja maksafunktion heikentymisen ja vuotoriskien nousun myötä olla suorastaan haitallisia. Kuoleman lähestyessä tarvitaan yleensä enää vain oireenmukaista lääkehoitoa.

Erityistekniikoita voidaan käyttää myös haasteellisissa oirehoidon tilanteissa iäkkäille, esimerkiksi spinaalista kivunhoitoa vaikean syöpäkivun hoidossa, kun kipu sijaitsee regionaalaisesti, rajautuen vartalon tai raajojen alueelle, tai sympaattisen hermoston puudutus, kuten keliakasalpaus ylävatsakipuiselle haimasyöpäpotilaalle (29, 30). Näissä tilanteissa potilaan täytyy pystyä toimenpiteessä yhteistyöhön kognitiivisesti, ja sietää toimenpide fyysisesti.

Yhteenveto

Turvallisen lääkehoidon takaamiseksi iäkkäille tarvitaan potilaan ja eri osajien moniammatillista yhteistyötä. Tiimiin kuuluvat perusterveydenhuollon terveydenhoitaja, sh ja lääkäri – yleislääkäri tai geriatri, farmaseutti apteekissa ja perusterveydenhuollon avo- tai sairaalapalveluissa, sekä iäkkäitä potilaita hoitavat erikoisalojen sairaanhoitajat ja lääkäriasiantuntijat, joskus joukossa nykyisin myös geriatri. ■

Kirjallisuutta

1. Valtakunnallinen lääkityslista – kohti ajantasaista lääkitystietoa, Ylilääkäri Heikki Virkkunen, THL, Lääkäripäivien luento 2022: Digjavut lääkehoidossa.

2. Kujansuu Eila. Emme pärjää ilman toimivaa lääkelistaa. Yleislääkäri 2021; 5: 33.

3. Kipu. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017 (viitattu 15.02.2022). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

4. Schofield P , Dunham M , Martin D, Bellamy G et al. Evidence-based clinical practice guidelines on the management of pain in older people – a summary report. British Journal of Pain 2022; 16: 6–13. <https://doi.org/10.1177%2F2049463720976155>

5. Abdulla A, Adams N, Bone M. Guidance on the management of pain in older people. Age Ageing 2013; 42: i1-i57.

6. Pitkälä K, Strandberg T, Tilvis R. Vanhusten lääkehoidon ongelmat. Tilvis R et al. Geriatria 2016, Duodecim.

7. Wahlich J, Orlu M, Mair A et al. Age-related medicine. Pharmaceutics 2019; 11, 172; <https://doi.org/10.3390/pharmaceutics11040172>

8. Pirmohamed, M, James, S, Meakin, S, Green, C et al. Adverse drug reactions as cause of admission to hospital: Prospective analysis of 18 820 patients. BMJ 2004, 329, 15–19.

9. Jennings E, Murphy K et al. In-hospital adverse drug-reactions in older adults; prevalence, presentation, and associated drugs - a systematic review and meta-analysis. Age Ageing 2020; 1-11).

10. Hartikainen S, Mäntyselkä P, Louhivuori-Laakso K, Sulkava R. Balancing pain and analgesic treatment in the home-dwelling elderly. The Annals of Pharmacotherapy 2005; 39: 11-16.

11. Sánchez-Sánchez E, Fernández-Cerezo F, Díaz-Jimenez J. Rosety-Rodriguez M et al. Consumption of over-the-Counter Drugs: Prevalence and Type of Drugs. Int. J. Environ. Res. Public Health 2021, 18, 5530. <https://doi.org/10.3390/ijerph18115530>.

12. LÄÄKKEIDEN POTILASKOHTAISEN ANNOSJAKELUN HYVÄT TOIMINTATAVAT. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:1

13. Turvallinen lääkehoito Opas lääkehoitosuunnitelman laatimiseen. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2021:6.

14. Schepel Lotta ja Kuitunen Sini. Lääkitysturvallisuus sairaalassa. Duodecim 2020; 136: 212–222.

15. Brinkmann Satu ja Laine Merja. Lääkehoidon suunnitelma osana terveys- ja hoitosuunnitelmaa. Duodecim 2021; 137: 533-538.

16. Cross AJ, Elliott RA, Petrie K, Kuruvilla L, George J. Interventions for improving medication-taking ability and adherence in older adults prescribed multiple medications. Cochrane Database of Systematic Reviews 2020, Issue 5. Art. No.: CD012419. DOI: 10.1002/14651858.CD012419.pub2.

17. Medication Safety in Polypharmacy. Geneva: World Health Organization; 2019 (WHO/UHC/SDS/2019.11

18. Kuroczewska-Michalak M, Lewek P, Jankowska-Polańska B, Giardini A, Granata N, Maffoni M, Costa E, Midão L and Kardas P. Polypharmacy Management in the Older Adults: A Scoping Review of Available Interventions. Front. Pharmacol. 2021; 12: 734045. doi: 10.3389/fphar.2021.734045

19. Scottish Government Polypharmacy Model of Care Group. Polypharmacy guidance: Realistic prescribing, 3rd edition. Edinburgh: Scottish Government; 2018 (<https://www.therapeutics.scot.nhs.uk/wpcontent/uploads/2018/09/Polypharmacy>)

20.Immonen Sirpa. Perspectives on alcohol consumption in older adults. Academic Dissertation 2012, Helsingin Yliopisto.

21. Rao T and Jones KA, Alcohol and substance misuse. Denning T, Thomas A, Stewart R, Taylor JP. Oxford textbook of old age psychiatry (3 ed.). Oxford University Press 2020.

22. The Assessment and Management of Delirium in Cancer Patient. Bush S, Bruera E. The Oncologist 2009; 14: 1039 –1049.

23.Edinoff A, Sathivadivel N, McBride T, Parker A, Chikiezie O et al. Pain Treatment Strategies in Parkinson's Disease. Neurol. Int. 2020, 12, 61-76; doi:10.3390/neurolint12030014

24.Rockwood K et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005; 173: 489-495

25. Trobec K, Kos Kerec M, von Haehling S, et al. Pharmacokinetics of drugs in cachectic patients: a systematic review. PLoS One 2013; 8(11): e79603. doi: 10.1371/journal.pone.0079603. eCollection 2013

26. Tasmuth Tiina. Hyvä kivunlievitys vanhuksen saattohoidossa. Suomen Lääkärilehti 2019; 9: 540-544.

27. Guerard E and Cleary J, Managing Cancer Pain in Older Adults. Cancer J 2017;23: 242–245.

28. Kiljunen Minna ja Marjamäki Elisa. Lääkehoidon arviointi elämän loppuvaiheessa. SLL 2017; 19: 1231-1235.

29.Heiskanen Tarja. Kivun hoito erikoistekniikoin. Finnest 2012; 45 (5): 466-269.

30.Pöyhiä Reino. Kivun hoidon invasiiviset hoitomenetelmät. Saarto T, Pöyhiä R, Antikainen R, Vainio A. (toim.) Palliativinen hoito. Duodecim 2015.

Kun kipulääke koukuttaa – erään sairaanhoitajan tarina



Sanna Kallio
sairaanhoitaja

Päänsärky on ollut seuranani jo ensimmäiseltä luokalta saakka. Muistan ensimmäiseltä luokalta jo, kuinka juoduin usein lähtemään kotiin kesken koulupäivän moutarin hakatessa takaraivoa sekä pahoinvoinnin aaltoillessa pitkin vatsanpohjaa. Opettaja tuumasi kerran, että pitkä otsatukkani aiheuttaa päänsäryn, mutta vuosikymmeniä ei ole ollut otsuria ja silti migreeni on vaivannut. Samainen opettaja epäili joskus myös sitä, että haen vain huomiota ja keksin päänsäryn. Vaan enpä keksinyt, kuinka monet kivat tapahtumat, luokkaretket, kaveritapaamiset yms. ovatkaan menneet pieleen osaltani vuosien varrella, varsinkin nuorena ennen kuin sain toimivat migreenilääkkeet. Lukiossa minulle määrättiin ensimmäisen kerran estolääkitys, mutta siitä ei ollut apua, enkä sitten pitkään aikaan hakeutunutkaan asiasta lääkärin juttusille. Opiskelut sain hoidettua, vaikka varsinkin iltaluennoilla migreeni aiheutti suunnatonta väsymystä sekä vaikeuksia keskittyä luentoihin. Välillä kävin oksentamassa ja palasin sitten takaisin luennolle.

Saimme kaksi ihanaa lasta, tytön ja pojan. Paluumuutimme etelästä takaisin Etelä-Pohjanmaalle ja sain vakituisen työpaikan. Aloimme rakentaa omakotitaloa ja siinä kohtaa migreenini oli kroonistunut ja hyppäsin työterveyslääkärissä sekä sairaalassa harva se viikko. Ainakin viittä eri estolääkettä kokeiltiin, joko ilman vastetta tai sitten haittavaikutukset olivat niin kovia, että oli pakko lopettaa. Lopulta työterveyslääkäri määräsi Panacodia ja heti ensimmäisen

tabletin otettuani koin saavani siitä niin hyvän olon, että hyvin pian aloin napsia niitä muulloinkin kuin migreeniin. Panacodia otettuani olo oli kevyt ja rento, kuin juuri ennen nukahdamista. Se väsytti ja huolet eivät painaneet har-teita.

Uusin reseptiä työterveydessä ja lisäksi aloin ottaa niitä myös osastoni lääkekaapista. Ensin yhtä tablettia, sitten muutamaa, kohta koko levy kerralla. Samoihin aikoihin jouduin neurologiselle osastolle migreenikohtauksen vuoksi. Omasta pyynnöstäni kokeiltiin happihoidokin, mutta siitä kohtaus vasta pahenikin. Färkkilän tippakaan ei auttanut, eikä kortisonikuuri, ei akupunktio eikä hermoratahieronta. Sitten kokeiltiin vielä injektiona Oxanesttia. Enpä voinut kuvitellakaan, että kuuluin siihen ryhmään, jotka joutuvat lääkekoukkuun. Ei niin pitänyt minulle käydä. Silti jokin pelotti itseänikin, ikään kuin alitajuinen varoitustaani olisi soinut. Yritinkin kieltäytyä Oxanestista, mutta koska kaikki muu oli jo kokeiltu ja oikeasti elämänlaatu alkoi olla kärsinyttä ainaisesti päänsärystä ja oksentelusta, otin lääkkeen vastaan. Ja siitähän sain sen saman olon, mitä olin alkuun saanut Panacodistakin.

Kun palasin takaisin töihin, aloin ottaa jämiä itselleni. Kun potilaalle määrätään Oxanesttia, siitä menee hukkaan lähes aina osa ampullista. Enää en laittanut niitä roskeen, vaan keräsin itselleni. Ensimmäisen kerran pistin lihakseen kotona illalla Oxanesttia. Oli vaikeaa pistää itseään ja aina kun vähän osuin neulalla reiteen,

vedinkin sen saman tien pois. Mutta niin paljon mieli huusi oloja, että lopulta sain pistettyä itseäni. Mieheni huomasi heti, että olen ihan sekaisin, mutta laittoi sen migreenin piikkiin. Siitä ei mennyt kuin pari päivää, kun en enää pystynyt odottamaan kotiin saakka, vaan aloin pistellä itseäni jo työvuoron aikana. Eikä kauaakaan, kun en malttanut myöskään enää odottaa, että vaikutus alkaa lihakseen pistettynä, vaan aloitin pistämään suoraan suoneen. Aluksi en ollut kovin hyvä pistämään itseäni, kämmenselkäni saattoivat olla ihan reikiä täynnä ja mietin miten ihmeessä voin näyttäytyä töissä. Joskus yritin laittaa meikkivoidetta peittämään jälkiä, mutta sehän ei tietenkään kauaa käsissä pysynyt hanskojen pitämisen ja käsien pesun toistuessa kymmeniä kertoja vuoron aikana. Selitin asiaa työkavereille siten, että olisin mukana ollut edellisenä iltana migreenin vuoksi terveyskeskuksessa ja ettei siellä oltu osattu edes tippaa laittaa. Kotona mieheni tiesi, etten ollut ollut terveyskeskuksessa, joten hänelle selitin antaneeni opiskelijan töissä harjoitella itseäni kanyyliin laittoa. Elämä täyttyi valheista ja koko ajan piti miettiä, miten saan lisää opiaatteja. Olin koko ajan väsynyt, elämä ei ollut enää muuta kuin suoriutumista päivästä toiseen. Sisimmässäni tiesin ja olen sen päiväkirjaanikin kirjoittanut, että tiedän kyllä, miten tämä kaiken nielevä väsymys loppuisi. Muistaakseni en silloin vielä suunnitellut itsemurhaa, vaan tiesin ja tarkoitin, että lopettamalla varastettujen lääkkeiden käytön, saisin vanhan energisen itseni takaisin.

Minua alettiin epäillä osastolla kadonneiden Oxanestien sekä lisääntyneen Panacodin käytön johdosta. Olin varahenkilönä, enkä ollut jäänyt kiinni lääkevarkauksista, mutta epäilyt olivat vahvat. Lopulta minut siirrettiin toiselle osastolle ja tajusin itse, että alkaa olla kuulumattavat paikat ja hain toiselta paikkakunnalta työpaikkaa. Sain hakemani paikan ja siirryin pienempään sairaalaan. Siellä en saanut enää Oxanesttia, joten Panacodin lisäksi aloin käyttää

Diapamia sekä lihasrelaksantteja. Jos sain niitä käsiini injektioimuodossa, kävin heti työvuoron aikana tuikkaamassa suoneen. Olemukseni kuitenkin muuttui tässä kohtaa. Aiemmin isoja opiaattiannoksia käyttäessäni pupillini olivat pienet, silmäluomet lupsahatelivat kiinni, kun opiaatit väsytti, välillä oli lihasnykäyksiä poskipäissä ja kutinaa pitkin kehoa.

Kun en enää saanutkaan opiaatteja niin paljon, otin bentsot mukaan ja omat läheiseni luulivat, että migreenini tilanne oli kohentunut paremmaksi. Aloin olla väsynyt tilanteeseeni, mutta en silti ymmärtänyt, että voisin hakea apua. Keksinkin, että jos saisin vielä kolmannen lapsen, kaikki muuttuisi paremmaksi. Sain jotenkin ylipuhuttua mieheni suostumaan ja pian huomasin olevani raskaana. Onneksi näin jälkikäteen ajateltuna, raskaus meni kesken. Ei ole pienen lapsen tehtävä raitistaa äitiään ja tilanne olisi ollut koko perheelle katastrofaalinen. Minulle tehtiin kaavinta ja sain pari päivää sairaslomaa. Kotiuduttuani vein todistuksen töihin. Samalla reissulla kävin vaivihkaa lääkekaapilla hakemassa kotiin lääkkeitä. En tiennyt, että minua epäiltiin jo siinäkin työpaikassa ja että minua seurattiin. Ehdin hakea lääkkeitä, mutta aikoessani poistua lääkehuoneesta, ovi avattiin ja työkaverini sai minut verekseltään kiinni. Siinä kohtaa olin ensimmäistä kertaa tilanteessa, ettei asiaa voinut mitenkään selitellä. Mutta jotain oli yritettävä ja sanoin, että olen viemässä lääkkeitä osastolle, että koska tiesivät siellä minun olevan sairaslomalla ja että minulla on aikaa, pysyivät minua hakemaan polilta heille puuttuvat lääkkeet. Hoitaja lähti tarinaani mukaan ja sanoi ettei minun niitä sairaslomalaisena tarvitse viedä, että hän vie. Jouduin antamaan lääkkeitä hänelle ja poistuinkin paikalta. Autoon päästyäni soitin osastolle, että olen ollut tuomassa heille lääkkeitä. Pian tuon jälkeen tulikin kutsu palaveriin, jossa sain valita, irtisanonko itse itseni vai irtisanotaanko minut. Irtisanouduin itse ja läheisilleni kerroin, että on niin vanhoillinen työpaikka, etten siellä kau-

empaa aio työskennellä. Äitini oli kauhuissaan ja voivotteli äkkipikaisuuttani, uudesta työstä ei tietoaakaan ja menen irtisanoutumaan. Olihan meillä iso talolaina sekä kaksi autolainaa maksettavana ja kaksi pientä lasta elätettävänä. Vasta vuotta myöhemmin Minnesota-hoitoon mentyäni tunnustin, että en olisi lähtenyt yhdestäkään paikasta omasta halustani, vaan että olin toiminut niin, että olin pakotettu joko itse lähtemään tai olisin saanut potkut.

Kirjoitin päiväkirjaani vuonna 2008, että jos vielä saan kolmannen työpaikan, olen läksyni oppinut, enkä koske enää ikinä yhteenkään pilleriin. Vaan kuinka kävikään, kun kolmen viikon jälkeen sain uuden työn? Heti ensimmäisenä päivänä askeleet veivät kuin taiottuna lääkekaapille ja nappasin sieltä Panacodia. Seuraavalla viikolla otin Stesolidia, mutta en tajunnut, etten voi ottaa samaa annosta, kuin aikaisemmin oltuani kuukauden ilman. Olin iltavuorossa ja niinhän siinä kävi, että Stesolid veti minut ihan veteläksi enkä meinannut pysyä hereillä. Otin jälleen kerran migreenin syyksi ja sanoin ohjaajalleni joutuvani nyt otamaan aikalisän ja menemään hetkeksi nukkumaan, tunnin kuluttua olin taas kunnossa ja jatkoin iltavuoroa.

Valvirasta otettiin esimieheeni yhteyttä ja kerrottiin minulla olleen lääkkeiden kanssa epäselvyyksiä aiemmassa työpaikassa. Sovittiin, etten ota osaa lääkehoitoon enkä tee lääketilauksia. Silti lääkkeitä alkoi häviämään, eikä ollut vaikea arvata kenen toimesta, kun hävikki alkoi minun aloitettuani siellä. Lopulta lokakuussa vuonna 2009 olin jälleen esimieheni luona keskustelemassa lääkehävikistä ja jokin sai minut tunnustamaan. Kiinni en jäänyt, todisteita ei ollut, mutta asenne ja ilmapiiri, jolla esimieheeni asian otti puheeksi, sai minut tunnustamaan. Itse muistan tänä päivänäkin tunnustaneeni heti, kun osastonhoitaja asiaa kysyi, mutta kuulemma olin ollut 45 minuuttia hiillostuksessa ennen kuin tunnustin. Mutta pääasia että sen tein, sillä siitä alkoi matka kohti riippuvuudes-

ta vapaata elämää. Se oli keskiviikko, kun töissä tunnustin ja seuraavana maanantaina puolisoni vei minut Minnesota-hoitoon Lapualle. Valvira vei luvat kahdeksi vuodeksi ja aikanaan käräjillä selvisin päiväsakoilla, kun ottivat huomioon Valvirankin rankaisun.

Sain luvat takaisin puolitoista vuotta myöhemmin ja kolme vuotta kävin kerran vuodessa lääkärille kertomassa kuinka voin. Aloitin työt Minnesota-Hoito Oy:ssä vuonna 2012 ja saan nyt vuorostani auttaa muita, jotka taistelevat riippuvuuden kanssa. Avioliittonikin selvisi vaikeista ajoista ja lapsemme tietävät mitä olen tehnyt heidän ollessaan pieniä. Kadotin itseni, menetin monta hyvää hetkeä lasteni lapsuudesta ja tahrasin urani. Ennen raitistumistani en ymmärtänyt, että osumaa saivat myös kaikki läheiseni. Luulin tosissani satuttavani vain itseäni, mutta enemmän teoistani kärsi lähiperheeni sekä lähisuku, eikä turvallista ollut hoitamillani potilailla tai autoillessani tiellä liikujillakaan. Vasta hoidossa tuli ensimmäisen kerran mieleen, mitä kaikkea olisi voinutkaan sattua, olisin voinut tehdä hoitovirheen tai ajaa jonkun päälle ja joku täysin syytön olisi voinut joutua maksamaan kovan hinnan minun moraalittomuudestani. Onneksi sitä hintaa ei kenenkään tarvinnut maksaa.

Tänä päivänä migreeni on edelleen seurana, ni vähintään pari kertaa viikossa, mutta olen hyväksynyt sen, enkä yritäkään pullikoida vastaan. Muutenkin migreenilääkkeillä tilanne on niin hyvä, etten ole vuosiin enää joutunut oksentamaan, vaan lääkkeet tehoavat, enkä ole joutunut olemaan töistäkään poissa lainkaan migreenin vuoksi. Teen edelleen töitä häpeän, itseinhon ja syyllisyyden kanssa. Mutta tehtyä ei saa tekemättömäksi, joten menneisyyden kanssa on vain opittava elämään. Asiani ovat nyt hyvin, lapset elävät onnellisina omaa elämäänsä, hyvä työpaikka, josta koen suurta iloa. Ylipäänsä osaan nauttia arjesta oltuani lähellä menettää kaiken. ■

Epäonnistunut palvelukokemus voi synnyttää häiriökysyntää



Reetta Mustonen
sairaanhoitaja, TtM,
tohtorikouluttava,
Turun yliopisto,
Hoitotieteen laitos

Pitkäaikainen kipu on yleistä, mutta siitä kärsivän potilaan palvelukokemuksissa voi olla kehitettävää. Pitkäaikaisesta kivusta kärsivillä potilailla saattaa olla epäonnistuneita palvelukokemuksia, jotka voivat johtua puutteellisesta kohtaamisesta tai tavasta, jolla palvelut ovat järjestetty. Epäonnistuneet palvelukokemukset voivat aiheuttaa häiriökysyntää; tilanteen, jossa pitkäaikaisesta kivusta kärsivä potilas ei tule palvelujärjestelmässä kohdatuksi tarpeineen ja odotuksineen, vaan hän joutuu palaamaan järjestelmän piiriin yhä uudelleen. Palveluohjaus ja traumainformoitu työote voivat tarjota työkaluja häiriökysynnän vähentämiseen ja pitkäaikaisesta kivusta kärsivän potilaan palvelukokemuksen parantamiseen.

Noin joka viides aikuinen kärsii pitkäaikaisesta, yli kolme kuukautta kestäneestä kivusta (1–2). Pitkäaikaisella kivulla on lukuisia negatiivisia vaikutuksia yksilön hyvinvointiin; se aiheuttaa inhimillistä kärsimystä, heikentää toimintakykyä, fyysistä ja psyykkistä terveyttä, huonontaa työkykyä ja lisää sairauspoissaoloja ja ansionmenetyksiä. Pitkäaikaisen kivun syntymekanismi on monitahoinen. Usein syynä voi olla fyysinen trauma, mutta pitkittyneen kivun syntyy, kestoon ja sen voimakkuuteen voivat vaikuttaa myös lukuisat muut kliiniset, biologiset, psykologiset tai elämäntapoihin liittyvät riskitekijät tai yksilön sosioekonominen asema (1, 3). Pitkäaikaisen kivun yleisyydestä huolimatta sen hoito ei kuitenkaan ole aina optimaalista ja osa potilaista voi jäädä ilman asianmukaista apua (1, 3), vaikka pääsy kivun hoitoon tulisi olla jokaisen yksilön perusoikeus (4–5).

Pääsy laadukkaiden terveystalvelujen, kuten

kivun hoidon, piiriin on yksi Yhdistyneiden kansakuntien kestäväen kehityksen tavoitteista (6). Pitkäaikaisen kivun hoidon tulisi olla potilaskeskeistä, monialaista ja moniammatillista toimintaa, jossa hyödynnetään eri ammattiryhmien erikoisosaamista (2, 7–8). Moniammatillista kivunhoitoa voidaan toteuttaa monialaisilla kipuklinikoilla, mutta myös peruspalveluissa tulisi olla riittävät edellytykset pitkäaikaisen kivun hoitamiseen (2). Osa pitkäaikaisesta kivusta kärsivistä potilaista kuitenkin kokee, ettei pääsy laadukkaaseen kivun hoidon piiriin ole esimerkiksi Suomessa aina yhdenvertaista ja oikeudenmukaista vaan palvelujärjestelmästä johtuvat syyt, kuten pirstaleiset palvelupolut, palveluohjauksen puute tai hajallaan olevat palvelut tai niiden riittämätön yhteensovittaminen heikentävät potilaiden hoitoon pääsyä ja kivun hallintaa (9). Tätä puoltaa sosiaali- ja terveysministeriön (2017) laatima kansallinen

selvitys, jossa todetaan, ettei pitkäaikaisen kivun hoitoon ole riittäviä resursseja ja alueelliset erot hoidon saamisessa ovat suuret. Vaikka selvityksessä esitettyjä toimenpide-ehdotuksia, kuten asiakaslähtöisten, moniammatillisten tiimien tarjoamia palveluja on pyritty toteuttamaan, on pitkäaikaisesta kivusta kärsivien potilaiden palveluissa vielä parantamisen varaa ja erityisesti perustason palvelujen systemaattiseen parantamiseen kipupotilainen hoidossa tulisi panostaa nykyistä enemmän. Meneillään oleva pandemia on voinut myös huonontaa pitkäaikaisesta kivusta kärsivien potilaiden hoitoon pääsyä ja palveluja, kun terveydenhuollon voimavaroja on kohdennettu tehohoitoa tai kiireellistä apua tarvitsevien potilaiden hoitoon (10).

Häiriökysynnässä palvelujärjestelmä epäonnistuu asiakkaan tarpeisiin vastamisessa

Pitkäaikaisesta kivusta kärsivät potilaat ovat usein haavoittuvassa asemassa ja pitkittyneen kivun aiheuttamien monien terveydellisten, sosiaalisten ja taloudellisten haasteiden myötä heidän palveluntarpeensa voi olla runsas, kompleksinen ja monialainen. Monella pitkäaikaisesta kivusta kärsivällä potilaalla saattaa olla epäonnistuneita palvelukokemuksia, jotka voivat johtua puutteellisesta kohtaamisesta ja tavasta, jolla palvelut on järjestetty. Epäonnistuneet palvelukokemukset voivat aiheuttaa tilanteen, jossa pitkäaikaisesta kivusta kärsivä potilas ei tule palvelujärjestelmässä kohdatuksi tarpeineen ja odotuksineen, vaan hän joutuu palaamaan järjestelmän piiriin yhä uudelleen. Tällöin puhutaan häiriökysynnästä (failure demand) (11). Häiriökysynnällä tarkoitetaan tilannetta, jossa palvelujärjestelmä epäonnistuu asiakkaan tarpeisiin vastaamisessa. Tällöin asiakas ei saa lainkaan palvelua, palvelu on vääränlaista tai huonolaatuista, tai hän saa vain osittain tarpeitaan ja odotuksiaan vastaavaa

palvelua. Jos palvelu ei ole asiakkaan tarpeiden mukaista, joutuu asiakas palaamaan (usein vasten tahtoaan) takaisin hakemaan apua tai tarvitsemaansa palvelua – usein lisävaatimusten kera. Tämä aiheuttaa asiakkaalle inhimillistä kärsimystä, lisää tyytymättömyyttä, kasvattaa kustannuksia ja kuormittaa palvelujärjestelmää (11–12).

Pitkäaikaisesta kivusta kärsivä henkilö on hyvä esimerkki asiakkaasta, joka voi epäonnistuneen palvelukokemuksen jälkeen joutua palaamaan vaivansa kanssa palvelujärjestelmän piiriin yhä uudelleen. Näin voi tapahtua etenkin, jos perustason palveluissa on riittämättömät edellytykset pitkäaikaisesta kivusta kärsivän potilaan hoitoon, palvelut ovat hajallaan tai palveluohjausta ei ole saatavilla, eikä palveluketju perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä toimi. Potilas saattaa myös kokea, että hänen kipuaan vähätellään, tai ettei hänen kipukokemustaan uskota. Jos perustason palveluissa ei ole riittäviä edellytyksiä vastaamaan pitkäaikaisesta kivusta kärsivän potilaan tarpeisiin, voi potilas pyrkiä hakemaan apua päivystyksestä. Perustason epäonnistunut palvelukokemus voikin näyttäytyä häiriökysyntänä ensiapu- ja päivystysyksiköissä. Tällä puolestaan voi olla negatiivinen vaikutus päivystysyksikköjen asiakaskokemukseen, kun lisääntyneiden asiakasmäärien vuoksi päivystysyksiköt ruuhkautuvat, jonotusajat pitenevät ja hoitoon pääsy vaikeutuu (13).

Palvelukokemus voi parantua palveluohjauksen ja traumainformoidun työotteen avulla

Häiriökysynnän vähentäminen on merkittävä tekijä sote-uudistuksessa, kun palveluja halutaan kehittää asiakaslähtoisemmiksi ja joustavammiksi. Palveluja pitäisi kehittää uudella tavalla, luopuen hierarkkisista ja jäykistä päätöksentekorakenteista ja hyödyntämällä mo-



niammatillisia tiimejä (12), jotka ovat myös pitkäaikaisen kivun laadukkaan hoidon perusta. Hallitusohjelman tavoitteisiin kuuluu muun muassa kivun hoidon kehittäminen peruspalveluissa. Moniammatillisten tiimien tarjoamat joustavat palvelut – kuten ilta- ja viikonloppuvastaanotot tai etäkonsultaatiot – ehjät ja toimivat hoito- ja palveluketjut sekä palvelujen vertikaalinen (erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon palvelujen) ja horisontaalinen (sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen) yhteensovittaminen ovat sote-uudistuksessa tavoiteltuja keinoja palvelujen parantamiseen ja asiakaslähtöisyyden edistämiseen (14).

Pitkäaikaisesta kivusta kärsivän potilaan palveluntarve voi olla runsas ja monialainen pitkittyneen kivun aiheuttamien monimuotoisten terveydellisten, sosiaalisten ja taloudellisten haasteiden vuoksi. Potilaan palvelut voivat olla hajallaan, eikä hän välttämättä tiedä, miten päästä hoidon piiriin. Voi myös olla, ettei potilaalla ole tietoa kaikista niistä palveluista, joihin hänellä olisi oikeus. Palveluohjaus voi tarjota oivallisen keinon pitkäaikaisesta kivusta kärsivien potilaiden palvelukokemuksen

parantamiseen ja häiriökysynnän vähentämiseen. Tutkimusten mukaan palveluohjauksesta hyötyvät erityisesti paljon tai monialaisia palveluja tarvitsevat asiakkaat, jota ovat muita haavoittuvammassa asemassa moninaisten elämän haasteiden vuoksi (15). Palveluohjauksen kehittäminen onkin yksi Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman tavoitteista, joilla sote-palvelujen asiakaslähtöisyyttä pyritään parantamaan. Palveluohjauksen avulla voidaan edistää hoidon ja palvelujen jatkuvuutta, koordinointia ja niiden yhteensovittamista sekä tukea palvelujen asiakaslähtöisyyttä. Asiantunteva palveluohjaus ja moniammatilliset, asiakaslähtöiset ja joustavat palvelut mahdollistavat sen, että asiakas saisi tarpeeseensa apua yhdellä käyntikerralla, silloin kun tämä on mahdollista (12), sen sijaan, että häntä pompoteltaisiin ”luukulta toiselle”.

Häiriökysynnän vähentämisessä on tärkeää ymmärtää, että vika on palvelujärjestelmässä, eli tavassa, jolla palvelut on organisoitu. Epäonnistuneessa palvelukokemuksessa kyse on pohjimmillaan siitä, ettei asiakas tule kohdatuksi palvelujärjestelmässä yksilöllisine tarpeineen ja odotuksineen. (11–12) Traumainformoituun työotteeseen kuuluva asiakkaan myötätuntainen kohtaaminen voi tarjota apua pitkäaikaisesta kivusta kärsivien potilaiden palvelukokemuksen parantamiseen ja häiriökysynnän vähentämiseen, sillä emotionaalinen ja psykkinen trauma ja kipu kietoutuvat usein yhteen. Traumainformoidulla työotteella tarkoitetaan muun muassa sote-palvelujen ja niihin liittyvien asiakaspalvelutilanteiden muuttamista traumaa ymmärtäväksi (16) ja siihen sisältyy esimerkiksi haitallisten lapsuusajan kokemusten (Adverse Childhood Experiences, ACEs) (17) terveyttä ja hyvinvointia heikentävien vaikutusten huomioiminen. Haitallisilla lapsuusajan kokemuksilla tarkoitetaan lapsuudessa koettuja vahingollisia ja traumaattisia tapahtumia,

kuten fyysistä tai emotionaalista kaltoinkohtelua, seksuaalista hyväksikäyttöä ja vanhempien päihteiden käyttöä tai mielenterveysongelmia, ja joilla on todettu olevan yhteys henkilön terveyteen ja hyvinvointiin. Haitallisten lapsuusajan kokemusten on todettu aiheuttavan monimuotoisia fyysisiä ja psyykkisiä terveysongelmia, kuten syöpää, pitkäaikaissairauksia ja mielenterveysongelmia (17), ja ne voivat olla yhteydessä lapsuudessa koettuun pitkäaikaiseen kipuun (18). Henkilöillä, joilla on ollut haitallisia ja traumaattisia lapsuusajan kokemuksia, on suurempi riski myös aikuisiässä pitkäaikaisen kivun kehittymiseen, verrattuna yksilöihin, joilla ei ole vastaavaa traumahistoriaa. (3, 19). Pitkäaikaisesta kivusta kärsivien potilaiden traumahistorian selvittäminen, esimerkiksi Adverse Childhood Experiences (ACE) -pisteytyksellä (17, 20), voi olla merkityksellistä, sillä sen avulla on mahdollista ymmärtää paremmin potilaan traumahistorian, terveydentilan ja palvelutarpeen välistä yhteyttä (21).

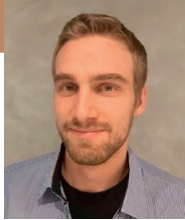
Traumainformoitu työote ja palveluohjaus voivat tarjota käyttökelpoisia keinoja pitkäaikaisesta kivusta kärsivien potilaiden palvelukokemuksen parantamiseen ja häiriökäytöksen vähentämiseen. Palveluohjausosaaminen on tunnistettu sotepalvelukentän keskeiseksi osaamistarpeeksi ja aiheeseen liittyvää koulutusta on pyritty lisäämään. Sote-ammattilaisille suunnattua palveluohjauskoulutusta on tarjolla sekä yliopistotasoisena täydennyskoulutuksena, että ammattikorkeakoulujen tarjoamana erikoistumiskoulutuksena. Traumainformoitu työote puolestaan on kansainvälisesti tunnettu, mutta Suomessa sen kehitys on vasta aluillaan. Traumainformoidun työotteen laajempi käyttöön otto sote-palveluissa edellyttäisikin koulutuksen, tutkimuksen ja monialaisen yhteistyön lisäksi systeemisellä tasolla tapahtuvaa organisaatiokulttuurin muutosta (22). ■

Kirjallisuutta

1. van Hecke O, Torrance N, Smith B. 2013. Chronic pain epidemiology and its clinical relevance. *British Journal of Anaesthesia* 111(1), 13-18.
2. Sosiaali- ja terveysministeriö, STM. 2017. Kroonisen kivun ja syöpäkivun hoidon kansallinen toimintasuunnitelma vuosille 2017–2020. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:4.
3. Mills S, Nicolson K, Blair H. & Smith B. 2019. Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. *British Journal of Anaesthesia* 123(2), e273–e283.
4. Lohman D, Schleifer R. & Amon J.J. 2010. Access to pain treatment as a human right. *BMC Medical* 8(8), 1–9.
5. Brennan F, Obs D, Lohman D & Gwyther L. 2019. Access to Pain Management as a Human Right. *American Journal of Public Health* 109(1), 61–65.
6. Yhdistyneet kansakunnat, YK. 2016. Kestävän kehityksen tavoitteet. <https://www.ykliitto.fi/terveytta-ja-hyvinvointia>. 23.1.2022
7. World health organization, WHO. 2020. Guidelines on the management of chronic pain in children. Geneva: World Health Organization; 2020. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337999/9789240017870-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. 22.1.2022
8. International Association for the Study of Pain, IASP. 2021. Multidisciplinary pain center development manual. https://www.iasp-pain.org/wp-content/uploads/2021/11/IASP-PainManagementCenter_toolkit.pdf. 22.1.2022
9. Hietaranta S. 2021. Etsivä löytää vai löytääkö? – pirstaleinen palvelupolku. Migreeni. <https://migreeni.org/etsiva-loytaa-vai-loytaako-pirstaleinen-palvelupolku/>. 25.1.2021
10. Amja K, Vigouroux M, Pagé MG, Hovey R. 2021. The Experiences of People Living With Chronic Pain During a Pandemic: “Crumbling Dreams With Uncertain Futures. *Qualitative Health Research*. 31(11), 2019-2028.
11. Hyytiälä, H. & Kekomäki, M. 2017. Kustannusten kasvu johtuu järjestelmän häiriöistä. *Lääkärilehti*, 46(72), 2664–2665.
12. Hyytiälä H. 2021. Kuinka tehdä sote-palveluissa parempia asioita, ei vain vanhoja asioita paremmin? Soteuudistus. <https://soteuudistus.fi/-/kuinka-opimme-tekemaan-sote-palveluissa-parempia-asioita-ei-vain-vanhoja-asioita-paremmiin->. 4.1.2022.

13. Walley, P., Found, P., & Williams, S. 2019. Failure demand: a concept evaluation in UK primary care. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 32(1), 21–33.
14. Valtioneuvosto 2019. Pääministeri Sanna Marinin hallituksen ohjelma 10.12.2019. Sosiaali- ja terveystieteiden rakennemuutos. <https://valtioneuvosto.fi/marinin-hallitus/hallitusohjelma/sosiaali-ja-terveyspalveluiden-rakennemuutos>. 30.1.2022.
15. Di Mauro R, Di Silvio V, Bosco P, Laquintana D & Galazzi A. 2019. Case management programs in emergency department to reduce frequent user visits: a systematic review. *Acta Biomed for Health Professions* 90(6)34-40.
16. Raja S, Hasnain M, Hoersch M, Gove-Yin S & Rajagopalan C. 2015. Trauma Informed Care in Medicine. *Current Knowledge and Future Research Directions*. *Family & Community Health* 38(3), 216–226.
17. Felitti V, Anda R, Nordenberg D, Williamson D, Spitz A, Edwards V, Koss M & Marks J. 1998. Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine* 14(4), 245-258.

18. Groenewald C, Murray C, Palermo T. 2020. Adverse childhood experiences and chronic pain among children and adolescents in the United States, *PAIN Reports* 5(5), e839.
19. Kolacz J & Porges S. 2018. Chronic Diffuse Pain and Functional Gastrointestinal Disorders After Traumatic Stress: Pathophysiology Through a Polyvagal Perspective. *Frontiers in Medicine* 5 (145), 1–11.
20. Trauma-informed care. Original ACE Questionnaire (2005). <https://www.traumainformedcare.chcs.org/resource/original-ace-questionnaire/>. 23.1.2022
21. Anda R, Porter L & Brown D. 2020. Inside the Adverse Childhood Experience Score: Strengths, Limitations, and Misapplications. *American Journal of Preventive Medicine* 59(2), 293–295.
22. Iloa ja toivoa. Blogit. 2021. Väärinkäsityksiä traumainformoidusta hoitamisesta. <https://www.iloajatoivoa.fi/tammikuu/vaarinkasityksia-traumainformoidusta-hoitamisesta>



Uusia mahdollisuuksia opioidilääkityksen tehostamiseksi: glymfaattinen järjestelmä, morfiini-3-glukuronidi ja perifeeriset opioidireseptorit

Kim Blomqvist

Towards improved opioid analgesia and central nervous system drug delivery: focus on the glymphatic system, morphine-3-glucuronide and peripheral opioid receptors
8.4.2022, Helsingin yliopisto

Vastaväittäjä:
Professori Ullamari Pesonen,
Turun yliopisto

Ohjaajat: Dosentti Tuomas Lilius,
Helsingin yliopisto
Professori Eija Kalso, Helsingin yliopisto
Dosentti Pekka Rauhala,
Helsingin yliopisto

Esitarkastajat:
Professori Raimo Tuominen,
Helsingin yliopisto
Professori Teijo Saari, Turun yliopisto

Tausta

Opioidit ovat voimakkaita opioidireseptorien kautta vaikuttavia kipulääkkeitä, mutta useat haittavaikutukset, addiktio ja toleranssin kehittyminen rajoittavat niiden käyttöä. Opioidien vaikutusten kannalta tärkeimpiä anatomisia alueita ovat selkäytimen takasarvi ja thalamus, joissa kipurata muodostaa synapsin, sekä keskiaivojen ja aivo-

runгон tasolta alkunsa saavat laskevat radat. Lisäksi opioidireseptoreja ilmenee laajalti keskushermostossa ja perifeerisissä kudoksissa alueilla, joilla ei ole kivunhoidollista merkitystä, mutta joiden kautta useat sijainnille spesifit haittavaikutukset välittyvät. Tällaisia ovat mm. aivorungon hengityskeskusten (pre-Bötzinger-kompleksi) kautta välittyvä hengityslama sekä enterisen hermoston kautta välittyvä ummetus. Kohdistamalla opioidireseptorien aktivaatio kivunhoidollisesti tärkeisiin anatomisiin kohteisiin voitaisiin mahdollisesti vähentää haittavaikutuksia.

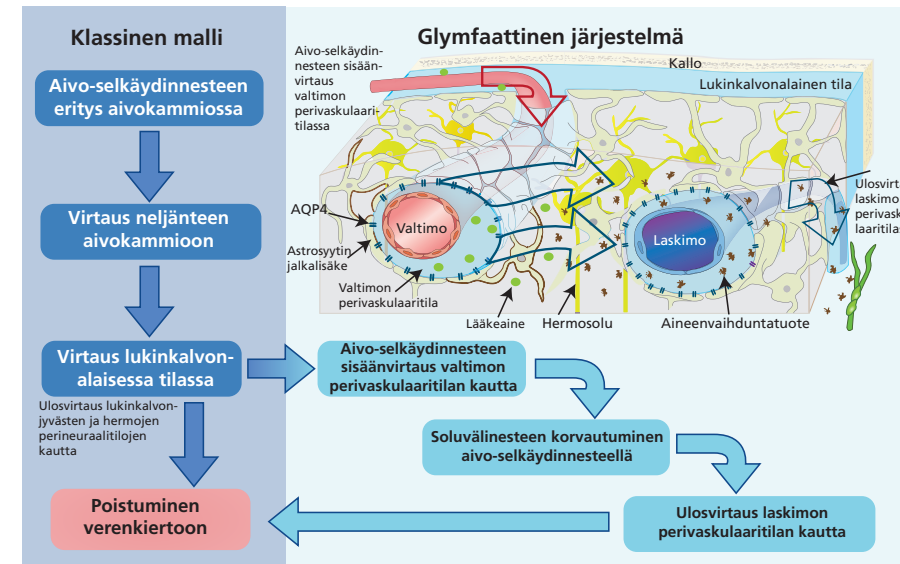
Yksi keino tehostaa opioidien hyötyhaittasuhdetta voisi olla glymfaattinen järjestelmä, joka mahdollistaa aivo-selkäydinnesteen virtauksen keskushermoston syvempiin rakenteisiin aivo- ja selkäydinvaltimoiden perivaskulaarilojen kautta. Glymfaattisen virtauksen fysiologinen tarkoitus on poistaa keskushermostoon kertyneitä kuona-aineita syvän unen aikana, mutta sitä voidaan hyödyntää myös aivo-selkäydinnesteeseen annosteltujen lääkeaineiden saatossa keskushermostoon. Niinpä järjestelmän toiminnan selvittäminen voisi lisätä ymmärrystämme keskushermostoon vaikuttavien lääkkeiden farmakokinetiikasta ja -dynamiikasta ja tehostaa lääkehoitoa.

Morfiinin päämetaboliitti morfiini-

3-glukuronidi on kipupotilaan kannalta hyödytön: se on analgeettisesti inaktiivinen, ja sen kertyminen keskushermostoon esimerkiksi hoidettaessa syöpäkipua korkein morfiiniannoksin voi aiheuttaa jopa hyperalgesiaa ja ristitoleranssia kanta-aine morfiinille. Pitkäaikaisen morfiini-3-glukuronidialtistuksen vaikutuksia morfiiniristitoleranssin ilmenemiseen ei ole kuitenkaan tutkittu. Viime aikoina kiinnostus myös perifeeristen opioidireseptorien rooliin kivussa on lisääntynyt, sillä TRPV1-positiivisissa perifeerisissä hermosäikeissä ilmentyvien opioidireseptorien on ehdotettu säätelevän toleranssin kehittymistä keskushermostovälitteiselle kivun lievitykselle. Toleranssin kehittyminen hiirillä on esitetty olevan estettävissä veriaivoestettä läpäisemättömällä opioidireseptoriantagonisti metyylynaltreksonilla, mutta ilmiötä ei ole tutkittu muilla lajeilla.

Tavoitteet ja menetelmät

Tämän neljästä osatyöstä koostuvan väitöstutkimuksen tavoitteina oli selvittää rottamallissa (Sprague-Dawley), voidaanko glymfaattista järjestelmää hyödyntää systeemisesti ja intratekaalisesti (cisterna magna tai lumbaalitasolle) annosteltujen morfiinin, oksikodonin ja naloksonin kuljetuksessa selkäytimeen ja aivoihin, aiheuttaako



Aivo-selkäydinnestekierron päivitetty malli, sekä glymfaattisen järjestelmän mekanismit lääkeaineiden saatossa ja aineenvaihduntatuotteiden poistamisessa.

toistuva morfiini-3-glukuronidialtistus kivulle herkistymistä ja ristitoleranssia morfiinille, sekä voidaanko perifeerisiä opioidireseptoreja hyödyntää kivun hoidossa ja morfiinitoleranssin ehkäisyssä.

Kerta-annos oksikodonia, naloksonia ja morfiinia annosteltiin aivo-selkäydinnesteeseen (cisterna magna tai lumbaalitasolle T13–L1), tai systeemisesti. Likvorin glymfaattista virtausta perivaskulaaritiloissa aktivoitiin systeemillä tai cisterna magnaan annostellulla $\alpha 2$ -agonisti deksmedetomidiniinilla tai intraperitoneaalisesti annostellulla hypertonisella suolaliuoksella (40 mOsm/kg). Aivo- ja selkäydinnäytteet kerättiin 60 min annostelusta, ja lääkeaineiden pitoisuus määritettiin massaspektrometrilla. Lisäksi morfiinin antinosiseptiivinen vaste mitattiin lämpö- ja mekaanisilla kiputesteillä.

Morfiini-3-glukuronidi annosteltiin intratekaalisesti lumbaalitasolle (T13–L1). Kerta- ja toistuvan annostelun pronosiseptiivisiä vaikutuksia mitattiin mekaanisella kiputestillä, ja toistuvan annostelun vaikutus selkäytimen takasarven substanssi P:n ekspressioon ja

gliasolujen (mikroglia; IBA1 ja astrosyytit; GFAP) aktivaatioon määritettiin immunohistokemialla. Perifeeristen opioidireseptorien osuutta systeemisesti annostellun morfiinin antinosiseptiossa ja toleranssin ehkäisyssä tutkittiin systeemisen kerta- ja toistuvan annostelun (morfiini, metyylynaltreksoni ja naltreksoni) jälkeen lämpö- ja mekaanisilla kiputesteillä.

Tulokset

Systeemisesti ja cisterna magnaan annosteltu deksmedetomidini lisäsi cisterna magnaan annosteltujen oksikodonin (24–96 %) ja naloksonin (25–89 %) aivojen ja selkäytimen pitoisuuksia. Systeemillä deksmedetomidiniinilla ei ollut vaikutusta systeemisesti annosteltujen oksikodonin ja naloksonin keskushermostopitoisuuksiin. Intraperitoneaalisesti annosteltu hypertoninen suolaliuos lisäsi intratekaalisesti (T13-tasolle) annostellun morfiinin selkäydinpitouksia T13-tasolla (238 %). Morfiinin pitoisuus T6-tasolla oli kontrolliryhmään verrattuna myös merkittävästi korkeampi (334 %), mutta 20–25 kertaa matalampi verrattuna T13-tason selkä-

ydinpitoisuuksiin. C7-tasolla morfiinin pitoisuus ei eronnut ryhmien välillä merkitsevästi, ja aivopitoisuudet olivat n. miljoonasosa verrattuna T13-tasoon. Suurentuneet selkäytimen morfiinipitoisuudet lisäsivät sen antinosiseptiivista vaikutusta lämpö- ja mekaanisissa kiputesteissä. Intraperitoneaalinen hypertoninen suolaliuos laski subkutaanisesti annostellun morfiinin seerumi-, aivo- ja selkäydinpitoisuuksia, mutta ei vaikuttanut laskimoon annostellun morfiinin pitoisuuteen seerumissa tai hippokampuksessa.

Intratekaalinen kerta-annos morfiini-3-glukuronidia aiheutti akuutin alodynian ja toistuva annostelu herkisti kivulle, aiheutti ristitoleranssin morfiinille ja lisäsi selkäytimen takasarven substanssi P:n määrää (lamina I–II, 41 %). Morfiini-3-glukuronidilla ei ollut vaikutusta gliasolujen merkkiaineiden (IBA1 ja GFAP) ilmenemiseen. Metyylynaltreksonilla ei ollut vaikutusta morfiinin antinosiseptiiviseen vasteseen akuutin annostelun jälkeen, eikä toleranssin kehittymiseen toistuvan annostelun jälkeen. Naltreksoni esti sekä morfiinin antinosiseptiivisen vaikutuksen, että toleranssin kehittymisen.

Johtopäätökset

Deksmedetomidiniinilla ja systeemisellä hypertonisella suolaliuoksella aktivoitu glymfaattinen aivo-selkäydinnesteen sisäänvirtaus tehostaa intratekaalisesti annosteltujen oksikodonin ja morfiinin kulkeutumista aivoihin ja selkäytimeen. Lisääntyneet selkäytimen morfiinipitoisuudet parantavat sen antinosiseptiivista vaikutusta. Keskushermoston morfiini-3-glukuronidille altistuminen lisää selkäytimen takasarven substanssi P:n määrää ja aiheuttaa kivulle herkistymisen ja ristitoleranssin morfiinille. Perifeeristen opioidireseptorien esto metyylynaltreksonilla ei estänyt morfiinitoleranssin kehittymistä lämpö- tai mekaanisessa kivussa. ■



Biopsykososiaalisen lähestymistavan merkitys tuki- ja liikuntaelimistön vaivojen hoidossa.

Potilaiden ja fysioterapeuttien näkökulma

Riikka Holopainen

Exploring the meaning of the biopsychosocial approach in the management of musculoskeletal conditions. Patients' and physiotherapists' perspective.

4.6.2021 Jyväskylän yliopistolla / verkkovälitteisesti

Vastaväittäjä: professori David Nicholls (Auckland University of Technology)
Kustos: apulaisprofessori Arto Hautala (Jyväskylän yliopisto)

Teos on julkaistu sarjassa
JYU Dissertations.

Linkki väitöskirjaan: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-8652-0>.

Tuki- ja liikuntaelimistön (tule) vaivat ovat suurin terveysongelma maailmanlaajuisesti siitä huolimatta, että niiden hoitoon käytettyjen resurssien määrä on kasvanut jatkuvasti. Biopsykososiaalinen (BPS) lähestymistapa on nykyisin jo laajasti hyväksytty tule-vaivojen hoidossa. Uusimmat hoitosuosituksukset suosittelevat sen käyttöä, mutta sen implementointi kliiniseen työhön on edelleen kesken. Onkin tärkeää selvittää potilaiden ja fysioterapeuttien käsityksiä BPS viitekehykseen pohjautuvasta fysioterapiasta, jotta voimme arvioida nykyisiä sekä kehittää entistä parempia keinoja toteuttaa merkityksellistä fysioterapiaa ja fysioterapeuttien koulutusta.

Tämän väitöskirjatutkimuksen tavoitteena oli tarkastella BPS-lähestymistavan merkitystä tule-vaivojen hoidossa potilaiden ja fysioterapeuttien näkökulmasta. Väitöskirjatutkimus on osa laajempaa hanketta, jossa fysioterapeutit osallistuivat 4-6 kognitiivisfunktionaalisen terapian (CFT) koulutuspäivään.

Väitöskirja muodostuu neljästä osatutkimuksesta joiden tutkimuskysymykset olivat seuraavat:

1. Millaisia ovat alaselkäkipuisten potilaiden käsitykset heidän kohtaamisestaan suomalaisessa terveydenhuolto-

järjestelmässä?

2. Millaisia ovat pitkittyneestä alaselkä kivusta kärsivien potilaiden käsitykset lyhyen CFT koulutuksen saaneiden fysioterapeuttien toteuttamasta fysioterapiasta suomalaisessa perusterveydenhuollossa?

3. Millaisia ovat fysioterapeuttien käsitykset CFT:n periaatteiden oppimisesta ja soveltamisesta käytännön työssä?

4. Millaisia ovat fysioterapeuttien käsitykset BPS interventiodien oppimisesta ja soveltamisesta käytännössä tule-vaivojen hoidossa?

Väitöskirjatyössä hyödynnettiin laadullisia menetelmiä. Kolmessa ensimmäisessä osatyössä tutkimusten aineisto hankittiin puolistrukturoitujen yksilöhaastattelujen avulla. Osatutkimusta I varten haastateltiin 17 alaselkäkipuista henkilöä, jotka olivat saaneet hoitoa selkäkipuihinsa ennen fysioterapeuttien saamaa spesifiä koulutusta. Osatutkimusta II varten haastateltiin yhdeksää alaselkäkipuista henkilöä, jotka olivat käyneet koulutuksen saaneiden fysioterapeuttien vastaanotolla ja osatutkimusta III varten haastateltiin 23 CFT-koulutukseen osallistunutta fysioterapeuttia. Neljäs osatutkimus oli järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus ja laadullinen metasynteesi, jota varten

tehtiin järjestelmällinen kirjallisuushaku seitsemästä tietokannasta (MEDLINE, EMBASE, CINAHL, ERIC, PsycInfo, SportDiscus and Sociological abstracts). Aineistot analysoitiin hyödyntäen fenomenografista analyysiotetta (Osatutkimukset I-III) ja temaatista synteesiä (Osatutkimus IV).

Ensimmäisessä osatutkimuksessa haastateltujen alaselkäkipuisten henkilöiden käsitykset kohtaamisista terveydenhuollossa varioivat viidessä teemassa; laajeten negatiivisista, kohtaamattomuuden kokemuksista kohti elämän muuttavia, itsenäistä toimijuutta tukevia kohtaamisia. Kriittiset tekijät, jotka auttoivat potilaita kohti itsenäistä toimijuutta, olivat ammattilaisten läsnäolo, potilaiden ymmärryksen kasvaminen selkäkivusta, vahva terapiasuhde ja potilaan aktiivinen osallistuminen sekä vastuun siirtyminen potilaalle tietäen, että apua on saatavilla tarvittaessa.

Toisessa osatutkimuksessa alaselkäkipuisten henkilöiden käsitykset lyhyen CFT-koulutuksen saaneiden fysioterapeuttien toteuttamasta fysioterapiasta varioivat kuudessa teemassa laajeten alimmasta, tyhjän päälle jäämistä kuvaavasta kategoriasta kohti ymmärrystä kokonaisvaltaisesta lähestymistavasta fysioterapiaan ja elämään. Aineistosta tunnistettiin kohti laajempaa ymmärrystä johtavia kriittisiä tekijöitä, joita olivat positiivinen kokemus fysioterapiasta, hyvä yhteistyö fysioterapeutin kanssa, laaja sosiaalinen tuki, parempi ymmärrys kivusta biopsykososiaalisena ilmiönä ja itsehoitotaitojen karttuminen.

Kolmannessa osatutkimuksessa CFT-koulutukseen osallistuneiden fysioterapeuttien käsitykset varioivat neljässä teemassa, jotka laajenivat uuden lähestymistavan erilaisuudesta kohti sen monipuolista soveltamista. Kaikki eivät nähneet koulutusta riittävänä tukemaan muutosta heidän työssään, mutta kuvasivat koulutusta elämän muuttavana kokemuksena. Kriittiset tekijät, jotka kuvaavat kategorioiden välisiä eroja, ja jotka voidaan nähdä CFT:n soveltamisen mahdollistajina, olivat: kognitiivinen joustavuus, kyky muuttaa käsityksiään, kokemus raviselluksi tulemisesta, kyky reflektoida omaa työtään kriittisesti, työyhteisön tuki, vakuuttuminen uudesta menetelmästä, luovuus, moniammatillinen yhteistyö ja jatkuva oppiminen.

Neljännän osatutkimuksen sisältämää, järjestelmällistä kirjallisuuskatsausta varten tehdyssä haussa löytyi 3563 tutkimusta, joista 12 täytti sisäänotto-kriteerit. Teema-analyysin pohjalta tunnistettiin 45 koodia, joista muodostui neljä teemaa (muuttunut ymmärrys ja käytäntö, ammatilliset hyödyt, kliiniset haasteet ja oppimisen edellytykset) ja 16 alateemaa. Tulosten mukaan, vaikka fysioterapeutit raportoivat muutoksesta kohti biopsykososiaalista ja potilas-keskeistä ajattelua, moni ei kokenut koulutuksen antavan riittäviä valmiuksia intervention kaikkien osa-alueiden toteuttamiseen. Fysioterapeuttien näkemysten mukaan koulutuksessa olisi olennaista yksilöllinen mentorointi, erityisesti psykososiaaliin tekijöihin liittyen, keskustelu ammattiroolin ra-

joista ja potilaiden odotuksista sekä organisationaalisten tekijöiden, kuten riittävän ajan ja toimivien hoitopolkujen huomiointi.

Väitöskirjan tulokset tukevat aiempaa tutkimusta, jossa on noussut esiin tarve yksilölliselle ja joustavalle alaselkäkipujen hoidolle ja fysioterapeuttien koulutukselle. BPS lähestymistavan ymmärtäminen näyttäytyi viitenä fysioterapeuteille ja potilaille yhteisenä teemana: uuden lähestymistavan erilaisuus, kivun ymmärtäminen, potilaskeskeinen hoito, itseluottamuksen lisääntyminen ja tuen tarve. Tämän väitöskirjan tuloksia voidaan hyödyntää tule-kipuisten kuntoutumista edistävän fysioterapian kehittämisessä sekä kehitettäessä BPS-lähestymistavan oppimista tukevaa koulutusta fysioterapeuteille. ■



Lasten- ja nuorten sekä aikuisten kivunhoidon samankaltaisuudet ja erilaisuudet



Hanna Vuorimaa



Reetta Sipilä

Mistä kirjoittajat tulevat?

Kirjoittajat ovat pitkänlinjan kivunpsykologian ammattilaisia, jotka ovat sekä toimineet kliinikkoina että tutkijoina kivunhoidossa. Molempien väitöskirjat ovat tarkastelleet kipua liittyviä ilmiöitä. He ovat työskennelleet yhdessä pian vuoden verran Uuden lastensairaalan Lasten ja nuorten kansallisessa kivunhoidon ja tutkimuksen keskuksessa. **Hanna Vuorimaa** on kehityspsykologian erikoispsykologi, jolla on kivunhoidon pätevyys ja hän työskennellyt koko kliinikon työuransa lasten ja nuorten parissa. **Reetta Sipilällä** on myös kivunhoidon erityispätevyys ja hän on työskennellyt vuosia HYKS aikuiskivuklinikalla. Lasten ja nuorten kivunhoidon maailma on ollut hänelle uusi.

Kirjoituksemme aiheeksi valikoituikin kahden maailman, lasten- ja nuorten sekä aikuisten kivunhoidon, samankaltaisuudet ja erilaisuudet. Omia havaintojamme näiden sovellusalojen eriytyneisyydestä tukee myös se, että tutkijayhteisöt ja kivunhoidonyksiköt lasten ja nuorten sekä aikuisten kivunhoidon osalta toimivat pitkälti erillään. Aikuiskivunhoidosta hypätessä lasten kivunhoidon puolelle tuntui, että olisi vaihtanut koko sovellusalaa uusine verkostoineen ja toimijoineen, mainitsee Sipilä.

Mikä erilaisinta?

Lasten kivunhoidossa hoidon ydin selvästi on psykologisten taitojen kehittyminen ja kivun psykologisen tutkimustiedon hyödyntäminen. Lasten kivunhoidossa lääkehoidon ollessa pienemmässä roolissa, myös potilaan huomio keskittyy aidosti siihen, mikä kuntoutuksessa on vaikuttavinta. Arkeen palaamisen tärkeys korostuu vaikuttavana ja hoidollisena toimenpiteenä.

Toiveikkaasti voimme sanoa, että lasten kivunhoidossa suojaavia tekijöitä on tarjolla enemmän ja niitä on tärkeä ottaa tietoisesti käyttöön. Suojaavat tekijät ovatkin varmasti selvemmin nähtävissä tilanteessa, jossa kipu on pitkittynyt lyhyen elämänhistorian ajan verrattuna vuosikymmeniä jatkuneeseen tilanteeseen.

Kipuoireisen lapsen hyvässä hoidossa kehityksen tukeminen on tärkeää. Myös vanhemmat saadaan tavanomaisesti yhteisymmärrykseen siitä, että normaalin elämän tukeminen on lapsen kehityksen kannalta olennaista. Tämä vie ikään kuin itsestään asioita oikeaan suuntaan. Pienten muutosten logiikalla, vaikuttamalla yhteen osaan lapsen kokonaisverkostossa (perhe, suku, koulu, harrastukset...), voidaan saada hyvän kierrettä alkuun. Lasten ja nuorten kuntoutuksessa perhe onkin perusyksikkö, jota ei voida ohittaa. Tieto kivun perusmekanismeista ja näiden ymmärtäminen auttaa vanhempaa tukemaan lapsen tervettä kasvua tilanteessa, jossa kipu rajoittaa arkea tai jopa normaalia kehittymistä. Parhaimmillaan kivusta toipuminen menee eteenpäin jo luonnollisen kehityksenkin kautta.

Emme kuitenkaan voi olla varmoja, millaista roolia kipu näyttelee lapsen kehityksessä myöhemmin. Tämän vuoksi terveydenhuollossa, esimerkiksi koulussa ja lastensuojelussa, tulisi olla tietoa, osaamista ja herkkyyttä tunnistaa riskitekijöitä, jotka voivat pitkittää lapsen ja nuoren kiputilannetta aikuisuuteen asti. Aikuisten kohdalla ei samankaltaista seuranta voida järjestää, ja voinnin seuranta on enemmän yksilön kuin yhteisön vastuulla.

Voikin kysyä, osataanko verkostoja hyödyntää aikuisten hoidossa riittävästi, onko niitä tarjolla tai mistä ne löytyvät? Verkostojen

mukaanotto seurannan tueksi usein unohtuu aikuisten kivunhoidossa. Keskitytään hyvin intensiivisesti yksilöön, mutta kokonaisverkoston hyvä potentiaali jää ehkä käyttämättä. Pitäisikö meidän aikuistenkin kivunhoidossa olla enemmän kiinnostuneita siitä, kuinka yksilön kuntoutuminen näkyy potilaan verkostoissa: parisuhteessa, perheessä tai työhön paluussa? Kuinka voisimme saada kuntoutumista ja toimintakykyä eteenpäin siellä, jossa se on luontevinta, eli potilaan arjessa verkostojen tukemana.

Kivun hoitomallit ovat vakiintuneempia aikuisten kivunhoidossa. Moniammatillinen hoito on yleisesti hyväksytty hoidon standardi. Myös esimerkiksi valmiit ryhmä- ja yksilökuntoutusmallit ovat monipuolisempia ja tutkimusnäyttö näiden toteuttamisesta laajempaa. Lasten kivunhoidossa ollaan aktiivisesti kansallisella tasolla heräämässä tämän asian tärkeyteen. On suunniteltava sisältö esimerkiksi seuraaviin hienolta kuulostaviin käsitteisiin: lasten kivun varhainen ja varma tunnistaminen ja tästä seuraava kevyen taso hoito, seurannan järjestäminen, yhteinen tietoisuus riskitekijöistä, intensiivisen hoidon tarjoaminen erikoissairaanhoidossa jne.

Mikä samaa?

Kliinisen todellisuuden ja vaikutusmahdollisuuksien ollessa melko erilaisia, tärkein ei silti eroa. Pienen, keskisuuren tai ison potilaan hyvä kohtaaminen ja yksilön näkeminen tilanteensa takana pysyy yhä tärkeimpänä asiana hoidossa.

Potilaan ikään tai diagnoosiin ei myöskään ole sidoksissa psykologin työn keskeiset sisällöt: Onko varmasti yhteinen jaettu ymmärrys potilaan/perheen kanssa tilanteesta, jotta voidaan rakentaa toipumisen polkua? Tuleeko potilaan/perheen huoli kuulluksi, koska ilman tätä toimimme helposti pintatasolla, neuvoja turhan helposti antavana automaattina. Jaksamme olla kärsivällisiä, koska kipua kietoutuvat asiat ovat jo lapsellakin usein monimutkaisia? Etenkin aikuisten puolella erilaiset negatiiviset elämäntapahtumat ovat mahdollisesti jo ehtineet kasautua ja potilaan aito kuuleminen ja halu nähdä kuormittuneisuuden taakse voi

ajoitain olla ammattilaisella koetuksella. Muistamme tehdä jatkuvasti yhteistyötä potilaan/perheen verkoston tai eri hoitavien tahojen kanssa, koska heikosti välittyvä tieto ei ole tietoa ollenkaan. Vaikuttavatko omat, mahdollisesti negatiiviset, odotukset hoidon etenemisestä potilaan kehityskulkuun. Kuinka kohtaamme kuormittuneen ja traumatisoituneen potilaan, ”puhtaalta pöydältä”, ilman leimaamista?

Näissä on kokeneellakin ammattilaisella tekemistä, ihan päivittäin.

Kaiken ikäisten kipupotilaiden kanssa työskennellessä ymmärrys kivusta ja arkisten muutosten näkyväksi tekeminen potilaalle on tärkeää yksilön toimintakyvyn kohentumiseksi. Tämä ennakoii ehkä myös potilaan odotettavissa olevaa kehityskulkua kivun kanssa. Ammatillaisen näkökulmasta tämän havainnointiin tarvitaan paljon kohtaamisia ja kokemusta.

Kuinka yhdistää klinikoiden maailma?

Olemme havainneet, että aikuisten ja lasten kivunhoidot maailmat ovat ainakin jossain määrin erillään toisistaan. Ehkä niin pitääkin olla. Ei ole toivottavaa, että hoitopolku lasten kipuyksiköstä jatkuu suoraan aikuisyksikköön. On tavoiteltavaa, että kehittyvän nuoren annetaan löytää omien valintojensa ja lähellä olevan tukiverkostonsa avulla tervettä kehitystä tukevia ratkaisuja elämässään.

Se mitä toivoisi kehitettävän molemmissa kivunhoidon todellisuuksissa on se, että löytäisimme mahdollisimman yksikertaisia tapoja kuntouttaa yksilöä. Käyntimäärät erikoispoliklinikalla ei tarvitse olla suuria, jos onnistumme tehtävässämme valtuuttaa potilasta oman hoitonsa suhteen. Tässä verkostojen aktivointi on suuremmassa roolissa, kuin osaamme aina klinikan ovien sisäpuolella ajatellakaan. Molemmissa maailmoissa pidämme tärkeänä tunnistaa kohteita yksilöllisille interventioille ja luoda yksilöllisiä ja osuvimpia hoitopolkua. Luontevin tapa lähestyä näitä yhteisiä kysymyksiä voisi olla löytää rajat ylittävää tutkimustoimintaa rakentamaan siltaa kipumaailmojen välille. ■

European Pain School 14.–19.6.2021 Italian matka kotisohvalta



Kim Blomqvist
HLL, väitöskirjatutkija
Helsingin yliopisto

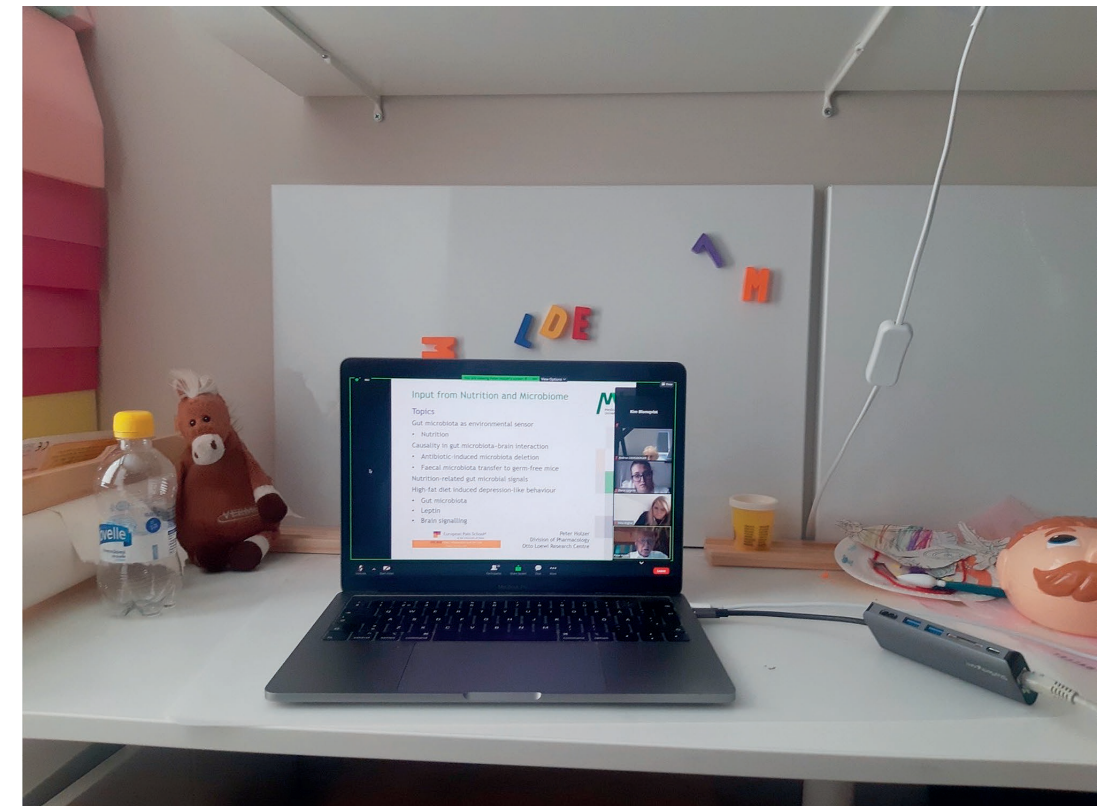
O n maaliskuun neljäs päivä vuonna 2020. Juuri saapunut tieto hyväksytystä hakemuksesta kesäkuussa järjestettävään European Pain Schooliin lämmittää enemmän, kuin keväinen aurinko. Kyseessä on Sienan yliopiston järjestämä 17:s Pain School teemalla ”Pain, inflammation and the guts” ja tiedossa on seitsemän päivää kipua käsitteleviä esityksiä 1500-luvulla valmistuneessa Certosa di Pontignano -luostarissa keskellä Toscanan maailmankuuluja viini-alueita. Aloitan matkajärjestelyt uusimalla passin. Suunnittelen myös lentoja, mutta päätän lykätä varausta maailman laajuisesti leviävän uuden viruksen enenevässä määrin lisääntyvän uutisoinnin vuoksi. Lopulta huhtikuun alussa saapuu odotettavissa ollut tieto tapahtuman siirtymisestä vuodelle. Parempi näin, mieluummin osallistun tapahtumaan vuoden kuluttua, kuin tänä vuonna etäyhteydellä.

Helmikuussa 2021 saapuu viimein lisätietoa siirtyneestä tapahtumasta, joka on päätetty järjestää kokonaisuudessaan etäyhteydellä. Pettymys on suuri, mutta tässä vaiheessa epidemiaa päätös ei yllätä. Vielä vuotta aiemmin kohtalaisen tuntemattomat Zoom ja Teams ovat jo arkipäivää. Etätapahtuma järjestetään maanantaista lauantaihin 15.30–20.30, joten osallistuminenkin onnistuu helposti kliinistä työaikaa lyhentämällä. Osallistujia on pääasiassa Euroopasta ja Pohjois-Amerikasta, mutta joukossa on myös tutkijoita Israelista ja Etelä-Afrikasta. Päivittäinen ohjelma koostuu 40 minuutin pitkän linjan tutkijoiden luennoista, joiden välissä

tohtorikoulutettavat ja post doc-tutkijat pitävät vuorollaan 7 minuutin esityksen omasta tutkimuksestaan. Päivän päätteeksi on varattu tunti kysymyksille ja avoimelle keskustelulle.

Koulu alkaa yleisellä avauspuheella ja osallistujien esittäytymisellä. Koulun johtajana toimii Anna Maria Aloisi ja tieteellisenä johtajana Peter Reeh, jotka yhdessä johtavat etätapaamisia. Avausluennossaan Hermann Handwerker käsittelee kivuntukimuksen kehittymistä oman tutkijan uransa aikana. Nuoremman tutkijan näkökulmasta on erittäin mielenkiintoista huomata, kuinka valtavasti 50 vuoden aikana tieto ja kivun tutkimus on kehittynyt. Ensimmäisen päivän aikana kuulemme vielä osallistujien esityksiä, luennon kuukautiskivun mekanismeista, sekä Ugo Basilen edustajan esityksen prekliinisistä kipua mittaavista testeistä.

Seuraavien päivien aikana siirrytään selvästi enemmän teeman mukaisiin luentoisiin. Senioritutkijoiden luennot käsittelevät mm. viskeraalista kipua, suolistokivun kipumalleja, neuroinflammaatiota nivelkivussa, suoliston mikrobiomin vaikutusta kipuun, sekä puolustussolujen ja hormonien vaikutuksia plastisuuteen ja kivun tuntemukseen. Erityisen merkittävissä roolissa ovat TRP-kanavat, joita sivutaan lähes jokaisella luennolla. Lisäksi TRP-kanavien roolista viskeraalisen kivun, migreenin, neuroopaattisen kivun ja syöpäkivun patofysiologiassa on omat esityksensä. Kokonaisuudessaan luennot tarjoavat mielenkiintoisia näkökulmia kivun mekanismeista tutkijalle, jonka oma työ keskittyy perinteisiin kivun hermoratoihin na-



Peter Holzer luennoimassa mikrobiomin ja ravitsemuksen vaikutuksista kivun mekanismeihin.

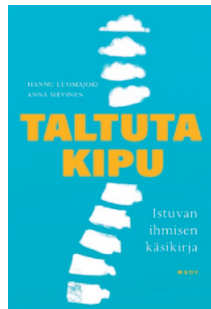
iiveilla kipumalleilla. Erityisesti John Woodin esitys nosiseptorien plastisuudesta ja redundanssista tarjoaa uusia mekanistisia perspektiivejä inflammatorisen kivun kannalta.

Esitysten välissä Anna Maria Aloisi johdattaa meidät virtuaaliselle Sienan matkalle, esittämällä videoita opaskiertueita mm. Certosa di Pontignanoon ja paikalliseen leipomoon. Lisäksi saamme pasta carbonaran ja ragun reseptit päästäksemme oikeaan italialaiseen tunnelmaan kotisohvalta käsin. Päivien päätteeksi varattu tunnin vapaa keskustelu tarjoaa

runsaasti mielenkiintoisia keskusteluja etenkin metodologian suhteen. Harmillisesti suuren osallistujamäärän etäyhteydellä toteutettu keskustelu tarjoaa kuitenkin hyvin rajatut verkostoitumismahdollisuudet. European Pain School oli antoisa kokemus ja tarjosi loistavan mahdollisuuden perehtyä muiden tutkijoiden aiheisiin ja näkemyksiin. ■

Haluan lämpimästi kiittää SKTY:tä osallistumiseni tukemisesta.

Taltuta kipu



Taltuta kipu
Istuvan ihmisen käsikirja
Kirjoittaja: Hannu Luomajoki
Toimittaja: Anna Sievinen
WSOY 2021
268 sivua
ISBN: 978-951-0-46704-6

Fysioterapian professori Hannu Luomajoki hoitaa vastaanotollaan tuki- ja liikuntaelinvaivoista (TULES) kärsiviä potilaita. TULES-vaivat ovat erittäin yleisiä ja useimmiten vaarattomia. Potilaat ovat kuitenkin usein pelokkaita ja epätietoisia siitä, miten näitä vaivoja hoidetaan. Tutkimustietoa on nykypäivänä saatavilla paljon, ja Luomajoki halusi saada sen tiedon ihan tavallisten ihmisten saataville. Tästä ajatuksesta syntyi kirja Taltuta kipu – Istuvan ihmisen käsikirja. Luomajoki pyysi avukseen toimittaja Anna Sievisen, koska halusi saada ammattikielen käännettyä kaikille ymmärrettävään muotoon.

Kirjan alussa Luomajoki kertoo yleisesti tuki- ja liikuntaelimistön toiminnasta; siitä miten ihminen on muuttunut vuosituhansien saatossa metsästäjästä maanviljelijän kautta nykyihmisen kehoon. Metsästäjäaikoina ihmiskeho oli vahva ja ihmiset olivat liikunnallisesti aktiivisia. Maanvilje-

lysaikoina ihmisten pituus lyheni ja luumassa rupesi heikkenemään. Luumassan heikkeneminen johtui vähäisemmästä kiipeilystä kuin metsästäjäaikoina. Lisäksi Luomajoki kertoo yleistä anatomiasta ja siitä mistä ihminen koostuu ja mitä tapahtuu, jos jokin ei elimistössä toimi kunnolla.

Ensimmäisessä osiossa käy hyvin selkeästi esille se, miten tärkeää liikunta on ihmiselle. Onhan se toki kiva työpäivän jälkeen upota sohvan nurkkaan, mutta siinä saa hyvin äkkiä itsensä sekä väsyneeksi että paikkansa jumiin. Luomajoki kertoo mielenkiintoisista muutoksista, joita vuosien varrella on tullut ohjeistuksiin eri tuki- ja liikuntaelimistön vaivoihin. Hyvänä esimerkkinä on alaselkäkiput, jotka ovat nykypäivänä hyvinkin tuttuja. Aikaisemmin ihmisiä kehoitettiin lepäilemään, mutta nykyohjeen mukaan suositellaan korkeintaan pari päivää lepoa ja sitten liikkeellelähtöä. Luomajoen yhtenä teesinä onkin, että kaikki liikunta on hyvästä – on se sitten joogaa tai juoksua sillä ei ole väliä, kunhan liikkuu.

Kirjan toisessa luvussa käydään tarkemmin läpi liikuntakoneistomme huoltoa. Siinä missä liikkuminen on ihmiskeholla tärkeää, yhtä tärkeänä voidaan myös pitää riittävää lepoa. UKK-instituutti on antanut suositukset siitä, miten paljon meidän pitäisi liikkua viikossa. Täytyy muistaa myös se, että myös hyötyliikunta lasketaan mukaan. Istumatyötä tekevien on hyvä muistaa pitää säännöllisesti pieniä ja loittelutaukoja.

Kolmannessa luvussa käydään hie- man läpi tuki- ja liikuntaelinvaivojen yleisyyttä ja pohditaan sitä, miksi ne ovat niin yleisiä. Luomajoen mukaan meidän elintavoissamme löytyy syy selkäkipuille, eikä se ole kovin yllättävä: istumme lähes koko työpäivän ajan. Biopsykososiaalinen lähestymismalli toimii myös tässäkin yhteydessä: käytännössä kaikella, mitä teet ja mitä ympärilläsi tapahtuu, on vaikutusta hyvinvointiisi.

Seuraavissa luvuissa käsitellään mm. sitä mitä eroa on vaivalla ja sairaudella. Luomajoen mukaan näiden termien välillä on edelleenkin väärinymmärryksiä. Yleensä tuki- ja liikuntaelinten ongelmat ovat nimenomaan vaivoja eivätkä johdu mistään sairaudesta. Jos vaivalle on jokin selkeä lääketieteellinen diagnoosi, niin silloin voimme puhua sairaudesta. Vaivat ovat yleensä korkeintaan pari päivää lepoa ja sitten liik- keellelähtöä. Luomajoen yhtenä teesi- nä onkin, että kaikki liikunta on hyvästä – on se sitten joogaa tai juoksua sillä ei ole väliä, kunhan liikkuu.

Kuudennessa luvussa Luomajoki kertoo kivun anatomiasta. Kipu - niin ikävää kuin se onkin - on tärkeä keino elimistölle varoittaa, kun vaara uhkaa. Onneksi akuutista kivusta toipuu yleensä melko nopeasti, kun kivun aiheuttama vamma on parantunut. Valitettavasti kaikilla ei näin käy, ja kivut

jäävät kiusaamaan pidemmäksi aikaa. Sillä onkin suuri merkitys, miten ammattilainen kertoo asiakkaalleen, mikä on pielessä. Sanavalinnoillaan voi vaikuttaa siihen, miten potilas sen jälkeen kokee kipunsa. Sosiaali- ja terveystoiministeriön 2017 vuonna julkaistun raportin mukaan, joka viides työikäinen kärsii kroonisista kivuista, joten ongelma ei ole ihan pieni.

Seitsemännessä luvussa pohditaan sitä, miten päästään takaisin terveeksi. 2000-luvun alussa oli tehty koe missä tehtiin kysely selkäkipuisille. Tämän jälkeen testi tehtiin myös ammattilaisille. Ammattilaiset saivat huomattavasti paremmat tulokset. Kipututkija Moseley piti tämän jälkeen päivän mittaisen kurssin selkäkipuisille ja kurssin jälkeen testi tehtiin uudelleen. Selkäkipuiset saivat paremmat tulokset kuin ammattilaiset. Tämä osoittaa hyvin sen, että mitä parempi käsitys ihmisellä on kivusta sitä paremmin hän ymmärtää kipua. Näin hän pystyy myös paremmin hoitamaan ja auttamaan itseään. Testistä ilmeni myös se, että ammattilaiset usein aliarvioivat potilasta. Aliarvioinnin ja ajanpuutteen vuoksi helposti tyydytään selittämään asiat potilaalle vähän sinne päin.

Kirjansa viimeisessä luvussa Luomajoki käy läpi yleisimpiä tuki- ja liikuntaelinvaivoja. Hän kertoo mistä niissä on kyse ja miten niitä tunnistetaan. Luvussa käydään myös läpi ne keinot, miten ihminen itse voi niitä yrittää hoitaa, eikä nämä vaivat edes aina välttämättä vaadi lääkärikäyntiä. Myös jokaisen vai-

van kohdalla Luomajoki kertoo, voiko vaivoja ennaltaehkäistä.

Kaiken kaikkiaan Taltuta kipu on erittäin kattava teos tuki- ja liikuntaelinvaivoista. Kirja on selkeästi jaoteltu aiheiden mukaan ja helppolukuinen. Mielestäni Luomajoki on onnistunut juurikin siinä, mitä kirjalta haki, eli tekemään kansankielisen kirjan yleisistä elämänlaatua heikentävistä vaivoista. Lähes kaikki kokevat jossain vaiheessa elämänsä akuuttia kipua ja tietävät, ettei se ole mikään mukava kaveri. Tärkeää onkin että potilas saa jo akuutissa vaiheessa riittävästi ymmärrettävää tietoa tilastaan pystyäkseen itse hoitamaan itseään, jolloin pystyttäisiin vau- kuttamaan myös kivun pitkittymisen ehkäisyyn.

Liikunnan tärkeyttä ei voi missään nimessä korostaa liikaa. Se on koko kehon hyvinvoinnille hyväksi. Jo lapsilla ja nuorilla kuitenkin esiintyy pitkittynyttä kipua. Myös rentoutuminen ja palautuminen pitäisi muistaa. Tasapaino oman elämänsä karusellissa on näinä päivinä varmasti koetuksella itse kullakin. Kirja herättää miettimään, voisiko itsekkin vielä enemmän kertoa potilaille kivusta ja toipumisesta. Monesti kuitenkin hyvin informoitu potilas kuitenkin toipuu leikkauksestaikin nopeammin, kun hän ymmärtää miksi on kipeä ja miten tärkeää on lähteä liikkeelle leikkauksen jälkeen.

Omassa työssäni kirurgisella osastolla on pääsääntöisesti akuutista leikkauksen jälkeisestä kivusta kärsiviä potilaita, mutta tuki- ja liikuntaelin-

vaivojen yleistymisen on havaittavissa myös näillä potilailla. Välillä todella surullistakin kuunnella heidän tarinoita siitä, miten epäonnistuneeksi he ovat kokeneet kivun hoidon kohdallaan. Näin ei kuitenkaan saisi olla. Tämän takia olisikin tärkeää, että ihmiset ottaisivat itse enemmän vastuuta tuki- ja liikuntaelimistön kunnosta huolehtimisesta. Siinä mielestäni tämä kirja on hyvä työkalu kaikille, jotka haluavat pitää langat omissa käsissään. Suositelen myös lämpimästi ammattilaisia ottamaan kirjan käteen, koska aina voi oppia jotain uutta tai kerrata jo oppi- miensa asioita. ■

Teresa Autio

kipuhoitaja/sairaanhoitaja

STING – luusyöpäkivun uusi ja tehokas lievittäjä

Luuhun metastasoitunut syöpä voi tunnetusti aiheuttaa erittäin voimakkaan ja vaikeasti hoidettavan kivun. Yhdysvaltalaisessa Duke-yliopistossa toimiva tutkimusryhmä selvitti, voisiko immuunijärjestelmään vaikuttava STING (stimulator of interferon genes) lievittää luusyöpäkipua. Kokeellisessa eläintutkimuksessa he osoittivat, että systeemisesti annosteltu STING-agonisti voimakkaasti vähensi luusyöpään liittyvää kivulle herkistymistä, lisäsi eläinten liikkumista sekä vaimensi luusyöpäkivusta kärsivien eläinten ääreiskipuhermosyiden sähköfysiologisia vasteita. STING-agonistihoito myös vähensi syövän aiheuttamaa luutuhoa, mihin liittyi STING-hoidon suora luutuhoa estävä vaikutus, joka ilmeni osteoklastien (luunsyöjäsolujen) ilmentymisen vähentymisenä. STING-agonistit voivat tutkimuksen perusteella tarjota tehokkaan ja monivaikutteisen luusyöpäkivun hoitomuodon, joka toisaalta suoraan vähentää luusyöpäkipua välittävien hermosolujen toimintaa ja samaan aikaan myös suoraan estää syövän aiheuttamaa luutuhoa.

Wang K, Donnelly CR, Jiang C ym. STING suppresses bone cancer pain via immune and neuronal modulation. Nat Commun 2021;12:4558.

Antti Pertovaara

Sadut lasten kivunlievittäjinä

Brasiliassa tutkittiin seitsemänvuotiailla lapsilla lievittääkö mielisatujen kuuntelu kipua. Vertailuryhmälle kerrottiin arvoituksia (esim. mikä on syömäkelpoista, mitä ei kuitenkaan syödä). Kivun lisäksi mitattiin syljestä kortisolin ja oksitosiinin pitoisuudet. Kortisoli toimi stressitason mittarina. Oksitosiinin puolestaan on aiemmin osoitettu korreloivan mm. empaattisuuteen ja oksitosiinilla on myös osoitettu olevan kipusolujen toimintaa lamaavia ominaisuuksia. Tulosten mukaan mielisatujen kuuntelu vähensi merkittävästi enemmän kipua kuin arvoitustestävien kuuntelu. Mielisatuja kuultuaan lapset myös valitsivat enemmän positiivisia emootioita kuvaavia sanoja. Sekä mielisatujen että arvoitusten kuuntelun jälkeen stressimittarina käytetyn kortisolin pitoisuus laski, mutta lasku oli suurempi satujen jälkeen. Positiivisiin emootioihin liitetyn oksitosiinin pitoisuus puolestaan nousi sekä satuja että arvoituksia kuunnelleilla lapsilla, mutta oksitosiinin nousu oli liki kaksi kertaa suurempi satuja kuunnelleilla. Tulosten mukaan satujen kerronta voisi tarjota yhden lisävaihtoehdon lasten kivunhoitoon.

Brockington G, Gomes Moreira AP, Buso MS ym. Storytelling increases oxytocin and positive emotions and decreases cortisol and pain

in hospitalized children. PNAS 2021;118:e2018409118.

Antti Pertovaara

Korvaoireet TMD- ja kasvokipupotilailla (TMD, temporomandibular disorders, purentaelimistön kipu ja toimintahäiriöt)

TMD-potilaat kärsivät usein myös korvaoireista kuten korvakivusta, ääniherkkyydestä tai muuntuneesta kuulosta. Göteborgilainen tutkimus pyrki selvittämään korvaoireiden yhteyttä purentaelimistön kiputiloihin.

Korvaoireet ovat yleisiä TMD-potilailla, mutta oireiden syy on tärkeä selvittää. Toispuolisen kuulohäiriön tai korvan tukkoisuuden takana saattaa olla esim. vestibulaarischwannooma. Samoin, toispuolisista korvaoireista tai päänsärystä ja/tai niskakivusta kärsivä potilas on aiheellista tutkia mahdollisen neoplasian poissulkemiseksi.

Korvaoireiden havaittiin korreloivan vahvasti saman puolen purentalihasten arkuuteen. Leukanivelkivun syynä saattaa olla artriitti tai jännittyneisyyden tai hyperaktiivisuuden aiheuttamana leukanivelen ylikuormittuneisuus. Leukanivelen naksuminen ei sen sijaan korreloinut korvaoireisiin.

Hampaiden asentosuhteen ja TMD-oireiden yhteyttä ei nykykirjallisuudessa ole todettu, mutta tässä tutkimuksessa jotkut purentainterfe-

renssit näyttivät provosoivan leukanivelkipua.

Ne TMD-potilaat, joilla oli myös korvaoireita raportoivat kasvokipua sekä masennusta ja somatisaatio- taipumusta. TMD:lla onkin aiemmin näytetty vahva yhteys masennukseen ja somatisaatiohäiriöön (Manfredini et al., 2010).

Aiemmassa saman göteborgilaisen klinikan tutkimuksessa (Mejersjö & Näslund, 2016) TMD-kivun tutkimusprotokollaan sisältyi myös korvalääkärin tutkimus: patologisia muutoksia ei havaittu alentunutta kuuloa lukuunottamatta. Nyt kyseessä olevan tutkimuksen potilaista suuri osa, 39 %, oli kuitenkin ollut lääkärin tutkittavana korvaoireiden vuoksi ennen TMD-lääkärin vastaanottoa.

Konklusiona tutkijoiden mukaan yli 50 % TMD-potilaista kärsii myös korvaoireista, yleisimmin korvan tukkoisuudesta ja korvakivusta. Korvaoireisiin liittyi jokin purentaelimistön parafunktio (esim. bruksismi, purukumin jauhaminen, kynsien pureskelu) sekä saman puolen lihasarkuus.

Mejersjö, C., & Pauli, N. (2021). Ear symptoms in patients with orofacial pain and dysfunction - An explorative study on different TMD symptoms, occlusion and habits. Clinical and Experimental Dental Research, 7(6), 1167–1174. <https://doi.org/10.1002/cre2.457>

Tiina-Riitta Vuorjoki-Ranta

Intraoperatiivisen metadonin vaikutus leikkauksen jälkeiseen kipuun lapsilla

Metadoni on opioidi, jonka vaikutusaika hitaan eliminaation takia on selvästi pidempi kuin morfiinilla ja oksikodonilla. Intraoperatiivisesti annettavan metadonin käyttö postoperatiivisen kivun hoidossa lapsilla on lisääntynyt vaikka optimaalista annostelua ei vielä tiedetä. Aikaisemmissa tutkimuksissa yksittäinen iso annos (0,1-0,3 mg/kg) metadonia intraoperatiivisesti aiheutti epätasaisen analgesian ja sivuvaikutuksia. Tämän Yhdysvalloissa tehdyn tutkimuksen tekijät olivat havainneet edellisessä tutkimuksessa, että toistuvien pienten perioperatiivisten metadoniannosten jälkeen analgesia oli tasainen, opioidien tarve pienempi eikä hengityslamaa esiintynyt. Nyt tässä prospektiivisessä tutkimuksessa selvitettiin saavutetaanko tällä protokollalla turvalliset ja tehokkaat metadonipitoisuudet ja tasainen postoperatiivinen kivunlievitys. Tutkimukseen osallistui 38 nuorta, joille tehtiin posteriorinen skolioosileikkaus (PSF) tai kuopparinnan korjausleikkaus (PE). Metadoni annosteltiin leikkauksen aikana laskimonsisäisesti 0,1 mg/kg, (max 5 mg) ja leikkauksen jälkeen suun kautta 12 tunnin välein 3-5 annosta. Analgesiaprotokolla oli mul-

timodaalinen. Verinäytteistä määritettiin R-ja S-metadoni, metadonin metaboliitteja sekä alpha-1 acid glycoproteiini, johon metadoni sitoutuu. Lisäksi havainnointiin postoperatiivisen kivun voimakkuus, pahoinvoinnin ja oksentelun (PONV) ja hengityslaman esiintyminen sekä QT-ajan pidentyminen. Tutkimuksessa todettiin, että usean pienen metadonianoksen jälkeen veripitoisuudet olivat matalat ja turvallisella tasolla (<100 ng/ml) eikä hengityslamaa tai QT-ajan pidentymistä esiintynyt. Lisäksi 0-72 tunnin aikana saavutettiin merkitsevä opioideja säästävä vaikutus verrattuna aikaisempiin lapsilla julkaistuihin tutkimuksiin. Kirjoittajat totesivat myös että kuvattu menetelmä säästi kustannuksia, koska potilaat joille tehtiin PSF eivät tarvinneet lainkaan opioidin itseannostelua (PCA, patient controlled analgesia). Potilaat myös kotiutuivat aiempaa nopeammin. Isompia tutkimuksia kuitenkin tarvitaan harvinaisempien sivuvaikutusten havaitsemiseksi ja esim. yksilöllisen annostelun teuttamiseksi. Tutkimuksia tarvitaan myös selvittämään estääkö NMDA-reseptoreja salpaava metadoni kroonisen leikkauksen jälkeisen kivun kehittymistä.

Sadhasivam S, Aruldas B, Packiasabapathy S ym. A novel perioperative multidose methadone-based multimodal analgesic strategy in children achieved safe and low analgesic blood methadone levels enabling opioid-

sparing sustained analgesia with minimal adverse effects. Anesth Analg 2021, 133 (2):327-337.

Arja Hiller

Keskiaivojen dopamiinijärjestelmä myötävaikuttamassa kipuherkkyyden sukupuolieroihin

Yhdysvaltalainen työryhmä selvitti, voisiko kivun säätelylle keskeisessä keskiaivoharmaassa sijaitsevan dopamiinijärjestelmän toiminta olla myötävaikuttamassa kipuherkkyyden sukupuolieroihin. Kokeellisessa eläintyössä he osoittivat, että keskiaivoharmaan ventolateraaliseen osasta ylöspäin (bed nucleus of stria terminalis-rakenteeseen) nousevien dopaminergisten hermorojen aktivointi vähensi kipuherkkyyttä sekä terveillä että tulehduskivusta kärsivillä uroksilla. Naarailla sen sijaan tämän saman nousevan dopaminergisen radan aktivointi lisäsi eläinten liikkumista, mutta naaraiden vasteherkkyys kipuärsykkeille ei muuttunut. Tutkimuksen perusteella sukupuoleen liittyvät erot keskiaivoista nousevan dopaminergisen radan vaikutusmekanismeissa voivat olla myötävaikuttamassa sukupuolieroihin kipuherkkyydessä.

Yu W, Pati D, Pina MM ym. Periaqueductal gray/dorsal raphe dopamine neurons contribute to sex differences in pain-related behaviors. Neuron 2021;109:1365-80.

Antti Pertovaara



Anneli Vainio

Huoli, taakkasiirtymä ja maailman parantaminen

Kaksikymmentä vuotta sitten ei Suomessa ollut kerjäläisiä. Sodan jälkeen UNICEF lähetti suomalaisille lapsille ruokaa ja vaatteita, jakoi rokotteita ja tuki neuvoloiden toimintaa. Apua lähettivät myös Yhdysvallat, Britannia, Sveitsi, Tanska ja Ruotsi ja jopa Etelä-Afrikka ja Argentiina. Siksi sodasta toipuvassa Suomessa ei nähty kerjäläisiä. Nyt näkyy, vaikka maamme ja koko Eurooppa ovat nykyään paljon rikkaampia kuin sodasta toipuessaan.

Palattuani ulkomailta Suomeen tuntui luonnolliselta kysellä töitä Global Clinicistä. Sitä oli vaikea löytää, mutta ostoskeskuksen ystävällinen vahtimestari tiesi neuvoa tien. Paikasta puuttuivat kaikki huppean lääkärikeskuksen tunnusmerkit. Potilaat odottivat käytävällä, ja vastaanottotilan virkaa teki kaksi pientä ikkunatonta koppia täynnä tavaraa. Paikalla oli kaksi nuorta lääkäriä ja kaksi hammaslääkäriä. Tunnelma oli rento, toverillinen ja toiveikas.

Tutkimme Marian, 23-vuotiaan raskaana olevan romaninaisen, jolla oli selkäsärkyä. Ultraäänitutkimus osoitti sikiön olevan kaksitoistaviikkoinen. Näytimme nuorelle äidille ultraäänikuvaa. Hän hymyili onnellisena, ja meidän lääkärienkin silmät kostuivat. Kuumeinen nainen täytyi lähettää sairaalaan suonen sisäistä antibioottilääkitystä varten. Hän kertoi asuvansa teltassa ja työskentelevänsä päivät myymässä Iso Numero-lehteä kaupungilla. Kaksivuotias poika ja aviomies olivat jääneet Romaniaan. Esiliinanaan hänellä oli anoppi, joka istui odotushuoneessa.

Kollegani kirjoitti lähteen HUSiin, ja läh-

din saattamaan naisia Meilahteen. Pystyimme keskustelemaan italiaksi. Sairaalan ensiavussa meitä kohdeltiin hyvin. Maria oli onnellinen saadessaan lämpimän vuoteen ensimmäistä kertaa kolmeen kuukauteen. Bussimatkan jälkeen katsoin uusin silmin pysäkkien mainoksia uudesta urheilukeskuksesta. Sport Arenalla oli kuulemma Boulderin-seinä ja hienot Street Training -fasilitetit. Toiset kiipeilevät seinille tuhannen viidensadan neliömetrin lämpöisesä hallissa. Toiset nukkuvat teltassa, samassa kaupungissa. Maailma on jäätävän kylmä.

Tapasin Marian sattumalta uudestaan maraskuussa Rautatieaseman läpi kävellessäni. Hän asui edelleen teltassa ja oli kohta menossa takaisin sairaalaan tarkastuskäynnille. Pari viikkoa myöhemmin etsin Marian käsiini uudestaan kysyäkseni, mitä hänelle kuuluu. Raskaus oli mennyt kesken kuudennellatoista viikolla. Nainen näytti käsillään, että kuollut sikiö oli ollut miltei kahdenkymmenen senttimetrin pituinen. Kasvot olivat itkettyneet. Maria sanoi haluavansa lähteä takaisin Romaniaan perheensä luo. Minulla ei ollut tarpeeksi rahaa lentolippuun, mutta annoin, mitä kukkarossani oli. Jälkeenpäin etsin Mariaa muutaman kerran kulkiessani Rautatieaseman läpi. En löytänyt enää häntä enkä anoppiakaan.

Paperiton Maria ja hänen anoppinsa ovat keskuudessamme eläviä muukalaisia. He ovat kotimaassaan kohdanneet köyhyyttä, syrjintää, vainoa ja julmuutta ja joutuneet sen takia lähtemään kauas kotoaan. He elävät vieraassa maassa eristettyinä valtaväestöstä, toisen luokan



Eero Antturi

kansalaisina. Heitä on maailmassa miljoonia, ja he kantavat mukanaan menetyksen jälkiä. Taakkojen taustalla voi olla vuosisataista sortoa, sotia, poliittisia kamppailuja, hirmutekoja, uskonnollisia ristiriitoja ja taloudellista ahdingkoa, joiden aiheuttamat traumat voivat periytyä tiedostamattomia reittejään sukupolvelta toiselle. Psykoanalytikot Martti Siirala ja Pirkko Siltala ovat tarkastelleet tätä taakkasiirtymää yksilön, perheen, yhteiskunnan ja kokonaisten kansakuntien piilotajuisena näyttämönä. Muistissamme ovat Stalinin ja Hitlerin hirmuteot, Afrikan valtioiden johtajien, entisen Jugoslavian ja viimeksi Syyrian, Valko-Venäjän, Venäjän ja Kiinan johtajien raakuudet.

Pelkäämme konflikteja, sotia, pandemiaa ja ilmastomuutosta. Pelko aiheuttaa meissä ahdistusta, suojautumista ja vihaa – miten meidän käy? Se aiheuttaa itseensä käpertymistä ja vihaa myös kokonaisissa kansakunnissa ja väestöryhmissä, ja tätä vihaa voidaan myös lietsoa oman vallan ja poliittisten tarkoitusprien

saavuttamiseksi. Muistaminen, muistelemine ja puhuminen, muistojen jakaminen, kertominen ja taide ovat keinoja purkaa historian taakkoja. Ne ovat myös keinoja työstää nykypäivän pelkoja. Pirkko Siltala löytää myös toisen ratkaisun: vastauksena pelkoon voi olla huoli. Tunnemme huolta lapsistamme ja lähimmäistämme, mutta myös luonnosta ja yhteisestä maapallostamme. Huoli tuottaa huolenpitoa ja huolehtimista, pieniä ja suuria hyviä tekoja.

Margharita, huonojalkainen vanha romanilaisnainen oli lähtenyt kauas Suomeen suojelemaan miniäänsä ja valvomaan, että tytöllä kaikki sujuu hyvin. Hän ei kuitenkaan onnistunut suojelemaan tätä pakkaselta. Global Clinic auttaa ja toimii siltana kulttuurien välillä. Voimme vaikeina aikoina ja huoltenkin keskellä jakaa toistemme taakkoja ja huolehtia toisistamme ja yhteisestä planeetastamme. Viha hajottaa ja repii, huoli tuottaa tekoja ja rakentaa siltoja ihmisten välille. Sellaisena se on sukua rakkautelle. ■



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 1 000 (2022).

Yhdistys toteuttaa tarkoitustaan

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

SKTY:n hallituksen jäsenten yhteystiedot

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

Sihteeri **Tiina-Riitta Vuorjoki-Ranta**
siht@skty.org

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

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



www.efic.org



www.sasp.org

Kiinnostava kipu



Maiju Marttinen
SKTY:n puheenjohtaja

Kipu on kaikessa monimutkaisuudessaan kiinnostava ja monitahoinen ilmiö! Tämän havainnon tein nopeasti aloittaessani erityisikäryhmien kipua tarkastelevaa väitöskirjatutkimustani. Väitöskirjani aihepiiriin sukeltaessani ymmärsin, miten lääketieteen ytimessä kivun hoidossa ollaan. Suotta ei puhuta kokonaisvaltaisesta hoidosta – sitä kivun hoito nimenomaan on. Välillä tuntuu, että ylötsikko 'kipu' ei lainkaan riitä kuvaamaan kaikkia kivun erilaisia ilmentymismuotoja. Kivun fysiologiaa voisi pöntätä tuntikausia, niin hämmästyttävää se on – ja läheskään kaikkea ei vielä edes tiedetä. Puhumattakaan kipuaan läheisesti liittyvistä psykologisista ilmiöistä ja toimintamalleista.

Kipu ei koskaan ilmennyt kahdella yksilöllä täysin samalla tavalla. On kliinikon ammattitaitoa hivelevää tietää, että hyvään kivun hoitoon ei ole oikotietä. Potilas täytyy tuntea. Hoidossa yhdistyy tarve hyvälle vuorovaikutustaidoille ja monipuoliselle ammattiosaamiselle.

Työskentelin aiemmin terveyskeskuksessa hoitaen etupäässä työikäisiä ja ikääntyneitä pitkityneen kivun potilaita. Monesti sain laittaa itseni likoon pohtiessani potilaille sopivia hoitomuotoja rajatuilla resursseilla. Nykyisessä työssäni Uuden lastensairaalan Lasten kipukeskuksessa tapaan sekä pitkittänyttä kipua, postoperatiivista ja syöpäkipua että elämän loppuvaiheen kipua kokevia lapsia ja nuoria. Potilaan iästä ja kivun taustatekijöistä riippumatta on ammattilaiselle aina uniikki prosessi yrittää kartoittaa, mitkä kaikki tekijät ovat muodostamassa kunkin yksilön kipukokemusta. Omalla kohdallani juuri se on kipulääkärin työn suola.

Kivun hoidosta hurmioituneena olen huolestuneena seurannut kivun hoidon ongelmattikan julkista ruodintaa sekä kuunnellut muiden erikoisalojen kollegoideni pohdintoja kipupotilaiden hoidon hankaluuksista. Vaikeaa. Mitä sitä vielä keksisi. Potilaan kärsimys on käsin kosketeltavaa. Miten sinä oikein jaksat tavata näitä potilaita joka päivä? Sitä minulta usein kysytään. Ammattilaisten riittämättömyyden ja keinottomuudenkin kokemus ei voi olla toisinaan heijastumatta potilaan kokemukseen. On selvää, että eri alojen ammattilaisille tulee saada lisää keinovalikoimaa kipupotilaiden hoitoon.

Tarkastelen innostunein mielin alkavaa puheenjohtajakauttani Suomen Kivuntutkimusyhdistyksessä. Koen, että SKTY:llä on velvollisuus – ja toisaalta mahdollisuus – kehittää kivun hoitoa sellaiseen suuntaan, että mahdollisimman moni klinikko ymmärtäisi kivun hoidon kiinnostavuuden siten, kuin me kipuammattilaiset olemme sen ymmärtäneet. Tähän tarvitaan laaja-alaista eri erikoissairanhoidon klinikoihin ja perusterveydenhuoltoon suunnattua koulutusta. Uskon, että kiinnostus ruokkii parempaa hoitoa ja kiinnostus voi syntyä vain ymmärryksen kautta.

Tarvitaan myös lisää laadukasta kipututkimusta ja tietoa nykyhoitomme vaikuttavuudesta. Tässä näen tärkeänä yhteistyön skandinaavisten sisaryhdistysten kanssa. Ennen kaikkea tarvitaan entistä tiiviimpää keskustelua ja yhteisiä toimintamalleja meidän, SKTY:n jäsenten, ja yksiköidemme välillä.

Odotan innolla pääseväni kuulemaan ajatuksianne ja ideoitanne kivun hoidon ja tutkimuksen kehittämisestä Suomessa. ■

Puheenjohtajan perintö



Petteri Koho

Henkilökohtaisesti puheenjohtajakausi on ollut antoisa. Se on avannut uusia näköaloja ja antanut uudenlaista perspektiiviä. Olen saanut tavata uusia, toimeliaita ja aikaansaavia ihmisiä. Puheenjohtajakaudelleni osui muutamia uudistuksia sekä ulkoisia, yhdistyksestä riippumattomia tekijöitä, jotka hankaloittivat toimintaa.

Yhdistyksen yleisten kokousten osalta siirtyminen keväisestä vuosikokouksesta kevät- ja syyskokouksiin selkeytti ja jäseni toimintaa. Muutoksen yhteydessä yhdistyksen sääntöjä hieman muutettiin ja samalla otettiin käyttöön talousohjesääntö, jonka tarkoituksena on tehdä taloudenhoidosta läpinäkyvämpää kokoamalla yhteen ohjeet, joiden mukaan taloutta ja hallintoa hoidetaan.

Merkittävä muutos oli myös se, että yhteistyökumppaneiden löytäminen osoitautui kovin haastavaksi. Vaikutus yhdistyksen taloudelliseen tilanteeseen jäi kuitenkin hyvin pieneksi, kiitos hyvin onnistuneiden koulutustilaisuuksien ja tarkan talouden pidon. Taloutta tukevien yhteistyökumppaneiden puuttuminen osoitti yhdistyksen voivan tulla itsenäisesti toimeen taloudellisesti ja toisaalta se antaa meille myös 'henkisen' riippumattomuuden taloudellisista tukijoista. Joissain maissa tämä on ollut tietoisesti valittu linja.

Koronan aiheuttamista haasteista;

yhdistyksen koulutustilaisuuksien järjestämisestä, hallituksen ja toimikuntien kokousten pitämisestä on selvitty vähintäänkin kohtuullisesti. Olemme oppineet tulemaan toimeen vallitsevissa olosuhteissa ja sopeuttaneet toimintaamme niihin. Etäkokouksen pitäminen onnistuu teknisesti hyvin, jotain olennaista kuitenkin puuttuu. Tarve kohdata kasvokkain, vaihtaa ajatuksia ja ideoita on kuitenkin suuri. Spontaaneja, suoran vuorovaikutuksen stimuloimia ideoita on ehkä syntynyt vähemmän.

Jätän puheenjohtajuuden hyvillä mielin Maiju Marttisen tarmokkaaseen huomaan. Lämmin kiitos kaikille aikanaani hallituksessa olleille sekä toimikuntien jäsenille. SKTY:n toiminnassa on paljon vakiintuneita ja toimivia, hyviä käytäntöjä. Silti ne eivät ole itseisarvoja tai betonoituja tapoja, joita ei tarvittaessa voisi edelleen kehittää. Ajatus SKTY:n mission, arvojen ja vision kirkastamisesta ja kirjaamisesta yhteiseksi toiminnan suunnaksi on ollut suunnitteilla. Toivottavasti koontumisrajoitusten purkaminen helpottaa ajatuksen loppuunsaattamista. Toinen kehittämisalue on hallituksen ja toimikuntien välisen yhteistyön lisääminen. Lisäksi toivon jäsenistöstä löytyvän halukkaita kipulääkäri- ja yhteiskunnallisen vaikuttamisen toimikuntien toiminnan elvyttämiseen. ■

SKTY:n hallituksen kuulumisia

Suomen kivuntutkimusyhdistyksen hallituksen jäsenistö on osittain vaihtunut 2022 alkaen. Esittelemme nykyisen hallituksen kokoonpanon. Kysyimme hallituksen jäseniltä heidän nykyisen työtehtävänsä, historian kivunhoidon parissa ja mitä asioita he haluaisivat kehittää kivun hoidossa ja Suomen kivuntutkimusyhdistyksessä.



Maiju Marttinen, puheenjohtaja

Olen Maiju Marttinen, 33-vuotias yleislääkäri. Työskentelen lasten kipulääkärinä HUS Uuden lastensairaalan Lasten kipukeskuksessa. Toimin yksikössämme akuutin ja palliatiivisen kivun vastuulääkärinä ja hoidan myös pitkittyntä kipua kokevia lapsia ja nuoria poliklinikallamme. Arkeni on muotoutunut kokoelmaksi hallittua kaaosta, jonka muodostavat työ, tutkimusharrastus, pikkulapsiarjen touhuilu, erinäiset remonttiprojektit ja rakas polkujuoksu-harrastus.

Uppouduin kipuasioihin väitöskirjatyöni myötä. Olen väitellyt vuonna

2019 lasten, nuorten ja ikääntyneiden kivusta.

Lääkäriksi valmistumisen jälkeen työskentelin aluksi anestesiologiaan ja tehohoitoon erikoistuvana lääkärinä, mikä antoi hyvää pohjaa kivun hoidon ymmärrykselleni etenkin lääkehoidon näkökulmasta. Väitöskirjatyöni myötä innostuin pohtimaan keinoja, joilla suurten väestöryhmien kivun hoitoa voitaisiin kehittää. Hakeuduin töihin terveyskeskukseen, missä keskityin perusterveydenhuollon kivun hoidon ja moniammatillisuutta korostavan työskentelytavan kehittämiseen. Nykyisessä työssäni Lasten kipukeskuksessa aloitin keväällä 2021.

Kivuntutkimus on lähellä sydäntäni ja olen jatkanut tutkimustyötä myös väitöskirjan jälkeen sekä henkilökohtaisesti että ohjaajana. Ajankohtaisesti tutkimuskiinnostukseni suuntautuu ennen kaikkea moniammatillisen kivun hoidon tarkasteluun sekä lasten kivun lääkehoidon uusiin mahdollisuuksiin.

Mielessäni on paljon ajatuksia siitä, kuinka SKTY:n toimintaa voitaisiin mahdollisesti kehittää. Tuoreena puheenjohtajana haluan kuitenkin tässä vaiheessa keskittyä kuulemaan jäsenistömme ääntä muutostarpeista. Olen varma, että saamme yhdessä vietyä SKTY:tä sellaiseen suuntaan, että yhdistyksen toiminta yhä vahvemmin tukisi jäsenistön ammattitaidon kehittämistä, yhteistyötä ja laadukasta suomalaista kivuntutkimustoimintaa.



Ann-Sofi Storbacka varapuheenjohtaja

Olen sairaanhoitaja Ann-Sofi Storbacka. Nykyinen työni on kipukuntoutuksen parissa koordinaattorina ja moniammatillisen tiimin jäsenenä.

Vuodesta 2000 olen tehnyt kipuhoidon työtä Keski-Pohjanmaan keskussairaalassa. Pitkään työnkuvaani kuului sekä krooninen että akuutti- ja syöpäkipu. Vuodesta 2016 työnkuvani muuttui ja toimin nykyään kroonisen kivun hoidon- ja kuntoutuksen parissa.

Olen toiminut seitsemättä vuotta SKTY:n hallituksen jäsenenä ja toista vuotta varapuheenjohtajana. Ennen sitä olin syöpäkiputoimikunnan jäsenenä muutaman vuoden. Olen toiminut myös aki-syki koulutuspäivien järjestelytoimikunnan sihteerinä.

Tavoitteenani on nykyisten laadukaiden koulutus- ja verkostoitumista pahtumien jatkuminen ja niiden järjestelyjen kehittyminen ajan haasteiden mukaan. Koulutuksen suunnittelu/ suuntaaminen niin, että tavoitettaisiin myös nykyisen perusterveydenhuollon piirissä työskentelevät, koska suuri osa

kohtaamisista kipupotilaiden kanssa tapahtuu siellä. Erityispätevyyden, erikoistumisohjelmien ja täydennyskoulutusten mahdollistaminen/jatkumisen kivunhoitotyötä tekeville.



Tiina-Riitta Vuorjoki-Ranta
sihteeri

Olen Tiina-Riitta Vuorjoki-Ranta, Tiiju, hammaslääkäri Helsingistä. Väitelin uniapnean hoidosta apneakiskoilla perusterveydenhoidossa syksyllä 2020. Olen suorittanut kivunhoitolääketieteen opinnot dosentti Heli Forssellin taitavassa ohjauksessa ja lopputentin vuonna 2010. Syvämpi tietämys kivusta ja unesta on osoittautunut hyväksi kombinaatioksi.

SKTY ry:n toiminnassa olen mukana monella tapaa: olen hallituksen sihteeri, kasvokiputoimikunnan jäsen sekä Kipuviesti-lehden toimittaja.

Olen töissä Helsingissä Kalasataman terveyden- ja hyvinvointikeskuksessa, toimenkuvani on tavallisesta hammaslääkärin työstä poikkeava: työhöni kuuluu kasvokipupotilaiden hoito, uniapneapotilaiden hoito apneakiskoilla, suun limakalvosairauksien hoito sekä sellaiset suukirurgiset toimenpiteet, joihin ei tarvita erikoishammaslääkäreitä.

Luin dosentti Heli Forssellin artikkelin kasvokivusta Hammaslääkäri-

lehdessä kauan sitten, kiinnostuin aiheesta ja soitin Hammaslääkäriliittoon kysyäkseni mistä saisin lisää tietoa kasvokivuista ja kivunhoidosta. Liiton toimiston virkailija tyrmäsi minut samantien: unohda koko juttu koska et ole erikoistunut – kivunhoito ei ole sinua varten.

Tätä nieleskelin aikani, kunnes huomasin Hammaslääkärilehdessä pienen ilmoituksen Suomen kivuntutkimusyhdistys ry:n vuosikokouksesta Kuopiossa 2007. Innostuin taas ja matkustin Kuopioon ja onnekseni mukana kokouksessa oli anesthesiologi Päivi Ruismäki, liian aikaisin edesmennyt rakas ystäväni.

Tämän jälkeen uskaltauduin soittamaan Turkuun Heli Forssellille, kerroin kiinnostuksestani kivunhoitoon ja hän vastasi lämpimästi: no mutta sehän on hienoa, tervetuloa mukaan! Näin pääsin mukaan Helin vetämään ryhmään opiskelemaan kivunhoitolääketiedettä. Vuodet olivat antoisat ja valtavan mielenkiintoiset ja suoritin kivunhoitolääketieteen hammaslääkäreille suunnatun erityispätevyydentin vuonna 2010.

Olen hoitanut kasvokipupotilaita Helsingin kaupungin Suun terveydenhuollossa reilusti yli kymmenen vuoden ajan. Potilaat ohjautuvat vastaanotolleni hammaslääkäri- ja lääkäri-kollegoiden lähettäminä. Olen päässyt osallistumaan koulutuksiin ja kongresseihin koti- ja ulkomailla. Olen pitänyt kasvokipua koskevia esityksiä lukuisissa eri yhteyksissä perusterveydenhuollossa ja HUSissa.

Kalasataman thk:ssa olen kiputiimin jäsen – olemme kehittämässä helsinkiläisten kivunhoitoa ison aseman etuihin kuuluvan moniammatillisuuden mahdollistamana.

Pidän tärkeimpänä asiana kivunhoidon osaamisen leviämisen perusterveydenhuoltoon. Erikoissairaanhoidon

kipuklinikat ovat ruuhkaisia ympäri Suomen, siksi on tärkeää saada kivunhoidon ammattilaisia lisää perusterveydenhuoltoon. Tämä onnistuu koulutuksella sekä lääkäreiden ja hammaslääkäreiden erityispätevyyskriteerejä päivittämällä. On suorastaan turmiollista, että erityispätevyys nykyisin on mahdollista vasta erikoistumisen jälkeen – tämä vaatimus vähentää tehokkaasti kivunosajien määrää lääkärinkunnassa. Lisäksi – kivunhoitolääketieteen koulutusoikeudet on ainoastaan yliopistotai keskussairaaloitten kipuklinikoilla; on kuitenkin aluesairaaloita, joissa on erinomainen kipuklinikka, hyvänä esimerkkinä Raahen aluesairaala – myös näiden yksiköiden antama koulutus pitäisi hyväksyä erityispätevyyskoulutukseen.

Ylipäätään – kivunhoitolääketieteen opintojen muodollisia esteitä pitäisi tutkia uusin silmin. Koulutusta on syytä edistää kaikin mahdollisin keinoin, ei estää, jotta tulevaisuudessa riittää tämän tärkeän työn tekijöitä.



Marika Karppinen
rahastonhoitaja

Olen sairaanhoitaja ja työskentelen HUS:n Kipuklinikalla. Olen saanut oppia kivun hoitotyöstä parhailta. Reilut 11 vuotta olen ollut osana moniammatillista kivunhoitoa poliklinikalla,

APS-tiimeissä, osastokonsultaatiotoiminnassa sekä stimulaattoripotilaiden hoitopolulla arvioinnista stimulaattorin asennukseen ja hoidon seurantaan. Tällä hetkellä sijoituspaikkani on poliklinikalla Tenholantiellä ja työtehtäväni painottuvat stimulaattoripotilaiden hoitoon.

Yhdistysaktiiviksi ja hallituksen jäseneksi päädyin jokseenkin vahingossa. Taloudenhoitajan tehtävä lankesi minulle, koska en osannut sanoa ei.

Kivunhoidon kehittämisessä mielenkiintoni kohteita tällä hetkellä ovat prosessit ja digitaaliset palvelut, esimerkiksi digihoitopolkujen käyttö, ei pelkästään palveluna potilaille, vaan myös ammattilaisten työvälineenä.



Marion Wuestefeld

Olen Marion Wuestefeld, kotoisin Saksasta. Opiskelin Unkarissa ja erikoistuin psykiatriksi ja sittemmin myös anestesialääkäriksi 1998. Halusimme muuttaa pohjoiseen maahan ja päädyimme Kuopioon vuonna 1998. Aloin työskennellä anestesialääkärinä KYS:ssä. Pekka Pölönen sai houkuteltua minut kipupoliklinikalle. Olen suorittanut skandinaavisen kivun hoidon ja palliatiivisen hoidon erityispätevyyden. Nämä koulutukset ovat laajentaneet kipuammattilaisten verkostoani

suuresti. Verkosto on laajentunut edelleen toimiessani SKTY:n EFIC:n edustajana viime vuosina

Kivun hoidosa erityisesti APS toiminta on ollut lähellä sydäntäni, samoin aikuisten ja lasten syöpäkivunhoito. Minua kiinnostaa myös invasiivinen kivunhoito palliatiivisilla potilailla. Haluan hoitaa potilaitani kokonaisvaltaisesti, kohtaaminen on tärkeää.

SKTY:n hallituksen jäsenenä olen toiminut 2019 alkaen. Akuutin kivun hoidon toimikunnassa jo pidempään, 2012 alkaen.

Tulevaisuudessa haluan viedä eteenpäin pitkäaikaista osaamistani ja kokemustani kivun hoidossa opettamalla nuorempia. SKTY:ssä haluaisin kehittää kipuammattilaisten ja kipupotilaiden (SIP) yhteistyötä.



Anette Lemström

Olen Anette Lemström. Olen töissä HUS Uudessa lastensairaalassa. Olen ammatiltani anestesia- ja leikkaussairaanhoitaja. Minulla on kivunhoidon erityispätevyys. Olen toiminut anestesiahoitajana, päivystyksen sairaanhoitajana ja kipuhuhoitajana Uudessa lastensairaalassa koko työurani, yhteensä lähes 25 vuotta.

Tällä hetkellä työskentelen kipuhoidtajana Uuden lastensairaalan kipukes-

kuksessa. Kivunhoito on aina ollut lähellä sydäntäni. Aloitin akuutin kivun parissa, mutta nykyään toimenkuvaan kuuluu myös kroonisen ja palliatiivisen potilaan kivunhoito. Olen ollut mukana kivunhoidon kehittämisessä lastenkllinikalla ja nykyään Uuden lastensairaalan kipukeskuksessa alusta alkaen. Alkuun kivunhoito Lastenkllinikalla toimi anestesialääkärin ja kipuhuhoitajan voimin 1,5 h joka toinen viikko. Pikkuhiljaa toiminta laajeni ja saimme mukaan muita ammattilaisia. Kipukeskuksen myötä kivunhoito on muuttunut moniammatilliseksi ja nykyään olen tiimissä, jossa toimii kipupsykologeja, erikoislääkäreitä, fysioterapeutteja, musiikkiterapeutti, sosiaalihoitaja, kipuhuhoitajat ja sihteeri.

Tällä hetkellä opiskelen hoitotiedettä ja työskentelen osa-aikaisesti kipuhuhoitajana. Haaveena on kivunhoidon kehittämis- ja tutkimustyö. Olen toiminut SKTY:n lasten ja nuorten toimikunnassa puheenjohtajana kolmen vuoden ajan ja olen ollut toimikunnassa jäsen jo kuusi vuotta.

Olen kiinnostunut lasten ja nuorten kivunhoidosta. Lääkkeetön kivunhoito on minulle erityisen lähellä sydäntä. Koen, että juuri lääkkeetön hoito on se, missä sairaanhoitaja voi toteuttaa omaa ammattitaitoa parhaimmillaan.

Sairaanhoitajien tulisi olla aktiivisempia tutkimus saralla, jotta saadaan laadukkaita valtakunnallisia tutkimuksia lasten ja nuorten kivunhoidon eri osa-alueista. Tämä on hoitajille yhteinen haaste, yhdessä saamme enemmän aikaan. Hoitajien verkostoituminen on avainasemassa.

SKTY:n toiminta tulisi tehdä näkyvämmäksi. Koulutustilaisuuksien järjestäminen, verkostoituminen ja laadukas ammattilainen lehti ovat hyviä menetelmiä. Jäsenistön kasvattaminen ja kansainvälinen yhteistyö ovat tärkeitä.



Tuula Korhonen

Olen Tuula Korhonen, anestesiologian erikoislääkäri ja minulla on kivunhoidolääketieteen erityispätevyys. Kipulääkärinä olen toiminut anestesiatiyon ohessa 1994 alkaen aluksi Kainuun keskussairaalan kipupoliklinikalla ja 2011 alkaen Raahen sairaalassa. Viime vuodet olen toiminut kokopäiväisenä kivunhallinnan ylilääkärinä leikkaus-toiminnan loputtua Raahessa.

Olen 2015 kouluttautunut Englannissa Breathworks mindfulness -kivunhallintaohjaajaksi ja sittemmin myös MBSR-ohjaajaksi. Kipupoliklinikamme kokonaisvaltaisen kivunhoidon painopisteinä ovat lääkkeettömien kivunhallintakeinojen ohjaaminen ja turvallinen kivun lääkehoito. Breathworks-kivunhallintaryhmiä ohjaamme 2–4 vuodessa. Ohjaan myös stressinhallinta- ja myötätuntoryhmiä terveydenhuollon ammattilaisille.

Olen toiminut SKTY:n hallituksessa ja Kipuviestin toimituskunnassa vuodesta 2021 alkaen.

Haluaisin kehittää kivun hoidon moniammatillista osaamista ja yhteistyötä perusterveydenhuollon kanssa koulutuksen ja tutoroinnin kautta. Toivoisin, että kivunhoidon erityispätevyyden palveluiksi voisi jatkossa hakea osittain hyväksyttäväksi myös pienempien sairaaloiden hyvin toimivilla kipuklini-

koilla työskentelyä. Kivunhallintaryhmiä tarvitaan myös perusterveydenhuoltoon ja SKTY voi olla tässä kehityksessä mukana. SKTY:tä tarvitaan laadittaessa ohjeistoja ja koulutuksia opioidien turvallisesta määräämiskäytännöstä.



Jani Takatalo

Olen Fysiatrian erikoislääkäri Jani Takatalo. Toimin Oulun yliopistollisessa sairaalassa kivunhoidon yksikössä vs. apylaisylilääkärinä. Olen toiminut kivunhoidon yksikössä nyt 1,5 vuotta osa-aikaisena ja muu aika menee yksityissektorin fysiatriin töiden, koulutusten pitämisen ja tutkimuksen parissa. Olen koulutukseltani myös OMT-fysioterapeutti ja terveystieteen maisteri. Olen väitellyt Oulun yliopistosta 2015 välilevyasioista ja parhaillaan työstän toista väitöskirjaa, tällä kertaa terveystieteiden puolelle. Kivun hoidon erityispätevyys on myös työn alla ja tämän suorittaminen minun oikeastaan toikin OYS:n kivunhoitoyksikköön töihin.

Fysioterapeuttina ehdin työskennellä TULE-kipujen parissa 8 vuotta ennen kuin siirryin lääkärin tehtäviin. Olen perehtynyt moniin fysioterapeuttisiin hoitokeinoihin osana kivun hoitoa ja myös akupunktio on työvälineenäni aina tarvittaessa. Viimeisen 1,5 vuoden aikana olen perehtynyt kognitiivisen

psykoterapian maailmaan, vaikka ihan terapeutiksi asti ei olekaan tavoitteena ni opiskella. Erityisesti minua kivun osalta kiinnostaa TULE-peräiset kivut, mutta kaiken kaikkiaan kipu ilmiönä ja sen hoito kiinnostaa.

Itse työskentelen enemmän kroonisten vaivojen parissa, jonka vuoksi kivun hoidossa olennaista on mielestäni moniammatillinen yhteistyö ja potilaan kohtaaminen. Näiden kehittäminen ja kipupotilaan hoitoon pääsyn ja oikeasti moniammatillisesti yhteistyössä hoitaminen ovat asioita, mitä näen tärkeänä kehittää edelleen.



Karita Palomäki

Olen Karita Palomäki, yrittäjänä toimiva fysioterapeutti, työnohjaaja ja kouluttaja. Olen erikoistunut psykofyysiseen ja traumainformoituun kivunhoitoon, jota myös koulutan erityisesti omalle ammattikunnalleni, mutta myös muille kivunhoidon parissa toimiville.

Olen työskennellyt aluksi lähinnä tule-asiakkaiden sekä kipuhaasteiden parissa, myöhemmin myös ahdistus-, trauma- ja uupumuspotilaitten parissa. Monilla haasteena on se, että kivun lisäksi oirekuvaan kuuluvat esim. pelot, ahdistus ja unettomuus. Tämän vuoksi halusimme kipupsykologi Juha Siiran

kanssa tehdä kirjan kokonaisvaltaisesta kivun kohtaamisesta ja (itse)hoidosta (Kehon viisaat viestit, Kirjapaja).

SKTY:ssä olen toiminut jo usean vuoden ajan fysioterapeuttitoimikunnan jäsenenä. Tämä on ensimmäinen vuoteni hallituksessa. Kiinnostukseni kohteena on ollut erityisesti traumainformoidun työtapen kehittäminen kivunhoidossa sekä myös kivunhoidon ammattilaisen oma jaksaminen.



Anita Saariaho

Olen Anita Saariaho, anestesiaerikoislääkäri ja kognitiivinen psykoterapeutti. Toimin pääasiallisesti nykyään psy-

koterapeuttina ja jonkin verran myös Raahen sairaalan kipupoliklinikalla.

Olen tehnyt työtä kroonisten kipupotilaiden kanssa neljännesvuosisadan, pitänyt kipupotilaiden ryhmäterapiota, tutkinut kroonista kipua, julkaissut artikkeleita ja väitellyt siitä, luennoinut kroonisen kivun eri näkökulmista, tehnyt vertaisarvioita ja kirjoittanut kollega-tutkijapuolisoni kanssa kognitiivisen psykoterapian oppikirjaan luvun kroonisen kivun psykoterapiasta.

Kivun hoidon edistämisessä haluan tukeutua tieteeseen ja sen tuloksiin, niin että ”from bench to bed”-sykli olisi mahdollisimman lyhyt. Biopsykososiaalinen kroonisen kivun malli ja sen soveltaminen kivun hoidon eri portaissa on edelleen hyvin puutteellista ja heikosti ymmärrettyä. Lisäksi toivon, että kroonisen kivun hoito juurtuisi perusterveydenhuollon normaaliksi tehtäväksi. Tämän päämäärän saavuttaminen on mahdollista edistämällä sekä koulutusta että perusterveydenhuollossa toimivien työskentelyedellytyksiä. ■

Hoitotyön toimikunnan esittely

Hoitotyön toimikunta on perustettu Tampereen vuosikokouksessa 6.2.2003. Toimikunnan alkuperäisenä tehtävänä oli suunnitella, kehittää sekä yhdenmukaistaa sairaanhoitajien ja lähihoitajien kivunhoidon koulutusta valtakunnallisesti. Vuosien aikana toimikunta on pyrkinyt kannanotoillaan vaikuttamaan oppilaitosten kivun hoitotyön opetussisältöihin. Toimikunta on yhteistyössä Turun yliopiston hoitotieteen laitoksen kanssa suunnitellut kivunhoidon täydennyskoulutuksen, joka käynnistyi 2018 ja jatkuu edelleen. Toimikunta on järjestänyt vuosittain vuodesta 2011 alkaen kivun hoitotyötä tekeville sairaanhoitajille verkostoitumispäivän.

- 1. Kuka olet ja missä työskentelet?**
- 2. Kuinka kauan olet ollut toimikunnassa?**
- 3. Mikä sai sinut alun perin kiinnostumaan kivun hoitotyöstä?**
- 4. Miten kipu näkyy omassa työssäsi?**
- 5. Mikä on tulevaisuuden visiosi kivun hoitotyön suhteen?**



Anna-Maija Koivusalo

- 1.** Urani olen aloittanut anestesia-sairaanhoitajana Jorvin sairaalassa. Vuodesta 2004 alkaen olen toiminut HUS Kipuklinikan osastonhoitajana.
- 2.** Toimikunnassa olen ollut pitkään, ainakin 12 vuotta. Sukupolven vaihdos olisi siis tarpeen. Toimin myös toimikunnan puheenjohtajana. Olen ollut kuusi vuotta SKTY:n hallituksen jäsen ja osan siitä ajasta rahastonhoitajana.
- 3.** Kuten jo edellä tuli sanottua, olen alun perin anestesia-sairaanhoitaja ja yksi tärkeä osa anestesiahoitajan työssä on kivunhoito. Valmistuttuani terveystieteiden maisteriksi 2003 aukeni mahdollisuus siirtyä töihin Kipuklinikalle, jossa olen päässyt laajentamaan osaa-

mistani syöpäpotilaiden ja kroonisten kipupotilaiden kivunhoitoon hallinnollisten töiden ohella. Kivunhoidon jatkuva kehittyminen tarjoaa suuren haasteen ja motivaation niin itsensä kehittämiseen kuin kivun hoitotyön kehittämiseen.

4. Nykyisin kaiken työaikana vievät hallinnolliset tehtävät, ja potilaskoh- taamiset ovat jääneet. Työssäni paljon aikaa kuluu sairaanhoitajien työn ke- hittämiseen liittyviin projekteihin; esimerkiksi työn sisällön ja työtapojen kehittämiseen potilaiden tämän päivän tarpeita vastaamaan sekä perehdytyk- sen vakiointiin. Toimin myös Kivun hoitotyön täydennyskoulutuksen yhtenä mentorina jo kolmatta kertaa. Mien- lenkiintoisten tapaamisten ja opiskeli- joiden tehtävien kautta opin joka kerta uutta.

5. Tulevaisuudessa kivunhoitotyötä tekevän sairaanhoitajan erikoisosaami- nen tunnistetaan ja tunnustetaan. Ki- vunhoito ja kivun hoitotyö huomioi- daan paremmin sairaanhoitajien kou- lutuksessa ja erikoistumisopinnot ovat laajasti kaikkien saatavilla. Kivunhoi- don parissa työskentelevien sairaanhoi- tajien verkostoituminen ja keskinäiset konsultaatiot laajenevat. Monin pai- koin kipuhoitaja työskentelee ainoana sairaanhoitajana, joten vertaistuki on erittäin tärkeää.

Lisäksi toivon hoitotyön toimikun- taan lisää aktiivisia jäseniä!



Mari Jokela

- 1.** Olen Mari Jokela, työskentelen Uu- den lastensairaalaan Kipukeskuksessa sairaanhoitajana. Olen käynyt kivun hoitotyön täydennyskoulutuksen.
- 2.** Olen vasta aloittanut toimikunnassa.
- 3.** Kiinnostuin kivun hoitotyöstä val- mistuttuani lähihoitajaksi vuosituhan- nen vaihteessa. Kivun hoitotyö on aina ajankohtaista ja hyvä kivun hoito on merkityksellistä jokaisen ihmisen elä- mänlaadun ja hyvinvoinnin kannalta, iästä riippumatta. Olen työskennel- lyt lasten ja nuorten parissa vuoden verran. Aiempi työkokemukseni on aikuispuolelta kivun hoidon parista Kipuklinikalta. Sain työskennellä osa- na ammattitaitoista moniammatillista työryhmää ja opin siellä paljon kivus- ta ja sen monimuotoisuudesta. Työs- kentelin Kipuklinikalla viitisen vuotta sekä pitkäaikaisen että akuutin kivun hoidossa.
- 4.** Työskentelen ULS:in Kipukeskukses- sa sairaanhoitajana / kipuhoitajana.
- 5.** Toivoisin, että kivun arvioinnista ja kirjaamisesta tulisi yhtä itsestään selvä ja luonteva tapa kuin muistakin mit-

tauksista ja niiden dokumentoinnista. Riippumatta siitä pystyykö ihminen itse arvioimaan kipua, hänellä on oi- keus yhtä hyvään ja laadukkaaseen ki- vun hoitoon. Kivun arvioinnin mittarit ja työkalut olisivat yhteneviä ja hoito- henkilökunnan helposti käytettävissä. Lääkkeettömien kivunhallintamene- telmien huomioiminen hoitotyössä, myös teknologiaa käyttäen.



Anna-Leena Nousiainen

- 1.** Olen Anna-Leena Nousiainen, kotoi- sin Rovaniemeltä ja työskentelen tällä hetkellä Lapin ammattikorkeakoulun Rovaniemen kampuksella hoitotyön lehtorina.
- 2.** Hoitotyön toimikuntaan tulin mu- kaan syksyllä 2012.
- 3.** Valmistuin sairaanhoitajaksi Hä- meenlinnasta jouluna 1987 ja erikois- tuin kirurgiaan sekä syöpätauteihin Jy- väskylässä vuonna 1991. Sairaanhoita- jaurani aloitin vuonna 1988 HYKS:ssa endokrinologisella osastolla, josta siir- ryin vuoden jälkeen kotiseuduilleni ja Lapin keskussairaalan kirurgiselle

vuodeosastolle töihin. Tuolloin Lapin keskussairaalassa kehitettiin aktiivises- ti huippuasiantuntijoiden vetämänä kipupoliklinikkatoimintaa sekä leik- kauksen jälkeistä kivunhoitoa. Kivun- hoidon asiantuntijaryhmä innosti jokaista sairaanhoitajaa kehittämään omaa kivun hoitotyön osaamista eri- laisten koulutusten ja ohjausten avulla. Toimiessani tuolloin moniammatilli- sessä tiimissä kivunhoidon asiantunti- joiden kanssa kirurgisella vuodeosas- tolla vakuutuin vahvasti siitä, että yk- sittäinen sairaanhoitaja voi todellakin edistää merkittävästi potilaiden kivun- hoitoa.

4. Siirryin vuonna 2006 Rovaniemen ammattikorkeakoulun, sittemmin La- pin ammattikorkeakouluun hoitotyön lehtoriksi ja olen saanut työssäni oh- jata yhtenä opettajana sairaanhoitaja- opiskelijoita kivunhoidon ja hoitotyön mielenkiintoiseen ja haasteelliseen maailmaan. Olen saanut kehittää yh- dessä fysioterapiaopettajan kanssa am- mattikorkeakoulussamme moniamma- tillista kivunhoidon vapaasti valittavaa opintojakoa, jonka kautta olemme voi- neet tarjota sairaanhoitajia- ja fysiotera- peuttiopiskelijoille laaja-alaisempaa ki- vunhoidon osaamista. Olemme saaneet yhdessä fysioterapiaopettajan kanssa kehittää myös kansalliseen Campu- sonlineen moniammatillisen kivun- hoidon verkkokurssin. Olen toiminut pienryhmämentorina kahdessa Turun yliopiston toteuttamassa Kivun hoito- työn täydennyskoulutuksessa. Minulla on ollut ilo saada olla mukana seura- massa uusien kivunhoidon asiantunti- jasairaanhoitajien näyttöön perustuvan laaja-alaisen osaamisen kehittymistä

vastaamaan kivun tuomiin haasteisiin akuutin kuin pitkään jatkuneen kivun hoidossa.

5. Jokaisella ammattikorkeakouluilla on suuri vastuu kehittää valmistuvien sairaanhoitajien kivun hoidon osaamista ja edistää siten laadukasta, vaikuttavaa, potilasturvallista kivun hoitoa ja hoitotyötä. Jokaisen valmistuvan sairaanhoitajan on saatava peruskoulutuksessaan vahva kokonaisvaltainen osaaminen kivun tunnistamiseen, näyttöön perustuvan kivun hoidon ja hoitotyön toteuttamiseen sekä arviointiin huomioiden potilaiden biopsykososiaalinen ulottuvuus.



Anna-Kaisa Aulen

1. Olen Anna-Kaisa Aulen ja valmistunut kättilöksi ja sairaanhoitajaksi 1994. Lisäksi minulla on sisätautikirurgisen-, akuutti-, ja kivunhoitotyön erikoistumisopinnot suoritettuna. Viimeisimmäksi suoritin kivunhoitotyön erikoistumisopinnot 12/20. Tällä hetkellä työskentelen akuuttihoitotyössä Hus Akuutissa Peijaksen sairaalan päivystyspoliklinikalla ja päivystysvalvontaosas-

tolla varahenkilöstössä. Olen vaihtanut nykyiseen työhöni 12/21.

Kivunhoitotyön pariin päädyin edellisessä työpaikassani perusterveydenhuollossa Keravan terveystieteidenkeskuksessa. Siellä aloitimme pilottina lääkäri Maiju Marttisen johdolla Kivun kera hoitomallin, joka oli räätälöity pitkäaikaisesta kivusta kärsiville potilaille. Hoitomallin tavoite oli tukea ja parantaa pitkäaikaisesta kivusta kärsivien toimintakykyä kivuista huolimatta. Hoitomallista innostuneena suoritin Kivun hoitotyön täydennyskoulutuksen Suomen kivuntutkimusyhdistyksen ja Turun yliopiston järjestämässä 30 op koulutuksessa.

2. Kivun hoitotyön toimikuntaan päädyin mukaan koulutuksen myötä. Koulutuksessa pääsin verkostoitumaan muiden kivunhoitotyötä tekevien ammattilaisten kanssa. Mentorini koulutuksessa oli sairaanhoitaja Soile Haakana Husin kipuklinikalta.

3. Kivun hoitotyö on kiinnostanut minua läpi sairaanhoitajan uran, koska kipu kulkee kaikessa hoitotyössä mukana tavalla tai toisella. Oli kyse akuutin, kroonisen tai näiden yhdistelmän kivun hoidosta. Minua myös kiinnostaa kovasti ihmiset ja heidän elämäntilanne, sosiaalinen, psyykinen ja fyysinen kuormitus ja niiden vaikutukset kipuun ja kivun kokemiseen.

4. Tällä hetkellä työssäni näyttäytyy kivun koko kaari. Ihmiset hakeutuvat päivystyshoitoon paljolti akuutin, mutta myös kroonisen kivun pahenemisen vuoksi. Päivystyksellisesti akuutin kivun lievittäminen on tärkeää hoitaa, jotta sillä pystytään ennaltaehkäisemään mahdollisen kroonisen kivun

muodostumista tai kiputilanteen pitkittymistä.

5. Visioni on, että nämä riskit kroonisen kivun muodostumiseen pystytään tunnistamaan ja hoitamaan oikea-aikaisesti ja potilaan koko psyykinen, fyysinen ja sosiaalinen tila huomioon.

Omaa jaksamistani tukee perheeni, liikunnallinen elämäntyyli: lenkkeily, crossfit ja levon hyvä suhde. ■

KIVUN HOITOTYÖN TÄYDENNYSKOULUTUS 2022–2023

Sairaanhoitaja! Hyödynnä upea mahdollisuus syventää kivun hoitotyön osaamistasi

Turun yliopiston hoitotieteen laitos ja Suomen Kivuntutkimusyhdistyksen hoitotyön toimikunta tarjoavat ainutlaatuista sairaanhoitajille suunnattua Kivun hoitotyön täydennyskoulutusta. Opinnot toteutetaan verkossa kolmen lukukauden aikana ja koostuvat yhteensä seitsemästä moduulista. Opiskelu on työelämälähtöistä ja tapahtuu kivun hoitotyön huippuasiantuntijoista koostuvien mentoreiden tuella. Opintojen aikana kasvatat monipuolisesti kivun hoitotyön asiantuntijuutta ja lisäät kivunhoitoon liittyviä klinisiä päätöksentekotaitoja.



Verkkopohjaisissa, vuorovaikutteisissa opinnoissa voit opiskella joustavasti omaan tahtiisi silloin, kun Sinulle sopii! Voit opiskella yhden tai useamman moduulin (1–5 op) oman mielenkiintosi ja mahdollisuuksiesi mukaan tai suorittaa koko 30 opintopisteen laajuisen kokonaisuuden. Jokaiseen lukukauteen sisältyy yksi webinaarina toteutettava lähiopetuspäivä. Ensimmäinen moduuli Kivun hoitotyön perusteet (1 op) on kaikille pakollinen.

Kenelle: Hoitotyön ammattilaisille (sairaanhoitajat, ensihoitajat, kättilöt), kipuhoitajille ja kipuvastaaville

Hinta: 2600 € sis. alv. (30 op), tai moduulikohtaisesti 100 € / 1 op

Kesto: Kolme lukukautta (syksy 2022–syksy 2023)

Ilmoittautumisaika:

- 14.3.–31.8.2022 30 op koulutus ja mentorointiryhmät. Mentorointiryhmiin jako tapahtuu täydennyskoulutuksen alkaessa syyskuun 2022 alussa.
- Jatkuva ilmoittautuminen yksittäisiin moduuleihin.

Opintojen alkaminen: Opinnot alkavat syyskuun 2022 alussa.

Kiinnostuitko opinnoista? Lisätietoja: <https://www.utu.fi/kihot>

Yhteydenotot: koordinaattori Reetta Mustonen (ramust@utu.fi)

Ilmoittautumiset: siirry ilmoittautumislomakkeeseen käyttämällä oheista QR-koodia tai ilmoittaudu osoitteessa <https://link.webpolsurveys.com/S/A5A908F02BDF687>



SISÄLTÖ:

- Moduuli 1: Kivun hoitotyön perusteet: Kivun tunnistamisesta hoidon onnistumisen arviointiin 1op
- Moduuli 2: Asiantuntevalla kivun arvioinnilla kohti laadukkaita hoidon tuloksia 5 op
- Moduuli 3: Kivun lääkehoitotyö sairaanhoitajan näkökulmasta 5 op
- Moduuli 4: Palliatiivinen kivun hoitotyö ja syöpäkivun hoitotyö 5op
- Moduuli 5: Hoitotyön kivunhallintakeinot – lääkkeetöntä kivunhoitoa potilaan parhaaksi 5op
- Moduuli 6: Ikääntyneiden kivunhoitotyö 5 op
- Moduuli 7: Lasten kivunhoitotyö 4 op



Dear Friends and Colleagues,

We are very excited to invite you to Pain in Europe XII: the 12th Congress of the European Pain Federation EFIC, which will take place in Dublin, Ireland, on 27 – 30 April 2022. I am honoured to serve as Scientific Programme Committee Chair, and to set out my vision for the #EFIC2022 programme. As our world becomes increasingly digital, our healthcare services will adapt and take advantage of the new opportunities this opens up. At the same time, our patients will continue to expect human contact. Big data, machine learning and artificial intelligence are transforming many aspects of economies and societies; what role will they play for pain medicine? With the average increase in life expectancy, as well as new treatments being available to cure or control different diseases, comorbidities are becoming more and more prevalent in most chronic diseases. As we are well aware, stress, insomnia, and depression are all comorbidities relevant to pain. Their study can open up new avenues of research that can lead us to make breakthroughs in the treatment of pain.

Taking into account these issues, our 2022 congress theme will be ‘Targeting pain and its comorbidities in the Digital Age’. In addition, we expect to focus on other burning issues such as new research methodologies and the limitations of existing research paradigms and the future of analgesics.

Pain in Europe XII will continue to focus on an interdisciplinary pain management, with a programme that benefits basic researchers, practicing physicians, as well as allied healthcare professionals. We are aware 2020 has been a challenging year for all. As unprecedented times require unprecedented actions, Pain in Europe XII will be organised as a hybrid model, incorporating and offering virtual elements based on the latest technology in the congress management sector along with well-known on-site aspects.

We are looking forward to welcoming you all in Dublin, Ireland. We hope the Congress will provide all participants with an unforgettable personal and professional experience.

Eija Kalso, M.D., Ph.D.

Chair of the Scientific Programme Committee
Pain in Europe XII – 12th Congress of the European Pain Federation EFIC



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 noin 1000 (v. 2022). 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/jasenyyys/>

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/jasenyyys/kannattajajäsen/>

Kaikilla on oikeus hyvään kivunhoitoon ja turvallisiin infuusioihin

Steripolarilta monipuoliset ratkaisut, kun arvostat

- Koulutusta ja käytön tukea
- Laatua ja toimintavarmuutta
- Kustannustehokkuutta
- Potilasturvallisuutta



kun hoitotulokset ratkaisevat

Steripolar

Puh. 09 417 606 00

| www.steripolar.fi

| ISO 9001

ISO 14001

ISO 13485