

SUOMEN KIVUNTUTKIMUSYHDISTYS RY:N JÄSENLEHTI

Kipuviesti

Nro 2/2026



IASP:n teemavuosi – Neuropaattinen kipu

Juhlasymposiumin satoa

Kivun käypä hoito

Takajuostestimulaation kokonaisvaltaisten vaikutusten arviointi

Perustutkimuksen rooli kivun tutkimuksessa

Hotus-hoitosuositus

Kipulääkkeet ja ympäristö

Kuvataideterapia mielen muutosvoimana

LIITY JÄSENEKSI!



Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry

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

[Etusivu](#)

[Yhdistys](#)

[Toimikunnat](#)

[Jäsenyys](#)

[Koulutus](#)

[Materiaalit](#)

[In English](#)

[På Svenska](#)

[Yhteystiedot](#)

[Kipuviesti](#)

[Jäsensivut](#)

[Hallituksen sivut](#)

[Tapahtumat](#)

Hae

Tavoitteenamme on edistää kivun monialaista hoitoa, kuntoutusta ja tutkimusta.

Lue lisää



Jäsenyys



Koulutukset



Kipuviesti

Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry on terveydenhuoltoalan ammattilaisten yhdistys, jonka toiminnan tarkoituksena on edistää kivun monialaista hoitoa, kuntoutusta ja tutkimusta Suomessa. Yhdistyksessä on jäseniä noin 730 (v. 2025). 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. Jäsenyyttä voi hakea myös opiskelija, joka tulevassa työssään tulee toimimaan kivun tutkimuksen ja hoidon parissa. Henkilöjäsenmaksu on 45 €.

Opiskelijajäsenyyden hinta on 25 €.

Ilmoittautumislinkki ja lisätietoa löytyy: <https://www.skty.org/jasenyyys/hae-henkilojaseneksi/>

JÄSENEDET

Jäsenet saavat jäsenpostina Kipuviesti- jäsenlehden kahdesti vuodessa sekä lisäksi jäsenkirjeitä. Yhdistys järjestää jäsenille edullisia koulutuksia. Kutsut paikallisiin koulutustilaisuuksiin lähetetään 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. Kannattajajäsenmaksu on 800 €. Kannattajajäseneksi liityttäessä on ilmoitettava yhteyshenkilön nimi ja osoitetiedot jäsenpostin toimittamista varten.

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

Sisällys

5	Tuula Korhonen	Pääkirjoitus
Kivuntutkimusyhdistys 30 vuotta		
6	Professori Eija Kalson	juhlapuhe 16.4.2026
11	Katja Luostarinen, Henna-Kaisa Jyrkkänen	Tutkijoiden verkostoitumispäivä 15.4.2026
16	Tuula Korhonen, Katja Luostarinen, Henna-Kaisa Jyrkkänen	Tieto muuttaa hoitoa -juhlasymposium
IASP:n teemavuosi ja Kivun käypä hoito		
23	Pekka Mäntyselkä	Kivun käypää hoitoa
27	Anita Saariaho	Neuropaattinen kipu: Liikettä, lääkettä ja lohtua potilaille
Katsauksia		
30	Tiina-Mari Ikäheimo, Katja Luostarinen, Antti Luikku, Jukka Huttunen, Timo Tuovinen, Mikael von und zu Fraunberg, Henna-Kaisa Jyrkkänen	Takajuostesimulaation kokonaisvaltaisten vaikutusten arviointi
36	Riitta Rosio, Sanna-Mari Pudas-Tähkä, Annika Björn, Minna Peltomaa, Laura Puikko, Johanna Soini	Hotus-hoitosuositus tehohoitopotilaan kivun tunnistamiseen ja arviointiin
39	Henna-Kaisa Jyrkkänen	Perustutkimuksen rooli kivun tutkimuksessa – mistä tullaan ja mihin on suunta?
43	Outi Lapatto-Reiniluoto	Kipulääkkeet ja ympäristö – pitääkö siitä tietää jotakin?
48	Noora Männistö	Piileskelevä pulpiitti – miksi pulpakipu sekoittuu kasvohermokipuun?
52	Suvi Viljakainen	Turvallongerä ja akuutin kivun arviointia Tampereella
54	Iina Alho, Sari Luksanen	Hyväksymis- ja omistautumisterapiaryhmät sekä vanhempien tukeminen pitkittyneen kivun hoidossa nuorilla
59	Maiju Multanen	Kuvataideterapia mielen muutosvoimana
Webinaarit		
63	Mia Kokkonen	Moniammatillinen näkökulma kivunhoitoon keskosista teineihin
66	Katja Levander, Anu Portti	Moniammatillisuus kivunhallinnassa 2026 -webinaari
Kliinikon kynästä		
68	Jukka Huttunen	Vuoden klinikko – Kirurgi kipulääkärinä
70	Riikka Holopainen	Hyvän kivunhoidon kivijalka rakentuu kuuntelemisesta, yhteistyöstä ja toivon ylläpitämisestä
Väitös		
74	Sanna Mattila-Rautiainen	Ratsastusterapia kroonisen alaselkävaurion kuntoutusmuotona
Matkakertomuksia		
76	Nora Leino	Hoitajan rooli neuromodulaation tulevaisuudessa – kokemuksia INS 2026 -kongressista
78	Eveliina Ryytänen, Saara Pasternack, Reetta Keränen	Matkaraportti SASP 2026, Bergen
Tutkittua		
82	Henna-Kaisa Jyrkkänen	Radiofrekvenssitermokoagulaatiohoidon teho ja turvallisuus lääkeresistenti kolmoishermosäryn hoidossa
82	Ulla Kotiranta-Lamberg	Laserkäsittelyn vaikuttavuus syöpähoitojen aiheuttamaan suun mukosiittiin tarvitsee lisänäyttää
Yhdistyssivut		
85	Vera Leo	Kansallista kivunhoitoa kehitetään yhteistyöllä
86	Psykologitoimikunta	esittäytyy
88	Kasvokiputoimikunta	esittäytyy
92	Fysioterapeuttitoimikunta	esittäytyy
93	Apurahat 2026	
94	Koulutuskalenteri	



Kipuviesti

2/2026

29. vuosikerta

Julkaisija

Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry

www.skty.org

ISSN 1796-3141

Päätoimittaja

Tuula Korhonen

kipuviesti@skty.org

Toimituskunta

Hanna Hakomäki, hanna.hakomaki@

musiikkiterapia.fi

Heidi Haromo, heidi.haromo@premium.fi

Henna-Kaisa Jyrkkänen, henna-kaisa.jyrkkanen@

pshyvinvointialue.fi

Hannaleena Karjalainen, hannaleena.karjalainen@

pshyvinvointialue.fi

Katja Luostarinen, katja.luostarinen@pshyvinvoin-

tialue.fi

Noora Männistö, noora.mannisto@kolumbus.fi

Kipuviesti-lehden tilaus: TietoAkseli Group Oy

PL 1234, 20101 Turku tai reskontrat@tutke.fi

Tilauksen yhteydessä on ilmoitettava tilattava tuote ja

määrä sekä toimitus- ja laskutusosoitteet.

Vuosikerran hinta on 50 €.

Osoiterekisteri

TietoAkseli Group Oy

PL 1234, 20101 Turku

puh. 010 347 2800

reskontrat@tutke.fi

Kannen valokuva: © iStockphoto

Graafinen suunnittelu

Eero Antturi

Kirjapaino GRANO, Vaasa

2026

Ilmoitushinnasto vuodelle 2026

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

Ilmoitusten myynti: Tuula Korhonen

kipuviesti@skty.org

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

Lehden painos on 1300 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: kipuviesti@skty.org)

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

Ilmoitushinnat

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

Pääkirjoitus

Kolmipäiväiselle vuosikokouskoulutukselle jatkoa



Tuula Korhonen

Yliääkäri

Raahen kipupoliklinikka,

Pohde Kuntoutuspalvelut

Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry:n juhlavuosi on kaartumassa syksyisen ruskan väri-loistoon. Keväällä kokoonnuimme Helsingin juhlasymposiumissa, jossa perinteisten kahden luontopäivän lisäksi saimme osallistua tutkijoiden verkostopäivään. Kolmen päivän kokonaisuus sai niin hyvän vastaanoton, että sama malli jatkuu ensi kevään vuosikokouskoulutuksessa Kuopiossa. Tässä lehdessä on koostetta päivien annista. Vuoden kunniajäseneksi nimettiin anestesioologi Marion Wüstefeld, jonka ansiokkaan työuran esittely oli jo kevään lehdessä. Vuoden klinikoksi valittiin neurokirurgi Jukka Huttunen. Onnea molemmille ja kaikille apurahan saaneille! Iltatilaisuudessa professori Eija Kalso piti mainion puheen SKTY ry:n historiasta ja valotti myös tulevaa. Puhe on kokonaisuudessaan luettavissa tässä lehdessä. Kalson muisteloissa mainittu Suomen kivunhoidon pioneeri 70-luvulta, anestesioologi Arno Hollmen, nukkui pois viime keväänä 95-vuotiaana. Kunnioitamme hänen muistoaan ja kiitämme merkittävästä panostuksesta kivun hoidon hyväksi.

Keväällä järjestimme kyselyn Kipuviesti-lehden tulevaisuudesta. Paperilehti piti vielä pintansa, mutta osa kannatti siirtymistä pelkästään digitaaliseen versioon. On hyvä olla vaihtoehtoja. Nykyinen lehti on edelleen vapaasti luettavissa yhdistyksen kotisivuilla. Saimme hyviä juttuvinkkejä ja ehdotuksia kirjoittajista. Kiitos kaikille vastanneille. Otamme mielellämme vastaan juttuvinkkejä jatkossakin.

Tässä lehdessä jatkamme sarjaa toimikuntien historiikeista. IASP:n (International Association for the Study of Pain) vuoden 2026 teemana on *neuropaattinen kipu*. Aihetta käsitellään julkaisun useassa artikkelissa. Viime keväänä päivitettyä kivun Käypä hoito -suositusta käsitellään kahdessa artikkelissa. Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry:n uusi puheenjohtaja Vera Leo kertoo päivityshankkeesta koskien sosiaali- ja terveysministeriön suositusta kivun hoidon järjestämisestä.

Hyvinvointialueet painivat taloudellisten haasteiden kanssa, mikä heijastuu kivun hoidon ammattilaisten koulutusten saatavuuteen. Suomen kivuntutkimusyhdistys ry pyrkii osallistumaan talkoisiin järjestämällä monialaisia maksuttomia webinaareja kivun hoidosta. Kannattaa seurata ilmoituksia lehdestä ja kotisivuilta.

Toivotan Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry:n jäsenille antoisia lukuhetkiä Kipuviestin äärellä ja oikein hyvää syksyn aikaa! ■

Professori Eija Kalson puhe Suomen kivuntutkimusyhdistyksen juhlatilaisuudessa 16.4.2026



Eija Kalso

LKT

Kivun tutkimuksen ja hoidon professori emerita
SKTY:n ensimmäinen
puheenjohtaja

” Vietämme kipuyhdistysten juhluvuosia. Kansainvälinen Kivuntutkimusyhdistys (IASP) juhli 50-vuotistaivaltaan pari vuotta sitten ja Skandinaavinen Kivuntutkimusyhdistys (SASP) juhlistaa omaa 50-vuotistaivaltaan ensi kuussa Bergenissä. Suomen Kivuntutkimusyhdistyksen 30-vuotisjuhlaa vietämme nyt.

Suomen Kivuntutkimusyhdistys ei syntynyt tyhjästä. Sen siemen kypsyi 30 vuotta kivun hoidon tarpeen tiedostamisen ja tutkimuksen ravitsemina. Käyn seuraavaksi lyhyesti läpi yhdistyksemme perustan luoneita tapahtumia.

Anestesiologeille kivun hoito on ollut aina keskeinen tehtävä ennen leikkausta, sen aikana ja sen jälkeen. Ajatus leikkaussalien ulkopuolisesta kivunlievitystoiminnasta alkoi itää 1970-luvun lopussa. ”Kipeitä olivat syöpäpotilaat ja tuskien kautta synnyttivät suomalaisnaiset”, toteaa Irma Tigerstedt kirjoituksessaan Kivunhoito: tuskien taival”, joka oli osa Suomen Anestesiologiyhdistyksen 50-vuotistaipaleen kunniaksi tehtyä kirjaa ”Untako vain?”

Kaksi tiedemaailman tapahtumaa aiheutti suurta innostusta kivusta kiinnostuneiden keskuudessa. Tuleva anestesiologian professori Tapani Tammisto ja farmakologian professori Mauri Mattila olivat 1967 Pariisissa kansainvälisessä kipusymposiumissa, jossa neuroanatomia Patrick Wall ja psykologi Ronald Melzack kuvasivat porttikontrolliteorian. Vuonna 1975 Helsingissä järjestettiin kansainvälinen farmakologien kongressi. Sen satelliittisymposiumissa pidettiin luento vastikään Hans Kosterlitzin 75-vuotiaana eristämistä endogeenisistä opioidipeptideistä. Näiden tieteellisten havaintojen innoittamina anestesiologit kiinnostuivat tosiaan kivusta. Oulun yliopiston anestesiologian professori Arno Hollmén kävi tutustumassa JJ Bonican perustamaan klinikkaan Seattlessa

1976 ja Per Rosenberg, Helsingin tuleva anestesiologian professori, työskenteli siellä 1977-78. JJ Bonica oli anestesiologi, joka ensimmäisenä ymmärsi monialaisen kivunhoidon merkityksen. Hän myös perusti IASP:n.

Innostus johti myös konkreettisiin toimiin. Tapani Tammisto päätti perustaa Meilahden sairaalaan kipuvastaanoton ja lähetti Irma Tigerstedtin Kaliforniaan perehtymään kipuklinikkatoimintaan. Vaasassa Lauri Haapaniemi ja Turussa Jaakko Korkeila aloittivat tahoillaan puudutusvastaanotot. Oulussa Jorma Laitinen vastasi aluksi yksin kipuvastaanotosta, kunnes Arno Hollmén sai takaisin Uumajaan kipuoppiin lähettämänsä Voitto Järvimäen. Kuopiossa anestesiologit Matti Mattila, Heikki Hendolin ja Matti Turunen toimivat konsultteina monialaisessa kiputyöryhmässä. Tampereella kipuvastaanotto perustettiin neurologian klinikkaan, jota dosentti Turo Nurmikko veti, kunnes siirtyi johtamaan Liverpoolin kuuluisaa kipuklinikkaa. Turon oppilas Maija Haanpäästä tuli hänelle pätevä seuraaja. Tämä lyhyt historiallinen katsaus korostaa tieteen ja kansainvälisyyden merkitystä kivunhoidon kehityksessä.

SKTY:n syntyvaiheet

Pohjoismaiset kivuntutkijat perustivat skandinaavisen IASP:n osaston heti ensimmäisten joukossa. Muiden osastojen ollessa kansallisia, me pohjoismaiset halusimme vahvistaa toimintaamme yhteistyöllä. Se olikin kivuntutkimuk-

sen ja hoidon kehityksen alkuvuosina tärkeää, koska näin saatiin tietoa jaettua tutkijoiden ja klinikoiden kesken sekä myös maiden välillä. Joukko suomalaisia osallistujia päätti perustaa Kipuklubin Ähtärissä maaliskuussa 1984 pidetyn SASP:n kokouksen yhteydessä. Klubista haluttiin epävirallinen keskustelufoorumi kivusta kiinnostuneille lääkäreille, tutkijoille ja muille terveydenhuollon ammattilaisille.

Seuraavaksi annan muutama esimerkin klubin ohjelmista:

16.11.84 klo18 Töölön sairaalan Marskin salissa kertoivat Seattlessa syyskuussa pidettyyn IASPin kongressiin osallistuneet kongressin tärkeimmistä anneista.

Riitta Hari, tuleva tieteen akateemikko, puhui kipuherätepotentiaaleista, Antti Pertovaara, tuleva fysiologian professori, nosiseptiivisten solujen modulaatiosta, Tapani Tammisto endorfiineista, Irma Tigerstedt hermovammojen patofysiologiasta, Matti Mattila antiflogististen analgeettien indikaatioista ja Heikki Vanharanta TENS:n asemasta kivunhoidossa.

17.5.85 teemana oli manipulaatio: medisiina vai mystiikka? Kyselijänä toimi neurokirurgi Seppo Pakarinen ja vastaajina Leo Stjernvall, Kai Rekola ja Esko Putto. Tässä pieni tarina neurokirurgin keittiöpsykologiasta. Neurokirurgi johti puhetta HYKSiin kipuvastaanoton moniammatillisissa kokouksissa toiminnan alkuvuosina. Alkuinformaation jälkeen potilas kutsuttiin mukaan kokoukseen. Neurokirurgi oli tarkka ja penäsi potilaalta loogisuutta anamneesiin ja oireisiin. Potilaan poistuttua neurokirurgi ilmaisi tyytymättömyytensä potilaan antamaan informaatioon. Sitten hän sanoi: huomautus, miten korkealle potilaan hameen halkio nousi? Mitä voimme päätellä tästä? Tässä vaiheessa Irma Tigerstedt räjähti nauruun ja keskeytti neurokirurgin keittiöpsykologiset pohdinnat sanomalla: ”Veli hyvä, kaikki muotitietoiset naiset käyttävät tänä ke-

väänä korkeahalkioisia hameita?”

Kesäkuussa 1996 pidetty Kipuklubin kokous ennakoijaksi jo Suomen kivuntutkimusyhdistyksen perustamista. Ann-Mari Estlander puhui otsikolla Krooninen selkäkipu – kognitiivis-behavioraalinen näkökulma, Maija Haanpää Vyöruusuun liittyvien kipujen mekanismeista, Göran Hampf Pohjoismaisista ja kansallisista algologiyhdistyksistä ja Virpi Kaasalainen Kivunhoidon erityispätevyydestä. Viimeinen merkintä klubikirjassa on päivätty 7.10.1996 ”Suomen algologiyhdistyksen perustamiskokous Tampereella”.

SKTY perustettiin virallisesti Helsingissä 28. elokuuta 1997, kun allekirjoittanut, Irma Tigerstedt, Brita Härtel, Göran Hampf, Maija Haanpää ja Ann-Mari Estlander allekirjoituksillaan vahvistivat yhdistyksen perustamisen, jäseniksi liittymisen ja yhdistyksen sääntöjen hyväksymisen.

Ulf Lindblom oli Karoliinisen Instituutin neurologian professori, aktiivi SASP:läinen ja yksi IASP:n presidenteistä. Kyllästyneenä IASP:n amerikkalaiseen dominanssiin, hän sai ajatuksen eurooppalaisesta kattojärjestöstä. Näin kansalliset osastot muodostivat EFIC:n (European Federation of IASP Chapters) 1993. Tämän nimensä sittemmin European Pain Federationiksi muuttaneen järjestön historian alkutaipaleilla oli paljon jännitteitä pohjoisen ja etelän maiden edustajien välillä. Koska skandinaaveilla oli vain yksi ääni viidelle maalle, haluttiin SASP hajottaa kansalliseksi osastoiksi eli IASP:n ”chaptereiksi” äänimäärän kasvattamiseksi. Näiden poliittisten tapahtumien seurauksena SKTY haki IASP:n kansallisen osaston (National Chapter) asemaa. Tätä SKTY:n hallitus oli jo yhdistyksen perustamisessa ennakoinut rakentamalla SKTY:stä alusta lähtien IASP:n vaatimukset täyttävän yhdistyksen.



SKTY:n toiminnan rakentaminen

Yhdistyksemme alkuvuodet olivat hallitukselle työntäyteisiä, mutta myös inspiroivia. Toimintamalli ja monet ohjeistukset saatiin emo-organisaatiolta, mutta kaikki tuli sopeuttaa suomalaiseen järjestelmään ja luoda uusia toimintoja kotimaiseen tarpeeseen kotimaisista lähtökohdista ja resursseista, kotimaisilla kielillä. Hallituksen työskentely oli intensiivistä, mutta myös hauskaa. SKTY:n alkuaikoina oli mahdollista yhdistää työ ja huvi; ensin tehtiin monta tuntia töitä ja illalla harrastettiin kulttuuria ja vapaata seurustelua. Seuraavana päivänä olikin taas pohdittavana monta uutta yöunen kirkastamaa suunnitelmaa.

Hallitus perusti lukuisia toimikuntia. Näistä voisin mainita muiden muassa erityispätevyystoimikunnan, yhteiskunnallisen vaikuttamisen ja tutkimustoimikunnan kuin myös eri ammattiryhmien toimikunnat.

Lääkäreiden erityispätevyyden vaatimusten määrittely vaati paljon työtä. Tiedolliset ja taidolliset vaatimukset määriteltiin IASPin ohjeiden mukaisesti. Ehdotuksemme lähetettiin kaikkien kliinisten erikoisalayhdistysten arvioitaviksi. Mieleeni on jäänyt kahden psykiatriyhdistyksen tiukka lausunto, jossa kipu määriteltiin ensisijaisesti psykiatriseksi ongelmaksi, mikä edellytti psykiatrien vahvaa panosta koulutuksen suunnittelussa. Lopputulos hyväksyttiin Suomen Lääkäriliitossa. Eri-tyispätevyyskoulutus on tarkoitettu oman eri-

koisalan koulutuksen jatkoksi. Tavoitteena on saada keskeisille kliinisille erikoisaloille omat kivun asiantuntijat, jotka tuovat tietotaitonsa monialaiseen työskentelyyn. Vastaava koulutusohjelma syntyi myös hammaslääkäreille. Heli Forssell ja Göran Hampf olivat tässä keskeisiä toimijoita. Olavi Airaksinen otti vastuulleen erityispätevyyskuulustelujen järjestämisen ja kantaa vastuuta edelleen. Nyt suomalaisen koulutusohjelman lisäksi erityispätevyyteen tähtäävää koulutusta antavat myös pohjoismainen anestesiologiyhdistys (koulutus on avoin eri erikoisalojen lääkäreille) sekä EFIC diplomiohjelmillaan, joita on myös eri ammattiryhmille.

Psykologien erityispätevyysohjelma oli erityisen kunnianhimoinen. Siitä vastasi Ann-Mari Estlander, joka oli Orwellin vuonna 1984 saanut ytimekkään lähetteen kysymyksellä ”Onko psyykkistä, kun ei ole orgaanista”? Tämän lähetteen muotoilu taisi toimia kimmokkeena Ann-Marin päätökselle luoda korkeatasoinen koulutusohjelma psykologeille. Häkellyttävää kyllä, edelleenkin monelle on epäselvää psykiatrian ja psykologian ero sekä mielen ja ruumiin erottamattomuus. SKTY on kouluttanut kymmeniä kivunhoitoon perehtyneitä psykologeja, joille olisi valtava tarve, mutta ei virkoja. Kuulemani perusteella nyt on pula sekä hakijoista että rahasta. Myöhemmin myös fyysioterapeutit ja sairaanhoitajat rakensivat omat koulutusohjelmansa. Näin maahamme syntyi vähitellen moniammatillisten kivun hoitoon pätevyityneiden ammattilaisten joukko.

Maija Haanpäällä oli erityisen suuri panos SKTY:n alkuvuosien sihteerinä ja yhteiskunnallisen vaikuttamisen toimikunnan aktiivisena puheenjohtajana. Jukka-Pekka Kouri toimi ensimmäiset vuodet yhdistyksemme lehden Kipuviestin ansiokkaana päätoimittajana. Eero Vuorinen kokosi syöpäpotilaiden kivunhoitoa käsittelevän oppaan ja Maija Haanpää vastaa van hermovauriokivun hoidosta. Katri Hamu-

”Toivoisin, että SKTY keräisi tiedot Suomessa tehdyistä kipuun liittyvistä väitöskirjoista.”

nen keräsi ICD-10-opuksesta kaikki kipuun liittyvät diagnoosit taskuun mahtuvaan yhteen-vetoon. Ruotsalaiset kollegat pyysivät ja saivat tämän myös oman maansa käyttöön. Nyt parin vuoden kuluessa siirrytään käyttämään ICD-11 luokitusta, jossa kivulla on ansaitsemansa asema muiden sairauksien tärkeänä toimintakykyyn vaikuttavana osatekijänä tai jopa omana sairautenaan. Tästä voin ottaa pienen sulan hatuuni, koska sain ylipuhuttua IASP:n hallituksen skeptikot hankkeen tueksi.

Tutkimustoimikunta on pitänyt huolta tutkimuksen ja nuorten tutkijoiden tukemisesta. Heli Forssellin aloitteesta järjestimme SKTY:n toiminnan alkuvuosina Haartman-instituutissa onnistuneen tutkijoiden verkostoitumiskoukous. Eilen tämä sama konsepti toistettiin erittäin onnistuneesti. En päässyt paikalle tiedeakatemioiden kokouksen vuoksi, mutta olen kuullut siitä ylistäviä kommentteja. Hienoa!

Kansallinen monikeskustutkimus KROKIETA (Krooninen kipu ja elintavat) oli SKTY:n tukema hanke, joka tuotti KROKIETA2:n kanssa useammankin väitöskirjan. Sen antia saimme tänään kuulla Teemu Miettisen erinomaisessa luennossa. Tällaista toimintaa toivoisin lisää! Toivoisin myös, että SKTY keräisi tiedot Suomessa tehdyistä kipuun liittyvistä väitöskirjoista. Tämä auttaisi eri alojen kipututkijoita löytämään toisensa. Tutkimustoimikunta on myös järjestänyt Tuohilammen tutkijakouluja Satu Jääskeläisen johdolla. Tätä toimintaa kannattaa jatkaa unohtamatta EFIC:n järjestämiä kipukouluja.

Olen puheessani valottanut SKTY:n syntyvaiheita, tapahtumia ja persoonia, jotka ovat vieneet kivun hoitoa ja tutkimusta eteenpäin ja johtaneet yhdistyksemme syntymään. Olen keskittynyt yhdistyksen alkuvuosiin ja minulle tuttuihin tapahtumiin. Monen tärkeän tekijän nimi jäi mainitsematta, suuri kiitos teille kaikille aktiivisesti SKTY:n asiaa edistäneille.



Mutta nyt katse kääntyy tulevaisuuteen

Uusi SASP jatkaa edeltäjänsä toimintaa virallisesti IASP:sta erillisenä yhdistyksenä. Sen tavoitteena on erityisesti pohjoismaisen tutkimusyhteistyön edistäminen verkostoitumalla ja järjestämällä vuosittaisia kokouksia. Reetta Sipilä ja Teemu Zetterman ovat olleet erittäin aktiivisia SASP:n viimeisessä hallituksessa, kiitos siitä heille. Maailma makaa nyt sellaisessa asennossa, että meidän kannattaa panostaa ensisijaisesti pohjoismaiseen ja eurooppalaiseen yhteistyöhön myös kivun tutkimuksessa ja hoidossa.

”Tutkittu tieto tarjoaa monia prevention kohteita, elintapojen korjaamista ja riippuvuutta aiheuttavien tekijöiden, myös sosiaalisen median käytön, hillintää.”

Yhteiskunnallinen vaikuttaminen on tärkeää erityisesti nyt, kun taloudellinen tilanne on vaikea ja SOTE-järjestelmä etsii vielä lopullista muotoaan. Erikoissairaanhoidolle tulee antaa mahdollisuudet kehittää kipupotilaiden hoitoa. Vaikuttavia kuntoutusjärjestelmiä tarvitaan. Vertaisryhmät ovat alikäytetty voimavara. Digihoitot ovat oikein kohdennettuina hyviä apuvälineitä, mutta eivät korvaa empaattisia hoitokontakteja.

Pitkittyneen kivun preventio on aivan tavattoman tärkeä tavoite perusterveydenhuollossa. Toivottavasti omalääkärijärjestelmä saadaan toteutettua. Se palvelisi erityisesti kipupotilaita. Tutkittu tieto tarjoaa monia prevention kohteita, elintapojen korjaamista ja riippuvuutta aiheuttavien tekijöiden, myös sosiaalisen median käytön, hillintää. Moniammatillinen lähestyminen on tärkeä voimavara.

”Kipeitä olivat syöpäpotilaat ja tuskien kautta synnyttivät suomalaisnaiset”, totesi Irma Tigerstedt. Syöpäkivun hoito on nyt varsin hyvällä mallilla, kiitos runsaan koulutuksen ja useiden ammattiryhmien väsymättömän työn. Oululainen anestesioologi Riitta Jouppila oli jo 1977 julkaistussa väitöskirjassaan osoittanut epiduraalipuudutuksen edulliseksi niin sikiön, synnyttäjän kuin synnytyksen kulunkin kannalta. Epiduraalipuudutuksen saatavuutta rajoitti kuitenkin anestesiaalääkäreiden vähyys. Riitta Jouppila asettui lopulta ehdolle eduskuntaan 1983 ja tuli suurella äänimäärällä valituksi. Hänen ensimmäisiä valtakunnallisissa politiikassa läpi ajamia asioita olivat synnytyskivun hoitoon suunnatut anestesiaalääkäreiden ja -hoitajien virat vuoden 1985 budjetissa.

”Potilaat eivät kuole HYKS:ssä”, sanoi johtajalääkäri, kun Vainio ja Kalso ehdottivat palliatiivisen hoidon järjestämistä HYKS:ssä. Vainio perusti Terho-kodin ja palliatiivinen lääketiede on valtavasti kehittynyt eutanasian vastapainoksi. Lapsille ja nuorille saatiin lopulta

kansallinen kivun hoidon ja tutkimuksen keskus Uuteen lastensairaalaan HUS:ssa. Tämä oli tärkeä edistysaskel, mutta hoidon ja prevention tulisi olla kaikkien Suomen lasten saatavilla. Vaikuttavin preventio toteutuu lapsuudessa ja nuoruudessa.

Mutta entä pitkäaikaisen kivun hoito? Irma Tigerstedtin lausumaa hieman muokaten: Kroonisen kivunhoito: tuskien taival, jatkuu edelleen. Taloudellisesta tilanteesta huolimatta tulisi viimein saada kansallinen kipukeskus myös aikuisille ja vuonna 2017 jätetty STM:n pitkäaikaisen kivun hoidon järjestämiseksi tehty toimintaehdotus toteutumaan!

Mikä on tämän hopeisen rintamerkkini ja juhlakokouksemme ohjelmassa komeilevan logon viesti? Jag frågade Ann-Mari, som vann logotävlingen, om logons bakgrund. Hon berättade att logons bakgrund är symboltecknet ”Hrungnirs hjärta”, från Vikingatiden på Gotland. Hrungnirin sydän on muinaisskandinaavinen symboli, joka koostuu kolmesta toisiinsa kietoutuneesta kolmiosta. SKTY:n Arni Aroma suunnittelemassa logossa konkretisoituu SKTY:n toiminnan pohjana oleva kolmiyhteys: kipu on bio-psyko-sosiaalinen ilmiö, jonka hoito edellyttää moniammatillista yhteistyötä. Kipua hoitavat ja tutkivat ovat olleet eturintamassa tämän mallin toteuttamisessa. Vasta viime vuosina nämä periaatteet ovat alkaneet tulla hyväksytyiksi myös muilla lääketieteen erikoisaloilla. Hyvä me!

Haluan kiittää 30-vuotisjuhlakokouksen ohjelman suunnittelijoita ja järjestäjiä upeasta ohjelmasta ja tutkijoiden verkostopäivästä, jossa esiteltiin myös EFIC:n Nouseva tähti-ohjelma. Tieto muuttaa hoitoa-teeman alle on rakennettu todella mielenkiintoinen ohjelma.

Toivotan SKTY:lle, sen uudelle hallitukselle ja kaikille kivusta kärsiviä potilaita hoitaville ja kipua tutkiville hyvää ja tuloksekasta tulevaisuutta! ■

SKTY:n juhlasymposium Tutkijoiden verkostoitumispäivä 15.4.2026

Katja Luostarinen

LL, neurologian erikoislääkäri, kipupoliklinikan apulaisylilääkäri, Neurokeskus, Kuopion yliopistollinen Sairaala

Henna-Kaisa Jyrkkänen

LT, FM, neurokirurgian apulaisylilääkäri, kivun hoidon erityispätevyys, Neurokeskus, Kuopion yliopistollinen Sairaala

Suomen kivuntutkimusyhdistyksen juhlasymposiumin yhteydessä järjestettiin erinomaisesti toteutettu ja onnistunut tutkijoiden verkostoitumispäivä. Ensitiedon mukaan tutkijapäivä oli ensimmäinen laatuaan, mutta muisteloissa kuitenkin kävi ilmi, että vastaava tilaisuus oli järjestetty kertaalleen ilmeisimmin 1990-luvulla. Edellinen tutkijoiden verkostoitumistapahtuma kuvautui epämuodollisena ja kirjoittajille jäi epäselväksi, oliko se järjestetty omana tilaisuutenaan vai muun tapahtuman yhteydessä, kapakassa vai kabinetissa. Olenaisinta kuitenkin on, että suomalaisia kivun tutkijoita saadaan yhteen, lisätään tietoisuutta erilaisista tutkimushankkeista, tarjotaan oivallinen matalan kynnyksen tapahtuma verkostoitumiseen ja yhteistyön synnyttämiseen. Nostetaan yhdessä kivun tutkimus ansaitsemalleen jalustalle kohti potilaiden oikea-aikaista, toimivaa ja tasa-arvoista kivun hoitoa!

Myrkytystietokeskuksen ylilääkäri, tutkimusjohtaja Tuomas Lilius: *Tutkimusuran rakentuminen – sattumista strategiaan*

Tutkijoiden verkostoitumispäivän avasi tutkimusjohtaja, myrkytystietokeskuksen ylilääkäri Tuomas Lilius. Lilius kertoi omasta tutkijan urapolustaan, ratkaisevista vaiheista, haasteista ja motivaation lähteistä. Tutkimusura harvoin etenee suoraviivaisesti ja pienet, jopa sattumanvaraiset kokemukset voivat ratkaista suunnan. Suunnan näyttäjänä Liliuksen kohdalla ovat matkan varrella toimineet esimerkiksi onnistunut projekti, inspiroiva työryhmä sekä kohtaaminen merkittävän mentorin kanssa.

Liliuksen kohdalla ensimmäinen askel kohti tutkijan uraa oli lääketieteenopin opinnäyte, syventävien tutkielma. Hän päätyi tekemään opinnäytettään innostavan tutkimusaiheen pariin työryhmään, jossa koettu ja jaettu tekemisen ilo loivat pohjan kiinnostukselle tutkimukseen ja joka lopulta ohjasi uravalintoja vuosikymmeniksi eteenpäin. Ryhmän tuki, yhteisöllisyys ja kokemus siitä, että oma panos on merkityksellinen, vahvistivat motivaatiota ja itseluottamusta. Varhaiset tutkimuskokemukset eivät ainoastaan opeta tutkimuksen tekemistä,



Tuomas Lilius kertoi omasta urapolustaan tutkijana.

vaan ne rakentavat myös rohkeutta ajatella itseä tutkijana. Samalla syntyy myös kontakteja ja yhteyksiä, jotka voivat tukea uraa merkittävästi myös myöhemmin. Hyvin toteutettu opinnäyteprojekti voi siten olla tutkijanuran sytyke.

Oman tutkimuslinjan löytymisen kannalta Lilius piti käänteentekevästä kohtaamisesta pro-

fessori Maiken Nedergaardin kanssa, post-doc-jaksoa hänen laboratoriossaan ja syventymistä glymfaattiseen järjestelmään hänen opissaan. Tutkimustyön tekeminen suuressa monialaisessa tutkimusryhmässä avasi näkymän moderniin biolääketieteelliseen tutkimukseen, ja biotieteilijöiden, klinikoiden ja datatieteilijöiden tiivis yhteistyö loi hedelmällisen ympäristön uusille oivalluksille. Samalla korostui verkostoitumisen merkitys – kansainväliset kontaktit, kollaboraatiot ja yhteishankkeet mahdollistavat tutkimuksen laajentamisen yksittäisen laboratorion ulkopuolelle ja jopa tutkimuslöydösten kaupallistamiseen.

Oman tutkimuslinjan löytymisen jälkeen Liliuksen uralla seuraavana vaiheena oli oman tutkimusryhmän perustaminen. Ihmisten lisäksi erityisesti perustutkimusryhmän perustaminen vaatii ennen kaikkea rahoitusta – ja paljon. Suomalaisessa järjestelmässä tutkimusrahoitus on pirstaloitunutta ja koostuu pienistä puroista. Tutkimusrahoituksen riittävyys vaatii jatkuvia hakuja riittävän kokonaisrahoituksen turvaamiseksi ja lisäksi tutkimustoiminta on pidettävä kustannustehokkaana. Tärkeää on myös löytää ryhmään kriittinen massa oman tutkimusuransa eri vaiheissa olevia osaajia sekä ryhmän käytännön toimintaa tukeva ”oikea käsi” tutkimusryhmän johtajan käytännön avuksi.

Tieteellisen fokuksen kirkastaminen on myös välttämätöntä: mitä osaat paremmin kuin muut, sekä kansallisesti että kansainvälisesti? Näkyvyys oman tutkimusryhmän työlle syntyy paitsi laadukkaasta tutkimuksesta myös aktiivisesta viestinnästä verkkosivujen ja sosiaalisen median kautta. Verkostoituminen ja viestintä lisäävät tunnettavuutta ja helpottaa rekrytointia, jossa kannattaa tähdätä korkealle; parhaat tutkimusryhmät rakentuvat tutkimusjohtajaa itseä taitavammista osaajista.

Nykytutkimuksessa on myös keskeistä eri

ammattiryhmien hyödyntäminen. Translationaalisessa tutkimuksessa klinikoiden ja prekliinisten tutkijoiden tuominen samaan ryhmään rikastuttaa tutkimuskysymyksiä ja lisää työn vaikuttavuutta. Ryhmän dynamiikka, avoin vuorovaikutus ja yhteiset tavoitteet ovat onnistumisen edellytyksiä. Erityisesti väitöskirjatutkijat toimivat usein myös elämänsä kiireisimmässä vaiheessa uraa ja perhe-elämää yhteensovittaen. Siksi ohjaajien rooli, realistiset projektikokonaisuudet ja rehellinen keskustelu rahoituksesta korostuu.

Hyvä tutkimusryhmä tarjoaa mahdollisuuksia kehittymiseen. Tutkimusryhmän johtajan vastuu ja velvollisuus on luoda projektikokonaisuuksista tutkijoille toteuttamiskelpoisia ja mielekkäitä, esimerkiksi niin että väitöskirjakokonaisuudessa on yksi haastavampi osatyö ja kaksi hieman kevyempää projektia, mikä tukee motivaatiota ja etenemistä. Säännölliset tapaukset, koulutusmahdollisuudet, hankinnat sekä esiintymis- ja kirjoitustaitojen harjoittelu ovat myös konkreettisia tapoja tukea tutkijoita. Tutkimusryhmän johtajan tehtäviin lukeutuu myös keskustelu ryhmässä työskentelevien tutkijoiden urasuunnitelmista – kaikki eivät, eikä kaikkien tarvitse, tavoitella akateemista uraa.

Tutkimusryhmän johtajalta vaaditaan kykyä innovoida, yhdistää tuloksia ja pitää fokus olennaisessa. Verkostoituminen on jatkuvaa, ja periksiantamattomuus on välttämätöntä. Uran alkuvaiheen hyvät esimerkit, kokemukset erilaisista tutkimusympäristöistä, ajankohtaiset aiheet ja uniikki lähestymistapa luovat pohjan menestykselle – mutta usein taustalla on myös perheen ja läheisten tuki.

Tutkimusura rakentuu sekä suunnitelmasta että sattumasta. Oleellista on tarttua mahdollisuuksiin, rakentaa vahvoja verkostoja ja säilyttää innostus tiedon etsimiseen.



Mirjami Kantola esitteli gerasteniaindeksin osatekijöiden yhteyttä kivun häiritsevyyteen yli 65-vuotiailla gerasteniain sairastavilla henkilöillä.

Abstraktikilpailu

Tutkijoiden verkostoitumispäivää varten järjestettiin tutkimustoimikunnan toimesta abstraktikilpailu. Tutkimustoimikunnan arvioitavaksi saatiin yhteensä kahdeksan abstraktia, joista seuraavana esitellyt viisi valittiin suulliseen esitykseen tutkimuspäivään. Tutkimustoimikunta myös arvioi suulliset esitykset ja parhaan tutkijan palkinto jaettiin Jaakko Ilolan ja Eeva Mulon kesken.

Väitöskirjatutkija Mirjami Kantola, liikuntatieteellinen tiedekunta, Jyväskylän yliopisto – Kivun yhteys gerasteniaindeksin osatekijöihin 65 vuotta täyttäneillä henkilöillä, joilla oli gerastenia tai sen esiaste: poikkileikkausanalyysi

Tutkimuksessa selvitettiin gerasteniaindeksin osatekijöiden yhteyttä kivun häiritsevyyteen yli 65-vuotiaalla gerasteniain tai sen esiasteita sairastavalla henkilöillä. Tutkimukseen osallistui 299 potilasta. Tutkimuksessa havaittiin kivun häiritsevyyden lisääntyvän gerasteniaindeksin kasvaessa. Parempi koettu terveys, elämänlaatu, toimintakyky ja ravitsemustila olivat yhteydessä vähäisempään kivun häiritsevyyteen, kun

taas suurempi reseptilääkkeiden ja masennuslääkkeiden käyttö oli yhteydessä lisääntyneeseen kivun häiritsevyyteen. Tulokset korostavat gerasteniain sairastavien ikääntyneiden kokonaisvaltaisen kivunhoidon merkitystä sekä lääkityksen ja masennusoireiden huomioimista hoidossa.

Väitöskirjatutkija, Niklas Särkilahti, lääketieteellisen tiedekunnan kliininen laitos, Turun yliopisto – Postural balance as a discriminatory marker for whiplash-associated disorder: A ROC AUC analysis

Tutkimuksessa verrattiin kaularangan sensorimotorista hallintaa niskan retkahdusvammapotilailla, epäspesifiä niskakipua sairastavilla ja oireettomilla henkilöillä tasapaino-, kävely- ja silmänliiketestien avulla. Tutkimukseen osallistui 111 henkilöä. Niskan retkahdusvammapotilaiden asennonhallinta oli merkitsevästi heikompi kuin muilla ryhmillä, ja mediaalilateraalinen huojuntanopeus erotteli heidät parhaiten muista. Lisäksi molempien niskakipuryhmien kävelysuoritus oli heikentynyt. Kävelynopeus osoittautui parhaaksi muuttujaksi erottamaan niskakipupotilaat terveistä. Tulokset osoittavat pitkäaikaisen niskakivun heikentävän sensorimotorista hallintaa ja sekä osoittavat huojuntanopeuden ja kävelynopeuden käyttökelpoisuuden kliiniseksi mittareiksi näiden toimintahäiriöiden tunnistamisessa sekä erotelussa.

Väitöskirjatutkija Jaakko Ilola, Lääketieteellinen tiedekunta, kliininen lääketiede, Helsingin yliopisto – Viikoittaiset painajaiset ennustavat huonoa elämänlaatua kipupotilailla

Tutkimuksessa selvitettiin painajaisien yleisyyttä ja niiden yhteyttä kipuun, psykologiseen hyvinvointiin ja elämänlaatuun 324:lla pitkitettyä, syöpään liittymätöntä kipua sairastavalla kipupoliklinikan potilaalla. Viikoittaisia



Jaakko Ilola kertoi kuinka viikoittaiset painajaiset ennustavat huonoa elämänlaatua kipupotilailla.

painajaisia esiintyi 25 %:lla potilaista, ja ne olivat yhteydessä suurempaan kivun häiritsevyyteen, unettomuuteen, masennukseen, ahdistuneisuuteen, stressiin ja heikompaan elämänlaatuun, mutta eivät kivun voimakkuuteen. Viikoittaiset painajaiset ennustivat itsenäisesti heikompaa elämänlaatua, ja 81 %:lla niitä kokevista oli erityisen huono elämänlaatu. Tulokset osoittavat, että painajaisten kartoittaminen voi auttaa tunnistamaan kaikkein haavoittuimmat pitkittynyttä kipua sairastavat potilaat.

Väitöskirjatutkija Mikko Patovirta, Liikuntatieteellinen tiedekunta, Jyväskylän yliopisto – Naisten keuhollisuuden kokemuksiä kroonisesta migreenistä

Tutkimuksessa tarkasteltiin kroonisen migreenin keuhollista ja kokemuksellista merkitystä kahdeksalla kroonisesta migreenistä sairastavalla naisella fenomenologisiin haastatteluihin perustuen. Tulosten perusteella migreeni heikensi toimijuutta, keuhollisen hallinnan tunnetta ja lisäsi uupumusta. Osallistujien havaittiin pyrkivän jatkuvasti sopeutumaan sairauteen ja löytämään uudelleen yhteyden omaan kehoonsa. Tutkimus syventää ymmärrystä kroonisesta

migreenistä elettyä kokemuksena ja korostaa henkilökeskeisen, kokonaisvaltaisen hoidon merkitystä.

Väitöskirjatutkija Eeva Mulo, Lääketieteellinen tiedekunta, kliininen lääketiede, Turun yliopisto – Psykiatrinen sairastavuus monimuotoisessa paikallisessa kipuoireyhtymässä (CRPS, complex regional pain syndrome)

Tutkimuksessa selvitettiin psykiatristen sairauksien ja persoonallisuushäiriöiden esiintyvyyttä 57:llä pitkäaikaista CRPS-oireyhtymää sairastavalla potilaalla käyttäen psykiatrin tai psykologin tekemiä SCID-haastatteluita. Elinaikainen psykiatrinen sairastavuus oli 59,7 % ja persoonallisuushäiriöiden esiintyvyys 10,5 %, eivätkä ne poikenneet perusväestöstä. Sen sijaan posttraumaattinen stressihäiriö (PTSD) oli tavanomaista yleisempi, 15,8 %, ja oli kaikilla sairastuneilla alkanut ennen CRPS:n kehittymistä. Tulokset viittaavat siihen, että PTSD saattaa altistaa CRPS:n kehittymiselle tai että häiriöillä on yhteisiä altistavia tekijöitä.

Nathan Skidmore, kipututkija, EFIC –EFIC rising star programme -esittely

Tutkimuspäivässä esiteltiin myös EFIC (European Pain Federation) Rising stars program, joka on tutkijauran alkuvaiheen kipututkijoille suunnattu kansainvälinen urakehitys- ja verkostoitusohjelma. Ohjelmaa esitteli tutkimushankkeiden asiantuntija, Nathan Skidmore, joka työssään koordinoi ja kehittää EFIC:n tutkimustoimintaa, tutkimusstrategiaa ja tutkijaverkostoja. Rising stars -ohjelma on suunnattu erityisesti väitöskirjatutkijoille ja postdoc-tutkijoille tarjoamalla verkkokoulutuksia tutkimusuran keskeisistä taidoista, kuten apurahahakemusten laatimisesta, tieteellisestä viestinnästä ja urasuunnittelusta. Lisäksi ohjelmaan kuuluu säännöllisiä vertaistapaamisia, joissa osallistujat voivat jakaa kokemuksiaan ja luoda

kansainvälisiä yhteistyöverkostoja. Tavoitteena on vahvistaa nuorten tutkijoiden ammatillista osaamista, lisätä näkyvyyttä eurooppalaisessa kipututkimusyhteisössä ja tukea tulevaisuuden tutkimusyhteistyötä. Ohjelmaan voit tutustua tarkemmin osoitteessa: EFIC Rising Star Programme – European Pain Federation.

Lääketieteen tohtori, neurokirurgi Henna-Kaisa Jyrkkänen – Kivun perustutkimuksen hyödyntäminen kivun kliinisessä tutkimuksessa ja hoidossa nyt ja tulevaisuudessa.

Henna-Kaisa Jyrkkänen päätti tutkijoiden verkostoitumispäivän luennollaan perustutkimuksen hyödyistä ja mahdollisuuksista kivun kliinisessä tutkimuksessa. Tämän luennon osalta on tässä lehdessä erillinen artikkeli.

Tutkimusiltapäivässä esitettyjen tutkimusten lisäksi abstraktinsa lähettivät väitöskirjatutkijat Katja Luostarinen, Reetta Keränen ja Taneli Lehto. Nämä abstraktit olivat tutustuttavissa koulutuspäivien ajan QR-koodin kautta. Katja Luostarisen rekisteritutkimuksessa havaittiin, että säännöllinen unilääkkeiden käyttö oli sel-

västi yleisempää pitkäaikaisesta selkäperäisestä neuropaattisesta kivusta kärsivillä potilailla kuin verrokeilla, eikä kivun hoito selkäydinstimulaatiolla vähentänyt unilääkkeiden käyttöä. Tulokset korostavat unihäiriöiden tunnistamisen ja hoidon merkitystä pitkäaikaisesta kivusta kärsivillä potilailla.

Reetta Keräsen tutkimuksessa selvitetään musiikkipohjaisten interventoiden soveltuvuutta nuorten pitkittyneen kivun hoidossa. Alustavien tulosten mukaan musiikki ja vertaistuki tukevat tunteiden käsittelyä, ja tavoitteena on kehittää näyttöön perustuvia lääkkeettömiä hoitomenetelmiä kivun hoitoon.

Taneli Lehdon tutkimuksessa havaittiin, että fibromyalgiaa sairastavien heikompi maksimaalinen hapenottokyky liittyi erityisesti heikompaan perifeeriseen hapenkuljetukseen. Löydökset luovat pohjaa liikuntainterventoiden optimaalisen harjoitteluintensiteetin selvittämiseen.

Tutkijoiden verkostoitumispäivä sai runsaasti kiitosta. Uusia tutkimusideoita sekä yhteistyötä jalostettiin niin nuorien kuin kokeneempienkin tutkijoiden välillä. Kivuntutkimus tarvitsee lisää innokkaita tutkijoita ja tutkimusyhteistyön lisääminen on yksi keino tiedon lisääntymiseen ja kohti entistä vaikuttavampaa hoitoa. Päivän päätteeksi oli selvää, että tutkijoiden verkostoitumispäivän perinnettä tullaan jatkamaan seuraavana vuonna Kuopiossa! Niinpä vinkiksi tutkijoille: tutkimustoimikunta odottaa innolla vuodelle 2027 abstraktejanne ja suullisten esitysten perusteella myös ensi vuonna jaetaan tutkijan palkinto. ■

Yleisö seurasi mielenkiinnolla Nathan Skidmoren Teams-esitystä.



Tieto muuttaa hoitoa -juhlasymposium Helsingissä 15.–17.4.2026

Luentojen satoa

Kirjoittajat

Tuula Korhonen

ylilääkäri, Raahen kipu-
poliklinikka, Pohde kun-
touspalvelut, anestesia
erikoislääkäri, kivun hoidon
erityspätevyys

Katja Luostarinen

apulaisylilääkäri KYS kipu-
poliklinikka, LL, neurologi-
an erikoislääkäri

Henna-Kaisa Jyrkkänen

KYS neurokirurgia, LT, neu-
rokirurgian erikoislääkäri,
kivunhoidon erityispäte-
vyys

Koulutustilaisuus pidettiin perinteikkäässä Helsingin yliopiston pääkennuksessa Fabia-
ninkadulla. Tässä poimintoja aiheista.

Torstai aamupäivä

Dosentti **Aki Hietaharju** Tays:sta piti mielen-
kiintoisen esityksen *Kivun immunologisista me-
kanismeista*. Nosiseptoreilla ja immuunijärjes-
telmän soluilla on yhteisenä tehtävänä suojella
isäntää elimistön homeostaasia potentiaalisesti
uhkaavilta tekijöiltä.

Autoimmuunikiputilat liittyvät ensisijaises-
ti hankittuun immunitettiin, joka perustuu
B- ja T-solujen toimintaan. Niissä kipu ei ole
seurausta inflammaatiosta vaan vasta-aineiden
aiheuttamasta hermosolujen eksitaation lisään-
tymisestä.

Jotkut IgG-vasta-aineista pystyvät aiheutta-
maan kipua myös epäsuorasti T-soluvälitteisen
inflammaation myötävaikutuksella tai vauri-
oittamalla nosiseptiivisiä hermosäikeitä. Au-
toimmuunikiputilaa voidaan epäillä etsittäessä
harvinaisia kivun syitä. Ne ovat vasta-aineväl-
itteisiä sairauksia, joissa kivun lisäksi esiintyy
samanaikaisesti multifokaalisia keskus- tai ää-
reishermoston liittännäisöireita.

Oireiden alkua on usein subakuutti. Oireina
ovat ohuiden hermosäikeiden kautta välittyvät
tuntohäiriöt (neuropaattinen kipu, kylmä- ja
lämpötunnon häiriöt), autonomisen hermoston
toimintahäiriöt ja enkefalopatia.

Kipu on polttavaa tai viiltävää ja oirekuvaan
saattavat kuulua myös krampit, spasmit, pa-
restesia ja kutina. Autoimmuunikiputiloissa
potilailta on todettavissa seerumista ja/tai sel-
käydinnesteestä IgG-vasta-aineita, jotka kohdis-
tavat somatosensorisen radan antigeeneihin.
Oireet, myös kipu, väistyvät tai lieviytyvät po-
tilailla merkittävästi immunologisten hoitojen
myötä.

Autoimmuunisairauksia, joiden yhtenä ilme-

nemismuotona on kipu, ovat mm. tulehduksel-
liset reumasairaudet ja suolistosairaudet sekä
neurologiset autoimmuunisairaudet, kuten
MS-tauti ja Stiff-Person Syndrooma.

FT, psykologi **Teemu Miettinen** puhui *unen
merkityksestä kivun kokemisessa*. Uni on ravin-
non ja liikkumisen rinnalla välttämätön terve-
ydelle. Unessa toistuvat NREM ja REM vaiheet.
Unta säätelee keskeisesti unipaine ja sisäsyntyin-
en vuorokausirytm.

Unen vähyys on yhdistetty suurempaan kuol-
leisuuteen, sydän- ja verenpainetautien, diabe-
teksen ja ylipainon riskiin. Uniongelmat ovat
kipupotilailla yleisiä: TULES-potilaista 25,1
% ja fibromyalgia-potilaista 39,8 % on rapor-
toinut uniongelmistä. Suomalaisten kipukli-
nikoiden tekemässä laajassa KROKIETA-tutki-
muksessa 43,4 % kipupotilaista kärsi jatkuvista
uniongelmistä.

Pitkittäistutkimuksissa on todettu uniongel-
mien ennustavan kivun kroonistumista sekä
kivun laaja-alaisuutta, mutta kipuarvot myöskin
häiritsevät unta. Kivun herkkyyden li-
sääntymisen lisäksi myös ahdistuneisuus li-
sääntyy univajeen seurauksena. Uniongelmien
vähentämisen on puolestaan havaittu vähentä-
vän kipua.

Uni- ja kipuongelmat ovat yhteydessä toi-
siinsa ja näiden yhtäaikaista hoitaminen ovat
ensiarvoisen tärkeitä. Hoidossa tulee painottaa
lääkkeettömiä hallintakeinoja. Kognitiivis-be-
havioraaliset hoitomallit on todettu tehokkaik-
si ja niitä tulisi tarjota ensisijaisena hoitomuotona.

Professori **Lauri Nummenmaa** piti kiinnosta-



Valokuvat: Eero Antturi

**Juhlasymposiumiin osal-
listui toista sataa kivun
hoidon ammattilaista.
Kuvassa aloituspäivän
yleisöä.**

van ja visuaalisen esityksen aiheesta *Tunteet ja
kipu*. Esitys oli hyvin havainnollinen sisältäen
runsaasti kuvia funktionaalisesti MRI:sta, PET-
kuvanteista, molekyyli- ja reseptoritasoon muu-
toksista kivun kokemuksessa sekä kehon tunne-
ne- ja kipukartoista.

Niin akuutissa kuin pitkäaikaisessa kivussa
nähdään samojen kehon alueiden aktivoitu-
mista tunne- ja kipukartoissa, toisaalta myös
muutoksia verenkierron ja mm endo-opioidi-
järjestelmässä. Koko kehon biologisten verkos-
tojen tutkiminen avaa uudenlaisen ikkunan
kivun ja tunteiden syntymiseen sekä niiden
väliseen yhteyteen.

Psykologi **Titta Ruutu** puhui somatisaatiosta
ja vuorovaikutuksesta *”Keho tuntee, mutta mie-
li ei”*. Somatisaatio on vuorovaikutusprosessi,
jossa tunteiden tunnistamisen ja ilmaisun si-
jaan huomio ja huoli kiinnittyvät suhteettoman
paljon fyysisiin oireisiin, niiden ilmaisuun ja
näiden oireiden kautta avun etsimiseen. Psyko-
somaattinen ongelma syntyy, kun yksilö kokee
pystyvänsä ottamaan elimistön päätöksenteon
tietoiseen hallintaansa.

Ongelmana kuitenkin on kyvyttömyys men-
talisoida tunteita, jolloin toimijuus luovute-

taan keholle ja keho ottaa mielen roolin.
Somatisoivan potilaan hoidon tavoitteena
herättää kiinnostus oman kehon ja mielen yh-
teyteen, oppia havaitsemaan kehon viestejä ja
kääntämään nämä primitiiviset viestit kielelli-
sesti ilmaistaviksi psyykkisiksi mielteiksi.

Mielen täytyy kyetä ottamaan huomioon
kehon affektit ja tarkoituksenmukaisesti allo-
koida niiden merkitys sen sijaan, että keho sen
tekisi.

Somatisoivan potilaan kohtaaminen ja hoita-
minen voi tuottaa ammattilaiselle haasteita ja
uuvuttaa ammattilaisenkin.

On vaativaa olla sopivasti virittäytyneenä
somatisoivalle potilaalle, joka vaatii hoivaa ja
sääteilyä. Ammattilainen voi hyödyntää omaa
kehoa työskentelyn instrumenttina. Tunnis-
tamattomat tunteet saavat ilmiänsä ammatti-
laisen kehossa (kehollinen transferenssi). Jos
näistä tunteista kieltäytyy, on ammattilaisen
vaarana emotionaalinen tyhjäys, kyllästyminen
työhön, uupuminen, mekanistisuus ja potilaan
kohtaamattomuus.

Kehollisia mentalisaation tekniikoita voi-
daan hyödyntää somatisoivan potilaan kohtaa-
misessa ja hoidossa. Tavoitteena on kasvattaa
kehollista fokusta (*embodied mentalizing*), jol-

loin potilas alkaa kokea yhteyksiä toistuvien vuorovaikutusmallien ja somaattisten oireiden välillä. Kehollisen mentalisaation keinoja ovat mm:

Havainnointi: Hengitys, liike, kasvonilmeet, keholliset emotionin ilmaisut. *Miltä hengitys tuntuu?*

Tutkiminen: *Oletko kokenut näin joskus aiemmin? Mitä kehossasi tapahtuu nyt, kun puhut siitä? Huomaan, että kätesi ovat nyrkissä. Mitä sinussa tapahtuu, kun puhut siitä? Laita kätesi siihen, missä se tuntuu vahvimmin. Voinko minä jutella sen kivun kanssa?*

Vahvistaminen, helpottaminen: *Voin kuvitella, että se todella sattuu sisälläsi.*

Rauhoittaminen, säätely, muutos.

Tehtävämme on tunnistaa se vaarallinen kipu, jolta potilas on suojautunut. Kun emotionaalinen kokemus ja psyykinen kapasiteetti kasvaa, somaattinen kivun kokemus vähenee.

Torstai iltapäivä

Apulaisprofessori **Vesa Kontinen** luennoi aiheesta *Unikosta sutsetrigiiniin – vaihtoehtoja opioideille akuutin kivun hoidossa*. Postoperatiivisen kivun hoitoon on pitkään etsitty vaihtoehtoja perinteisille opioideille. Vastausta on etsitty kannabinoideista, mutta ne on todettu tehottomiksi akuutin kivun hoidossa.

Tulehduskipulääkkeistä saadaan vastetta, mutta niiden haitat rajoittavat osittain käyttöä leikkausten jälkeen. Ketamiini on tehokas tukilääke kivuliaissa leikkauksissa lieventäen kipua ja vähentäen opioidien tarvetta noin 24 %, mutta haasteena on haittojen lisääntyminen, jos käyttö laajenee. Ketamiinin tehon ja haittojen suhde tulee arvioida potilaskohtaisesti ja toistuvaa tai pitkäaikaista käyttöä tulee välttää.

Gabapentinoideilla on myös hieman postoperatiivisten opioidien tarvetta vähentävää vaikutusta, mutta niiden vaste akuutin kivun hoidossa on varsin vaatimaton. Na-kanaviin

vaikuttavia lääkkeitä käytetään tietyissä pitkityneissä kipusairauksissa.

Markkinoille on tuotu vuonna 2025 sutsetrigiini, joka on uudenlainen, selektiivinen periferiassa esiintyvien jänniteherkkien natrium 1.8.-reseptoreiden salpaaja. Lääke on käytössä Yhdysvalloissa, mutta Euroopassa myyntilupaa ei vielä ole. Indikaationa on kohtalainen ja vaikea akuutti kipu. Lääke vaikuttaa suhteellisen turvalliselta, mutta näyttö kivunlievityksessä kuvautuu vaatimattomana, eikä pitkäaikaisnäyttöä vielä ole.

Anestesiologian erikoislääkäri **Michael Azbel** valotti *puudutushoitojen mahdollisuuksia akuutin kivun hoidossa*. Perifeeristen puudutusten käyttöä akuutin kivun hoidossa suositellaan osana hyvää multimodaalista kivun hoitoa vähentämään opioidien tarvetta ja niiden haittoja. Puudutuksilla pyritään myös ehkäisemään kivun kroonistumista. Lonkkamurtumapotilailla reisihermon puudutus vähentää komplikaatoriskejä. Puudutukset ovat nopeita ja helppoja toteuttaa ja välineistö on yksinkertaista. Haittavaikutukset ovat harvinaisia eikä verenohennuslääke estä suurinta osaa puudutuksista. Kertapuudutuksella saavutetaan parhaimmillaan 8-30 tunnin kivunlievitys kohteesta, käytetystä puudutteesta ja adjuvantista riippuen. Aiemmin puudutuksia toteutettiin maamerkkien avulla. Nykyisin puudutusten laitossa käytetään apuna ultraäänilaitteita. Ultraäänilaitteet ovat pienentyneet ja vieneet puudutusten toteutuksen leikkausosastojen ulkopuolelle. Myös uusia käyttökohteita ja menetelmiä kehitetään jatkuvasti.

Anestesia erikoislääkäri **Niklas Mattila** puolestaan kertoi *puudutusten käytöstä lasten akuutin kivun hoidossa*. Pienillä lapsilla hermot ja etäisyydet ovat huomattavasti pienemmät. Luennoilla esiteltiin eri hermojen anatomiaa ja

Heini Liimatta ja Riikka Holopainen luennoivat aiheesta ”Liike vai lääke – pitkittynyt kipu ja toimintakyky”.



lähestymistapoja.

Päivän päätteeksi oli paneelikeskustelu aiheesta tulevaisuuden kivun hoito. Siihen alustuksena dosentti **Katri Hamunen** kertoi kivun hoidon järjestämisestä erikoissairaanhoidossa ”*Tarpeet ja mahdollisuudet tulevaisuuden kivun hoidossa*”. Fyysistä ja psyykkistä hyvinvointia tukevien terveyspoliittisten linjausten ja toimintamallien tavoitteena on kipua aiheuttavien ja vaikeuttavien sairauksien ja niiden vaikutusten vähentäminen (DM, alkoholi, ylipaino, mielenterveys, työturvallisuus, ergonomia) sekä potilaiden toimijuuden ja toimintakyvyn edistäminen (tieto & itsehoidon tukeminen, liikunta, uni, mielen hyvinvointi, sosiaaliset suhteet). Hoidon porrastaminen pitää sisällään itsehoidon (30-50 % potilaista), perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon.

STM:n yhtenäisen kiireettömän hoidon perusteet kaipaavat päivittämistä sote-rakenteiden muutoksen myötä. Kivun käypä hoito suositus on juuri päivitetty vastaamaan nykysuosituksia ja terveydenhuollon rakenteita. Lisäksi käytössä nykyään on myös alueellisia kivunhoidon hoitopolkuja. Tulevaisuudessa tarvitaan yhtenäiset suositukset hoidon porrastuksen perustaksi sekä mittarit hoidon vaikuttavuuden seurantaan (kipu, toimintakyky ja yleisoireet).

Tulevaisuudessa ICD-11 tekee kivun paremmin näkyväksi tilastoissa (hoidon tarve ja kustannukset). Lisäksi tekoälyä voidaan hyödyntää

potilaskohtaisesti räätälöidyssä kivun ja oheisoireiden hoidossa sekä seurannassa. Hoidon porrastuksen näkökulmasta erikoissairaanhoidon toiminta pitää sisällään konsultaatiot ja monimuotoisen yhteistyön perusterveydenhuollon kanssa sekä erikoisalojen välillä, huomioiden myös kivunhoidon erityistekniikat sekä uudet ja kokeelliset hoidot.

Lisäksi koulutus, tutkimustyö sekä kehittämistyö ovat osa erikoissairaanhoidon vastuuta. Osa-alueina ovat akuutin kivun hoito (APS), pitkäaikaisen kivun hoito sekä vaikean syöpäkivun hoito. Haasteena ovat aika (usein kriittisin resurssi terveydenhuollossa), raha (resurssien vähyys ja toimintojen alasajo esteenä hyvien hoitomallien laajentamiselle perusterveydenhuoltoon) sekä ESH yksiköiden erikoislääkärripula. Mahdollisuutena puolestaan ovat yhteistyö kansallisella ja alueellisella tasolla, moniammatillinen kehittäminen ja tutkimustoiminta.

Olemassa olevia toimintamalleja ja ohjeita (esim Käypä hoito) jalkautetaan. Lisäksi hyödynnetään olemassa olevaa osaamista, tutkimustietoa, asiantuntijaverkostoja ja SKTY:tä.

Paneelikeskustelun osalta voi tutustua tässä lehdessä SKTY:n puheenjohtajan Vera Leon kirjoitukseen.

Perjantai aamupäivä

Psykologi **Saara Pasternack** luennoi *endomet-*



rioosiin liittyvästä kivusta ja elämänlaadusta. Endometrioosi on ”kohdun limakalvon sirotumatauti”, jonka esiintyvyys on noin 10 % kohdullisista maailmanlaajuisesti. Tyypillisinä oireina ovat kivuliaat kuukautiset, lantion alueen kipu ja väsymys. Hoitokeinoina ovat kivunlievityksen lisäksi hormonaalinen ehkäisy ja leikkaushoito. Oireet alkavat nuorella iällä, jolloin ovat kehittymässä tunneäly, seksuaalinen identiteetti ja kehonkuva. Endometrioosin yhteydessä esiintyvät ahdistus- ja masennusoireilu ovat yleisiä. Kehotietoisuuden ja sisäisen turvallisuuden tunteen vahvistaminen ovat tärkeitä ja parantavat kykyä tunnistaa kivun ohella mielihyvän tunteita. Potilastyössä korostuu kohtaamisen merkitys. Haasteena on tunnistaa myös ne, jotka eivät hakeudu avun piiriin.

Yleislääketieteen erikoislääkäri **Heini Liimatta** ja fysioterapeutti **Riikka Holopainen** pitivät erinomaisen yhteisluennon aiheesta *Liike vai lääke – pitkittynyt kipu ja toimintakyky*. Iänikui-nen kysymys on, pitääkö kipu hoitaa ensin pois ennen kuin aloitetaan kuntoutus. Kipulääkkeet on helppo ottaa, mutta niillä on omat haittansa ja vaikutuksensa toimintakykyyn. Selkäkivuisa tulehduskipulääkkeistä on hieman hyötyä. Opioidit lievittävät hieman kipua, mutta aiheuttavat haittoja (vahvat opioidit enemmän) heikentäen entisestään toimintakykyä. Liikehoito puolestaan auttaa pysymään aktiivisena no-

peuttaen töihin paluuta. Harjoittelu ehkäisee selkäkivun uusiutumista ja haittaavuutta.

Fibromyalgiassa hermokipulääkkeiden teho on noin 9-13 %. Kestävyyssuorituksella puolestaan saavutetaan 18 % lisähyöty kipuun ja 15 % kokonaisuireisiin. Liikunta kohentaa toimintakykyä, vähentää kipua, voi lievittää masennusta, väsymystä ja ahdistusta. Pitkittyneessä selkäkivussa sekä polven ja lonkan nivelrikossa terapeuttinen harjoittelu ja liikunta ovat ensilinjan hoitomuotoja. Kognitiivisbehavioraalisten menetelmien yhdistäminen liikuntaan parantaa tuloksia. Eri harjoittelumuotojen tai yksilö- ja ryhmämuotoisen harjoittelun välillä ei ole havaittu kliinisesti merkittäviä eroja. Liikeshoidon vaikutukset häviävät 3-6 kuukaudessa, jos harjoittelu lopetetaan.

Asiakkaan motivoimiseen kannattaa panostaa. Kivun selittäminen tulee tehdä ymmärrettävästi ja välttää huolta aiheuttavaa sanoitusta. Tärkeintä on löytää asiakkaan oma tavoite kuntoutumisessa ja sovittaa harjoitteluohjelma realistiseksi. Harjoittelu ei ole nopeasti vaikuttava ihmelääke, mutta sillä on laajat hyödyt niin kipuun kuin toimintakykyyn ja hyvinvointiin.

Perjantai iltapäivä

Palvelusuunnittelija **Saila Strand** luennoi *digihoitopolkujen roolista: tieto kivusta haltuun*. Suomalaisten digitaidot ovat Euroopan kärkeä. Meille kaikille tutun Terveyskylä.fi:n sisällön ovat tuottaneet sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijat yhdessä palvelun käyttäjien kanssa. Digipolut mahdollistavat hoidon aikaisen seurannan ja potilaiden raportoima tieto elää kyselyissä ja päiväkirjoissa ja näiden turvin saamme myös tutkimustietoa talteen. Esimerkkinä nostettiin Päänsäryn nettikuntoutus (HUS). Tulevaisuudessa hoidon vaikuttavuuden ennustamisella pyritään tunnistamaan etukäteen ne potilaat, jotka hyötyvät tietystä hoidosta eniten.

Fysiatri **Linda Nieminen** puolestaan kertoi *Tekoälystä kivunhoidossa*. Tekoälyä maailmal-la hyödynnetään kivun tunnistamisessa ja luokittelussa, kivun kulun ennustamisessa ja yksilöllisen hoidon valinnassa. Subjektivisen kokemuksen ”objektivoinnilla” on riskinsä eikä tekoäly saa johtaa potilaan kokemuksen mitätöimiseen. Kivun ilmaisut eroavat iän, sukupuolen, kulttuurin ja kommunikaatiokyvyn mukaan, mikä voi johtaa virheisiin malleissa. Tekoäly tukee päätöksenteossa ja ammattilainen päättää hoitolinjoista, jotta vältytään alitai ylihoidon riskeiltä. Tekoäly voi parantaa riskitekijöiden tunnistamista ja sitä kautta ohjata hoitoa. Se tunnistaa potilaskertomuksesta biopsykososiaaliset riskitekijät laajemmin ja nopeammin kuin ihminen. Tekoäly on tullut jäädäkseen työskentelymme tueksi.

Sairaanhoitajat **Ann-Sofi Storbacka** ja **Eveliina Ryynänen** valottivat *moniammatillista kivunhoitoa ennen ja nyt*. Ann-Sofi aloitti mo-

nialaisella kipupoliklinikalla Soitessa 1999. Tuolloin pitkittyneestä kivusta kärsiviä hoidettiin perinteisellä lääkärin vastaanotolla ja sairaanhoitajan ohjauksella.

Lääkehoidon lisäksi puudutussarjat olivat arkipäivää. Sittenmin moniammatillisia toimintamalleja kehitettiin hyödyntäen Käypä hoito- ja STM-suositusta. Vuodesta 2015 Soiten kipupoliklinikalta on annettu anestesiaalääkärin konsultaatioapua ja osa potilaista on ohjattu kipupotilaan yksilölliselle valmennusjaksolle. 5-6 kertaa vuodessa kokoontuu kroonisen kivun monialainen asiantuntijaryhmä, johon voi osallistua myös potilas ja omainen sekä potilaan omalääkäri. Poliklinikalla on myös kipuryhmätoimintaa.

Eveliina osallistuu APS-toimintaan Uudessa Lastensairaalassa. Hoitaja tapaa akuutin kivun ja syöpäkivun potilaita vuodeosastolla ja konsultoi hoidosta anestesiaalääkäriä. APS-poliklinikalla työskentelee APS-lääkäri, sairaanhoitaja ja tarvittaessa muita ammattilaisia. Pitkittyneen kivun poliklinikalla työskentelevät myös fysioterapeutit, psykologit, musiikkiterapeutit, kuntoutusohjaaja, ravitsemusterapeutti, taide-terapeutit ja sosiaalityöntekijä. Eli moniammatillisuus kukoistaa sielläkin.

Psykologi **Elina Kiehelä** luennoi *Syövästä toimipuneiden psyykkisistä oireista ja kivusta*. Yhä useamman syöpäsairaus voidaan parantaa tai saada syöpä remissioon, jolloin ihminen voi elää lähes normaalia elämää. Hoitojen loppuminen on usein helpotus, mutta myös pelottavaa ja seurantaan siirtyminen aiheuttaa monissa ahdistusta ja epävarmuutta. Lähes kaikilla syövän hoidoilla on sekä akuutteja että pitkäaikaisia haittavaikutuksia.

Työkyky voi muuttua vielä pitkään hoitojen päättymisen jälkeen (keskittymisvaikeudet, muisti, kipu, PTSD, masennus). Kun siirrytään syöpähoidoista pois, kannattaa panostaa hyvään vuorovaikutukseen: turvan tunteen

Fysiatri Linda Nieminen kertoi ”Tekoälystä kivunhoidossa”.





Väliajoilla oli mahdollisuus verkostoitua ja tutustua yhdistyksen toimikuntien postereihin.

luominen, katsekontakti, tunteiden, ajatusten ja reaktioiden validointi ja normalisoiminen. Tarvitaan aikaa kysymyksille ja annetaan tieto tilanteesta ja jatko-ohjeet selkokielellä, myös kirjallisena.

Vuorovaikutuksessa empatia ja inhimillisyyttä on tärkeää. Potilaat hakevat usein tietoa googlettamalla, mikä voi lisätä huolia. Ohjataan asiakas asiantuntijoiden ylläpitämillä verkkosivustoille (Terveyskylä, Kaikki syövästä).

Dosentti **Tarja Heiskanen** kertoi *Syövästä toipuneiden kivusta*. Syövästä toipuneiden tavallisimmat oireet ovat kipu (64%), univaikeudet (58 %), uupumus (57 %), huolestuneisuus (51 %) ja nivelkipu (48 %), keskimäärin 10 oiretta/vastaaja (Hammer ym, Cancer Medicine, 2026). Kivun syynä voi olla tuumoriin liittyvä, hoitoihin liittyvä, hoitojen jälkitilat ja muut kivun aiheuttajat. Syövästä toipuneiden kivun hoito ei ole sama asia kuin syövän aiheuttaman kivun

hoito. Kivun hoidon suunnittelussa on tärkeää yksilöllisyys, moniammatillisuus, kivun psykologien ja sosiaalisten ulottuvuuksien huomiointi (huoli kivusta merkinä syövän uusiutumisesta, sekä uupumus ja toimintakyvyn lasku).

Syövästä toipuneilla noudatetaan samoja kivun hoidon periaatteita kuin pitkäaikaisessa ei-malignissa kivussa: lääkkeettömät hoidot ovat ensisijaisia ja lääkkeiden käytön harkinta toteutetaan kiputyypin mukaisesti. On huomioitava, että syövästä toipuneille kirjoitetaan opioidireseptiä enemmän kuin verrokeille (HR 1.22), jopa > 10 vuoden ajan diagnoosista. Opioidien hallittu purkaminen ja adekvaatin muun kivunhoidon toteuttaminen hyvässä vuorovaikutuksessa on tärkeää.

Luentoaiheet olivat monipuoliset ja kiinnostavat ja luennoitsijat erinomaisia. Voit tutustua tarkemmin SKTY:n jäsensivuilla oleviin luentomateriaaleihin. ■

Kivun käypää hoitoa



Pekka Mäntyselkä
LT, yleislääketieteen erikoislääkäri, professori; Itä-Suomen yliopisto ja Pohjois-Savon hyvinvointialue. Kipu-suositustyöryhmän puheenjohtaja.

Uusi päivitetty Kivun Käypä hoito -suositus julkaistiin maaliskuussa 2026 (1). Edellinen vuoden 2015 lopussa julkaistu versio pienine päivityksineen ehti olla olemassa siten noin 10 vuotta. Työ käynnistyi alkuvuodesta 2024. Uuden suosituksen työryhmän jäsenistä yli puolet oli uusia. Uudeksi käypä hoito -toimittajaksi tuli Aleks Raudasoja.

Aiempaan tapaan lähtökohtana oli laatia suositus, jonka kohderyhmänä on perusterveydenhuollon henkilöstö ja muut kivunhoitoon osallistuvat terveydenhuollon ammattihenkilöt, erityisesti muualla kuin kivunhoitoon erikoistuneissa yksiköissä. Keskeisenä tavoitteena suosituksessa on edistää kivun tehokasta ja turvallista hoitoa. Uudessa suosituksessa painotus on aiempaan nähden selvästi enemmän pitkäaikaisessa kivussa. Tämän lehden lukijakunta erityisen hyvin tietää, että pitkäaikainen kipu on väestössä yleistä, aiheuttaa paljon toimintakyvyn alenemista, syö elämänlaatua ja on usein myös hoidollisesti vaikea asia. Lisäksi kaikessa viime vuosien sote-myllerryksessä on saattanut pitkittynyt kipu ja sen hoito jäädä taka-alalle. Joka tapauksessa oli selvä syy tehdä uusittu suositus. Suositus sekä siihen liittyvä lisä- ja taustamateriaali löytyvät verkosta (Taulukko 1).

Suosituksen sisältö
Uudessa suosituksessa katsoimme perustelluiksi korostaa pitkäaikaisten ja toimivien hoitosuhteiden merkitystä pitkäaikaisen kivun hoidossa. Halusimme korostaa myös huolellista arviota

kivusta ja kokonaistilanteesta. Potilaan haastattelu ja kliininen tutkiminen ovat edelleen tässä tärkein perusta. Kiputyypin tunnistamista hoidon suunnittelussa ja lääkehoidon valinnassa halusimme nostaa selkeämmin esille.

Kivun lievittymisen lisäksi toimintakyvyn ja elämänlaadun ylläpito sekä koheneminen ovat keskeiset tavoitteet. Siksi kivun voimakkuuden ja haittaavuuden lisäksi toimintakyvyn arviointi ja kirjaaminen ovat oleellisia kivun vuoksi tapahtuneilla vastaanottokäynneillä. Kuten arvioinnissa, myös hoidossa on tärkeää ottaa huomioon erilaiset tilannetta hankaloittavat asiat, kuten unettomuus, masennus ja ahdistuneisuus. Rohkaisevana signaalina halusimme todeta, että hyvällä kivun hoidolla on mahdollisuus parantaa toimintakykyä ja elämänlaatua, vaikka pitkäaikaista kipua ei useinkaan saada kokonaan pois.

Moniammatillista lähestymistapaa tarvitaan hoidossa ja kuntoutuksessa. Hoidon onnistumisessa oleellista on ammattilaisten yhteinen sanoma, potilaan aktiivinen rooli ja toimijuuden tukeminen. Siksi hoidon onnistumiseksi hoitosuunnitelma tulee laatia yhdessä potilaan kanssa.

Pitkittyneen kivun hoidossa lääkkeettömät hoidot ovat aina hoidon perusta, vaikka lääkkeitä usein tarvitaan lisäksi. Liikunta ja fyysisestä aktiivisuudesta huolehtiminen mahdollisuuksien mukaan ovat hyvin tärkeitä. Lääkehoidoissa oleellista on kiputyypin tunnistaminen ja sen mukaisesti suunniteltu hoito. Opioidien käyttö sopii vain hyvin perusteltuihin erityistilanteisiin ja edellyttää pitkäaikaista hoitosuhdetta.

Suositus sisältää omat osionsa muun muas-

Taulukko 1. Kipu. Käypä hoito -suosituksen verkossa olevaa materiaalia.

Suosituksen tiivistelmä	https://www.kaypahoito.fi/kht00125
Suositusteksti	https://www.kaypahoito.fi/hoi50103
Suosituksen yleiskielinen potilasversio	https://www.kaypahoito.fi/khp00119
Implementointisuunnitelma	https://sway.cloud.microsoft/nOtSG1OmIR9R29K4?ref=Link
Luentomateriaali	https://www.kaypahoito.fi/khl00112

sa kipupotilaan kohtaamiseen ja vastaanoton kulkuun, potilasohjaukseen, kivun arviointiin, kivunhallintakeinoihin (mukaan lukien lääkkeettömät ja lääkkeelliset hoitomuodot), seurantaan, kuntoutukseen ja kivun pitkittymisen ehkäisyyn. Erikseen on omat osionsa joistakin kiputiloista (kuten neuropaattinen kipu ja fibromyalgia) sekä iäkkäiden ja monisairaiden kivusta.

Tästä uudesta kivun Käypä hoito -suosituksesta jätimme pois asiakokonaisuuksia alkupe- räiseen versioon nähden. Lasten kipua ei enää käsitellä. Tieto, ymmärrys ja käytännöt lasten kivusta ovat menneet paljon eteenpäin, joten lasten kipu voisi olla omana suosituksenaan. Iäkkäiden kivun hoito uudessa suosituksessa on vielä. Ennestään omat suosituksensa on esimerkiksi alaselkäkivuista, niskakivusta sekä lonkka- ja polvinivelrikosta. Tulevaisuudessa on otettava kantaa, tarvitaanko esimerkiksi iäkkäiden kivun hoidosta, fibromyalgiasta ja neuropaattisesta kivusta omat erilliset suosi- tuksensa.

Vuonna 2017 julkaistu STM:n kroonisen ja syövän aiheuttaman kivun hoidon asiantuntija- ryhmän raportti totesi tekemäänsä selvitykseen perustuen monien pitkittyneen kivun hoitoa tukevien rakenteiden ja toimintojen puutteel- lisuuden (2). Tässä on henkilökohtaisen käsi- tykseni mukaan edelleen yhtä paljon tehtävää kuin 10 vuotta sitten. Käypä hoito -suositukset eivät yleensä ota tarkemmin kantaa hoidon järjestämiseen. Kuitenkin tässä suosituksessa on myös siitä oma osansa yleisellä tasolla. Ha- lusimme tuoda vielä erikseen esille, että ”työ- ryhmä suosittelee hyvän kivunhoidon organi- soimiseksi terveydenhuoltoon hoitosuhteiden jatkuvuutta, moniammatillisia hoitomalleja, hyviä konsultaatiomahdollisuuksia (ml. sovitut konsultaatioreitit), tiedonkulun parantamista ja digitaalisen materiaalin (esim. Terveyskylä) hyödyntämistä”.

Oppia ikä kaikki

Opimme prosessin aikana paljon. Ryhmän käypä hoito -toimittaja Aleksi Raudasoja piti aikataulun lisäksi huolen, että näytön asteet tulivat nykymenetelmin huolella tarkastetuiksi ja hoitojen teho asianmukaisesti tarkastelluk- si. Uudet näytönastekatsaukset tehtiin uuden muodon mukaisesti taulukoineen. Kokouksis- samme opimme toisiltamme paljon erilaisista lähestymistavoista ja itse kivun hoidosta. Ryh- män työskentely oli eteenpäin vievää ja erilaiset näkökulmat keskustellen huomioon ottavaa. Potilaiden osallisuus toteutettiin kahdella vii- teryhmän kokouksella. Päivitystyön alkuvai- heessa potilaiden viiteryhmien edustajat toivat tärkeinä pitämänsä asiat tietoomme. Prosessin loppuvaiheessa he saivat kommentoida myös suositusluonnosta. Molemmilla kuulemisker- roilla oli merkitystä lopullisen suosituksen muovautumiselle. Viiteryhmän jäsenillä oli mahdollisuus antaa suosituksesta lausunto, ja he olivat mukana kommentoimassa potilasver- sion luonnosta. Suosituksen käsikirjoituksen erittäin hyödyllinen lausuntokierros oli syksyl- lä 2025.

Implementointia teoriasta käytäntöön

Hoitosuosistusten julkaisemisen jälkeen niiden käytännön arvo voidaan osoittaa ja mitata vain, jos ne saadaan implementoitua käytäntöön, mikä usein onkin vaikeampaa kuin itse suosi- tuksen laatiminen. Käytäntöön vieminen jää lopulta sote-organisaatioiden ja toimipaikko- jen tehtäväksi, mutta kansallista tahtotilaa tässä on hyvä pitää yllä ja kohentaa.

Lars Lindholmin ja Minna Laitilan artikke- lin mukaan implementoinnissa tarvitaan osal- listavaa valmistelua, johtamista sekä asian hu- mioon ottamista työn infrastruktuurissa ja or- ganisaation rakenteissa (3). Tarvitaan arkisesta työstä poikkeavaa panostusta ja huomiota sekä laaja yhteinen ymmärrys pitkittyneen kivun

Taulukko 2: Kipu Käypä hoito -suosituksen imple- mentointisuunnitelman mukaiset keskeiset imple- mentoinnin tavoitteet

Implementoinnin tavoitteet	Selitysosa käytäntöä varten
Kiputyypin (neuropaattinen/nosi- septiivinen/nosiplastinen/yhdis- telmä) tunnistaminen on edellytys hoidon oikealle kohdentamiselle.	Potilaalle kerrotaan, miten kivun syntymekanismi vaikuttaa hoidon valintaan.
Pitkäaikaisen kivun hoidon tavoit- teena on ensisijaisesti potilaan toimintakyvyn ja elämänlaadun kohentaminen, sekä kivun lievitty- minen.	Pitkäaikaisen kivun hoidolla voidaan vaikuttaa merkittävästi toimintakykyyn ja elämänlaatuun, vaikka hoito johtaakin har- voin kivuttomuuteen.
Lääkkeettömät hoidot ovat ensisi- jaisia kiputyypistä riippumatta.	Keskeisiä lääkkeettömiä hoitoja ovat liikunta, terapeutin harjoittelu, kognitiivis-behavioraalinen terapia, kylmä- ja läm- pöhoito sekä transkutaaninen sähköinen hermostimulaatio (TENS).
Kivun hoidossa lääkehoitojen hyö- dyt suhteessa haittoihin mietitään yksilöllisesti.	Hyödyt ovat todennäköisesti suuremmat potilaalla, jolla on vakavat oireet. Ennen hoidon aloitusta ja seurannan aikana arvioidaan, ylittävätkö odotettavissa olevat hyödyt hoidon aiheuttamat haitat ja puretaan tarpeeton tai haitallinen hoito.
Toimiva hoitosuhde on hyvän hoidon edellytys.	Potilaalla on oikeus hoitosuhteeseen. Hoito ja kuntoutus suunnitellaan ja sovitaan yhdessä potilaan kanssa. Potilaan motivaatio ja valmiudet hoidon toteutukseen ovat olennainen osa hoidon valintaa. Potilasta informoidaan tutkimustuloksis- ta ja taudinmäärittäyksestä, hoitovaihtoehtoista sekä niiden odotettavissa olevista hyödyistä ja mahdollisista haitoista.

hoidon tärkeydestä. Sen selvittämiseksi ja ra- kentamiseksi tarvitaan osallistavaa valmistelua, mikä tarkoittaa kuuntelemista ja neuvottelua. Motivaation herättämisessä on johtamisella merkitystä. Jos johtajat eri tasoilla eivät näe asi- aa tärkeäksi, ei voi olettaa hoitosuosituksen jal- kautumiselta paljoa, vaikka merkitykselliseksi koettu suositus voi motivaation käytännön toi- mijoissa herättääkin. Lisäksi tarvitaan rakenteil- ta ja työn organisoinnilta sitä, että pitkittyneen kivun arvioimisen ja hoidon menetelmät sekä hoidon järjestäminen voidaan niihin sujuvasti istuttaa. Koulutuksessa ei riitä esimerkiksi lää- käripäivien luennolla istuminen vaan koulutus pitää tuoda sinne, missä potilaiden hoitokin tapahtuu, jotta voidaan kunkin organisaation ja toimipaikan ympäristö ja toimintatavat ottaa

huomioon. Toiminnan jatkuvuus tarvitsee jär- jestelyt sen ylläpitämiseksi. Hoitosuosituksen lisämateriaaleista löytyy implementointia tu- keva yleisen tason implementointisuunnitelma (Taulukko2).

Suosituksen käytettävyys ja hyödyllisyys tu- levat näkyväksi sen implementoitumisen kaut- ta. Mikään ei ole koskaan valmista. Asiat ym- päroivässä maailmassa sote-järjestelmineen ja järjestämistapoineen muuttuvat. Tieteellinen tieto uudistuu jatkuvasti. Toivottavasti tämä suositus omalta osaltaan voi kohderyhmänsä kautta auttaa ehkäisemään kivun pitkittymistä sekä lievittämään pitkäaikaisesta kivusta kärsi- vien potilaidemme kipua ja parantamaan hei- dän toimintakykyään.



Kiitokset

Suuret kiitokset kaikille suositustyöhön eri tavoin osallistuneille! Erityiskiitos työryhmän jäsenille: Olavi Airaksinen (LT, fysiatrian erikoislääkäri, professori, Itä-Suomen yliopisto ja Pohjois-Savon hyvinvointialue), Maija Haanpää (LT, dosentti, Ilmarinen), Katri Hamunen (LT, dosentti, anesthesiologian erikoislääkäri; HUS, Neurokeskus), Eveliina Heikkala (LT, dosentti, yleislääketieteen erikoislääkäri; Oulun yliopisto ja Lapin hyvinvointialue), Tarja Heiskanen (LT, dosentti, anesthesiologian erikoislääkäri; HUS, Neurokeskus), Annikka Kalliokoski (LT, kliinisen farmakologian ja lääkehoidon sekä terveydenhuollon erikoislääkäri; Kustanus Oy Duodecim), Susanna Rapo-Pylkkö (LT, geriatrian ja yleislääketieteen erikoislääkäri; Vantaan ja Keravan hyvinvointialue), Aleksi Raudasoja (LT, Käypä hoito -toimittaja; Suomalainen Lääkäriseura Duodecim), Riitta Rosio (TtT, fysioterapeutti, lehtori; Satakunnan ammattikorkeakoulu), Anita Saariaho (LT, anestesiaeerikoislääkäri, psykoterapeutti YET), Kalle

Saikkonen (LL, yleislääketieteen erikoislääkäri; Helsingin kaupungin sosiaali-, terveys- ja pelastustoimiala), Sanna Salanterä (TtT, professori; Turun yliopiston hoitotieteen laitos, ylihoitaja; Varsinais-Suomen hyvinvointialue), Aleksi Varinen (LT, yleislääketieteen erikoislääkäri, kliininen opettaja; Tampereen yliopisto). ■

Kirjallisuutta:

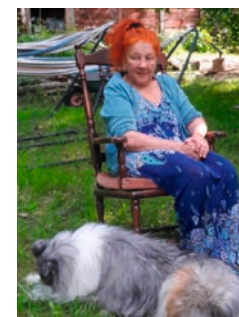
Kipu. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2026. Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

Kroonisen kivun ja syöpäkivun hoidon kansallinen toimintasuunnitelma vuosille 2017–2020: asiantuntijaryhmän ehdotus. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:4.

Lindholm L, Laitila M. Työkaluja näyttöön perustuvien menetelmien käyttöönoton edistämiseksi. Duodecim 2022; 138:881-8.

Neuropaattinen kipu: Liikettä, lääkettä ja lohtua potilaille

(Kivun käypä hoito 2026)



Anita Saariaho

LT, anestesiaerikoislääkäri, psykoterapeutti YET, D.T.M.&H.

Neuropaattinen kipu polttaa, iskee sähköiskuja, jäytää, käyttäytyy epäloogisesti, on hiljaa ja iskee kohta koko voimalla uudestaan, aiheuttaa tuntopuutoksia, tuntoherkkyyttä, virhetuntemuksia, valvottaa öisin, vie jalat alta, masentaa, ahdistaa, ajaa itsemurhan portaalle, vaikuttaa kaventavasti ihmissuhteisiin, seksielämään, työhön, harrastuksiin, toimeentuloon ja elämänlaatuun, invalidisoi, uuvuttaa, estää suunnitelmien toteuttamisen, siis on kerta-kaikkinen riesojen riesa ja elämän pilaaaja ja usein vähät välittää hoitoyrityksistä.

Tämä vuosi on Kansainvälinen kivuntutkimusyhdistyksen (International Association for the Study of Pain = IASP) neuropaattisen kivun vuosi (The 2026 Global Year on Neuropathic Pain) ja vuoden tarkoitus on IASPin mukaan: *”Raise global awareness about neuropathic pain and its impact on individuals and communities by providing evidence-based educational resources to healthcare professionals, patients, and the public”*.

Kivun käypä hoito on päivitetty tänä vuonna ja tarjoaa tutkittua tietoa, ohjenuoria ja neuvoja neuropaattisen kivun hoitointerventioihin.

Neuropaattinen kipu iskee kipujärjestelmän ytimeen eli itse hermojärjestelmään ja aiheuttaa monimuotoisen oirekuvan, jossa kivun intensiteetti, laatu ja liitännäisoireet vaihtelevat jopa päivittäin yksilön omassa elämässä ja eri yksilöiden välillä. Neuropaattinen kipu liittyy hermovaurioon tai sen mahdollisuuteen ja on osatekijä monissa sairaustiloissa. Yleisesti neuropaattinen kipu luokitellaan laveasti sentraaliseksi tai perifeeriseksi alkuperäisen leesioon mukaan. Tavallinen syy on hermon puristustila selkärangan alueella, hermon vaurioituminen traumassa tai leikkauksen yhteydessä. Muita syitä löytyy eri sairauksien tai tilojen yhteydessä esimerkiksi tulehdussairaus kuten vyöruusu, altistuminen toksisille aineille (sytostaatit), diabetes, kasvain, verenkiertohäiriö, aivotapahduma ja multippeli skleroosi. Myös monimuotoinen paikallinen kipuoireyhtymä (CRPS) kuuluu hermokipuihin. ICD-10 luokittelussa neuropaattinen kipu hajoaa laajasti sairauksien

diagnoosikirjolle kertomatta kuitenkaan kivun olemassaolosta diagnoosin yhteydessä. ICD-11 sen sijaan määrittelee kroonisen neuropaattisen kivun omaksi diagnoosikseen kahteen pääluokkaan anatomisen sijainnin mukaan: MG30.50, krooninen keskushermostoperäinen neuropaattinen kipu ja MG30.51 krooninen ääreishermostoperäinen neuropaattinen kipu. Neuropaattinen kipu on laaja ongelma; eri tutkimusten mukaan arviolta globaalisti 7–10% väestöstä kärsii neuropaattisesta kivusta.

Neuropaattisen kivun diagnostiikka, kuten muukin (kipu)diagnoosi, alkaa potilaan kiputarinan kuulemisesta ja validoinnista. Potilaan kipuhistoria, kuinka ja milloin kipu alkoi, sen luonne ja voimakkuus, mahdolliset muut kipuun liittyvät oireet antavat alustavan näkemyksen kiputilan syystä ja mahdollisen hermostoperäisen kivun olemassaolosta. Potilaan kannalta on tärkeää ottaa empaattisesti vastaan hänen kipukokemuksensa sellaisenaan, se auttaa luottavaiseen hoitosuhteeseen ja toimii samalla myös hyvänä tiedonlähteenä. Mutta pelkkä kuuntelu ja keskustelu eivät riitä! Diagnoosi perustuu hermokivun ja sen taustasyyn tunnistamiseen. Neuropaattista kipua ei voi diagnosoida etävastaanotolla vaan potilas täytyy tutkia perusteellisesti. Statuslöydökset tukevat diagnostiikkaa ja ohjaavat myös mahdollisia jatkotutkimuksien tarvetta. Tällaisia tutkimuksia ovat esimerkiksi neurofysiologiset mittaukset ja kuvantamistutkimukset, jos anamneesi ja status antavat aiheita niihin. Jos on mahdollista,

Diagnostiset kriteerit
1. Potilaan ilmoittaman kivun sijainti on neuroanatomisesti johdonmukainen. 2. Esitiedot viittaavat somatosensorisen järjestelmän vaurioon tai sairauteen, jonka tiedetään aiheuttavan kiputilan. 3. Kliinisessä tutkimuksessa todetaan vähintään yksi tuntoaistin poikkeavaa toimintaa osoittava löydös neuroanatomisesti johdonmukaisella kipualueella. 4. Näyttö somatosensorisen järjestelmän vauriosta tai sairaudesta saadaan ainakin yhdessä lisätutkimuksessa, esimerkiksi kuvantamistutkimuksissa, neurofysiologisissa tutkimuksissa tai ihobiopsiassa.
Diagnoosin varmuus
Mahdollinen neuropaattinen kipu: vain kriteerit 1 ja 2 Todennäköinen neuropaattinen kipu: kriteerit 1 ja 2 ja lisäksi joko 3 tai 4 Varma neuropaattinen kipu: kriteerit 1–4

Taulukko 1. Kivun käypä hoito -suosituksen Taulukko 7: Neuropaattisen kivun diagnostiset kriteerit ja diagnoosin varmuus (<https://www.kaypahoito.fi/hoi50103>)

hoidetaan olemassa oleva kivun taustasy niin pian kuin mahdollista. (Taulukko 1 antaa kriteerit neuropaattisen kivun tunnistamiselle).

Kun kipu on tunnistettu neuropaattiseksi kivuksi, on potilaan vuoro saada selkeä ja ymmärrettävä selitys kivustaan, sen syistä ja erityisesti siitä, miksi kipu on luonteeltaan niin vaihtelevaa ja aiheuttaa hankalan oirekuvan. Apuna voi käyttää esimerkiksi kivun visualisointia piirtämällä potilaalle hänen kipuleesionsa ja hermoverkko, näyttää kuvia tai videoita ja antaa kirjallista informaatiota. Hermokipuun liittyy keskushermoston oppiminen – kipuperkistyminen sekä kivun päivittäinen vaihtelu eri stressitekijöiden ja muiden triggerien vaikutuksesta. Näiden tekijöiden vaikutuksen opettaminen (= kipuedukaatio) potilaalle on tärkeää, jotta hän voi jatkossa oppia oman kipunsa hallintaa.

Hoitosuunnitelma pohditaan yhdessä potilaan kanssa ottamalla huomioon hänen yksilöllisyytensä ja käytettävissä olevat voimavarat ja elämäntilanne. Hoito rakentuu monista osatekijöistä ja potilaan oma motivointi ja aktiivointi hoitoonsa on tärkeä tekijä. Motivointiin puolestaan vaikuttaa potilaan kohtaaminen, hoitointerventioiden seuranta ja luottavainen hoitosuhde.

Potilas tarvitsee ja toivoo kipeästi ja usein myös nopeasti jotain helpotusta kipuunsa ja

tämä tarkoittaa hänelle yleensä lääkityksen aloittamista. Kivun käypä hoito esittää neuropaattisen kivun ne lääkkeelliset vaihtoehdot, joista on tutkittua ja luotettavaa tietoa. Tehokaimmiksi lääkkeiksi ovat kivun hallinnassa ovat osoittautuneet SNRI-lääkkeet (venlafaksiini ja duloksetiini), trisykliset antidepressantit sekä gabapentiini ja pregabaliini. Lääkkeistä voi kuitenkin olla haittavaikutuksia kuten esimerkiksi väsyminen, pahoinvointi, suun kuivuminen, huimaus, painon nousu ja negatiivinen vaikutus seksuaalisuuteen. Lisäksi toivotun vaikutuksen ja oikean annoksen säätäminen vaatii aikaa ja seurantaa. Potilaalle on kerrottava lääkkeiden hyödyt ja mahdolliset haitat avoimesti ja järjestettävä seuranta-aika lääkkeen vaikutuksen arvioimiseksi. Opioidista ei yleensä ole apua neuropaattisessa kivussa. Tramadolilla voi olla positiivista vaikutusta ja joskus opioideja voi käyttää pahimpina kipujaksoina lisähoitoina tarkasti kontrolloituna ja jatkuvassa hoitosuhteessa. Trigeminusneuralgiassa käytetään karbamatsepiinia tai okskarbatsepiinia. Perifeerisessä neuropaattisessa kivussa potilas voi hyötyä kapsaisiinilaastarista, lidokaiinivoiteesta tai muuta kapsaisiinia sisältävästä paikallishoitoaineesta. Olipa lääkehoito mitä hyvänsä, se ei yksin riitä potilaan tilanteen korjaamiseen eikä potilasta sovi jättää yksin pelkkien lääkkeiden varaan. Annossuositukset on taulukoitu Kivun käypä hoitoon. Neuromodulaatiohoidot ovat erikoissairaanhoidotasoisia, hankalia ja muulle hoidolle resistenttejä hermokipukiputiloja varten yksilöllisesti suunnattuja interventioita, joiden vaikutuksesta tutkimustieto on ristiriitaista.

Potilaan hoitosuunnitelmaan kuuluu olennaisena osana myös kipua lievittävien ja kivun hallintaa lisäävien menetelmien opettaminen ja käyttöönotto. Liikunnan aloittaminen, siihen motivointi ja sopivien liikuntamuotojen pohtiminen yhdessä potilaan kanssa on yksi peruskulmakivi kivun hoidossa, myös neuropaattisessa kivussa. Kipu usein koetaan siihen liittyvien uskomusten ja pelon vuoksi esteeksi hyödylliselle liikunnalle ja sitä kautta kuntoutumiselle. Potilas voi uskoa, että hänen kipeä

”Kivun käypä hoito esittää neuropaattisen kivun ne lääkkeelliset vaihtoehdot, joista on tutkittua ja luotettavaa tietoa.”

kehonsa menee vielä enemmän rikki liikunnallisista harjoitteista ja katastrofointi lisää tätä uskomusta, varsinkin kun liikunta voi alussa lisätäkin kiputuntemuksia. Psykoedukaatio, jossa käsitellään pelko-välttämiskäyttäytymistä, kipu-uskomuksia ja kipukatastrofointia ja jopa kipualtistusharjoituksia, kuuluu myös neuropaattisen kivun hoitokokonaisuuteen. Psykoedukaatiossa on potilaalle paljon uutta sisäistettävää informaatioita, joten sitä jatketaan tilaisuuden tullessa kaikissa mahdollisissa yhteyksissä vastaanotolla, fysioterapiassa, toimintaterapiassa ja osastohoitojaksoilla. Psykoedukaatiolla pyritään luomaan potilaalle uusi suhde omaan kiputilaansa, ns. locus of control, jolloin potilas siirtyy kivun kontrolloimasta elämästä kontrolloimaan itse omaa kipuaan.

Kivun hallintaan liittyy myös potilaan omassa hallussa olevien kotikeinojen aktivointi; kylmä- tai lämpöpakkaukset, TENS, apuvälineet helpottamaan arkisia askareita tai liikkumista. Säännölliset, (aluksi ohjatut) fysioterapeuttiset harjoitteet ovat tärkeä osa kipukuntoutusta ja kehon paremman käytön ja hallinnan kautta vaikuttavat myös kipukokemukseen. On potilaita, jotka hyötyvät eläinavusteisista (koirat, hevoset) terapioista tai vain pelkästään eläimen hoitamisesta. Eräs merkittävä keino on tekemisen tauottaminen ja lepoihetket ja potilas voi todella tarvita hoitavan tahon ”luvan” lepoaukojen suomen itselleen. Erilaiset keskittymis-, rentoutus- ja hengitysharjoitukset auttavat vaikeina kipuhetkinä; ne moduloivat ja aktivoivat parasympaattista hermostoa samalla rauhoittaen kiputuntemusta. Nämä tekniikat voi opettaa potilaalle esimerkiksi fysioterapiassa tai toimintaterapiassa. Taideterapia on yksi tapa käsitellä ja purkaa kipukokemusta. Kivun käypä hoidossa on lisätietoaineistona erillinen ”lääkkeetön kivunhoito”, josta voi löytää omalle potilaalle sopivia terapeuttisia harjoitteita ja kipua lievittäviä keinoja.

Kivun kokeminen on yksinäistä ja jopa epätoivoista. Ryhmämuotoiset kivunhallintaryhmät tai ryhmäpsykoterapiat antavat varsinaisen intervention lisäksi myös tuikitärkeän vertaistuen. Ryhmässä jaetaan kokemuksia, saadaan

ymmärrystä ja yhdessä tehtävä harjoittelu motivoi paremmin kuin yksinäinen puurtaminen. Monille potilaille hermokivun alkamiseen liittyneet tapahtumat; sairastuminen, leikkauksen jälkiseuraukset tai tapaturma ovat sinänsä traumaattinen tapahtuma ja kun siihen liittyy hankalahoitoinen, vaikea hermokipu, potilas voi masentua ja ahdistua ja kärsiä posttraumaattisesta oireyhtymästä. Tällöin kivun hoidon lisäksi potilas tarvitsee yksilöllistä psykoterapiaa ja muuta tukea päästäkseen eteenpäin elämässään.

Neuropaattisen kivun ehkäisystä ei ole paljon tietoa. Nyrkkisääntönä on kaiken akuutin kivun, erityisesti traumojen ja leikkausten aiheuttamien kipujen tehokas hoito. Mikäli hermokipua on aiheuttamassa hoidettavissa oleva tila, on siihen puututtava mahdollisimman nopeasti ennen kuin keskushermosto herkistyy ja oppii kivun, samalla on myös huolehdittava hyvästä kivunhoidosta. Postherpeettinen neuralgia on osalle potilaista estettävissä rokotuksilla. Vyöruusun ilmaantuessa välittömästi aloitettu amitriptyliini voi ehkäistä neuralgian kehittymisen. C-vitamiinista voi olla hyötyä CRPS:n ehkäisyssä ortopedisen leikkauksen tai trauman jälkeen.

Neuropaattisen kivun hoito koostuu useista osatekijöistä ja tarvitsee moniammatillista osaamista ja yhteistyötä. Tärkeää on terveydenhuollon ammattilaisten yhteinen näkemys hoidosta ja kuntoutuksesta. Potilaan sitkeä ja vaikea kiputila haastaa ammattilaisten osaamista ja toisinaan on hankala kohdata potilaan kärsimys. Myötätunto ja kuuntelemisen taito sekä ammatillinen suhtautuminen ja erilaisen kivunhallinta- ja hoitomenetelmien laaja tuntemus auttavat kunkin potilaan kohdalla löytämään juuri hänelle sopivat, yksilölliset interventiot ja hoitokeinot.

Opeta, tue ja ohjaa potilastasi, älä jätä häntä yksin kipunsa kanssa – varmista seuranta ja jatkohoito. ■

Takajuostestimulaation kokonaisvaltaisten vaikutusten arviointi

Tiina-Mari Ikäheimo, kliinisesti erikoistunut sairaanhoitaja, neuromodulaatiohoitaja, Neurokirurgia, Neurokeskus, Kuopion yliopistollinen sairaala

Katja Luostarinen, LL, neurologian erikoislääkäri, kipupoliklinikan apulaisylilääkäri, Neurokeskus, Kuopion yliopistollinen sairaala

Antti Luikku, LT, neurokirurgian erikoislääkäri, Neurokeskus, Kuopion yliopistollinen sairaala

Jukka Huttunen, dosentti, neurokirurgian osastonylilääkäri, kivun hoidon erityispätevyys, Neurokeskus, Kuopion yliopistollinen sairaala

Timo Tuovinen, dosentti, gynekologian ja neurokirurgian erikoislääkäri, Neurokeskus, Oulun yliopistollinen sairaala

Mikael von und zu Fraunberg, professori, neurokirurgian ylilääkäri, kivun hoidon erityispätevyys, Neurokeskus, Oulun yliopistollinen sairaala

Henna-Kaisa Jyrkkänen, LT, FM, neurokirurgian apulaisylilääkäri, kivun hoidon erityispätevyys, Neurokeskus, Kuopion yliopistollinen sairaala

Takajuostestimulaation vaikuttavuutta on perinteisesti arvioitu ensisijaisesti kivun lievittymisen kautta. Pitkäaikainen kipu on kuitenkin biopsykososiaalinen ilmiö, jonka vaikutukset ulottuvat kokonaisvaltaisesti potilaan elämään, kuten toimintakykyyn, psyykkiseen hyvinvointiin, uneen, elämänlaatuun, lääkityksen tarpeeseen ja työkykyyn (1). Toiminta- ja työkyvyn vaikutukset heijastuvat yksilön lisäksi myös sairastavuuden kansantaloudellisiin kustannuksiin. Tämän vuoksi myös takajuostestimulaatiohoidon vastetta ei tule arvioida pelkästään kivun lievittymisen näkökulmasta vaan kokonaisvaltaisesti (2). Tässä artikkelissa kuvataan tutkimusnäyttöä takajuostestimulaation vaikutuksista eri elämänosa-alueisiin sekä hoidon onnistumiseen vaikuttavista tekijöistä.

Takajuostestimulaatio

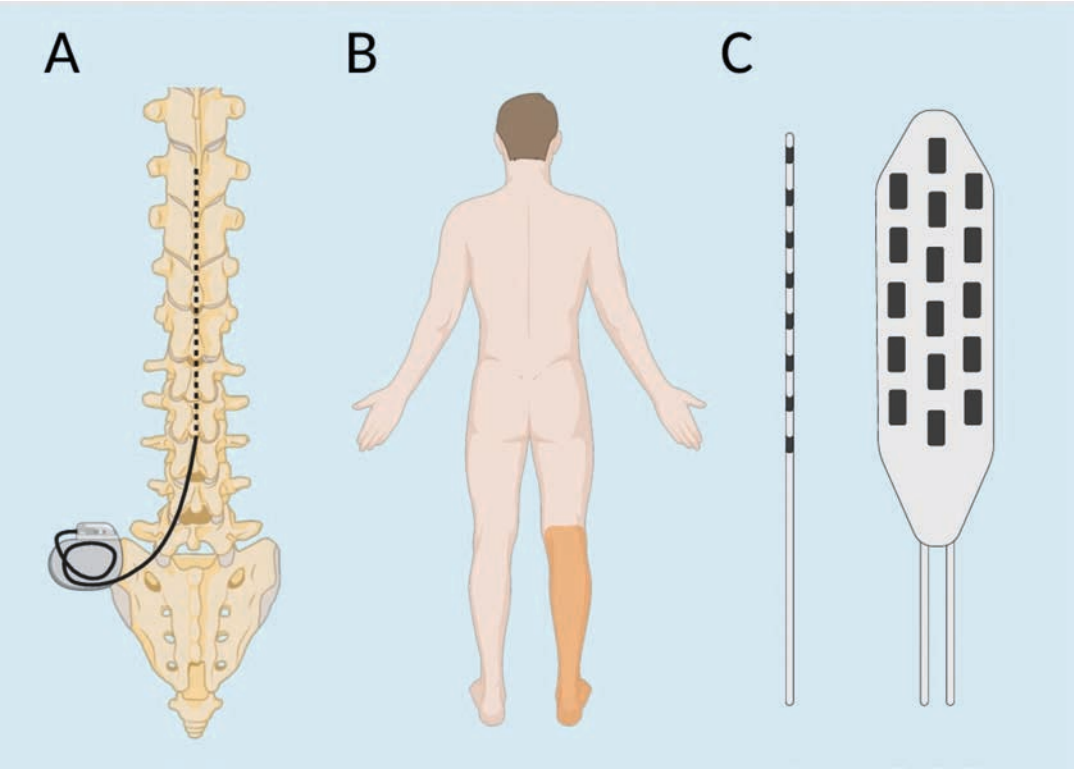
Takajuostestimulaatio (Spinal Cord Stimulation, SCS) on pitkäaikaisen neuropaattisen kivun hoitomuoto, jossa selkäydinkanavaan asetetun elektrodin kautta annetaan sähköimpulsseja selkäytimen takasarvessa kulkeviin kipuratoihin ihon alle asennetun pulssigeneraattorin avulla (Kuva 1,3,4). Hoidon yleisimpiä käyttöaiheita ovat pitkäaikainen selkäperäinen alaraajan hermokipu (Persistent Spinal Pain Syndrome, PSPS) ja monimuotoinen alueellinen kipuoireyhtymä (Complex Regional Pain Syndrome, CRPS), perifeeriset hermovauriot ja neuropatiat sekä refraktorinen rasisurintakipu (3). Stimulaatio kohdennetaan laitteiston ohjelmoinnilla kipualueella miellyttävänä tuntuvaksi parestesiksi tai tuntokynnyksen alittavaksi ohjelmaksi, jolloin potilas ei tunne stimulaatiota. Potilailla voi olla käytössä useita erilaisia vaihtoehtoja ja omalla potilasohjelmalla potilas voi vaihtaa itselleen sopivan ohjelman. (4) Hoidon soveltuvuus arvioidaan yksilöllisesti potilaalla, jolla pitkäaikainen neuropaattinen kipu ei ole lievittynyt muilla asianmukaisilla hoitokeinoilla. Arviossa hyödynnetään anamneesia, kliinistä tutkimusta sekä tarvittaessa ENMG-tutkimuksia ja kuvantamista. (3) Hoito edellyttää potilaalta kykyä sitoutua

hoitoon, käyttää laitteistoa sekä ymmärtää hoidon tavoitteet ja siihen liittyvät riskit. Ikä ei itsessään heikennä hoidon tehoa. (4,5). Hoidon vaikuttavuutta seurataan säännöllisesti arvioimalla kivun voimakkuuden lisäksi toimintakykyä, elämänlaatua, lääkitystä, hoitoon mahdollisesti liittyviä ongelmia sekä potilaan kokemaa hyötyä. Hoidon vaste on aina yksilöllinen. Noin puolet PSPS-potilaista saavuttaa 50 % kivunlievityksen, ja SCS on osoittautunut tavanomaisesta lääkahoitoa tehokkaammaksi tässä potilasryhmässä (11-13). Hoito on turvallinen ja tehokas myös pitkäaikaisessa käytössä (14). Koska hoidon hyöty voi ilmetä toimintakyvyn, elämänlaadun tai muun hyvinvoinnin parane misena ilman merkittävää kivun vähenemistä, hoitovastetta tulee arvioida kokonaisvaltaisesti (2). Laitteisto voidaan myös poistaa, jos potilas ei hyödy hoidosta. SCS-hoidon käytänteisiin ja hoidon seurantakäytänteet on kuvattu tarkemmin kirjoittajien aikaisemmissa artikkeleissa (4,15).

SCS ja kipulääkkeiden käyttö

Kipulääkkeiden käyttö voi vaikuttaa SCS-hoidon hoitovasteeseen ja on myös tärkeä mittari arvioitaessa hoidon vaikuttavuutta. Kuopion yliopistollisen sairaalan (KYS) rekisteriaineis-

Kuva 1: Selkäytimen takajuoste stimulaatio.
A) Elektrodi asetetaan epiduraalisesti anatomiseen keskilinjaan ja siihen liitetty pulssigeneraattori ihon alle. B) Stimulaation peittämä alue. C) Käytössä olevat elektrodityypit; perkutaanisesti asetettava lankamainen elektrodi ja laattamainen kirurgisesti asetettava elektrodi.



tossa runsas opioidien käyttö vastaten yli 35 mg morfiiniannosta vuorokaudessa heikensi enustetta hoidon onnistumiselle, minkä vuoksi opioideja pyritään vähentämään ennen hoidon aloitusta (6). Pitkäaikaiseurannassa vahvat opioidit lopetti kaksi viidestä SCS-hoidetuista potilaista ja joka neljäs lopetti kaikki opioidit. Havainto on samansuuntainen aiempien tutkimustulosten kanssa (7). Lääkityksen vähentäminen vaatii kuitenkin aktiivista potilaiden ohjausta, seurantaa ja tukea lääkityksen lopettamiseen myös onnistuneen hoidon jälkeen (6). Saman rekisteriaineiston pohjalta tehdyssä tutkimuksessa gabapentinoidien käytön todettiin viisinkertaistavan todennäköisyyden opioidien käytön vähentämiseen tai lopettamiseen sekä pienentävän SCS-laitteiston poiston riskiä (8). Aikaisemmat tutkimukset ovat olleet osin ristiriitaisia, mutta sekä gabapentinoidien ja opioidien yhdistelmähoitoa koskevat tutkimukset, että kokeelliset tutkimukset tukevat hypoteesia mahdollisesta selkäydinstimulaation ja gabapentinoidien yhteisvaikutuksesta (9,10).

SCS ja elämänlaatu

Pitkäaikainen neuropaattinen kipu heikentää

merkittävästi elämänlaatua vaikuttamalla mm. fyysiseen, sosiaaliseen, psyykkiseen ja emotionaaliseen toimintakykyyn sekä hyvinvointiin. Se aiheuttaa huomattavaa sosioekonomista taakkaa sekä yksilölle että yhteiskunnalle, joka ilmenee työtuottavuuden laskuna, työkyvyttömyyspäivien lisääntymisenä ja korkeina terveydenhuoltokustannuksina. Esimerkiksi ruotsalaisessa rekisteritutkimuksessa potilaat olivat ennen SCS-toimenpidettä joka kolmannen päivän poissa töistä (17). Takajuostestimulaatio parantaa merkittävästi terveyteen liittyvää elämänlaatua noin kolmella neljäsosalla potilaita, ja parantaa potilaiden elämänlaatua vähintään yhtä paljon tai jopa enemmän kuin monet muut kivuliaiden sairauksien vuoksi tehtävät kirurgiset toimenpiteet, vaikka hoidettavien potilaiden lähtötilanteen elämänlaatu on usein heikko. (16) Potilaan elämänlaatu voi kohentua hoidon myötä, vaikka kipu ei lievenisikään (2).

SCS ja työ- ja toimintakyky sekä eläköityminen

Systemaattisessa katsauksessa ja meta-analyysissä SCS-hoito liittyi sairauspoissaolopäivien vähenemiseen, työssä käyvien osuuden kasvuun

sekä aiemmin työelämän ulkopuolella olleiden työhön paluuseen. Työhön palasi keskimäärin 14 % ennen hoitoa työelämän ulkopuolella olleista potilaista. Vaikka tulokset heijastavat myös kliinistä kokemusta, tuloksia tulkitessa tulee huomioida sen rajoitteina tutkimusten pieni määrä, vertailuryhmien puute ja työhön paluun määritelmien vaihtelevuus. (18)

KYSissä toteutetuissa rekisteritutkimuksissa on tarkasteltu SCS-hoidon yhteyttä työkykyyn ja kipulääkkeiden käyttöön PSPS potilailla. Pysyvään stimulaatiohoitoon edenneillä potilailla sairauspoissaoloja ja työkyvyttömyyseläkkeitä todettiin vähemmän kuin potilailla, joilla koestimulaatio ei johtanut pysyvään implantaatioon. Tulos kuvaa hoidettua, tosielämän potilasjoukkoa, mutta siitä ei voi tehdä päätelmiä suorasta syy-yhteydestä. (19,20)

Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen ei puolestaan vähentänyt opioidien käyttäjien osuutta, mutta jatkuvaa stimulaatiohoitoa saaneilla opioidiannokset olivat pienempiä ja annosten suureneminen maltillisempaa. Myös gabapentinoidien ja masennuslääkkeiden käyttö jatkui eläkkeelle siirtymisen jälkeen, mikä osoittaa kroonisen neuropaattisen kivun ja hoidon tarpeen jatkuvan työelämästä poistumisesta huolimatta. (21)

Nykyisen tutkimusnäytön perusteella SCS-hoidon vaikuttavuutta tulisi arvioida kivunlievityksen lisäksi lääkityksen, toimintakyvyn ja työkyvyn kaltaisilla pitkäaikaisilla tulositareilla sekä huolehtia kivunhoidon jatkuvuudesta myös eläkkeellä olevilla potilailla.

SCS ja uni

Pitkäaikaisen kivun ja unihäiriöiden välillä on kaksisuuntainen yhteys: unihäiriöt lisäävät pitkäaikaisen kivun riskiä ja kipu puolestaan heikentää unta (22). SCS-hoidon vaikutuksia uneen on tutkittu toistaiseksi melko vähän, mutta tutkimuksissa on havaittu potilaiden subjektiivisen unen laadun paranevan hoidon myötä. Osa tutkimuksista on yhdistänyt unen paranemisen kivun lievittymiseen, kun taas

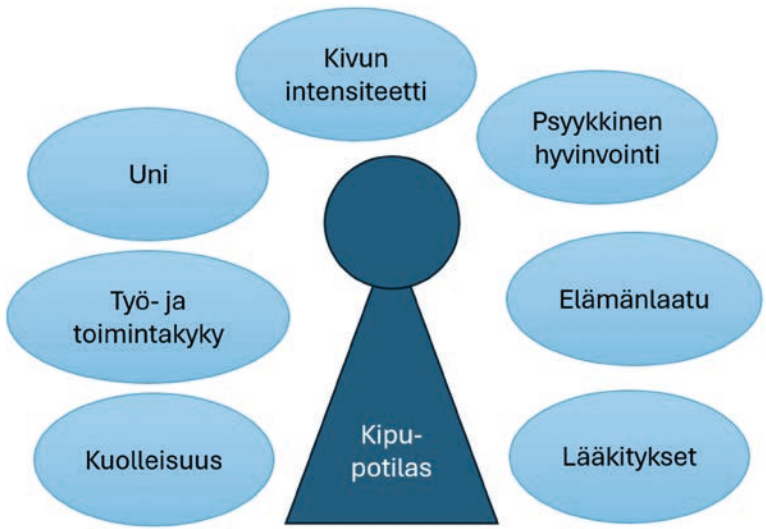
tuoreemmat tulokset viittaavat siihen, että SCS voi vaikuttaa kipuun ja uneen osittain toisistaan riippumattomien mekanismien kautta. (23–25)

Objektiivisilla menetelmillä, kuten esimerkiksi unenaikaista liikettä mittaavalla aktigrafialla mitatuissa unimuuttujissa sen sijaan ei ole toistaiseksi havaittu merkittäviä muutoksia (24). Unen laadun paranemisen on kuitenkin havaittu liittyvän parempaan toimintakykyyn, vähäisempiin masennusoireisiin ja parempana koettuun hyvinvointiin, vaikka se ei yksin selitä potilaan kokemaa hoidon onnistumista (26,27). Tulokset korostavat tarvetta arvioida hoitovastetta biopsykososiaalisesta näkökulmasta huomioiden kivun lisäksi uni, toimintakyky, mieliala ja elämänlaatu (2). Lisäksi tarvitaan lisää tutkimuksia, erityisesti objektiivisia unimenetelmiä hyödyntävillä tutkimusasetelmissä.

SCS ja mielialaoireet

Masennus- ja ahdistuneisuusoireiden on havaittu olevan yhteydessä pitkäaikaiseen kipuun. Yhteys on kaksisuuntainen: psyykkinen kuormitus, ahdistuneisuus, masennus ja kivun katastrofointi lisäävät riskiä pitkäaikaiselle kivulle, kun taas pitkäaikainen kipu altistaa mieliala- ja ahdistuneisuusoireiden kehittymiselle (28). Meta-analyysin perusteella SCS-hoitoon liittyy ahdistuneisuutta, masennusoireita ja kivun katastrofointia lievittävä sekä psyykkistä hyvinvointia parantava vaikutus. Tulosten tulkinnassa on kuitenkin huomioitava menetelmälliset erot tutkimusten välillä, mieliala- ja ahdistuneisuusoireita tarkastelu sekundaarisena muuttujana, vertailuryhmien puute sekä yli vuoden seurannan käsittävien tutkimusten vähäisyys. (29)

Lapsuuden traumakokemusten tiedetään altistavan psyykkisille oireille sekä pitkäaikaiselle kivulle (30). KYS:ssä toteutetussa rekisteritutkimuksessa havaittiin runsaiden lapsuuden traumakokemusten olevan yhteydessä huonompaan SCS-hoidon vasteeseen. Potilailla, joilla



Kuva 2: Pitkäaikaisen kipupotilaan kokonaisvaltainen arviointi

oli ollut useita lapsuuden traumakokemuksia, eivät hyötäneet SCS-hoidosta, kun taas potilaat, joiden traumakokemukset olivat yksittäisiä, saivat hyvän hoitovasteen. (31)

Samasta tutkimusaineistosta on lisäksi osoitettu bentsodiatsepiinien käytön olevan yhteydessä SCS-hoidon epäonnistumiseen (32). Yhteyden ei kuitenkaan ajatella johtuvan itse lääkityksestä vaan liittyvän lääkekäyttäjien lisääntyneeseen ahdistuneisuuteen ja psyykkiseen kuormittuneisuuteen lääkettä käyttämättömiin verrattuna. Havainnot korostavat psykologisten tekijöiden vaikutusta SCS-hoidon onnistumiseen sekä moniammatillisen arvion ja tuen tarvetta kivun hoidon rinnalla.

SCS ja kuolleisuus

Pitkäaikaisiin kipuoireyhtymiin on todettu liittyvän kohonnut kokonaiskuolleisuus (33). Yhteys ei selity pelkästään lisääntyneellä itsetuhoisuusriskillä, vaan taustalla vaikuttaa kohonnut sydän ja verisuonisairauksien, keuhkosairauksien sekä syöpä ja kasvainsairauksien riski (34). Yhteinen nimittäjä näille sairauksille ja pitkäaikaiselle kivulle ovat elämäntapatekijät, kuten tupakointi, epäterveellinen ruokavalio, vähäinen fyysinen aktiivisuus ja ylipaino (35).

Kivun riittämätön tai viivästynyt hoito johtaa toimintakyvyn heikkenemiseen, mikä voi osaltaan vahvistaa terveydelle haitallisia elämäntapoja. Siksi on uskottavaa, että pitkäaikai-

sen kivun tehokas ja oikea-aikainen hoito voi vähentää potilailla havaittua ylikuolleisuutta. Toisaalta pitkäaikaisen opioidilääkityksen tiedetään lisäävän kuolleisuutta itsenäisenä riskitekijänä (36,37).

KYS:ssä tekemässämme tutkimuksessa havaitsimme ensimmäistä kertaa maailmassa, että pitkäaikaisesti SCS-hoidettujen potilaiden kuolleisuus ei poikennut vertailuväestöstä. Sen sijaan SCS-hoidosta hyötymätön potilasryhmä noudatti aikaisempien tutkimusten osoittamaa ylikuolleisuuden mallia. (38)

Tulokset ovat erittäin lupaavia. Ne korostavat, että pitkäaikaista kipua tulee hoitaa aktiivisesti ja tehokkaasti: ei ainoastaan elämänlaadun parantamiseksi, vaan myös pitkän aikavälin terveyshaittojen ja kuolleisuuden vähentämiseksi. Tutkimus ei kuitenkaan osoita suoraa syy-yhteyttä, joten jatkotutkimus on tarpeellista laajemmilla potilasaineistoilla.

Yhteenveto

SCS-hoito on tehokas ja turvallinen hoitomuoto valikoiduille pitkäaikaista neuropaattista kipua sairastaville potilaille. Erityisesti rekisteritutkimusten perusteella on pystytty osoittamaan hoidon vaikutukset opiaattilääkitysten käyttöön, elämänlaatuun, uneen, psyykkiseen hyvinvointiin sekä työ- ja toimintakykyyn, vaikkakaan kaikkia havaintoja ei voida suoraan tulkita suoraan syy-seuraussuhteiksi. Viimeaikaiset tulokset viittaavat myös siihen, että pitkäaikaisella onnistuneella SCS-hoidolla voi olla laajempia terveyshyötyjä aina kuolleisuuteen saakka. Kokonaisuutena nykyinen näyttö tukee näkemystä, jonka mukaan SCS-hoidon vaikuttavuutta tulee arvioida kokonaisvaltaisen hoitovasteen näkökulmasta huomioiden kivun lisäksi potilaan toimintakyky, elämänlaatu, psyykkinen hyvinvointi, uni, lääkitys ja yhteiskunnallinen osallistuminen. Kokonaisvaltaisen hoitovasteen arviointi tulisi huomioida myös muissa pitkäaikaisen kivun hoitomuodoissa.





Potilashaastattelu

Ari-Pekan elämä muuttui vuonna 2012, kun alaselkään ja vasempaan jalkaan alkoi säteillä voimakas hermokipu. Aiemmin aktiivinen liikkuja ja työelämässä mukana ollut mies joutui viettämään suurimman osan ajastaan vuoteessa kivun vuoksi. Jopa koiran ulkoiluttaminen oli vaivalloista, ja lenkin jälkeen kivut pahenivat merkittävästi. Lasten harrastuksiin osallistuminen jäi pois, samoin lähes kaikki sosiaalinen elämä. Myös uni kärsi: yöt olivat katkonaisia, ja kivun vuoksi oli noustava kävelemään useita kertoja. Pitkittynyt kipu vaikutti myös mielialaan.

”Ei enää huvittanut nähdä ketään tai jutella kenellekään. Osa lähipiiristä ymmärsi tilanteeni, mutta osa ei. Ajateltiin, että siellä se vain ma-kaa kotona eikä tee mitään”, Ari-Pekka kertoo.

Lannerankaa leikattiin, mutta hermokipu ei poistunut. Kipupoliklinikalla kokeiltiin useita erilaisia kivunhoitomenetelmiä sekä ainakin neljää eri kipulääkettä. Osa lääkkeistä aiheutti haittavaikutuksia – esimerkiksi yksi heikko opioidi heikensi unen laatua. Vuonna 2018 kipupoliklinikalta tehtiin lähete neurokirurgialle takajuostestimulaatioarvioon. Tammikuussa 2019 Ari-Pekalle asetettiin perkutaaninen elektrodi viikon mittaista koejaksoa varten. Stimulaation vaikutus oli erinomainen, ja hyvän hoitovasteen perusteella hänelle asetettiin pysyvä pulssigeneraattori.

”Huomasin kivun lievittyvän selvästi jo koejakson aikana. Koiran lenkittäminen sujui helpommin, eikä lenkin jälkeen tullut enää yhtä kovaa kipua.”

Vuosien varrella on tehty kolme revisiotoi-menpidettä. Viimeisimmässä toimenpitees-sä pulssigeneraattori vaihdettiin ladattavaan malliin. Ari-Pekka kertoo tottuneensa laitteen lataamiseen nopeasti ja kokee sen käytön vai-vattomaksi.

– Laitteen käyttö on ollut helppoa, eikä sen kanssa ole ollut ongelmia. Ainoa rajoitus on ol-lut hitsaaminen, joten kyseiset työtehtävät on siirretty muille.

”Toimenpiteet ovat mielestäni sujuneet hy-vin, ja myös toipuminen on ollut vaivatonta. Hoitaja piti kädestä kiinni toimenpiteiden ai-kana ja kertoi koko ajan, mitä tapahtuu. Se hel-potti jännitystä. Stimulaattorin sopivat säädöt löytyivät helposti, ja säätöjen muuttamisesta on aina ollut apua.”

Takajuostestimulaatio on vähentänyt kipua noin 60 prosenttia. Kipua esiintyy edelleen, mutta se ei enää hallitse arkea samalla tavalla kuin aiemmin. Tietyt asennot, kuten etuku-mara työskentely, voivat edelleen voimistaa alaselän ja jalan kipua. Kivun lievittyminen on parantanut Ari-Pekan elämänlaatua mer-kittävästi. Suurin osa kipulääkkeistä on voitu lopettaa, jolloin myös niiden aiheuttamat hait-tavaikutukset ovat jääneet pois. Yöt sujuvat ny-kyisin ilman, että kivun vuoksi täytyy nousta kävelemään.

Merkityksellisintä on kuitenkin ollut mah-dollisuus palata mukaan perheen arkeen. Ari-Pekka osallistuu jälleen aktiivisesti lastensa harrastuksiin huoltajana. Tehtävää isälle riit-tää, sillä jääkiekossa, jalkapallossa ja endurossa varusteita ja huollettavaa on runsaasti. Lisäksi hän toimii Jämsän moottorikerhon motocross-vastaavana.

”Pystyn nyt olemaan mukana lasten harras-tuksissa ja seuraamaan harjoituksia niin jalka-pallokentän kuin enduroradankin laidalla. Se on minulle todella tärkeää. Syksyllä olisi tar-koitus lähteä myös yhdessä metsälle. Kaikella tällä on ollut valtava vaikutus elämänlaatuuni”, Ari-Pekka kertoo.

Krooninen kipu ei vaikuta ainoastaan sii-tä kärsivään ihmiseen, vaan sen seuraukset ulottuvat myös läheisiin ja laajemmin koko yhteiskuntaan. Siksi tehokas, yksilöllinen ja kokonaisvaltainen kivunhoito on tärkeää. Kun kipua saadaan lievitettyä, vaikutukset näkyvät paitsi toimintakyvyssä ja elämänlaadussa myös mahdollisuudessa osallistua esimerkiksi perhe-elämään ja yhteiskuntaan. ■

Kirjallisuutta:

- Turk DC, Dworkin RH, Revicki D, Harding G, Burke LB, Cella D, et al. Identifying important outcome domains for chronic pain clinical trials: An IMMPACT survey of people with pain. *Pain*. 2008;137:276-285.
- Levy RB, Mekhail N, Abd-Elsayed A, Abejón D, Anites-cu M, Deer TR, et al. Holistic Treatment Response: An International Expert Panel Definition and Criteria for a New Paradigm in the Assessment of Clinical Out-comes of Spinal Cord Stimulation. *Neuromodulation*. 2023;26(5):1015-1022.
- Resendis-Nieves J, Vartiainen N. Selkäytimen ja taka-juuriganglion stimulaatio. Toim. Kalso E, Harno H, Sipilä R, Vainio A. Kipu. Duodecim Oppiportti. Kustannus Oy Duodecim. 2026.
- Jyrkkänen HK, Nissen M, Puolitaival J, Luikku A, Korho-nen TK, Ikäheimo TM, et al. Selkäydinstimulaatio pit-käaikaisen kivun hoidossa. *Duodecim*. 2024;140:1063-1070.
- Bondoc M, Hancu M, DiMarzio M, Sheldon BL, Shao MM, Khazen O, et al. Age as an independent predictor of adult spinal cord stimulation pain outcomes. *Stereotact Funct Neurosurg*. 2022;100:1-7.

- Nissen M, Ikäheimo TM, Huttunen J, Leinonen V, Jyrkkä-nen HK, von und zu Fraunberg M. Higher preimplantati-on opioid doses associated with long-term spinal cord stimulation failure in 211 patients with failed back surge-ry syndrome. *Neuromodulation*. 2021;24:102-111.
- Sharan A, Riley J, Falowski S, Pope JE, Connolly AT, Kars E, Dalal N, Provenzano DA. Association of Opioid Usage with Spinal Cord Stimulation Outcomes. *Pain Medicine*. 2018;19:699-707.
- Nissen M, Ikäheimo TM, Huttunen J, Leinonen V, Jyrkkä-nen HK, von und zu Fraunberg M. Gabapentinoids asso-ciated with lower explantation rate in 203 patients with spinal cord stimulation for failed back surgery syndro-me. *Neurosurgery*. 2021;89:626-634.
- Jang JS, Kwon Y, Hwang SM, Kim JH, Yun T, Kim YS, Choi RM, Lee JJ. Comparison of the efficacy of a ga-bapentinoid with an opioid versus an opioid alone in patients with spinal cord stimulation. *Pain Physician*. 2018;21:E429-E434.
- Jallin J, Cui JG, Yakhnitsa V, Schechtmann G, Meyrer-son BA, Linderoth B. Gabapentin and pregabalin sup-press tactile allodynia and potentiate spinal cord sti-mulation in a model of neuropathy. *European Journal of Pain*. 2002;6:261-272.
- Taylor RS, Van Buyten JP, Buchser E. Spinal cord sti-mulation for chronic back and leg pain and failed back surgery syndrome: a systematic review and analysis of prognostic factors. *Spine*. 2005;30:152-160.
- Grider JS, Manchikanti L, Carayannopoulos A, Sharma ML, Balog CC, Harned ME, et al. Effectiveness of Spinal Cord Stimulation in Chronic Spinal Pain: A Systematic Review. *Pain Physician*. 2016;19:E33-E54.
- Kumar K, Taylor RS, Jacques L, Eldabe S, Meglio M, Mo-let J, et al. Spinal cord stimulation versus conventional medical management for neuropathic pain: a multi-centre randomised controlled trial in patients with failed back surgery syndrome. *Pain*. 2007;132:179-188.
- Nissen M, Ikäheimo TM, Huttunen J, Leinonen V, von und zu Fraunberg M. Long-Term Outcome of Spinal Cord Stimulation in Failed Back Surgery Syndrome: 20 Years of Experience With 224 Consecutive Patients. *Neuros-urgery*. 2019;84:1011-1018.
- Ikäheimo TM, Nissen M, Jyrkkänen HK, Puurunen A, Huttunen J, von und zu Fraunberg M. Selkäydinstimu-laatio FBSS- ja CRPS-kiputiloissa: hoitopolku ja vaikut-tavuuden mittaaminen. *Kipuviesti*. 2019;1:[10-18].
- Martin SC, Baranidharan G, Thomson S, Gulve A, Man-field JH, Mehta V, et al. Spinal Cord Stimulation Imp-roves Quality of Life for Patients With Chronic Pain. Data From the UK and Ireland National Neuromodu-lation Registry. *Neuromodulation*. 2024;27:1406-1418.

17. Söreskog E, Jacobson T, Kirketeig T, Fritzell P, Karlsten R, Zethraeus N, et al. Impact of spinal cord stimulation on sick leave and disability pension in patients with chronic neuropathic pain: a real-world evidence study in Sweden. *Pain*. 2023;164:666-673.

18. Moens M, Goudman L, Brouns R, Valenzuela Espinoza A, De Jaeger M, Huysmans E, et al. Return to Work of Patients Treated With Spinal Cord Stimulation for Chronic Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Neuromodulation*. 2019;22:253-261.

19. Kajankoski H, Nissen M, Ikäheimo TM, von Und Zu Fraunberg M, Airaksinen O, Huttunen J. Effect of Spinal Cord Stimulation on Early Disability Pension in 198 Failed Back Surgery Syndrome Patients: Case-Control Study. *Neurosurgery*. 2019;84:1225-1232.

20. Kajankoski H, Nissen M, Pesonen J, Ikäheimo TM, von Und Zu Fraunberg M, Airaksinen O, Huttunen J. Disability Pension Did Not Reduce Opioid Use Among Patients With Failed Back Surgery Syndrome Who Were Tried and Implanted for Spinal Cord Stimulation. *Pain Physician*. 2022;25:E739-E748.

21. Kajankoski H, Nissen M, Ikäheimo TM, von Und Zu Fraunberg M, Airaksinen O, Huttunen J. Neuropathic Pain Medication and Antidepressant Use after Disability Pension in Patients with Spinal Cord Stimulation for Persistent Spinal Pain Syndrome. *Pain Res Manag*. 2024;2024:4953758.

22. Duo L, Yu X, Hu R, et al. Sleep disorders in chronic pain and its neurochemical mechanisms: a narrative review. *Front Psychiatry*. 2023.

23. Ramineni T, Prusik J, Capobianco RA, Tatli Y, Bundschu R, Deer TR. The Impact of Spinal Cord Stimulation on Sleep Patterns. *Neuromodulation*. 2016;19:477-481.

24. De Jaeger M, Goudman L, De Groote S, Rigoard P, Monlezun O, Moens M. Does Spinal Cord Stimulation Really Influence Sleep? *Neuromodulation*. 2019;22:311-316.

25. Nejatbakhsh E, Christensen FB, Dahl B, et al. Does Spinal Cord Stimulation Improve Sleep Disturbances Independently of Pain Relief in Patients With Chronic Pain? An Explorative Observational Study. *Neuromodulation*. 2025;28:123-131.

26. Johansen PM, Trujillo FA, Hagerty V, Harland T, Davis G, Pilitsis JG. Establishing Minimal Clinically Important Difference in Sleep Outcomes after Spinal Cord Stimulation in Patients with Chronic Pain Disorders. *Stereotact Funct Neurosurg*. 2023;101:41-46.

27. Gottfridsson R, Varkey E, Wolf A, Gatzinsky K, Liljencrantz J, Thörn SE, et al. Effects of spinal cord stimulation on pain, physical activity, and self-efficacy among patients with neuropathic pain. *Pain Management*. 2026;16:185-199.

28. De Ridder D, Adhia D, Vanneste S. The anatomy of pain and suffering in the brain and its clinical implications. *Neurosci Biobehav Rev*. 2021;130:125-146.

29. Klasova J, Hussain N, Umer I, Al-Hindawi A, ElSaban M, Lahori S, et al. Emotional and psychosocial function after dorsal column spinal cord stimulator implantation: a systematic review and meta-analysis. *Reg Anesth Pain Med*. 2025;50:794-805.

30. Wegman H, Stetler C. A Meta-Analytic Review of the Effects of Childhood Abuse on Medical Outcomes in Adulthood. *Psychosom Med*. 2009;71:805-812.

31. Määttä J, Martikainen A, Pakarinen M, Ikäheimo TM, Nissen M, von Und Zu Fraunberg M, et al. High Level of Childhood Trauma Predicts a Poor Response to Spinal Cord Stimulation in Chronic Neuropathic Pain. *Pain Physician*. 2019;22:E37-E44.

32. Määttä J, Martikainen A, Ikäheimo TM, Nissen M, Viinamäki H, von Und Zu Fraunberg M, et al. Benzodiazepine Use Is Associated With Poorer Spinal Cord Stimulation Outcome in 373 Neuropathic Pain Patients. *Neuromodulation*. 2020;23:646-652.

33. Ray BM, Kelleran KJ, Fodero JG, et al. Examining the Relationship Between Chronic Pain and Mortality in U.S. Adults. *J Pain*. 2024;25:104620.

34. Vaegter HB, Støten M, Silseth SL, et al. Cause-specific mortality of patients with severe chronic pain referred to a multidisciplinary pain clinic: a cohort register-linkage study. *Scand J Pain*. 2019;19:93-99.

35. Vartiainen P, Roine RP, Kalso E, et al. Worse health-related quality of life, impaired functioning and psychiatric comorbidities are associated with excess mortality in patients with severe chronic pain. *Eur J Pain*. 2022;26:1135-1146.

36. Macfarlane GJ, Beasley M, Jones GT, et al. The epidemiology of regular opioid use and its association with mortality. *EClinicalMedicine*. 2020;21:100321.

37. Häuser W, Schubert T, Vogelmann T, et al. All-cause mortality in patients with long-term opioid therapy compared with non-opioid analgesics for chronic non-cancer pain. *BMC Med*. 2020;18:162.

38. Luikku AJ, Martikainen A, Ikäheimo TM, et al. Mortality Outcomes After Spinal Cord Stimulation: A 10-Year Survival Analysis of 330 Patients With Chronic Neuropathic Pain. *Neurosurgery*. 2026;99:202-208.

Hotus-hoitosuositus tehohoitopotilaan kivun tunnistamiseen ja arviointiin



Riitta Rosio, ft, TtT, lehtori,
Satakunnan ammattikor-
keakoulu



Sanna-Mari Pudas-Tähkä,
sh, TtT, koulutuspäällikkö,
Satakunnan koulutuskun-
taoyhtymä - Sataedu



Annika Björn, sh AMK, TtM,
hoitotyön kliininen asian-
tuntija, Leikkaus- ja teho-
hoitokeskus, HUS Helsingin
yliopistollinen sairaala

Vuoden 2025 lopussa Hoitotyön tutkimussäätiö (Hotus) julkaisi hoitosuosituksen tehohoitopotilaan kivun tunnistamisen ja arvioinnin tueksi. Suosituksen tavoitteena on ohjata kivun systemaattista arviointia tehohoidossa sekä tukea laadukasta ja yhdenmukaista kivunhoitoa tehohoidon erilaisissa potilas- ja hoitotilanteissa.

Suositusryhmä koostui tehohoidon ja kivunhoidon asiantuntijoista, joilla oli monipuolista osaamista kliinisestä työstä, toiminnan kehittämisestä ja tutkimuksesta. Hoitosuosituksen lähtökohtana toimi vuonna 2018 julkaistu kansainvälinen suositus, joka kohdistuu tehohoidossa olevien aikuispotilaiden kivun, levottomuuden ja sekavuuden hoitoon (1). Nyt laadittu kansallinen hoitosuositus perustuu systemaattiseen kirjallisuushakuun, joka kattoi kyseisen kansainvälisen suosituksen jälkeen julkaistun tutkimusnäytön. Tutkimusten valinta ja laadun arviointi toteutettiin ennalta laaditun suunnitelman mukaisesti Hotuksen suositusprosessia noudattaen (2). Suositusryhmän työtä koordinoi ryhmän puheenjohtaja ja ryhmän mentorina toimi Hotuksen tutkija. Ennen julkaisua hoitosuositus arvioitiin erillisessä asiantuntijaryhmässä, joka teki ehdotuksia sisällön tarkentamiseksi ja kehittämiseksi. Lisäksi suositus kävi läpi suositusprosessiin kuuluvan lausuntokierroksen.

Hoitosuositus sisältää 13 näytönastekatsausta (NAK), jotka on jäsennetty kuuteen tehohoitopotilaan kivun tunnistamista ja arviointia koskevaan aihealueeseen:

- potilaan taustatekijät kivun tunnistamisessa
- kivun arviointi itsearviointimittareilla
- kivun arviointi kipukäyttötymisen arviointiin perustuvilla mittareilla
- läheisten huomioiminen ja osallistuminen
- vitaalielintoiminnot kivun arvioinnissa

- erityishuomiot kipukäyttötymisen arviointiin perustuvien mittareiden käytössä

Kivun taustatekijöiden tunnistaminen

Kivun arviointi on haastavaa tehohoitopotilailla, joiden kyky ilmaista itseään ja kuvata oireitaan on usein rajoittunut ja voi vaihdella tilanteesta toiseen johtuen esimerkiksi potilaan saamasta sedatoivasta lääkityksestä ja viireystason vaihtelusta. Myös tehohoidossa potilaalta tulisi pyrkiä saamaan oma arvio kivusta aina, kun se on mahdollista. Tehohoidossa olevilla potilailla on kipua yleisesti sekä levossa että hoitotoimenpiteiden aikana. Kipu liittyy usein potilaiden sairauksiin ja heille tehtyihin toimenpiteisiin, kuten leikkauksiin. Erilaisia invasiivisia toimenpiteitä tehdään osana tehohoitoa, mutta on huomioitava, että usein kivuttomana pidettävät toimenpiteet voivat aiheuttaa kipua. (1) Hoitosuosituksessa kipukokemukselle mahdollisesti altistaviksi taustatekijöiksi tunnistettiin potilaan kokemat psykologiset tekijät, ja myös potilaan nuori ikä, naissukupuoli sekä etniseen ja kulttuuriseen taustaan liittyvät tekijät. Suosituksessa korostetaan potilaan taustatekijöiden sekä aiempien kokemusten ja sairaushistorian huomioimista, koska ne voivat lisätä riskiä kivun kokemiselle. Tarvittaessa tietoja tulee selvittää läheisten avulla.

Kivun arviointimittarin valinta

Tehokkaan kivunhoidon perustana on luotet-



Minna Peltomaa, sh
AMK, TtM, tietojohtamisen
suunnittelija, Pirkanmaan
hyvinvointialue



Laura Puikko, sh, TtM, väi-
töskirjatutkija, kliinisen hoi-
totyön asiantuntija, Keski-
Suomen hyvinvointialue



Johanna Soini, sh, TtM,
väitöskirjatutkija, Lehtori,
Seinäjoen ammattikorkea-
koulu

tava ja mahdollisimman objektiivinen kivun arviointi. Tämän vuoksi tehohoitopotilaiden kivun arvioinnissa tulee käyttää valideja ja luotettavia arviointimenetelmiä tai -mittareita (1,3). Potilasta tulee ohjata käyttämään erilaisia sanallisia ja sanattomia kivunarviointikeinoja. Kivunarviointiin käytettävä mittari valitaan kunkin potilaan yksilöllisen tilanteen perusteella. Jos potilas pystyy sanallisesti kommunikoimaan, voidaan tehohoidossa käyttää numeerista (*NRS, Numeric Rating Scale*) tai kuvailevaa kivun arviointiasteikkoa (*VRS, Verbal Rating Scale*). Tarvittaessa voidaan käyttää kivunilmaisuna kyllä/ei -vastauksen antamista nyökkäämällä. Potilaille, jotka eivät itse pysty kipuaan luotettavasti arvioimaan, käytetään kipukäyttötymisen havainnointiin perustuvia kivun arviointimittareita. CPOT- (*Critical-Care Pain Observation Tool*) ja BPS- (*Behavioural Pain Scale*) mittarit ovat suomeksi käännetty ja validoitu suomalaiseen tehohoitoon. BPS-NI (*Behavioural Pain Scale – Nonintubated*) mittari on tarkoitettu ei-intuboiduille potilaille, jotka eivät pysty sanallisesti arvioimaan kipuaan, mutta sitä ei ole käännetty suomeksi eikä validoitu suomalaiseen tehohoitoon. CPOT-mittari on implementoitu suomalaiseen tehohoitoon ja se on laajasti käytössä suomalaisilla teho-osastoilla (4). Nämä mittarit on arvioitu käyttökelpoisiksi tehohoitopotilaille myös hoitohenkilökunnan arvioimana ja soveltuvat sedatoitujen tehohoitopotilaiden kivun arviointiin (5).

Kivun arvioinnin toteutus

Tehohoidossa olevan potilaan kipu tulee arvioida sekä potilaan ollessa levossa sekä hoitoon liittyvien toimenpiteiden aikana ja niiden jälkeen, riippumatta siitä, odotetaanko toimenpiteiden aiheuttavan kipua vai ei. Tehohoidossa oleville potilaille tehdään usein sekä invasiivisia (esim. valtimokatettrin laitto, pleuradreenin poisto, haavadreenin poisto) että ei-invasiivisia

(potilaan kääntäminen, asennon vaihto, hengitysteiden puhdistus, suun hoito) toimenpiteitä, joiden on todettu aiheuttavan kipua (6–8). Kivun arvioinnin tulos kirjataan aina potilaan tietoihin hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi. Vitaalielintoiminnot voivat antaa viitteitä mahdollisesta kivusta, mutta niitä ei tule käyttää kivun arvioinnin perustana. Havaittu kipuepäily tulee arvioida tarkemmin muilla menetelmillä. Useissa tutkimuksissa havaittiin, että vitaalielintoiminnot (syke, hengitystaajuus, verenpaine) vaihtelivat kivulioiden toimenpiteiden aikana, mutta osassa mitattavat muuttujat pysyivät melko tasaisina (9–10). Vitaalielintoimintojen muutoksia tuleekin pitää ensisijaisesti kivun aiheuttamina häirtatekijöinä kuin luotettavina merkkeinä kivusta, joista voisi päätellä esimerkiksi kivun intensiteettiä.

Suosituksen käyttöönotto

Hotus-hoitosuositus kokoa tutkimusnäyttöön perustuvan kehiksen tehohoitopotilaan kivun tunnistamisen ja arvioinnin kehittämiseksi. Hoitosuositus on tarkoitettu hyödynnettäväksi suomalaisessa tehohoidossa alan perus- ja täydennyskoulutuksessa. Sen toteutumista on arvioitava kriittisesti: tunnistetaanko potilaan kipu, toteutuuko kivun arviointi suositusten mukaisesti ja käytetäänkö kivun arviointimittareita. Henkilökunnan osaamista kivun arvioinnin periaatteista ja mittareiden käytöstä voidaan tukea täydennyskoulutuksella. Avainasemassa ovat potilaan yksilöllisten taustatekijöiden huomioiminen, säännöllinen kivun arviointi ja kipumittareiden systemaattinen ja oikeaoppinen käyttö. Lisäksi potilaan läheisten kuunteleminen ja osallistaminen voi antaa arvokasta tietoa kivun arvioinnissa. ■

Perustutkimuksen rooli kivun tutkimuksessa – mistä tullaan ja mihin on suunta?

Kirjallisuutta:

1) Devlin JW, Skrobik Y, Gélinas C, Needham DM, Slooter AJC, Pandharipande PP, Watson PL, Weinhouse GL, Nunnally ME, Rochweg B, Balas MC, van den Boogaard M, Bosma KJ, Brummel NE, Chanques G, Denehy L, Drouot X, Fraser GL, Harris JE, Joffe AM, Kho ME, Kress JP, Lanphere JA, McKinley S, Neufeld KJ, Pisani MA, Payen J-F, Pun BT, Puntillo KA, Riker RR, ym. Clinical Practice Guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. Critical Care Medicine 2018; 46: e825–e873.

2) Hoitotyön tutkimussäätiö sr. Hotuksen hoitosuositus-käsikirja. Versio 4.0. Helsinki: Hoitotyön tutkimussäätiö; 2025. Saatavilla: <https://hotus.fi/wp-content/uploads/2025/08/hoitosuosituskasikirja-4-0.pdf>

3) Rahu M.A., Grap M.J., Ferguson P., Joseph P., Sherman S., Elswick R.K., Jr. Validity and sensitivity of 6 pain scales in critically ill. American Journal of Critical Care. 2015;24(6):514–523. doi: 10.4037/ajcc2015832. intubated adults.

4) Björn A, Pudas-Tähkä S-M, Salanterä S, Axelin A. Video education for critical care nurses to assess pain with a behavioural pain assessment tool: A descriptive comparative study. Intensive and Critical Care Nursing 2017; 42: 68–74.

5) Pudas-Tähkä S-M, Salanterä S. Reliability of three linguistically and culturally validated pain assessment tools for sedated ICU patients by ICU nurses in Finland. Scandinavian Journal of Pain 2018; 18: 165–173.

6) Dale CM, Prendergast V, Gélinas C, Rose L. Validation of The Critical-care Pain Observation Tool (CPOT) for the detection of oral-pharyngeal pain in critically ill adults. Journal of Critical Care 2018; 48: 334–338.

7) Erden S, Artiklar T, Tura İ, Türkmen A. Assessment of procedural pain in patients with COVID19 in the Intensive Care Unit. Pain Management Nursing 2022; 23: 596–601. 10.

8) Eti Aslan F, Çinar F, Hayat D. Evaluation of pain during endotracheal aspiration in intensive care patients diagnosed with COVID-19. Pain Management Nursing 2024; 25: e45–e49.

9) Erden S, Demir N, Ugras GA, Arslan U, Arslan S. Vital signs: Valid indicators to assess pain in intensive care unit patients? An observational, descriptive study. Nursing and Health Sciences 2018; 20: 502–508.

10) Boitor M, Richard-Lalonde M, Bérubé M, Émilie G, Gélinas C. Vital signs fluctuations and their relationship with pain in the brain-injured adult critically ill – A repeated-measures descriptive-correlational study. Intensive and Critical Care Nursing 2019; 55: 102743.



Henna-Kaisa Jyrkkänen
LT, FM, neurokirurgian apulaisylilääkäri, kivunhoidon erityispätevyys, Neurokeskus, Kuopion yliopistollinen Sairaala

Kipua ja siihen liittyvää kärsimystä on pyritty lievittämään ja hoitamaan kautta koko ihmiskunnan historian. Esihistoriallisissa kulttuureissa kipua hoidettiin luonnonkasveista uutetuin rohdoksin, uskonnollisin riitein sekä parantajien perimätiedon keinoin (1). Läsnaölo ja kosketus, joilla on merkittävä rooli vielä tänäkin päivänä, ovat olleet osa kivun hallintaa läpi ihmiskunnan historian.

Tänä päivänä ymmärrämme, että kipu on monitekijäinen biologinen ja psykososiaalinen ilmiö, jolla on merkittävä vaikutus yksilön kehollisen kivun kokemuksen lisäksi toimintakykyyn, elämänlaatuun, psyykkiseen hyvinvointiin sekä sosiaaliseen ympäristöön. Erityisesti pitkäaikaisella kivulla on myös merkittävä vaikutus terveydenhuoltojärjestelmän sekä yhteiskunnan tukijärjestelmien kuormitukseen. Lääke- ja biotieteiden kehitys on lisännyt ymmärrystä kivun biologiasta ja tuonut keinoja kivun hallintaan ja hoitoon. Kivun tutkimus edellyttää monitieteistä lähestymistapaa, jossa yhdistyvät perustutkimus, translationaalinen tutkimus sekä kliininen tutkimus.

Miksi tarvitsemme kivun perustutkimusta?

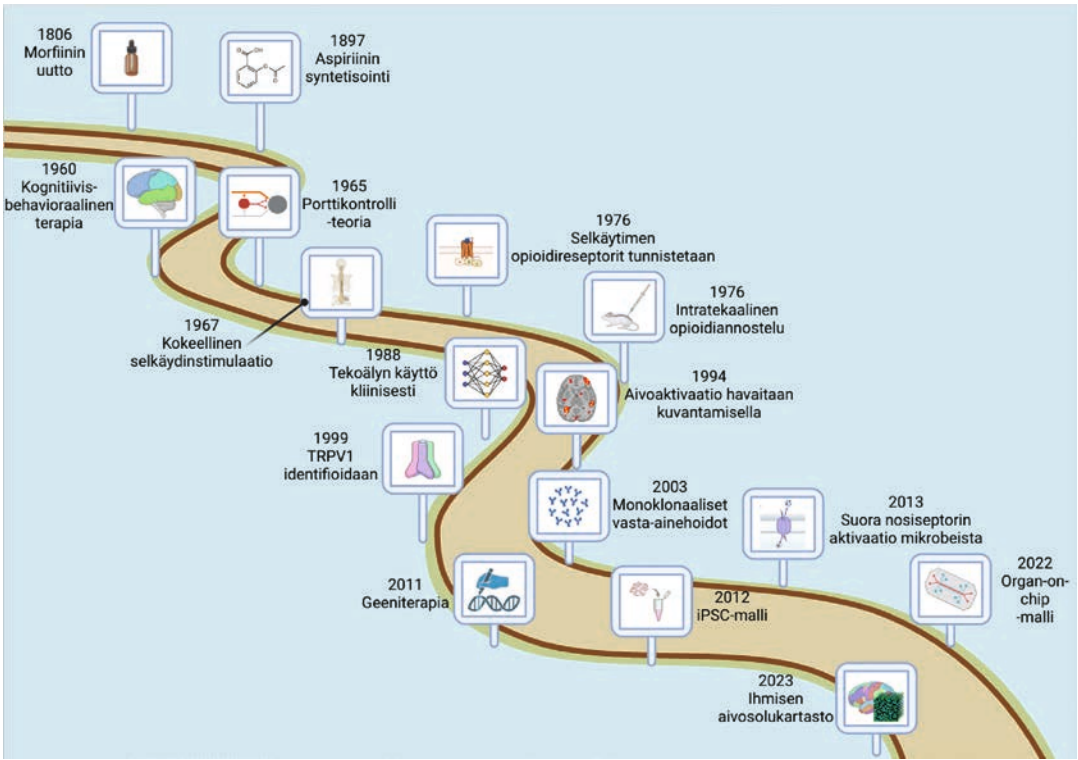
Kuluva vuosi (2026) keväällä julkaistiin päivitetty kivun Käypä Hoito -suositus. Taustaineistossa korostuu pitkäaikaisen kivun yleisyys suomalaisessa väestössä. Väestötutkimusten perusteella 19 %:lla aikuisväestöä on esiintynyt vähintään puolivuotta kestänyttä kipua ja yli 60-vuotiailla pitkäaikaista kipua esiintyy jopa 22–24 %:lla. Pitkäaikainen kipu johtaa lisääntyneeseen terveyspalveluiden käyttöön, pitkiin hoitosuhteisiin sekä monialaisen hoidon tarpeeseen. Lisäksi kipuun liittyy huomattavia epäsuoria kustannuksia, kuten työkyvyttömyyttä, sairauspoissaoloja ja ennen aikaista eläköitymistä. Väestön ikääntyessä kivun merkityksen kansanterveydellisenä haasteena odo-

tetaan korostuvan. (3)
Käypä Hoito -suosituksen keskeinen sanoma hoidollisesti on pyrkimys kivun lievittämiseen, toimintakyvyn kohentamiseen ja elämänlaadun parantamiseen. Suosituksessa todetaan, että pitkäaikaisen kivun hoidolla harvoin saavutetaan kivuttomuutta. (3) Yhdessä nämä tekijät korostavat tarvetta kivun solu- ja hermoston mekanismien paremmalle ymmärrykselle ja tehokkaampien sekä kustannusvaikuttavampien hoitomuotojen kehitykselle. Perustutkimus, joka tuottaa tietoa kivun biologisista ja neurofysiologisista mekanismeista, on keskeisessä asemassa tämän tavoitteen saavuttamisessa.

Kivun tutkimuksen historiaa

Oopiumunikkoa on nykytietämyksen mukaan käytetty kivun hoitoon jo 6500 eaa ja kokapensaalla lehtiä tiettävästi ainakin 3000 eaa alkaen (1). Modernin kivun tutkimuksen voidaan katsoa alkaneeksi morfiinin eristämisestä oopiumiunikoista 1806 (2). Tämä avasi uudenlaisen mahdollisuuden kivun hoitamiseen modernin lääketieteen keinoin. Laboratoriossa eristetyn morfiinin saatavuus muuttui tasaisemmaksi, lääkkeen pitoisuuksista tuli tasalaatuisempaa ja potilaita voitiin hoitaa tehokkaammin ja turvallisemmin, kuin oopiumunikoilla. Toinen merkittävä 1800-luvun kehitysaskel oli aspiriinin synteesi (1897). Kun tarkastellaan kivun tutkimusta perustutkimuksen näkökulmasta, lääkemolekyylien eristämi-

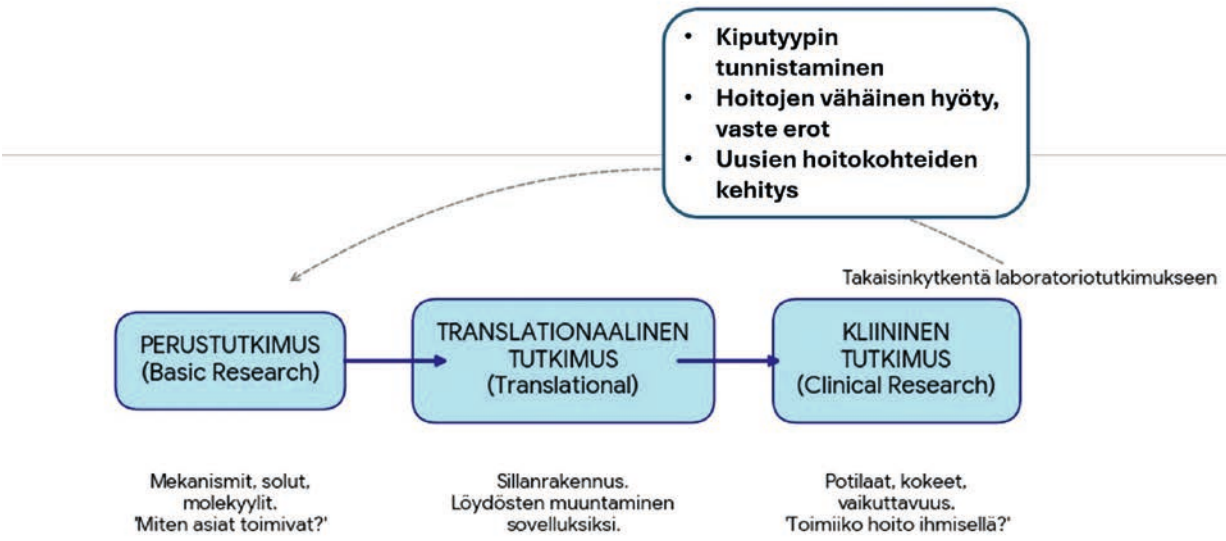
Kuva 1: Kivun tutkimuksen virstapylväät, mu-
kaillen Cao ym (2). Luotu
BioRenderissä. Luikku,
A. (2026).



sen ja synteesien kehityksen alkuaskeleiden jälkeen, merkittäviä askeleita ovat olleet spinaalisen opioidireseptorin identifiointi 1976 ja kivun aistimusta välittävän TRPV1 (Transient Receptor Potential Vanilloid 1) -reseptorin identifiointi 1999. 2000-luvulla merkittäviä kivun tutkimuksen kehitysaskleita ovat olleet monoklonaalisten vasta-aineterapioiden ja geeniterapian sovellusten tutkimus kivun hoidossa, sekä mikrobiomin roolin ymmärtäminen nosiseptoreiden aktivaatiossa. 2020-luvulla on saatu käyttöön merkittävä uusi perustutkimuksen työkalu, Organ-on-a-chip- tekniikka. Menetelmä on selkäytimen toimintaa jäljittelevä pienoismalli, jossa on saatu kasvatettua hermosoluja sirulla jäljittelemään luonnollista hermoverkkoa. Mallilla on pystytty mallintamaan kipusignaalien välittymistä ja tutkimaan esimerkiksi opiaattien vaikutusta hermoverkon toimintaan. Perustutkimuksen rinnalla kliinisessä tutkimuksessa on otettu merkittäviä edistysaskleita, kuten kognitiivisbehavioraalisen terapian kehittäminen (1960-luku), porttikontrolliteoria (1965) ja selkäydinnestetilän sisäisen lääkeannostelun kehittyminen (1976). 1990-luvulta alkaen keskushermoston kuvantamisen menetelmien kehitys on edistänyt myös

kivun tutkimusta, etenkin aivojen aineenvaihdunnallisen aktiivisuutta mittaavien menetelmien ja magneettikuvantamisen kehityksen myötä. Aivojen ratojen, eri solutyypin sekä usean tason biologisia tietokerroksia, moniomuokkaa, yhdistävä Brain Cell Atlas (2023), on viimeisimpänä kehitysaskleena luonut aivosoluatlaksen, jonka avulla voidaan tutkia eri aivoalueiden, solutyypin sekä molekyylitasoon muutosten roolia kivun biologiassa ja hoidossa (Kuva 1, 2).

Tutkimusmuotojen rooli kivun tutkimuksessa
Lääketieteellinen tutkimus voidaan jakaa kolmeen luokkaan; perustutkimukseen, translationaaliseen sekä kliiniseen tutkimukseen. Tämän päivän tutkimuskentässä tutkimustyyppien väliset rajat sekoittuvat ja usein projekteissa pyritään hyödyntämään laaja-alaisesti sekä laboratorio- että kliinisen tutkimuksen menetelmiä (Kuva 2).
Perinteisen jaottelun mukaisesti perustutkimus keskittyy kivun biologisiin mekanismeihin ja siihen miten sairaustila poikkeaa elimistön normaalista toiminnasta. Kivun tutkimuksen näkökulmasta keskeinen tutkimuskysymys



Kuva 2. Tutkimusalojen
vuoropuhelu: perustut-
kimus - translationaali-
nen tutkimus- kliininen
tutkimus

on: miten kipu syntyy ja miten hermosto käsittelee sitä? Solutason tutkimus, eläin- ja organismimallit sekä biologisia tietokerroksia biologisesti ja laskennallisesti tarkastelevat omiikkatutkimukset, kuten genomiikka, transkriptomiikka, epigenomiikka, proteomiikka, metabolomiikka, mahdollistavat syvällisen ja yksityiskohtaisen mekanistisen tutkimuksen. Menetelmien avulla voidaan tutkia esimerkiksi solujen ja hermoverkkojen toimintaa, neuroplastisuutta, molekyylit, reseptori- ja signaalintajärjestelmiä, kivun taustalla olevia geneettisten tekijöiden roolia, sekä tulehdus- ja immunologisten vasteiden merkitystä. Perustutkimuksen löydösten avulla voimme esimerkiksi tunnistaa uusia lääkeainekohteita ja kehittää teoreettisia malleja jatkotutkimuksia varten.
Perustutkimuksen haasteena on solu- ja eläinmallien vajavaisuus verrattuna ihmisorganismiin ja myös kliinisesti haastava kivun mittaamisen vaikeus. Solu- ja eläinmallien mekanismit eivät myöskään ole täysin yhteneviä elävän ihmisen kanssa, eikä niissä pystytä mallintamaan psykososiaalisia tai elämän kaaren vaikutuksia. Uusien biomarkkereiden tunnistaminen, omiikkamenetelmien laajempi hyödyntäminen ja tutkimustulosten integraation odotetaan edistävän myös menetelmien kehitystä.
Kliininen tutkimus keskittyy potilaisiin ja hoitojen toimivuuteen. Keskeisiä elementtejä

ovat interventoiden vaikuttavuuden ja turvallisuuden selvittäminen, potilaiden kokemus annetusta hoidosta sekä hoidon vaikutus oireiden voimakkuuteen ja toimintakykyyn. Keskeinen kysymys tällä tasolla on: toimiiko hoito ihmisellä? Satunnaistetut kontrolloidut tutkimukset (Randomized Controlled Trial, RCT) ovat keskeisiä uusien hoitojen arvioinnissa. Kliinisen tutkimuksen rinnalla epidemiologinen tutkimus kartoittavat kivun esiintyvyyttä, riskitekijöitä ja yhteyttä muihin sairauksiin väestötasolla. Rekisteritutkimukset puolestaan täydentävät satunnaistettujen kontrolloitujen tutkimusten tuottamaa kausaalista näyttöä tarjoamalla väestötason tosimaailman tietoa hoitojen vaikuttavuudesta, vasteesta ja turvallisuudesta kliinisessä käytännössä.
Translationaalinen tutkimus muodostaa sillan laboratorion ja kliinisen työn välille. Sen tavoitteena on muuntaa perustutkimuksen löydökset käytännön sovelluksiksi, sisältäen uusien lääkekohteiden ja hoitostrategioiden kehittämisen, biomarkkereiden tunnistamisen ja prekliiniset kokeet. Translationaalinen tutkimus ei ole yksisuuntainen prosessi, vaan siihen kuuluu myös kliinisten havaintojen palautuminen takaisin perustutkimukseen ("takaisinkytkentä") ja tutkimuskysymysten tarkentamiseen. Esimerkiksi vaihteleva hoitovaste eri potilasryhmissä voi ohjata uusien biologisten selitysmallien kehittämiseen. Perus- ja kliinisen

Mitä tehokkaammin tutkimustieto siirtyy laboratorion ja potilastyön välillä, sitä nopeammin uudet löydökset voidaan muuntaa kliiniseksi hyödyksi.

tutkimuksen havaintojen jatkokäyttö ja tiedon yhdistäminen translationaalisissa projekteissa tukee siirtymää kohti yksilöllistettyä lääketiedettä, jossa hoitovalinnat perustuvat potilaan biologisiin ominaisuuksiin ja kivun taustalla oleviin mekanismeihin.

Minne suunta kivun perustutkimuksessa?

Kivun tutkimuksen keskeisiä tavoitteita ovat kivun biologisten mekanismien tarkempi ymmärtäminen, objektiivisten biomarkkereiden tunnistaminen sekä uusien hoidollisten kohteiden löytäminen. Näiden avulla pyritään kehittämään nykyistä tarkempaa diagnostiikkaa, luotettavampaa hoitovasteen seurantaa ja yksilöllisempiä hoitomuotoja.

Tutkimuksen painopisteitä ovat muun muassa immunologiset, geeni- ja solupohjaiset hoidot sekä niiden taustalla olevien biologisten mekanismien selvittäminen. Samalla kehitetään yhä paremmin ihmiselimestöä mallintavia kudos- ja elinmalleja, kuten Organ-on-a-chip-mallit, joiden avulla voidaan tutkia sekä kipumekanismeja että hoitojen vaikutusta hermoston toimintaan. Paljon odotuksia kohdistuu myös moniomiikkadatan, kehittyvien kuvantamismenetelmien, ei-kajoavien fysiologisten mittareiden ja tekoälyn hyödyntämiseen. Kehitteillä on esimerkiksi työkaluja, joilla voidaan yhdistää tehokkaasti useiden biologisten tasojen, kuten geeni-, transkriptio-, proteomi- ja metabolomidataa, kipusairauden kliinisiin muuttujiin sekä potilasryhmätasolla että potilaskohtaisesti. Näiden työkalujen odotetaan tuovat yksityiskohtaista tietoa sekä kivun biologisista prosesseista että tuovan uusia molekyylibiologisia ja kliinisiä biomarkkereita sekä auttavan potilasryhmien tunnistuksessa, vieden kivunhoitoa kohti mekanismiperusteisuutta ja yksilöllisyyttä. Uusien diagnostisten ja hoitovastemittareiden avulla myös hoidon vaikuttavuutta voidaan arvioida entistä tarkemmin ja lisätä siten annettujen hoitojen kustannusvaikeuttavuutta.

Tulevaisuuden kehityksen kannalta avainasemassa ovat perustutkimuksen menetelmien, kuvantamis-, data- ja bioinformatiikan, sekä lääkintäkehityksen kehittyminen sekä perustutkimuk-

sen, translationaalisen tutkimuksen ja kliinisen tutkimuksen tiivis yhteistyö. Mitä tehokkaammin tutkimustieto siirtyy laboratorion ja potilastyön välillä, sitä nopeammin uudet löydökset voidaan muuntaa kliiniseksi hyödyksi.

Yhteenveto

Kipu on merkittävä yksilöllinen ja yhteiskunnallinen terveyshaaste, jonka ratkaiseminen edellyttää perustutkimuksen, translationaalisen tutkimuksen ja kliinisen tutkimuksen saumatonta yhteistyötä. Perustutkimus tuottaa tietoa kivun biologisista mekanismeista, translationaalinen tutkimus muuntaa löydökset uusiksi diagnostisiksi ja hoidollisiksi ratkaisuuksi, ja kliininen tutkimus arvioi niiden vaikuttavuutta potilailla. Teknologinen kehitys ja monitieteinen lähestymistapa tarjoavat mahdollisuuksia kivun mekanismien ymmärtämiseen ja yksilöllisempien hoitomuotojen kehittämiseen, kivun etiologia ja potilaskohtaiset tekijät huomioiden. Pitkän aikavälin tavoitteena voidaan pitää siirtymää kivun hallinnasta kivun hoitamiseen, tarkemman diagnostiikan ja biologisiin mekanismeihin perustuvan hoitolinjan valinnan kautta.

Kiitokset kommenteista ja kuvan 1 laatimisesta Antti J. Luikku, LT Neurokirurgian erikoislääkäri. ■

Kirjallisuutta:

- Vincenot M, Poisbeau P, Morel-Ferland N, Dumas G, Léonard G. A 5000-year overview of the history of pain through ancient civilizations to modern pain theories. *Pain Rep.* 2025 Apr 3;10(3):e1241. doi: 10.1097/PR9.0000000000001241. PMID: 40190783; PMCID: PMC11970827.
- Cao B, Xu Q, Shi Y, Zhao R, Li H, Zheng J, Liu F, Wan Y, Wei B. Pathology of pain and its implications for therapeutic interventions. *Signal Transduct Target Ther.* 2024 Jun 8;9(1):155. doi: 10.1038/s41392-024-01845-w. PMID: 38851750; PMCID: PMC11162504.
- Kipu. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2026 (viitattu 23.8.2026). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

Kipuläkkeet ja ympäristö – pitääkö siitä tietää jotakin?



Outi Lapatto-Reiniluoto
Dos, LT, Sisätautien sekä
kliinisen farmakologian ja
lääkehoidon erikoislääkäri,
HUS

”Poissa silmistä, poissa mielestä” on hyvä suomalainen sananlasku todella moneen, myös lääkkeiden käyttöön. Sen jälkeen, kun lääkäri on kirjoittanut reseptin tai antanut parenteraalisen lääkkeen potilaalleen, ei lääkettä yleensä enää mietitä, vaan sen ajatellaan kaotavan potilaaseen. Näin ei asia kuitenkaan ole.

Lyhyt kertaus lääkkeen elinkaareen ihmisessä eli metaboliaan auttaa selvittämään asiaa. Kun lääke on nielemisen jälkeen kulkeutunut mahalaukun kautta suolistoon, imeytyy se sieltä verenkierron välityksellä elimistöön. Kemiaalisina aineina lääkkeet hyvin usein muokkautuvat eli metaboloituvat elimistössä metaboliiteikseen, joihin ne sitten erittyvät virtsaan ja ulosteeseen. Olemme tottuneet mittaamaan lääkepitoisuuksia verestä ja lähinnä huumausainepitoisuuksia virtsasta. Kuitenkin virtsaan erittyy myös todella monen lääkkeen metaboliitteja merkittävinä määrinä. Virtsan, ulosteen ja hien mukana nämä lääkemetaboliitit kulkeutuvat viemäriverkostossa vedenpuhdistuslaitoksiin, missä osa niistä saadaan poistettua jätevedestä, mutta on myös suuri osa lääkkeitä, jotka kulkeutuvat lähes sellaisenaan puhdistuslaitoksen läpi (1). Esimerkiksi pääkaupunkiseudulla Viikinmäen vedenpuhdistuslaitos laskee tämän, vain osittain puhdistetun jäteveden suoraan mereen. Ei aivan rannikolle, mutta samaan Itämereen, missä me uimme, kalastamme ja nautimme luonnosta. Kyseisessä jätevedessä on merkittäviä määriä lääkkeitä, joista osan vaikutuksen vesiympäristöön tiedämme, mutta kaikkia, erityisesti pitkäaikaisvaikutuksia, emme tiedä vielä.

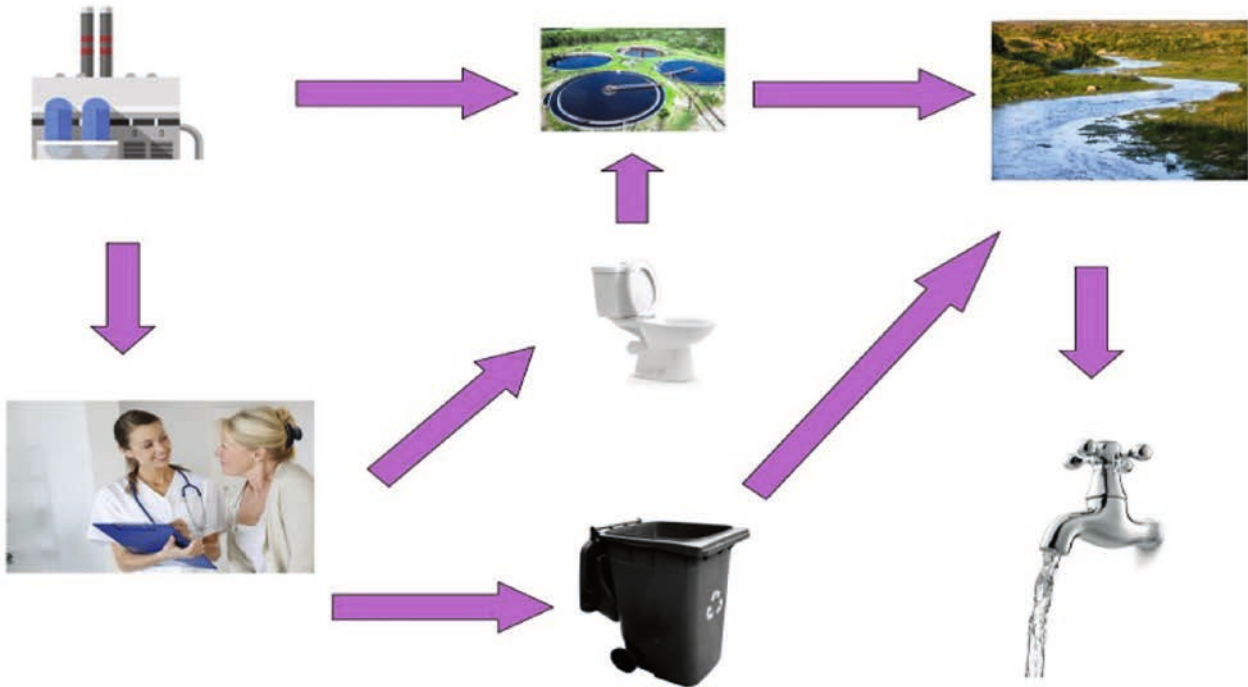
Monesti ajatellaan, että lääketieteellisuuden aiheuttamat päästöt ympäristöön ovat ainoa lähde, mutta kuvasta 1 käy havainnollisesti selville, että näin ei ole. EU-alueella lainsäädäntö edellyttää teollisuuden puhdistamaan lääkkeiden tuotannosta aiheutuvat jätevedet, mutta suuri osa lääkkeistämme tulee Intiasta ja Kiinasta,

missä lainsäädäntö ei ole yhtä tiukkaa. Vaikka jätettäisiin huomiotta tämä kuvion vasen yläkulma, kulkeutuu lääkettä ympäristöön silti runsaasti muita reittejä pitkin. Lääkkeiden oikeankin käytön jälkeen, niiden kanta-aineita ja metaboliitteja kulkeutuu jätevesien huomattavia määriä. Lisäksi edelleen osa lääkkeitä heitetään vanhentuneina tai osin käytettyinä sekajätteeseen eikä niitä palauteta apteekin kautta hävitettäväksi niin kuin pitäisi.

Yhdyskuntajätevesidirektiivi

Ympäristöön joutuvan lääkejätteen määrää yritetään korjata ns. yhdyskuntajätevesidirektiivin avulla. Osalle termi voi olla tuttu, varsinkin jos on työkseen erityisen paljon tekemisissä lääkkeiden kanssa. Kyseisellä direktiivillä lääke- ja kosmetiikkateollisuus veloitetaan maksamaan jäteveden puhdistamisesta jatkossa ja jätteenpuhdistuslaitoksiin pitää myös rakentaa sellaiset puhdistusmekanismit, millä lääke- ja kosmetiikkajäät saadaan jätevedestä poistettua. Vaikka direktiivi on jo voimassa, ei sen vaikutuksia nähdä vielä pitkään aikaan. Eri lääkkeiden puhdistaminen vaatii erilaisia mekanismeja, kuten otsonointia tai aktiivihiilisuodatusta ja niiden rakentaminen vie paitsi aikaa, myös vaatii tilaa (1). Esimerkiksi edellä mainitulle Viikin alueelle ei mahdu riittävän kokoisia puhdistusmekanismeja, vaan alueen laajentaminen ja lisärakentaminen vie jopa vuosia.

Sen vuoksi ei kannata tuudittautua siihen, että viranomaiset ratkaisevat ongelmat ja me muut jatkamme elämää kuten ennenkin. Ah-



Kuva 1: Nuolet kuvaavat lääkeaineiden sekä niiden metaboliittien reittejä lääketehtaasta käyttöön. Osa ympäristöön päätyvistä jäämistä tulee teollisuudesta suoraan, erityisesti EU:n ulkopuolella, missä valvonta ei ole yhtä tiukkaa kuin EU-alueella, mutta merkittävä osuus tulee myös oikean käytön jälkeen jätevesien ja suihkuvesien myötä jätepuhdistuslaitoksille ja niiden kautta ympäristöön.
Lähde: ACS, Green Chemistry Institute

distukseen ja masennukseen ei myöskään kannata vajota, vaan voimme kaikki pienilläkin muutoksilla saada aikaan merkittäviä parannuksia.

Paikallisesti käytettävät kipulääkkeet

Kipua pitää hoitaa, siitä olemme varmasti kaikki samaa mieltä. Mutta onko kaikki kipu selaista, että sitä pitää hoitaa kipulääkkeillä?

Kipugeeli levitetään iholle ja se tuntuu imeytyvän ja haihtuvan siihen. Vaikuttava-aine ei kuitenkaan katoa siitä mihinkään ja vaikka osa siitä imeytyisi, niin samalla tavalla se myöhemmin erittyy virtsaan kuten suun kauttakin otettu lääke. Mutta ongelma on se, että suurin osa geelistä huuhtoutuu seuraavalla suihkukerralla pesuveden mukana viemäriin. Samoin kuin käsistä se kaikki geeli, mikä niihin jäi levitettäessä. Määrät voivat tuntua pieneltä pisaralta meressä, mutta kipugeelien käyttömäärien ollessa nykyisellä tasolla, ongelma ei enää olekaan vain pieni pisara. Voisiko lepo tai kylmäpakkaus ajaa saman asian kuin kipugeeli? Voisimmeko opettaa potilaille, että erityisesti lihaskipu voi olla elimistön tapa ilmoittaa, että alue olisi hyvä rauhoittaa levolle ja että pelkkä kevyt hieronta ilman kipugeeliä ajaa usein saman asian. Ylei-

simmat kipugeelimme ovat diklofenaakkia tai ibuprofeenia sisältäviä geelejä. Diklofenaakista pystytään yleisimmillä jätevedenpuhdistamoilla poistamaan vain n. 5 %, eli jätevesien mukana Suomen luontoon kulkeutuu vuosittain lähes 1000 kg diklofenaakkia. Ibuprofeenista pystytään poistamaan suurin osa eli n. 95 %, mutta jos kaikki kipugeelien käyttäjät siirtyisivät ibuprofeenigeeliin, nousisi senkin määrä ympäristössä useisiin satoihin kilogrammoihin. Muita kipupotilailla käytettyjä geelejä on myös, kuten asetosalisyylihappo ja kapsaisiinia sisältävä yhdistelmävalmiste. Myöskään niiden kumman puhdistaminen ei onnistu täysin nykymenetelmillä Suomessa, eikä meillä ole riittävästi tutkittua tietoa siitä, mitä ne aiheuttavat vesiympäristölle. Nykytiedon mukaan kapsaisiini ei ole yhtä haitallinen kuin esimerkiksi edellä mainitut diklofenaakki ja ibuprofeeni, mutta asetosalisyylihappo ja sen päämetaboliitti salisyylihappo aiheuttavat varsin monenlaisia haittoja vesieliöille, kalat mukaan lukien (2,3,4).

Siten ohjeeksi voikin antaa sen yleisen ohjeen lääketieteessä eli ennaltaehkäisy on yleensä helpompaa kuin hoitaminen. Mitä vähemmän geelejä käytetään, sen vähemmän niiden haitallisia vaikuttavia aineita kulkeutuu ym-

päristöön. Sama koskee tietenkin myös suun kautta otettuja diklofenaakki- ja ibuprofeeni-valmisteita, jotka aiemmin mainitun metabolian jälkeen erittyvät virtsan mukana jäteveeseen. Siten varmuuden vuoksi kolmesti päivässä pitkään käytetyt kipulääkekuurit kannattaa lopettaa paitsi rahanmenon niin myös ympäristön vuoksi. Sen sijaan tarpeeseen kipulääkkeitä käyttäviä potilaita ei missään nimessä pidä syyllistää asiasta.

Jos kipugeeliä käytetään, niin muutamalla helpolla ohjeella voi itse kukin vähentää niiden määrää jätevedessä:

- Ei tarvitse levittää liikaa ja liian usein
- Kädet pyyhitään paperiin ja laitetaan paperi sekajätteeseen ennen käsien pesua
- Ennen suihkuun menoa, pyyhitään märällä paperilla geelialueelta ylimääräiset geelit pois ja taas paperi sekajätteeseen

Nykyisin Suomessa suurin osa sekajätteestä poltetaan, ja vaikka polttolämpötila ei ole riittävä lääkkeiden hävittämiselle, on silti parempi kuin veteen huuhtominen.

Kipulaastarit

Lääkelaastareita käytetään kivunhoitoon, muistisairauksiin ja vaihdevuosisoireisiin. Käytön jälkeenkin näihin kaikkiin jää vielä vaikuttavaa ainetta, jopa lähes puolet alkuperäisestä määrästä. Iholta irrotettu lääkelaastari on siten edelleen aktiivinen lääke. Nämä iholta irrotetut laastarit pitää kerätä talteen ja toimittaa apteekkiin hävitettäväksi aivan kuten käyttämättömät lääkkeet. Tässä on ihmisten mielessä ristiriita, kun laastarin ajatellaan olevan jo ”käytetty” ja ”tyhjä”. Suomessa tehdyssä kyselytutkimuksessa kävi ilmi, että apteekkeihin palautuu vain n. 50 % iholta olleista, käytetyistä kipulaastareista. Tilanne oli vielä paljon huonompi muisti- ja hormonihoitolaastareilla, joista vain 22 % ja 30 % palautettiin apteekkeihin. Käyttämättö-

mistä (vanhentuneista, potilaalle sopimattomista, jne.) laastareista kaikissa ryhmissä osuus apteekkiin palautetuista oli n. 80 %. Potilaita pitäisikin aktiivisesti muistuttaa siitä, että vaikka lääkelaastari on ollut ihollla, on se otettava poiston jälkeen talteen ja palautettava apteekkiin, josta ne toimitetaan ongelmajätteenkäsittelylaitokselle poltettavaksi. Vaikka oma sekajäte menisi jätteenkeräyksestä poltettavaksi, ei se ole silti oikea paikka käytetyille lääkelaastareille, sillä normaalin sekajätteen polttolämpötila ei ole riittävän korkea. Puhumattakaan oman saunan uunista, missä kyselytutkimuksen mukaan osa potilaista poltti omat laastarinsa.

Aina kun kirjoittaa potilaalle reseptin lääkelaastarista tai ohjeistaa potilasta laastarin käytöstä, on syytä muistuttaa potilastaan siitä, että käytetytkin lääkelaastarit pitää palauttaa apteekkiin.

Potilailla ja terveydenhuollon henkilökunnalla ei ole riittävästi tietoa lääkkeiden ympäristövaikutuksista, mutta koulutuksella ja tiedottamisella voimme lisätä tietoisuutta ja vähentää lääkkeiden aiheuttamia ympäristöhaittoja. ■

Kirjallisuutta:

1. Lääkkeet ja ympäristö: kestävän lääkehuollon haasteita ja ratkaisuja <http://hdl.handle.net/10138/575604>
2. Nordin A. A mini review on aspirin removal by carbon / noncarbon based adsorbents from aqueous solution. Materials today: Proceedings 2024, 30-34.
3. Du M. Understanding the fate and impact of capsaicin in anaerobic co-digestion of food waste and waste activated sludge. Warter research 2021.
4. Yue L. A sodium percarbonate/ultraviolet system generated free radicals for degrading capsaicin to alleviate inhibition of methane production during anaerobic digestion of lipids and food waste. Science of total environment 2021.

Medtronic



Skannaa QR-koodi
saadaksesi lisätietoja
syöpä kivun hoitoon
tarkoitettusta
implantoitavasta
intratekaalisesta
pumppuhoidosta.



Kun ihonalaiset ja suun kautta otettavat kipulääkkeet eivät riitä pitkälle edenneen syövän kivunhoitoon – implantoitava intratekaalipumppu tehokkaana ratkaisuna

42-vuotiaalla **Hannulla** diagnosoitiin paksusuoli- ja munuaissyöpä 12 vuotta sitten. Useiden hoitojen jälkeen, kun syöpä oli levinnyt lantioon, hän kärsi hankalasta laaja-alaisesta viiltävästä hermokivusta. Kivusta, jota hän kuvaili sietämättömäksi, tuli myöhemmin hänen jokapäiväistä elämäänsä kahden vuoden ajaksi, vahvoista suun kautta otettavista kipulääkkeistä ja ihonalaisista lääkkeitä huolimatta. Sietämättömät kivut rajoittivat niin Hannun kuin myös hänen perheensä arkea.

”Kun käytössä olleet lääkehoidot eivät enää riittäneet kivun hallintaan ja Hannun elämänhalu alkoi hiipumaan, Hannulle tarjottiin Kuopion Yliopistollisen Sairaalan Syöpäklillä kesäkuussa 2016 implantoitavaa intratekaalista pumppua (Synchromed II -pumppu)”, muistelevat häntä hoitanut Anestesian erikoislääkäri Marion Wüstefeld ja Hannun leski Helena Raatikainen.

Hannu oli sairaalassa kaksi yötä pumpun implantaation jälkeen. Hän sai välitöntä kivunlievitystä ja pystyi liikkumaan paremmin. Koska lääke menee suoraan selkäydinkanavaan, tarvitaan paljon pienempi annos ja sivuvaikutuksia on vähemmän. Helena muistelee miehensä muuttuneen taas rauhalliseksi, rennoksi ja huumorintajuiseksi, enemmän läsnäolevaksi. Tilallisena Hannu pystyi taas osallistumaan tilansa töihin, esimerkiksi tekemään peltotöitä traktorilla ja osallistumaan uuden navetan putkitöihin. Helenallakin oli mahdollisuus lähteä viikon lomamatkalle, mitä hän ei ollut voinut tehdä vuosiin, sillä intratekaalisen pumpun kanssa Hannu pystyi nyt itsenäisesti hoitamaan arkiaskareet.

”Pumpusta tuli tärkeä osa Hannun ja perheen elämää”, kertoo Helena. Pumpun kanssa arki helpottui paljon, mm. pesut ja pukemiset helpottuivat ja elämä oli stressittömämpää, mikä oli erittäin tärkeää, koska aikaisemmin ulkoisella pumpulla arki oli ollut hyvin työlästä ja infektiokerkkää. Pumpun täyttö oli kivutonta ja tapahtui kahden kuukauden välein.

Vaikka loppuhetket olivat rankkoja, neljän kivuttoman kuukauden jälkeen, Hannu oli kiitollinen elämänsä viimeisistä kuukausista, ehtiessään vielä hoitamaan tilan sukupolvenvaihdoksen loppuun.

Perheenjäsenet ovat erittäin kiitollisia tuesta, jota he ovat saaneet kaikilta hoitotiimeiltä ja korostavat heidän yhteistyönsä merkitystä auttaakseen Hannun kaltaisia potilaita ja heidän lähiomaisiaan, heidän jokapäiväisessä elämässään. Suurista haasteista huolimatta Hannu sai kivuttoman ja arvokkaan loppuelämän, jonka hän sai viettää kotona rakastavan perheen ympäröimänä. Perheen sanoin: ”Vaikka aika olisi lyhyt, niin elämänlaatu on tärkeää”.

Hannun tarina on osoitus tehokkaan kivunhallinnan ja monialaisen lähestymistavan voimasta – sekä lähiomaisten rohkeudesta ja päättäväisyydestä jatkaa elämää rakkaan perheensä poismenon jälkeen.

– **Marion Wüstefeld ja Helena Raatikainen**

Tämän artikkelin on laatinut Medtronic-yritys, joka valmistaa edellä mainittua Synchromed-implantoitavaa intratekaalista pumppua, yhdessä Marion Wüstefeldin ja Helena Raatikaisen kanssa.

Euroopan markkinoille saatetut Medtronicin tuotteet ovat lääkinnällisiä laitteita koskevan EU:n lainsäädännön mukaisia. Katso laitteen käyttöohjeista yksityiskohtaiset tiedot käyttötarkoituksesta, implantointitoimenpiteestä, käyttöaiheista, vasta-aiheista, varoituksista, varotoimista ja mahdollisista haittavaikutuksista. Käyttöohjeet ovat saatavilla Medtronicin verkkosivuilla osoitteessa manuals.medtronic.com.

Piileskelevä pulpiitti – miksi pulpakipu sekoittuu kasvohermokipuun?



Noora Männistö
hammaslääkäri, PSHVA,
VTH
kivunhoidon erityispaten-
toityjä

Päivystykseen saapuu potilas, joka pitää käsiä kasvoillaan. Kipu on kova ja jatku-
nut jo pitkään pakottaen potilaan lähte-
mään avun perään. Käden ja kasvojen välissä on
ehkä kylmävesipullo, joka ainoana mitenkuten
lievittää kipua. Särkylääkkeet eivät auta, vaikka
potilas on vetänyt ibuprofeenia ja parasetamo-
lia jo lähes yli sallitun rajan. Potilas valittaa ko-
vasta kivusta kasvoilla, jonka lähde on epämää-
räinen; potilas ei osaa sanoa, tuleeko kipu pos-
kista vai hampaista. Kipu on kuitenkin alkanut
äkisti ja kestänyt jo useita tunteja säteillen joka
puolelle. Potilas on tuskainen. Lääkäri diag-
nosoi kolmoishermosäryn ja lähettää potilaan
kotiin karbamatsepiinireseptin kanssa. Seuraa-
vana päivänä potilaan kipu on hellittänyt hie-
man, mutta parin päivän kuluttua hän saapuu
hammaspäivystykseen, koska kipu on palannut
voimakkaana, eikä määrätystä lääkkeistä ole
apua. Lisäksi kuvaan on astunut puruarkuus ja
hammas suussa on kosketusarka. Hammaslää-
käri toteaa hampaan kuolleen ja aloittaa juu-
rihoidon. Potilaan kivut katoavat täysin parissa
päivässä palaamatta takaisin.

Mikä meni pieleen? Miksi kasvohermodiag-
noosin takana saattaakin olla kasvokipujen ku-
ninkaan sijaan tavallinen, tylsä, pieni kuoleva
hammasydin, joka hämää kokenuttakin lääkä-
riä?

Molemmissa tapauksissa kyse todella on her-
mokivusta, mutta mittakaava on aivan eri. Kui-
tenkin joskus pieni tulehtunut hammas voi is-
keä nyrkillä pallean aiheuttaen niin kovan kas-

vokivun, että aikuinen mieskin menee itkien
polvilleen. Tästä syystä on ihan ymmärrettävää,
että potilaiden puhuessa sietämättömästi ki-
vusta, halu tehdä hieno, harvinainen diagnoosi
on houkutteleva.

Käydäänpä läpi muutama fakta, jotka mie-
lessä pitämällä lääkäri osaa tarvittaessa ohjata
kipuilevan potilaan hammaslääkäriin ja jättää
hermokipulääkkeet kaappiin – pulpiitissa niis-
tä ei nimittäin ole iloa kuin hämäyksen verran.

**Ensimmäinen erä: Pulpiitti vastaan
trigeminusneuralgia**

Pulpiitti eli hampaan ytimen tulehdus yhdistyy
usein hoitamattomaan kariesleesioon (baktee-
rit pääsevät pulpaan) tai lähelle hampaan her-
moa ulottuvaan syvään täytteeseen eli paikkaan
(pulpaan kohdistuva vierasesineen tai iskutuk-
sen aiheuttama ärsytys). Pulpa eli hampaan
hermoydin on sidekudoksesta, verisuonista
sekä hermoista koostuva kimppu, joka tuleh-
tuessaan turpoaa aiheuttaen kovaa painetta
luiseen onteloonsa. Tämän seurauksena ham-
paan omistajaa kohtaa kova, jomottava kipu.
Alkuun pulpiitti saattaa oireilla vähäisemmin
ja särkylääkekin auttaa. Esimerkiksi satunnai-
nen tai lievä ärsyke (esim. pieni, steriilinä py-
syvä pulpaperforaatio paikkauksen yhteydessä,
purentarasite hampaassa) voi olla vielä palau-
tuva eli reversiibeli, mutta vaurion ollessa liian
suuri, pulpiitista tulee irreversiibeli, eli pulpa
etenee kohti varmaa kuolemaa. Pulpiitista seu-
raava vaihe onkin pulpakuolio eli nekroosi,
jonka oirekuva eroaa jonkin verran akuutista

Taulukko 1.

	Pulpiitti	Trigeminusneuralgia
Kivun luonne	Jyskyttävä, särkevä, jomot- tava, syvä kipu	Sähköiskumainen, nopea, terävä, repivä, polttava
Kivun kesto	Jatkuva tai minuuteista tunteihin	Lyhytkestoinen, sekunneista korkeintaan muutama minuuttiin
Laukaisevat tekijät	Kuuma, kylmä, pureminen, spontaani	Kevyt kosketus iholle, tuuli, puhuminen, meikkaus tms.
Yöllinen kipu	Pahenee usein makuulla, voi herättää	Harvoin yöllä
Paikallistuminen	Alkuun voi olla vaikeaa, tar- kentuu koputusarkuuden myötä	Keskittyy selkeästi tietyn hermoradan alueelle
Löydökset suussa	Hammaslääkärin tutkimuk- sessa mm. karies, syvä täyte, rtg-löydökset (mm. apikaa- limuutos)	Hampaat vitaalit ja oireettomat, ei rtg- löydöksiä
Puudutusvaste	Puudutus poistaa kivun	Puudutus ei yleensä tehoa tai poista kipua

siskostaan, mutta jota ei myöskään tule sotkea
neuralgiakipuun. Pulpiitti on valitettavan yle-
nen akuutin hammashoidon käynnin syy, joita
hoidetaan Suomessa viikoittain, ellei päivittäin.
Se ei jakaudu sukupuolen mukaan mitenkään
erityisen selvästi, mutta on hoidettavissa kenen
vain hammaslääkärin toimesta juurihoidon tai
pulpotomian avulla.

Trigeminusneuralgia eli kolmoishermosärky
sen sijaan diagnosoidaan noin neljällä jokaista
10 000 ihmistä kohden vuosittain. Se kohdistuu
enemmän keski-ikänsä ylittäneisiin naisiin, vaikka
muissakin ikäluokissa sairautta havaitaan har-
voin. Usein syynä on kolmoishermoa painava
valtimo, mutta syy voi olla myös hermoon koh-
distunut infektio (vyöruusu), sairaus (mm. MS-
tauti) tai tuntematon. Kipu paikallistuu usein
jonkin kolmen hermon haaran alueelle, joskin
otsahaaran alueen kipu on kaikista harvinaisin.
Kipu tulee kohtauksittain usein mitättömästä-
kin kosketusärsykkeestä ja on luonteeltaan sär-
köiskumainen ja terävä. Kolmoishermosäryn

diagnostiikka on kuitenkin asiantuntijataitoa
vaativaa, ja epäilyt on syytä aina ohjata neuro-
logille.

Vaikka kummankin kivunlähteen luonne
saattaa olla äkillinen ja kova, jo lähtökohtaises-
ti trigeminusneuralgia on harvinaisempi kuin
pulpiitti. Vaikka sen diagnosointi tuntuu hou-
kuttavalta, pidetään pää kylmänä ja koetetaan
ensin sulkea hammaspoloisen kuolema pois.

**Toinen erä: Diagnostiikka, diagnostiikka,
diagnostiikka**

Pulpiitin ja kolmoishermosäryn erottaminen
perustuu ensisijaisesti kivun keston, sen lau-
kaiseviin tekijöihin ja vasteeseen paikallispuu-
dutukselle. Pulpakipu on tyypillisesti jyskyttä-
vää, useita minuutteja tai tunteja kestäväää sekä
herkkä lämpötilanvaihteluille, kun taas neural-
gia iskee sekunneissa ohi menevänä, salaman-
nopeina, sähköiskumaisina kipupiikkeinä, joi-
den laukaisuun voi riittää kevyt kosketus kas-
voilla. Kolmoishermosärky ei välttämättä rea-



goi kuumaan, mutta pulpiittinen tai kuoliassa oleva hammas saattaa saada pahankin sätkyn. Taulukossa näkyy listattuna joukko diagnostiikkaa helpottavia tunnusmerkkejä.

Diagnostiset erot ja niiden tunnistaminen ovat tärkeitä – emme halua vääriä diagnooseja tekemällä pitkittää potilaan kärsimystä tai anostella lääkityksiä, joista potilaalle ei ole iloa. Röntgenkuvia, vitaliteettimittauksia, kliinisiä tutkimuksia ja kivun luonteen arviota ei sovi sivuuttaa. Diagnostiikka ei kuitenkaan ole aina yksiselitteistä, sillä pulpiitin ja pulpakuolion kohdalla kivun lähteen paikallistaminen ei aina ole suoraviivaista, ja vitaliteettimittarikin voi tilan alkuvaiheessa antaa valheellisia tuloksia. Myös esimerkiksi hampaiden kehityshäiriöistä (kuten dens invaginatus) johtuva pulpiitti voi matkia neurologista kipua ja johtaa virheelisiin hoitopäätöksiin.

Kolmas erä: Tiedä mitä teet

Vaikka pulpiitissa ja pulpakuoliassa syypää on pohjimmiltaan kuoleva hermo, hermokipulääkkeestä ei ole iloa, kuin ehkä riipaisevan, hämäävän hetken. Ilman juurihoitoa kuoleva hampaan hermo ei antaudu taistelutta. Siksi hermokipulääkitystä ei koskaan pidä aloittaa vähän niin kuin varoiksi – potilaaseen kohdistuva kehollinen ja elimellinen kuormitus ilman kunnon diagnoosia ei ole sen arvoinen. Kivunhoidossa kunnon annos skeptismiä ja pessimismistä voi osaltaan auttaa siinä, ettei heti näe edessään harvinaista hermosairautta, vaan osaa ajatella poissulkumielessä myös kasvojen muita vaatimattomia kudoksia, kuten hampaita.

Arvioi siis kivun kesto ja laatu! Pulpakipu äityy usein särkylääkkeitä vaativaksi, jatkuvaksi jomotukseksi, jonka potilaat saattavat usein kuvailla sykkivän sydämen tahtiin. Neuralgiassa taas saatetaan kokea sarja lyhyitä, sietämättömiä salamoita. MUTTA! Potilaan kuvaus kivusta voi olla vaikea asettaa oikeaan mittakaavaan, sillä tuskaisen potilaan voi myös olla vaikea kuvailla kipujensa luonnetta, jolloin kivun laatua voi olla vaikea hahmottaa.

Provosoituuko kipu? Jos kipu provosoituu koskettamalla kevyesti ihoa, kyse on todennäköisemmin neuralgiasta. Jos kipu leimahtaa, kun hammasta suun sisällä joskus edes hipaisee kylmä tai kuuma juoma tai ruoka, tai purressa hampaita yhteen, kipu on todennäköisemmin hammasperäinen. MUTTA! Pulpiittinen tai pulpakuoliassa oleva hammas voi aiheuttaa sykkivää kipua, joka välillä rauhoittuu pitkiksi ajoiksi ja alkaa sitten taas. Ole tarkkana kivun luonteen ja kipukohtausten keston kanssa.

Tee oikea tutkimus! Hammaslääkäri on epäselvän kasvokivun kohdalla tärkeä yhteistyökumppani. Hammaslääkäri tutkii hampaan vitaliteetin, arvioi koputus- ja purenta-arkuutta, mahdollista aiheuttajaa sekä ottaa rtg-kuvan.

MUTTA! Jos näistäkään ei löydy selvää selittävää tekijää, potilas on syytä ohjata neurologin tutkimukseen neuralgiadiagnoosin varmistamiseksi ennen kuin potilaan maksaa aletaan rasittaa karbamatsepiinilla.

Lopputulos: Piiloutujan paljastus

Pulpakipu ja kolmoishermosärky muistuttavat toisiaan voimakkaan, viiltävän toispuoleisen kipuaistimuksen osalta, mutta eroavat mm. laukaisijoiden suhteen. Suu voi olla varsinkin lääkärielle tuntematon alue, joten esimerkiksi pulpaa kutkuttavan kariksen paikallistamiseen tarvitaan aina hammaslääkäriä. Ennen kolmoishermosärkydiagnoosia on aina pois-suljettava hammasperäiset syyt kattavilla tutkimuksilla, jos erotusdiagnoosi ei jo tarjonnut yksiselitteisiä poissulkumahdollisuuksia.

Joten – pidetään mielessä, että kasvokipuja valittava potilas saattaakin olla hammaslääkärin ja juurihoidon enemmän kuin neurologin ja karbamatsepiinin tarpeessa, ja muistetaan tehdä moniammatillista yhteistyötä pitääksemme potilaat pois kipujen välisestä nyrkkeilykehästä. ■

Kirjallisuutta:

- Mascarell S, Marchi V, Boucher Y. Pulpitis in a dens invaginatus presenting as a Trigeminal Neuralgia: A case report. J Clin Exp Dent. 2022 Feb 1;14(2): e217-e220. doi: 10.4317/jced.57881. PMID: 35173907; PMCID: PMC8842284.
- Rafieipour Shabnam. 2023. Dental Pain Beyond Trigeminal Neuralgia. A literature review. Master's Thesis. Vilnius University, Faculty of Medicine, Institute of Dentistry.
- Edwards, D., Allison, J., Coulter, J. et al. Symptomatic irreversible pulpitis and other orofacial pain: overcoming challenges in diagnosis and management. Br Dent J 238, 517–526 (2025). <https://doi.org/10.1038/s41415-025-8441-9>
- Renton T, Wilson NH. Understanding and managing dental and orofacial pain in general practice. Br J Gen Pract. 2016 May;66(646):236-7. doi: 10.3399/bjgp16X684901. PMID: 27127274; PMCID: PMC4838424.
- Duodecim. 2024. Hammasytimen tulehdus (pulpiitti). Verkkosivu. Viitattu 3.8.2026. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00717>
- Duodecim. 2026. Kolmoishermosärky (trigeminusneuralgia). Verkkosivu. Viitattu 3.8.2026. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00684>

Turvalonkeroita ja akuutin kivun arviointia Tampereella



Suvi Viljakainen
sairaanhoitaja (AMK),
kivun hoitotyön asian-
tuntijahoitaja, Pirha, Tays,
Tuki- ja liikuntaelinkes-
kuksen leikkausosasto
(TULO)

Pain Assesment in Advanced Dementia (PAINAD)- käyttäytymiseen perustuva kivun voimakkuuden havainnointimittari kehitettiin Yhdysvalloissa vuonna 2003 (1). Suomessa mittari käännettiin ja testattiin vuonna 2007 Björkmanin ym. sekä vuonna 2009 Määtän ja Kankkusen toimesta. PAINAD-mittari todettiin luotettavaksi ja helppokäyttöiseksi vaikeaa dementiaa sairastavien potilaiden kivun arvioinnissa hoitotoimenpiteiden aikana ja pitkäaikaishoidossa (2). Tämä potilasryhmä on haavoittuva, hauras ja muiden ihmisten inhimillisyyden ja viitseliäisyyden armoilla. Potilas voi kivuliaana ymmärrettävästi näyttäytyä käytösoireisena ja vaikeana, jopa väkivaltaisena. Onneksi sosiaali- ja terveysalan toimijoiden tieto ja ymmärrys ovat lisääntyneet ja kaikki nykyään tietävät, ettei kivun ilmaisemisen kyvyttömyys poista ilmiön olemassaoloa. Tietäväthän? Arkistoistani löytyy vuonna 2018 tallennettu PDF-versio Pohjois-Karjalan Keskussairaalan 2014 PAINAD-versioista, jota aloin jalkauttaa terveisinä Kivun hoitotyön täydennyskoulutuksesta. Se on muuten aivan erinomainen kokonaisuus, jota Turun Yliopisto ja SKTY toteuttavat yhdessä. Lue lisää ja hae! (3).

Korostan meidän kaikkien Kipuviestiä lukevien ammattilaisten roolia kivun hoitotyön kehittämisessä ja omien toimintaympäristöjen tarkastelussa – olemme avainasemassa jakamassa tietoa ja käytänteitä potilaidemme hyväksi. Kiitän sinua viitseliäs, ”joku muu”, joka ottanut kivunhoidon kehittämisen asiaan. Väitän, että jossain päin potilaan kulkemaa prosessia (ei useinkaan oman kustannuspaikan) kuluissa saadaan säästöä. Taysissa PAINAD saatiin viralliseen lomakerekisteriin vuonna 2021.

Anestesiologi Miia Kokkonen laittoi syyskuussa 2024 sähköpostia leikkausosaston välelle: olisiko innostusta virkata dementiaa sairastaville turvalonkeroita? Sellainen annettaisiin sormeiltavaksi ja ehkä sitten kanyylit ja satu-raatiomittarit pysyisivät paikoillaan paremmin. Ideana oli kerätä niitä sairaalareissun alkupäähän ensiapu Acutaan. Viestissä oli Marttayhdistyksen turvalonkero-virkkausohje (4).

Muutama kuukausi myöhemmin oli korillinen turvalonkeroita valmiina ja laminoitu PAINAD-mittari muistuttamassa, että on olemassa tällainen suomenkielinen, validoitu työkalu pitkälle edennyttä dementiaa sairastavan potilaan kivun arviointiin. Emme raaskineet toimittaa noita outoja söpöläisiä Acutaan. Säilytyspaikaksi valikoitui leikkausosastomme Induktio, leikkausprosessin prevaihetta toteuttava tila, jossa päivystys lonkkamurtumapotilas saa femoralispuudutuksen ja tarvittavat kanyloinit juuri ennen leikkaussaliin pääsemistä. (Älä huoli, tietenkin sairaalamme nykyaikaiseen prosessiin kuuluu laittaa ultraääni-avusteinen kivunhoitopuudutus jo ensiavussa potilaan saapuessa sairaalaan).

Nyt kaksi vuotta myöhemmin turvalonkeroita on virkattu useita korillisia ja onpa nähty myös omaperäisempiä yksilöitä, joista muutama on jäänyt maskotiksi heräämön komento-tiskille. Kollegat kiittelevät: turvalonkeroista on hyötyä ja iloa. Anestesiatietojärjestelmän Kivunhoito-osioon on saatu PAINAD-mittari sähköiseen muotoon ja laminoitu versio on voitu jättää pois. Hoidon jatkuvuuden kannalta oleellista on myös kirjauspaikka valitulle ja käytetylle kivun arviointimittarille. Turvalonkeroa hypistelevä ikääntynyt muistisairas on

Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) -mittari potilaan kivun mittaukseen pitkälle edenneessä dementiaassa (lähde: Warden V.;Hurley, A.C & Volicer, L. 2003. Development and psykometricevaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia. J Am Med Dir Assoc Vol. 4 No.1)

	0 pistettä	1 piste	2 pistettä	tulos
Hengitys	Normaali ääntelystä riippumatta. Lyhyt hyperventilaatiojakso.	Hengitys ajoittain vaivalloista. Pitkä hyperventilaatiojakso.	Hengitys äänekästä tai vaivalloista. Cheyne-Stokes -hengitystä	
Negatiivinen ääntely	Ei negatiivista ääntelyä.	Satunnaista vaikerointia tai voihketta. Valittavaa tai moittivaa, hiljaista puhetta.	Rauhatonta huutelua. Äänekästä vaikerointia tai voihketta. Itkua.	
Ilmeet	Hymytön tai ilmeetön.	Surullinen, pelokas, tuima.	Irvistää	
Bekieli	Ei tarvetta lohduttamiseen.	Kireä. Ahdistunutta kävelyä. Levotonta liikehdintää.	Jäykkä. Kädet nyrkissä. Polvet koukussa. Pois vetämistä tai työntämistä. Riuhtomista.	
Lohduttaminen	Levollinen.	Ääni tai kosketus kääntää huomion muualle tai tyynnyttää.	Lohduttaminen, huomion pois kääntäminen tai tyynnyttäminen ei onnistu.	
			Pisteet yhteensä:	

PAINAD-mittari on kehitetty avuksi nimenomaan pitkälle edennyttä dementiaa sairastavien kivun arviointiin ja se soveltuu erityisesti puhekykynsä jo menettäneiden potilaiden kivun arviointiin.

- Mittaustulos perustuu kipua kokevan käyttäytymisen arviointiin.
- Arviointi suoritetaan havainnoimalla potilasta noin 5 minuutin ajan.

Mittari sisältää viisi osiota:

- Hengitys, 0-2 pistettä
- Negatiivinen ääntely, 0-2 pistettä
- Ilmeet, 0-2 pistettä
- Kehon kieli, 0-2 pistettä
- Lohduttaminen, 0-2 pistettä

Kokonaispistemäärä siis 0-10 pistettä:

- 0 = ei kipua, 10 = sietämätön kipu

Kipua arvioidaan säännöllisesti: akuutissa vaiheessa tiheästi, myöhemmin vähintään kerran vuorossa sekä aina ennen kivunhoitoa ja kivunhoidon jälkeen.

PKSSK – PAINAD-mittari 25.4.2014

Elekieli	09:08	Kireä. Ahdistunutta kävelyä. Levotonta liikehdintää.	▼	1
Hengitys	09:08	Normaali ääntelystä riippumatta. Lyhyt hyperventilaatioj...	▼	0
Ilmeet	09:08	Hymyilevä tai ilmeetön	▼	0
Lohduttaminen	09:08	Ääni tai kosketus kääntää huomion muualle tai tyynnyttää	▼	1
Negatiivinen ääntely	09:08	Ei negatiivista ääntelyä	▼	0
PAINAD- Pisteet				

kokemukseni mukaan useimmiten kykenevä kommunikoimaan ja silloin muistipotilaan oma arvio kivustaan peittoaa hoitajan arvion. Suomalaisilla iäkkäillä sairaalapotilailla pystyttiin luotettavasti arvioimaan akuuttia kipua 5-portaisella verbaalisella kipuasteikolla (ei kipua–lievä–kohtalainen–voimakas–sietämätön kipu) vielä silloinkin, kun MMSE oli alle 17 pistettä (5). ■

Kirjallisuutta:

- Warden V., Hurley Ann C. & Volicer L. Development and Psychometric Evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia PAINAD Scale. J Am Med Dir Assoc. 2003 Jan-Feb;4(1):9-15. doi: 10.1097/01.JAM.0000043422.31640.F7.
- Mäkynen E. & Visuri T. PAINAD – mittarin hyödynnettävyys dementiaipotilaiden kivun arvioinnissa. Opinnäytetyö (AMK). 2011. s. 27-28.
- Kivun hoitotyön täydennyskoulutus <https://www.utu.fi/fi/yltiopisto/laaketieteellinen-tiedekunta/hoitotieteen-laitos/opiskelu/kivun-hoitotyön-taydennyskoulutus>
- Turvalonkerot <https://vuosaarimartat.marttayhdistys.fi/@Bin/206818/Turvalonkerot.pdf>
- Pesonen A, Kauppila T, Tarkkila P ym. Evaluation of easily applicable pain measurement tools for the assessment of pain in demented patients. Acta Anaesthesiol Scand 2009;53:657-64

Hyväksymis- ja omistautumisterapiaryhmät sekä vanhempien tukeminen pitkittyneen kivun hoidossa nuorilla



Iina Alho
PsT, terveystieteiden erikoispsykologi



Sari Luksanen
sairaanhoitaja YAMK

HOT-RYHMÄT NUORILLE

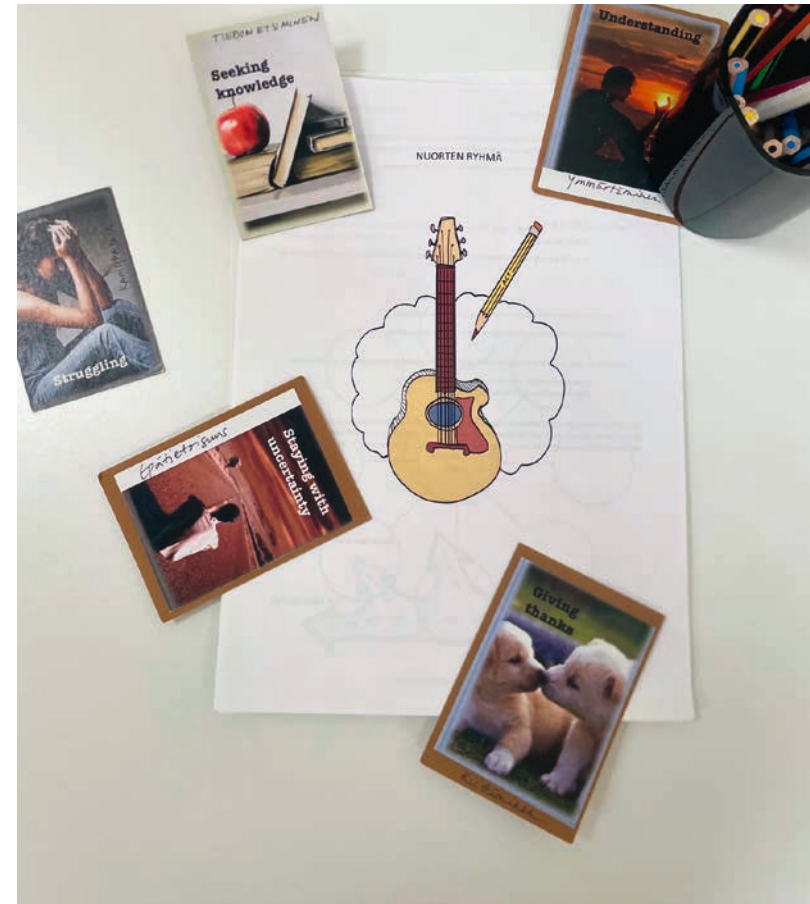
Nuoren pitkäkestoinen kipu ei vaikuta ainoastaan fyysiseen hyvinvointiin, vaan sillä voi olla merkittäviä vaikutuksia myös nuoren arkeen, toimintakykyyn ja psyykkiseen hyvinvointiin. Kivun pitkittyessä nuori saattaa alkaa vältellä kipua lisääviä tilanteita ja toimintoja, jolloin elämä voi vähitellen kaventua ja itselle tärkeät asiat jäädä oireiden varjoon.

Hyväksymis- ja omistautumisterapia (HOT) tarjoaa näkökulman kipukuntoutukseen. HOT:ssa tavoitteena ei ole ensisijaisesti oireiden poistaminen, vaan psykologisen joustavuuden vahvistaminen ja nuoren tukeminen kohti itselle merkityksellistä elämää myös silloin, kun kipu tai muut oireet ovat läsnä. Tämän ajattelun pohjalta Sairaala Novan lastentautien alueella olemme kehittäneet pitkäkestoista kipua ja muita pitkittyneitä kehollisia oireita kokeville nuorille suunnattua HOT-pohjaista ryhmätoimintaa. Hyväksymis- ja omistautumisterapiaa on käytetty lasten ja nuorten pitkäkestoisten kipujen hoidossa (1)(2) sekä useiden muiden terveysongelmien yhteydessä eri ikäryhmissä (3).

Ryhmäohjelma rakennettiin psykologi Iina Alhon Jyväskylän yliopiston psykologian laitokselle tekemän väitöskirjatyon pohjalta. Väitöskirjassa tarkasteltiin HOT-pohjaisen ryhmäintervention vaikutuksia nuorten diabetekseen liittyvään hyvinvointiin, psykologiseen joustavuuteen ja hoitoon sitoutumiseen (4). Ohjelmaa muokattiin soveltumaan pitkäkestoista kipua kokeville nuorille muun muassa lisäämällä kipuun ja kivunhallintaan liittyvää psykoedukaatiota sekä huomioimalla pitkäkestoiseen kipuun liittyviä erityisiä haasteita.

Hyväksymis- ja omistautumisterapia on prosessipohjainen menetelmä, eikä se kohdistu tiettyyn diagnoosiin. Keskeistä on psykologisen joustavuuden vahvistaminen ja yksilön auttaminen kohti itselle merkityksellistä elämää myös silloin, kun elämässä on kipua tai muita haastavia kokemuksia. Tämän vuoksi HOT soveltuu hyvin myös pitkäkestoista kipua kokevien nuorten ryhmämuotoiseen kuntoutukseen. HOT-menetelmä pyrkii auttamaan ihmistä elämään täysipainoisempaa, omien arvojensa mukaista elämää sekä opettamaan suhtautumaan omiin ajatuksiin ja tunteisiin tavalla, joka edistää hyvinvointia sen sijaan, että niitä pyrittäisiin muuttamaan tai poistamaan. Tavoitteena on psykologisen joustavuuden lisääntyminen (5). Psykologisella joustavuudella tarkoitetaan yksilön kykyä olla tietoisesti läsnä tässä hetkessä, havainnoida mielessään tapahtuvia ajatuksia, tunteita ja kehon tuntemuksia, sekä olla avoin näille kokemuksille samalla, kun toimitaan omien arvojen ja itselleen tärkeiden asioiden suuntaisesti.

Psykologiseen joustavuuteen voidaan vaikuttaa kuuden muutosprosessin kautta. Vaikuttamalla jo yhteenkin prosessiin voidaan saada aikaan muutosta myös muissa prosesseissa. Nämä keskeiset prosessit ovat arvot, omistautuminen arvojen mukaiseen toimintaan, havainnoiva minä, tietoinen läsnäolo, hyväksyntä ja mielen kontrollin heikentäminen (6). On kertynyt jo runsaasti näyttöä siitä, että psykologinen joustavuus on yhteydessä psykologiseen hyvinvointiin ja terveyteen (7). Psykologinen joustavuus voi heijastua myös kipukäyttäytymiseen: joustavampi suhtautuminen kipuun voi vähentää kivun välttämiseen tähtäävää käyttäytymistä ja



tukea toimintakyvyn säilymistä kivusta huolimatta itselle tärkeiden asioiden suuntaisesti. HOT:ssa pyritäänkin vähentämään pitkäkestoiseen kipuun usein liittyvää välttämiskäyttäytymistä ja vahvistamaan joustavampaa tapaa toimia kivun kanssa.

Ryhmät kokoontuvat kolme kertaa noin kahden viikon välein, ja yhden tapaamisen kesto on 1,5 tuntia. Ryhmässä on kerrallaan noin viisi 12–15-vuotiaasta nuorta. Tapaamisilla tehdään HOT-menetelmään pohjautuvia harjoituksia, sekä keskustellaan oireista ja niihin liittyvistä haasteista nuorten omien kokemusten pohjalta. Tavoitteena on vahvistaa nuorten valmiuksia kokeilla ja omaksua uusia toimintatapoja ja vahvistaa ajatusta siitä, että kipujen kanssa voi elää hyvää ja omien arvojen mukaista elämää. Ryhmäläisillä on käytössään harjoitusvihko, johon on koottuna käytetyt harjoitukset. Ryhmissä tehdään vaihdellen paperitehtäviä,

keskustelua ja toiminnallisia harjoituksia. Ryhmässä harjoitellaan myös tietoisuustaitoja, hengitysharjoituksia ja rentoutumista. Kehollisten menetelmien avulla voidaan vaikuttaa autonomisen hermoston toimintaan, ja siten tukea stressinsäätelyjärjestelmän toimintaa (8). Ryhmäkertojen välille annetaan myös vapaaehtoisia kotitehtäviä (esim. arvojen mukaisten tekojen lisääminen arkeen tai tietoinen musiikin kuuntelu).

Ensimmäisellä ryhmäkerralla kartoitetaan jokaisen nuoren lähtötilannetta ja pyritään lisäämään ymmärrystä omasta käyttäytymisestä sekä siihen vaikuttavista tekijöistä. Ryhmässä käydään myös pitkittyneisiin oireisiin liittyvää psykoedukaatiota ja asetetaan henkilökohtaisia, omaan hyvinvointiin liittyviä tavoitteita. Keskeisenä osana työskentelyä on omien arvojen ja itselle tärkeiden asioiden selkiyttäminen. Näiden tunnistamisen avulla pyritään löytämään nuorelle merkityksellisiä suuntia ja motivaatiota oman hyvinvoinnin tukemiseen myös oireiden kanssa. Esimerkiksi ”Hyvinvoinnin suunta” -harjoituksessa nuoria pyydetään asettumaan huoneeseen muodostetulle janalle sen mukaan, miten paljon he kokevat tekevänsä omaa hyvinvointiaan tukevia tekoja. Janan toinen pää kuvaa tilannetta, jossa hyvinvointia tukevia ja omien arvojen mukaisia tekoja tehdään paljon, ja toinen pää tilannetta, jossa niitä tehdään vain vähän tai ei lainkaan. Tämän jälkeen nuoria ohjataan pohtimaan, mihin suuntaan he haluaisivat elämässään kulkea ja mikä voisi olla yksi pieni askel tuohon suuntaan. Tarkoituksena ei ole löytää suurta muutosta tai ratkaisua, vaan tunnistaa konkreettinen ja itselle mahdollinen teko, jonka voisi tehdä jo lähitulevaisuudessa. Näin harjoituksessa konkretisoidaan ajatusta siitä, että hyvinvointia voidaan edistää pienillä, omien arvojen suuntaisilla teoilla myös silloin, kun vaikeita ajatuksia tai tunteita on läsnä. Harjoitus puretaan ryhmässä,

”Vertaistuki on tärkeä osa ryhmätoimintaa.”

jolloin nuoret kuulevat myös toistensa tilanteesta, mahdollistaen näin läpäisemistä ja uutta näkökulmaa.

Toisena esimerkkinä voidaan mainita ”En pysty tekemään” -harjoitus, jossa nuoria ohjataan havainnoimaan omia ajatuksiaan ja pohtimaan niiden vaikutusta omaan toimintaan. Harjoituksessa tarkastellaan esimerkiksi tilanteita, joissa mieleen tulee ajatuksia kuten ”en pysty tähän”, ”ei tästä kuitenkaan mitään tule” tai ”minun pitäisi jaksaa paremmin”. Nuoria kannustetaan huomaamaan, että ajatukset voivat tuntua tosilta ja vaikuttaa voimakkaasti omaan toimintaan, mutta niiden ei tarvitse määrittää sitä, mitä tekee. Harjoituksen tavoitteena on vahvistaa kykyä ottaa etäisyyttä omiin ajatuksiin ja suhtautua niihin joustavammin; nuoria rohkaistaan pohtimaan, voisiko ajatuksesta huolimatta tehdä jotakin sellaista, mikä vie kohti itselle tärkeää asiaa tai arvoa.

Olemme keränneet vapaamuotoista palautetta ryhmiin osallistuneilta nuorilta ryhmien kehittämistä varten. Tieteellistä tutkimusta ryhmän toiminnasta tässä kohderyhmässä ole tässä vaiheessa vielä tehty. Nuoret ovat antaneet hyvää palautetta ryhmistä, ja myös ryhmien vetäjien näkökulmasta menetelmä on vaikuttanut sopivalta kohderyhmälle. Menetelmänä se ei ole liian raskas toteutettavaksi ammattilaisen näkökulmasta tai nuorensuhteen. Ryhmät on pidetty ilta- ja viikot, joten ryhmään on pystynyt osallistumaan nuoria myös Jyväskylän ulkopuolelta; näissä tapauksissa vanhemmat ovat sitoutuneet kuljettamaan lapsensa ryhmään. Koska ryhmäläiset ovat voineet tulla ryhmään suoraan koulusta, on ryhmän aluksi pystytty Lastu ry:n (Keski-Suomen keskussairaalan lastenosastojen tuki ry) avustuksella tarjoamaan ryhmäläisille pientä välipalaa. Ryhmään osallistuminen on aina vapaaehtoista ja osa nuorisista, joille ryhmää on suositeltu, onkin kokenut, että ryhmämuotoinen toiminta ei ole heille sopiva. Tällöin nuori voi itse päättää osallistuuko ryhmään vai ei. Yksittäisillä nuorilla on ollut

vaikeuksia osallistua ryhmään vointinsa vuoksi, mutta pääsääntöisesti nuoret ovat pystyneet osallistumaan käynneille.

Vertaistuki on tärkeä osa ryhmätoimintaa. Kokemusten jakaminen auttaa normalisoimaan nuoren tilannetta ja voi vahvistaa kokemusta siitä, ettei hän ja hänen perheensä ole oireiden tai vaikeiden kokemusten kanssa yksin. Vertaistuen avulla voidaan kokea hyvin monenlaisten asioiden äärellä. Vertaistuen mahdollistamiseksi riittää, että on jokin yhdistävä tekijä, kuten esimerkiksi samankaltaisia kokemuksia tai elämäntilanne. Parhaimmillaan vertaistuki on kokemusta sanattomasta ymmärryksestä.

Aluksi ryhmiin osallistuivat vain nuoret, mutta matkan varrella, kokemustiedon karttuessa, sisältöön päätettiin lisätä myös vanhempien osuus, eli vanhemmille päätettiin järjestää oma tapaaminen yhden ryhmäkerran yhteyteen. Käytännön työssä olimme jo havainneet, että vanhempien tukeminen on nuoren voinnin kannalta merkittävää. Tavoitteena vanhempien osuudessa on ollut antaa tietoa pitkittyneistä oireista sekä hyväksymis- ja omistautumisterapeuttisesta näkökulmasta, tuoda vanhemmille mahdollisuus vertaistukeen ja auttaa vanhempia tukemaan nuorta mahdollisimman normaaliin iänmukaiseen elämään.

Vanhemman tuki osana nuoren hoitoa

Lapsen pitkittynyt kipu kuormittaa vanhempia ja voi näkyä sekä psykososiaalisena kuormituksena että työkyvyn laskuna. Lapsen toimintakyvyllä ja kivun kestolla on erityisesti yhteys vanhempien psykososiaaliseen kuormittuneisuuteen. Kuormittuneisuus vaikuttaa vanhempien katastrofiajatusten esiintymiseen ja lapsen välttämiskäyttäytymisen tukemisen lisääntymiseen (9). Tästä syystä on tärkeää ottaa vanhemmat mukaan hoitoon. Tämä tarkoittaa muun muassa sitä, että vanhemmille annetaan tietoa, huomioidaan heidän psykososiaaliset resurssinsa, keskustellaan avoimesti nuoren ja perheen tilanteesta ja autetaan tunnistamaan vält-

”Vanhemmat ovat olleet koko toiminnan kehittämisen ajan keskeinen osa nuorten pitkittyneen kivun hoitoa.”

tämiskäyttäytymistä ylläpitäviä toimintamalleja, sekä pyritään yhdessä vanhempien kanssa löytämään konkreettisia ja juuri tälle perheelle mahdollisia keinoja auttaa nuorta pitkittyneen kivun hoidossa. Keskustelulle ja kysymyksille tulee olla riittävästi aikaa (10).

Kuten edellä on mainittu, vanhemmat otettiin mukaan nuorten ryhmiin, mutta se ei ole ollut ainoa tapa ottaa vanhemmat mukaan nuorten hoitoon. Vanhemmat ovat olleet koko toiminnan kehittämisen ajan keskeinen osa nuorten pitkittyneen kivun hoitoa. Sairaala Novan lastentaudeilla on viime vuosien aikana pystytty luomaan kansallisten suositusten mukaisia käytänteitä nuorten pitkittyneen kivun hoitoon. Hoito on moniammatillista tiimityöskentelyä ja tiimin jäsenet ymmärtävät hoitoon liittyvät periaatteet laadukkaasta pitkittyneen kivun hoidosta, biopsykososiaalisesta kokonaisuudesta ja hyväksymis- ja omistautumisterapeuttisesta viitekehuksesta. Perhekeskeisyys on hoidossa tärkeää (11)(10). Lapsen lisäksi vanhempia kannustetaan ottamaan aktiivisen roolin ja osallistumaan päätöksentekoon pitkittyneen kivun hoidossa (10).

Käytännön työssä voi usein huomata, että erityisesti diagnosointivaiheessa vanhemmilla on paljon kysymyksiä nuoren kipuun liittyen tai vanhempia mietityttää, mistä kipu johtuu. Vanhemmat voivat myös kokea olevansa avustomia lapsensa olon helpottamiseksi. Joskus vanhemmat jäävät epävarmuuteen diagnosoinnin oikeellisuudesta, ja tuolloin esimerkiksi omahoitaja voi jatkaa keskustelua vanhempien kanssa. Sairaala Novassa lastentaudeilla pitkittyneen kivun hoidossa nimetäänkin jokaiselle potilaalle omahoitaja. Omahoitajat ovat pitkittyneen kivun hoitoon perehtyneitä hoitajia, jotka ottavat usein vastuun vanhempien tuen toteutumisesta.

Lapsi tai nuori on jatkuvasti vuorovaikutuksessa perheenjäsentensä ja huoltajiensa kanssa. Joskus vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa voi esiintyä tekijöitä, jotka lisäävät oireita, yllä-

pitävät oireita tai vaikeuttavat kuntoutumista. Toisaalta vuorovaikutus ympäristön kanssa voi olla lasta tai nuorta tukevaa, ja oirekuva lievitävää tai kannustavaa.

Millaisten vuorovaikutuksellisten tekijöiden voidaan esimerkiksi ajatella lisäävän oirekuva? Yhtenä kipua lisäävänä esimerkkinä voisi olla esim. taipumus katastrofiajatuksiin (12). Katastrofiajattelu on ymmärrettävää, sillä usein huoli kivusta ja kivun syystä tai paranemisesta on vanhemmilla kova. Toisaalta taas luottavaisuus tulevaisuuteen ja toiveikkuus voivat lievittää oirekuva (13).

Vanhempien tuki huomioidaan koko hoitokontaktin ajan, ja vanhempien kanssa sovitaan yhdessä yksilöllisesti hoitokontaktin toteutumisesta. Joskus vanhempia tavataan yhdessä nuoren kanssa yhteisvastaanotona toisen työntekijän, kuten psykologin kanssa. Joskus taas vanhemmille voidaan varata omia ohjausajoja, etenkin psykoedukaatiota varten. Tyypillisesti omahoitaja sopii soittokontaktit. Erittäin haastavassa tilanteessa omahoitajan soitto voi olla hetkellisesti jopa noin kahden viikon välein, mutta yleensä soitto voi toteutua yhden, kahden kuukauden välein. Näissä kontakteissa keskitytään vanhempien yksilöllisen tarpeen mukaan diagnoosin hyväksyntään, annetaan tietoa pitkittyneestä kivusta, ohjataan kivun hoitoa, sekä keskustellaan kivun psykososiaalisesta kontekstista, vanhempien huolista kipuun liittyen ja mahdollisista katastrofiajatuksista sekä välttämiskäyttäytymisen ilmentymisestä. Hoitaja pyrkii vanhempien kanssa hahmottamaan nuoren kokonaistilannetta, ohjaa hoidon keskittämistä, kuuntelee, ylläpitää toiveikkautta, huomioi vanhempien kuormittuneisuutta ja pyrkii tukemaan vanhempaa oman hyvinvointinsa edistämiseksi. Vanhemman kanssa pyritään myös päästämään irti oirekeskeisestä ajattelutavasta, kohti toimintakeskeisyyttä ja nuoren minäpystyvyyden tukemista, sekä toimintakyvyn edistämistä.

Yhteenvetona sanottakoon, että HOT-ryhmät

”Pitkittyneiden oireiden hoidossa on keskeistä hyvän hoitosuhteen luominen lapsen ja perheen kanssa.”

näyttävät olevan kokemuksemme mukaan nuorten pitkittyneen kivun hoidossa erittäin hyödyllinen kokonaishoidon osa. Nuoret ovat voineet ryhmissä käsitellä omia arvojaan, ajatuksiaan ja miettiä tavoitteitaan. Joka kerta nuoret ovat yllättäneet meidät ohjaajat avoimuudellaan, kyvyllään pohtia arvojaan ja asettaa tavoitteita itselleen. Pitkittyneiden oireiden hoidossa on keskeistä hyvän hoitosuhteen luominen lapsen ja perheen kanssa (14). Hoitosuhteen luomisessa nuoriin ja vanhempiin olemme hyödyntäneet ymmärrystä mahdollisista hoitosuhteeseen vaikuttavista taustatekijöistä, kuten esimerkiksi siitä, että nuoren hankala tilanne on saattanut kestää kauan, hoito on saattanut olla jakautunut eri tahoille ja luottamus ammattilaisia kohtaan on saattanut heikentyä. Nuorten ryhmissä ja vanhempien kanssa työskennellessä erittäin suurta merkitystä on kuuntelulla, työntekijöiden pysyvyydellä sekä avoimella keskustelulla. Vanhempien kuormittuneisuus saattaa tulla hoitosuhteessa selkeästikin esille. Kuormitusta pyritään keventämään esimerkiksi omahoitajan soittokontakteilla, ja usein jo sekin, että perheellä on nimetty työntekijä, keventää kuormitusta. Vanhempien kuormittuneisuuden lieveneminen voi vaikuttaa positiivisesti nuoren kivun hallintaan. ■

Kirjallisuutta:

1. Dahl J. Living beyond your pain. Using acceptance and commitment therapy to ease chronic pain. New Harbinger Publications Inc., Oakland 2005.
2. Wicksell R. Olsson G. Hayes S. Mediators of change in acceptance and commitment therapy for pediatric chronic pain. Pain 2011; 152: 2792–2801.
3. Konstantinou P. Ioannou M. Melanthiou D. Georgiou K. Almas I. Gloster A. Kassianos A. & Karekla M. The impact of acceptance and commitment therapy (ACT) on quality of life and symptom improvement among chronic health conditions: A systematic review and meta-analysis. J Context Behav Sci 2023; 29: 240–253.

4. Alho I. ACTing for adolescent diabetes: Evaluating the impact and acceptance of a group-based acceptance and commitment therapy intervention for adolescents with type 1 diabetes. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä 2024.
5. Hayes S. Luoma J. Bond F. Masuda A. Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. Behav Res Ther 2006; 44: 1–25.
6. Lappalainen R. Lehtonen T. Hayes S. Batten S. Gifford E. Wilson K. Afari N. Hyväksymis- ja omistautumisterapia käytännön terapiatyössä. SKT julkaisusarja: Hoitomenetelmien julkaisuja 2004; 31.
7. Keng S. Smoski M. Robins C. Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. Clin Psychol Rev 2011; 31: 1041–1056.
8. Molnais P. Braund T. Chua Z. Kozłowska K. Stress-system activation in children with chronic pain: a focus for clinical intervention. Clin Child Psychol Psychiatry 2020; 25: 78–97.
9. Ngo D. Palmer G. Gorrie A. Kenmuir T. Crawford M. Jaaniste T. Caregiver burden associated with pediatric chronic pain. A retrospective study using the Pediatric Electronic Persistent Pain Outcomes Collaboration Database. Clin J Pain 2024; 40: 137–149.
10. World Health Organization. Guidelines on the management of chronic pain in children. World Health Organization, Geneva 2020.
11. Ståhl M. Sipilä R. Collin A. Marttinen M. Vuorimaa H. Lasten ja nuorten pitkittynyt kipu – hoito ja kuntoutus. Suom Lääkäril 2024; 79: 109–112.
12. Hermann C. Hohmeister J. Zohsel K. Ebinger F. Flor H. The assessment of pain coping and pain-related cognitions in children and adolescents: current methods and further development. J Pain 2007; 8: 802–813.
13. Katsimigos A. O’Beirne S. Harmon D. Hope and chronic pain – a systematic review. Ir J Med Sci 2021; 190: 307–312.
14. Edwards T. Wiersma M. Cisneros A. Huth A. Children and adolescents with medically unexplained symptoms: A systematic review of the literature. Am J Fam Ther 2019; 47: 183–197.

Kuvataideterapia mielen muutosvoimana

Uusia näkökulmia myös kivun hoitoon



Maiju Multanen
Kuvataideterapeutti, HUS
Uusi lastensairaala ja lastenpsykiatria, Helsinki
Erityisopettaja, Fredrika-koulu, Porvoo

”The Transforming Potential of Art and Imagination” – taiteen ja mielikuvituksen muutosvoima – oli Tampereella toukokuussa 2026 järjestetyn 23. Pohjoismaisen taideterapia-konferenssin (Nordic Art Therapy Conference) kantava teema. Konferenssi kokosi yli sata taideterapeuttia, tutkijaa ja opiskelijaa 23 maasta neljäksi päiväksi jakamaan kokemuksiaan ja osaamistaan sekä tarkastelemaan sitä, miten taideterapia voi muuttaa ihmisen suhdetta itseensä, kokemuksiinsa ja ympäröivään maailmaan.

Konferenssin monipuolisessa ohjelmassa näkyi, kuinka taideterapiatutkimus on viime vuosina muuttunut. Perinteisen itseilmaisun rinnalle ovat nousseet neurotiede, kehoallisuus, tunnesäätely ja materiaalitutkimus. Jo konferenssin otsikko viittaa siihen, ettei taideterapiaa tarkastella vain itseilmaisun tai symbolisen työskentelyn näkökulmasta, vaan prosessina, jossa ihminen voi rakentaa uudenlaista suhdetta itseensä, kokemuksiinsa ja ympäröivään maailmaan. Tämä tutkimuksen painopisteen muuttuminen näkyi selvästi konferenssin esityksissä. Luennoissa ja työpajoissa toistui kehollisuus, mielikuvitus ja turvallisen kokemuksen rakentuminen. Ne ovat käsitteitä, jotka kuulostavat yllättävän tutuilta myös nykyisessä kipututkimuksessa.

Frontiers in Behavioral Neuroscience -tiedelehdessä julkaistu katsaus (Barnett ja Vasiu, 2024) kokoaa yhteen tutkimuksia, joissa taideterapian vaikutuksia on tarkasteltu neurobiologisesta näkökulmasta. Taiteellinen työskentely näyttää aktivoivan tunnesäätelyyn osallistuvia hermoverkkoja ja vaikuttavan stressinsäätelyyn sekä palkitsemisjärjestelmän toimintaan. Vaikka tutkimusnäyttö on vielä alustavaa, se tarjoaa uskottavan mallin sille, miksi taiteellinen työskentely voi vaikuttaa myös kehoallisiin oireisiin.

Erityisen kiinnostavaa on, että tutkimuksissa huomio on siirtynyt itse valmiista kuvasta siihen, mitä tapahtuu kuvan tekemisen aikana. Keskiöön nousevat kehoallinen toiminta, materiaalin kanssa vuorovaikutuksessa oleminen, tunnesäätely ja turvallisuuden kokemuksen rakentuminen. Taidetuotoksen sijasta tutkimuksen kohteena on terapeutin prosessi.

Samansuuntaista kehitystä näkyy myös taidemateriaalitutkimuksessa. Haiblum-Itskovitchin ja työryhmän (2018) tutkimuksessa eri taidemateriaalit herättivät erilaisia autonomisen hermoston vasteita ja tuore fNIRS-tutkimus (Barnett ja Vasiu, 2024) puolestaan osoitti, että materiaalit aktivoivat aivojen etuotsalohkon alueita eri tavoin. Havainnot tukevat pitkään kliinisessä työssä tunnettua ajatusta siitä, ettei materiaali ole neutraali väline vaan aktiivinen osa terapeutin prosessia.

Minulle konferenssin mieleenpainuvimmat puheenvuorot ja työpajat käsitelivät mielikuvituksen merkitystä ja tarkastelivat sitä laajasti. Yleiskielessä mielikuvitus mielletään helposti vain luovuudeksi tai fantasiaksi. Taideterapiassa se ei kuitenkaan tarkoita todellisuudesta pakenemista vaan kykyä kuvitella uusia mahdollisuuksia todellisuuden sisällä. Juuri tämä tekee mielikuvituksesta terapeutin merkityksell-



Varalan konferenssimai-
semia ja Sisko Miettisen
taidetyö.

lisen. Ihminen ei muuta menneisyyttään, eikä esimerkiksi kipuaan, mutta hän voi vähitellen rakentaa uudenlaisen suhteen niihin.

Viimeaikaisessa taideterapiakirjallisuudessa mielikuvitus nähdään yhä useammin psykologisen joustavuuden ja uusien merkitysten rakentumisen mahdollistajana, ei vain luovan ilmaisun välineenä. Tätä mielikuvituksen ja taiteellisen työskentelyn transformatiivista prosessia pohtivat inspiroivissa puheessaan

myös konferenssin keynote-puhujat filosofian tutkijatohtori Sanna Tirkkonen ja taiteen tohtori, professori Mimmu Rankanen. Heidän puheenvuoroissaan taide ja mielikuvitus eivät näyttäytyneet erillisinä ilmiöinä vaan toisiaan täydentävinä voimina. He kuvasivat, miten taide tarjoaa välineen tehdä sisäinen kokemus näkyväksi ja konkreettiseksi. Ja miten mielikuvitus puolestaan mahdollistaa sen, ettei kuva jää vain kokemuksen kuvaukseksi, vaan siitä voi tulla uuden ymmärryksen ja uudenlaisten merkitysten rakentamisen paikka. Taideterapiassa taidetyö ei siis ole pelkästään lopputulos, vaan ajattelun väline. Se auttaa ulkoistamaan kokemuksen, tarkastelemaan sitä turvalliselta etäisyydeltä ja vähitellen myös muuttamaan sitä. Samalla mielikuvitus avaa mahdollisuuden nähdä jotakin sellaista, mitä ei vielä ole olemassa, esimerkiksi uuden tavan suhtautua omaan kehoon, kipuun tai elämäntilanteeseen. Tässä mielessä taide ja mielikuvitus eivät ole terapiassa irrallisia elementtejä, vaan ne muodostavat yhdessä terapeutin muutosprosessin ytimen.

Konferenssin otsikossa on sana transforming. Suomeksi sen voisi kääntää muutokseksi, mutta ehkä vielä osuvammin muodonmuutokseksi. Taideterapiassa muutos ei useinkaan tarkoita oireen nopeaa vähenemistä, vaan vähittäistä muutosta tavassa, jolla ihminen kokee itsensä, kehonsa ja suhteensa ympäröivään maailmaan.

Tämä näkökulma resonoi ymmärtääkseni myös nykyisen kipututkimuksen kanssa. Pitkäaikainen kipu kaventaa helposti toimintaa myös käsitystä omista mahdollisuuksista. Arki alkaa rakentua kivun ympärille, ja tulevaisuus näyttäytyy helposti nykyhetken jatkumona. Kroonisen kivun kuntoutuksessa tavoitteena ei useinkaan ole kivuton elämä, vaan sellainen elämä, jossa kipu ei enää yksin määritä ihmisen toimintaa, identiteettiä tai tulevaisuuden mahdollisuuksia. Muutos tapah-



Näkymä työpajaan.

tuu suhteessa kipuun, ei välttämättä kivun voimakkuudessa.

Monissa konferenssin työpajoissa työskentelyn lähtökohta oli kehollisessa kokemuksessa. Se tarkoittaa, että työskentely etenee *bottom-up*-periaatteella, kehollisista aistimuksista kohti symbolista ja kielellistä ymmärrystä. Taidemateriaalin valinta ja terapeutin materiaalintuntemus nousee tällöin uuteen merkitykseen. On eri asia, työskentelemmekö saven, juoksevien maalien tai vain pelkkien valmiiden kuvien parissa. Taideterapeutina tunnistan tämän erityisen hyvin savityöskentelyssä. Savi tarjoaa moniaistisen kokemuksen, jossa kosketus, liike, voiman käyttö ja proprioseptiivinen (asento- ja liikeaistiin liittyvä) palaute rakentavat vähitellen kokemusta kehollisesta turvallisuudesta. Työskentely ei ala sanoista vaan kokemuksesta. Tämä näkökulma on kiinnostava myös kivun hoidossa. Moni kroonista kipua sairastava kertoo kokemuksista, joille on vaikea löytää sanoja. Kehollinen työskentely voi tarjota mahdol-

lisuuden lähestyä kokemusta ilman, että sitä tarvitsee ensin selittää. Samalla taiteellinen toiminta palauttaa ihmiselle aktiivisen roolin. Kuvaa tehdessään ihminen valitsee, kokeilee, muuttaa, rakentaa ja joskus myös purkaa. Hän ei ole enää pelkästään oireidensa kohde, vaan toimija. Juuri toimijuuden vahvistuminen nousi mielestäni konferenssissa toistuvasti esiin yhtenä taideterapian keskeisistä tavoitteista

23. Pohjoismaiden taideterapiakonferenssi ei tarjonnut yksittäistä uutta menetelmää tai mullistavaa tutkimustietoa kivun hoitoon. Sen sijaan se tarjosi näkökulman siihen, miten taideterapia itse on muuttumassa. Taideterapiatutkimus etsii yhä tarkemmin vaikutusmekanismeja, yhdistää neurotiedettä, kehollisuutta ja kokemuksellista työskentelyä sekä pyrkii ymmärtämään, miten taiteellinen toiminta voi tukea ihmisen kykyä säädellä tunteitaan ja rakentaa uusia merkityksiä. Konferenssissa esiteltiin useita kiinnostavia klinisiä esimerkkejä, mutta samalla kävi selväksi, että tutkimus on vielä var-



Työvälineitä ja työpajan tehtävä.

haisessa vaiheessa. Tämä ei kuitenkaan tarkoita, ettei taideterapialla olisi paikkaa kivun hoidossa. Pikemminkin se kertoo, että kliininen käytäntö ja tutkimus ovat kehittyneet osittain eri tahtiin. Taideterapeuteilla on pitkään ollut kliinisiä havaintoja esimerkiksi materiaalien merkityksestä ja kehollisen työskentelyn vaikutuksista, mutta näiden ilmiöiden tutkiminen on vasta viime vuosina saanut uusia neurotieteellisiä tutkimusmenetelmiä.

Ehkä juuri tässä on taideterapian ajankoh- taisin viesti myös kivunhoidon ammattilaisil- le. Taiteellinen työskentely ei ole ensisijaisesti väline kivun poistamiseen, vaan mahdollisuus tukea ihmistä tilanteessa, jossa kipu on muut- tanut hänen suhdettaan omaan kehoonsa, toi- mintaansa ja tulevaisuuteensa.

Konferenssin teema – *The Transforming Po- tential of Art and Imagination* – muistuttaa, että muutos ei aina ala oireesta. Joskus se alkaa siitä, että ihminen pystyy ensimmäistä kertaa kuvit- telemaan itsensä uudelleen: ei vain kipua koke-



vana ihmisenä, vaan ihmisenä, jonka elämässä on jälleen tilaa uteliaisuudelle, toiminnalle, suhteille ja toivolle.

Kirjallisuutta:

- Barnett, K. S., & Vasiu, F. (2024). How the arts heal: A review of the neural mechanisms behind the therapeutic effects of creative arts on mental and physical health. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 18, Article 1422361. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2024.1422361>
- Haiblum-Itskovitch, S., Ozamanski-Cohen, J., Galili, G., Hasin, T., & Litmanovitz, Y. (2018). Emotional response and changes in heart rate variability following art-making with three different art materials. *Frontiers in Psychology*, 9, Article 968. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00968>

Moniammatillinen näkökulma kivunhoitoon keskosista teineihin



Miia Kokkonen

LL, Anestesiologian ja tehohoidon erikoislääkäri, Tays Anestesian vastuu- alue

Suomen Kivuntutkimusyhdistyksen Lasten ja nuorten toimikunta sekä Taideterapioiden toimikunta järjestivät yhdessä kaksipäiväisen kokonaisuuden lasten ja nuorten kivun- hoidosta. Ensimmäinen webinaari järjestettiin 23.1.2026 ja se käsitteli keskosen ja vas- tasyntyneen kipua. Syyskuussa (11.9.2026) aiheena olivat kouluikäisen ja nuoren haasteelliset kivut.

Pikkuriikkisen ihmisen kivusta

Lastenlääkäri Outi Aukio OYS:sta luennoi keskosen ja vastasyntyneen kivunhoidosta. Sairaalahoidossa olevalla vastasyntyneellä on korkea riski kokea kohtalaista tai vaikeaa kipua ja siksi toimenpiteiden aiheellisuus pitää tarkoin harkita. Ei pidä unohtaa lääkkeetöntä kivunhoitoa lievään kipuun. Parasetamoli on edelleen hyvä peruskivulääke, jonka käyttö saattaa vähentää morfiinin tarvetta. Deksemetomidini ja ketamiini ovat käyttökelpoisia myös vastasyntyneillä ja keskosilla.

Alexandra Ullsten Örebron yliopistosta käsitteli perhekeskeistä musiikkiterapiaa vastasyntyneiden kivun hoidossa. Vauva reagoi vanhemman ääneen ja vielä vahvemmin vanhemman laulamiseen. Kaikille vanhemmille laulaminen ei ole kuitenkaan luontevaa ja Ullstenin viesti onkin, että laulamisen kyn- nystä tulee pyrkiä madaltamaan. SWEpap- tutkimuksessa ennakkovalmistautuminen tuki vanhemman toimijuutta kivuliaan toimenpi- teen aikana, muun muassa laulamista käyttäen. Musiikin on havaittu lisäävän oksitosiinitasoa ja laskevan ahdistuneisuutta.

Professori Tarja Pölkki Oulun yliopistosta kertoi vastasyntyneen ja keskosen toimen- pidekivun arvioinnista ja hoidosta lääkkeet- tömillä menetelmillä. Vain havaittu kipu

voidaan arvioida, joten mittarien käyttöä tulisi lisätä. Kivunhoidossa tulisi ensisijaisesti hyö- dyntää lääkkeettömiä menetelmiä, joista tär- keimpiä ovat vanhempien ihokontakti, imetys, sokeriliuos ja käsikapalo. Vauvan vanhempien osallistaminen hoitoon on olennaista, jotta kiintymyssuhde voisi alkaa rakentua sairaala- hoidonkin aikana.

Professori Anna Axelin Turun yliopistosta kertoi vanhempien osallistamisesta tutki- muksen eri vaiheissa – aina tutkimusasetel- man suunnittelusta lähtien. Tutkijalla on eri- tyinen rooli tukea vanhempia, mutta samalla tutkijan ja vanhemman yhteistyön pitäisi olla vastavuoroista, ja päämäärän yhteisesti päätetty ja jaettu. Näin tekemällä voidaan auttaa koh- dentamaan tutkimusta ja interventioita vielä tarkemmin siihen, mikä hyödyttää perheitä ja ammattilaisia.

Päijät-Hämeen keskussairaalan fysiotera- peutti Minna Rutosen luennolla kuultiin, miten lapsen kehollisuus muuttuu lapsen kasvaessa. Se, miten vanhempi koskettaa, liik- kuu, säätelee omaa tunnetilaansa ja on läsnä, muodostaa perustan lapsen omalle keholliselle kokemukselle. Fysioterapeutteina voimme oh- jata vanhempia turvallisessa ja rauhoittavassa koskettamisessa ja vauvan käsittelyssä.

Kun lapsi kasvaa ja kokee kipua

Max Karukivi, nuorisopsykiatrian professori Turun yliopistossa, käsitteli kipua ja toiminnallisia oireita erityisesti kehityksellisestä näkökulmasta. Toiminnalliset oireet ovat pitkittyneitä kehollisia oireita ja sisältävät pitkän jatkumon erilaisia oireita, tiloja ja häiriöitä. Kivulla ja toiminnallisilla oireilla on paljon yhteistä ahdistuneisuuden kanssa. On tärkeää auttaa purkamaan oireisiin liittyvää välttämisen kehää. Kipu ja toiminnalliset oireet kytkeytyvät vahvasti myös sosiaalisiin suhteisiin ja koulunkäyntiin. Koulunkäynti on tärkeä kuntouttava ja struktuuria tuova elementti.

Sairaanhoitaja Kati Yliveri HUS:sta kertoi, että Uuden lastensairaalan kipukeskuksessa potilaat hoidetaan biopsykososiaalisen mallin mukaan. Sairaanhoitajan rooli pitkittyneen kivun potilaan ja perheen kanssa on kulkea perheen rinnalla yhdessä moniammatillisen tiimin kanssa. Arjen sujuvoittaminen ja toimintakyvyn tukeminen ovat keskeisiä tavoitteita. Sairaanhoitaja tukee perhettä koulunkäynnissä, lääkkeettömien kivunhallintakeinojen käytössä ja normaalin arjen palauttamisessa.

Fysioterapeutti Annette Collin Sarasteesta Helsingistä korosti luennollaan kehon, mielen ja tunnesäätelyn tiivistä yhteyttä lasten ja nuorten kipukokemuksissa. Viimeaikainen tutkimus on tuonut esiin yhteyksiä esimerkiksi ADHD:n sekä erilaisten kipujen välillä. LIITU-tutkimuksissa on noussut esiin huoli lasten ja nuorten vähentyneestä liikkumisesta. Kun kehollisia kokemuksia kertyy vähän, voidaan esimerkiksi sykkeen nousu tulkita uhkaavaksi. Kivuliaan lapsen tai nuoren vanhempien tärkeänä tehtävänä olisi toimia rauhoittavana ja toiveikkaana ankkurina yhteistyössä ammattilaisten kanssa.

Psykologi Reetta Sipilä HUS:sta luennoi lapsen, nuoren ja perheen kohtaamisesta. Lapsen kipua ei voida tarkastella irrallaan perheen vuorovaikutuksesta tai vanhempien odoituksista ja tunteista, sillä ne voivat vaikuttaa merkittävästi lapsen toimintakykyyn ja kuntoutumiseen. Kivun hoidon tärkein perusta on kohtaaminen, jossa lapsi ja perhe tulevat aidosti kuulluiksi ja ymmärretyiksi. Luottamuksen rakentaminen aktiivisen kuuntelun, empatian, kysymysten ja yhteisen ymmärryksen avulla mahdollistaa psykoedukaation, tavoitteiden asettamisen ja kuntoutuksen etenemisen.

Fysioterapeutti Heidi Haromo Tampereelta kertoi koira-avusteisesta fysioterapiasta kivunhoidossa. Koira-avusteisuus soveltuu kaiken ikäisille, ja terapiamuotona sitä hyödynnetään fysioterapiassa kipukuntoutuksen lisäksi muun muassa osana neurologista ja psykofyysistä kuntoutusta. Koira lisää kommunikointia ja sosiaalista vuorovaikutusta. Koiran läsnäolo luo turvallisuuden tunnetta ja tuo harjoitteluun iloa. Koiran kanssa harjoittelu vahvistaa kuntoutujan minäpystyvyyden tunnetta, ohjaa vireystilan säätelyä ja lisää harjoittelumotivaatiota. Terapia sisältää esimerkiksi toiminnallista harjoittelua, sensoriiikka-, rauhoittumis- ja vuorovaikutusharjoitteita.

Kuvataideterapia voi tuoda toiminnallisten oireiden ja pitkittyneen kivun kuntoutuksen kehollisen, aistimuksellisen ja visuaalisen näkökulman, kertoi Maiju Multanen HUS:sta. Kuvataide mahdollistaa sellaisten kokemusten tutkimisen, joita on vaikea sanoittaa. Keskeisiä teemoja ovat muun muassa intero-septio, sensorimotorinen työskentely, taidemateriaalien merkitys sekä kuvallisen työskentelyn mahdollisuus tehdä vaikeasti sanoitettavia kokemuksia näkyviksi. Kuvataideterapiassa



Fotolia

keskeistä ei ole ainoastaan valmis kuva tai sen tulkinta, vaan se, mitä tapahtuu taiteellisen työskentelyn aikana.

Toimintaterapeutti Anne Larjava Taysista luennoi toimintaterapian käytöstä kivun-

hoidossa ja toiminnallisissa häiriöissä. Toimintaterapeutti arvioi asiakkaan ajankäyttöä, osallistumista, käsitystä itsestä toimijana, sosiaalisia suhteita sekä asiakkaan omaa tyytyväisyyttä elämäntilanteeseensa. Lisäksi arvioidaan tarvittaessa erilaisten tukitoimien ja apuvälineiden tarvetta. Kuntoutuksen tavoitteena voivat olla muun muassa kuormituksen ja vireystilan tunnistaminen, itsesäätelyn parantuminen ja mieleisen tekemisen löytäminen – vahvistaa uskallusta osallistua oireesta huolimatta.

Tanja Pihlaja, tanssi-liiketerapeutti ja työn-ohjaaja Tuntumaa Oy:stä, ohjasi osallistujia pohtimaan miten itse palautuu. Oman olon havainnoiminen ja nimeäminen, kehollisen kokemuksen ja tunteiden validointi sekä omaa jaksamista tukevien tekijöiden tunnistaminen ovat palautumisessa keskeisissä rooleissa. Musiikki, luonto, tanssi, teatteri tai taide voivat olla myös osa palautumista. Luovuus tarjoaa usein non-verbaalisen ja symbolisen ilmaisukanavan, tukee tunne- ja säätelytaitoja sekä auttaa tutki-
maan vuorovaikutusta ja erilaisia rooleja. ■

Moniammatillisuus kivunhallinnassa 2026 -webinaari



Katja Levander
Fysioterapeutti, YAMK
Fysioterapeutin suora-
vastaanoton ja kipufy-
sioterapian erityispä-
tevyys



Anu Portti, kliinisesti
erikoistunut sh, YAMK,
kivun hoitotyön täyden-
nyskoulutus, kipuhoi-
tajana LKS kipupolikli-
nikalla

**Suomen kivuntutkimusyhdistys ry:n fysio-
rapeutti- ja hoitotyön** toimikunnat järjestivät
keväällä 2026 jo kolmannen maksuttoman we-
binaarin moniammatillisesta kivunhoidosta.
Ensimmäinen koulutus toteutettiin vuonna
2024. Tämän vuoden temana oli ikääntyneen
kivun hoito, jota oli toivottu runsaasti aiem-
pien vuosien palautteissa. Kuten aiempinakin
vuosina, tapahtuma oli suunnattu fysiotera-
peuteille, sairaanhoitajille sekä sote-alan opis-
kelijoille, mutta se oli avoin kaikille aiheesta
kiinnostuneille. Webinaari keräsi jälleen laajan
joukon eri alojen ammattilaisia kivunhoidon
ääreille.

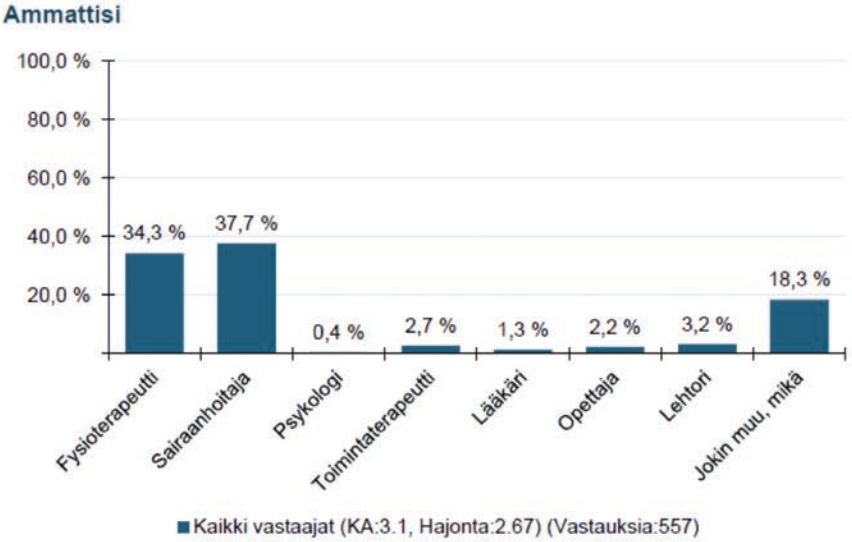
Taulukosta (kuva 1) näkyy muun osallistuja-
ryhmän suuri osuus, mikä kuvastaa koulutus-
päivän monialaista osallistujapohjaa. Suurin
yksittäinen ammattiryhmä olivat lähihoitajat,
joita oli noin kolmannes kaikista vastaajista.
Toiseksi suurin ryhmä muodostui muista so-
siaali- ja terveysalan ammattilaisista, kuten ge-
ronomeista, farmaseuteista, suuhygienisteistä
ja sosionomeista, sekä johto- ja asiantuntija-
tehtävissä toimivista henkilöistä, esimerkiksi

RAI-koordinaattoreista, projektipäälliköistä ja
yksikönjohtajista.

Osallistujien joukossa oli myös hyvinvointi-
ja terapia-alojen edustajia, kuten osteopaatteja,
tanssiterapeutteja ja hyvinvointialan yrittäjiä,
sekä pienempi määrä muita ammattilaisia, esi-
merkiksi röntgenhoitajia ja jalkaterapeutteja.
Osallistuja jakauma osoittaa, että koulutuspäi-
vä herätti kiinnostusta laajasti eri ammattiryh-
missä ja toi yhteen monipuolisen joukon ki-
vunhoidon asiantuntijoita.

Webinaarin punaisena lankana kulki ikään-
tyneen moniammatillinen kivunhoito, ja päi-
vä rakentui yksilötason näkökulmista kohti
laajempaa hoidon kokonaisuutta. Ohjelma
jakautui aamupäivän ja iltapäivän luentokoko-
naisuuksiin, ja ensimmäistä kertaa mukana oli
myös kokemusasiantuntijan puheenvuoro.

Tuttuun tapaan webinaarin avasi yhdistyksen
brändilähettiläs ja some-vastaava Suvi Viljakai-
nen, joka esitteli Suomen Kivuntutkimusyhdis-
tys ry:n toimintaa ja yhdistyksen tavoitteita, ku-
ten jäsenhankintaa sekä kivunhoidon osaami-
sen edistämistä. Päivän emäntänä toimi fysio-



Kuva 1. Webinaa-
rin osallistujien
ammatit ja niiden
jakautuminen

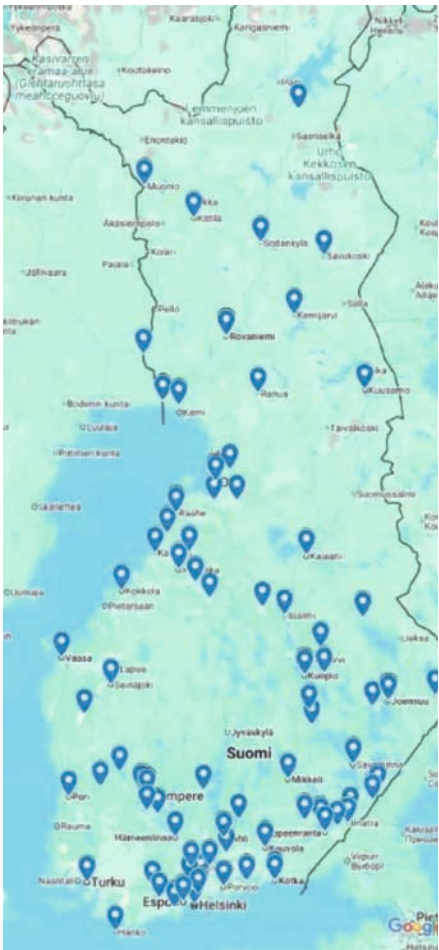
rapeuttitoimikunnan fysiatrit Kristiina
Kokkonen, joka johdatti osallistujat
asiantuntevasti päivän teemojen pariin.

Aamupäivä käynnistyi Kokkosen kat-
sauksella ikääntyneiden kivunhoidon
haasteista ja mahdollisuuksista. Tämän
jälkeen terveystieteiden tohtori ja yli-
opettaja Anniina Tohmola avasi näkö-
kulmia lääkkeettömään kivunhoitoon
ja moniammatillisen tiimin rooliin
kokonaisvaltaisessa hoidossa. Aamupäi-
vän päätti kokemusasiantuntija Manna
Nordman, joka toi esiin pitkäaikaisen
kivun vaikutuksia arkeen ja korosti toi-
mivien hoitopolkujen merkitystä poti-
laan näkökulmasta.

Iltapäivän ohjelma syvensi ymmär-
rystä ikääntyneen toimintakyvystä ja
arjen merkityksellisyydestä, kun fysio-
terapeutti Maria Pentti esitteli fysio-
terapian roolia moniammatillisessa ti-
missä. Päivän klinistä osuutta täydensi
geriatri Susanna Rapo-Pylkkö luen-
nolleen ikääntyneiden pitkittyneestä ki-
vusta geriatrian ja yleislääketieteen nä-
kökulmasta. Jokaisen luennon jälkeen
osallistujilla oli mahdollisuus esittää
kysymyksiä ja keskustella aiheista. Vil-
kas vuorovaikutus vahvisti koulutus-
sen käytännönläheistä luonnetta sekä
toi esiin osallistujien omia kokemuksia
ja näkemyksiä ikääntyneiden kivun-
hoidosta.

Koulutus sai edellisvuoden tapaan
erittäin myönteistä palautetta ja osal-
listijat kokivat sisällön konkreettiseksi,
ajankohtaiseksi sekä osallistujien omaa
työtä aidosti tukevaksi.

Palautteissa korostuivat erityisryh-
mien kivunhoitoon liittyvät haasteet
ja erityisesti ikääntyneiden kivunhoito
nousi edelleen aiheeksi, ja siitä toivot-



Webinaariin osallistuneiden paikkakunnat.

tiin lisää koulutusta niin lääkkeellisistä
kuin lääkkeettömistäkin hoitomene-
telmistä. Palaute vahvistaa käsitystä
siitä, että moniammatillinen yhteistyö
sekä ikääntyneiden kivunhoitoon liit-
tyvä osaaminen ovat sosiaali- ja terve-
ydenhuollon kentällä tärkeitä kehittä-
miskohteita. Webinaari vastasi tähän
tarpeeseen tarjoamalla ajankohtaista
tietoa, käytännön näkökulmia ja mah-
dollisuuden yhteiseen keskusteluun
laajan, eri ammattiryhmiä edustavan

osallistujajoukon kesken.

Webinaarin tekninen toteutus sujui
erinomaisesti. Lapin AMK:n eOppi-
mispalvelu tarjosi teknisen tuen koko
päivän ajaksi ja Zoom-yhteys mahdol-
listi osallistumisen eri puolilta Suo-
mea. Ilmoittautuneita oli tänä vuonna
621, ja parhaimmillaan linjoilla oli
364 kuuntelijaa. Osallistujia oli jälleen
koko Suomen alueelta ja koulutus on-
nistui tavoittamaan alan ammattilaisia
laajasti.

Ensi vuonna taas linjoilla – touko-
kuun toinen perjantai 2027, tervetuloa
mukaan! ■



Jukka Huttunen
neurokirurgian erikois-
lääkäri
LT, dosentti
Kivunhoidon erityispä-
tevyys
Osastonylilääkäri, KYS,
Neurokeskus, neuroki-
rurgia

Kirurgi kipulääkärinä

On suuri kunnia tulla valituksi Suomen Kivuntutkimusyhdistyksen Vuoden kliinikoksi. Tun-
nustus tuntuu erityisen arvokkaalta, koska se tulee kollegoilta ja muilta kivunhoidon paris-
sa työskenteleviltä ammattilaisilta.

Työskentelen neurokirurgian erikoislää-
kärinä Kuopion yliopistollisen sairaalan
Neurokeskuksessa. Päivittäinen työni ja-
kautuu pitkälti kahteen kokonaisuuteen: pitkä-
aikaisen kivun neuromodulaatioon ja selkärän-
gan rappeumasairauksien kirurgiseen hoitoon.
Neuromodulaatiopotilaiden hoidossa vastaan
potilaiden arvioinnista, leikkaushoidoista ja
pitkäaikaisesta seurannasta yhdessä neuromo-
dulaatiohoitajien sekä moniammatillisen ki-
putiimin kanssa. Moniammatilliset kokoukset
ovat tärkeä osa työtä, sillä vaativien kipupoti-
laiden hoidossa parhaat ratkaisut löytyvät usein
eri erikoisalojen yhteistyöllä.

Toinen merkittävä osa työstäni on selkärän-
gan rappeumasairauksien kirurginen hoito.
Neurokirurgin työssä kivunhoito ja selkäkirur-
gia kulkevat usein rinnakkain, ja molemmissa
tavoitteena on potilaan toimintakyvyn ja elä-
mänlaadun parantaminen. Kliinisen työn lisäk-
si ohjaan erikoistuvia lääkäreitä ja nuorempia
kollegoita sekä pidän tärkeänä jatkuvaa koulut-
tautumista ja uusimman tutkimustiedon vie-
mistä osaksi jokapäiväistä potilastyötä.

Tutkimus on kulkenut mukana koko erikois-
lääkäriurani ajan. Valmistuin neurokirurgian
erikoislääkäriksi vuonna 2014 ja lääketieteen
tohtoriksi vuonna 2017. Väitöskirjani käsitte-
li aneurysmaattisen subaraknoidaalivuodon
myöhäisvaikutuksia epidemiologisesta näkö-
kulmasta. Nykyinen tutkimustyöni painottuu
neuromodulaatioon, selkäkirurgiaan ja hoidon
laadun kehittämiseen. Erityisen lähellä sydän-

täni on ollut kansallisen FinSpine-selkäreki-
sterin kehittäminen. Toimin Terveiden ja hy-
vinvoinnin laitoksen kliinisenä asiantuntijana
rekisterityössä, jonka tavoitteena on hyödyntää
kansallista laatutietoa potilaiden hoidon vai-
kuttavuuden arvioinnissa ja jatkuvassa kehittä-
misessä.

Oma lääkärinurani alkoi terveystieteiden
Kontiolahdella Pohjois-Karjalassa. Sen jälkeen
työskentelin Pohjois-Karjalan keskussairaalan
kirurgian klinikassa sekä Joensuun terveystie-
teiden keskuksessa. Lyhyen työjakson jälkeen Kuopion
yliopistollisen sairaalan sisätautien klinikassa
siirryin vuonna 2009 Neurokeskukseen, jos-
sa aloitin erikoistumisen neurokirurgialla ja
työskentelin reuna-apalveluissa neurologialla
sekä lyhyesti myös kliinisellä neurofysiologi-
alla. Suoritin kivunhoidon erityispätevyyden
vuonna 2017 ja myöhemmin sain Itä-Suomen
yliopiston dosentuurin.

Kiinnostukseni kivunhoitoon syntyi vähitel-
len kliinisen työn kautta. Erikoistumisvaihees-
sa seurasin neurokirurgeja, joiden työssä koros-
tui potilaan kokonaisvaltainen kohtaaminen
ja pitkäjänteinen sitoutuminen vaikeista kipu-
tiloista kärsivien potilaiden hoitoon. Samalla
neuromodulaatio herätti kiinnostukseni myös
kirurgisena hoitomuotona. Selkäydinstimu-
laatio yhdistää vaativan kirurgisen tekniikan
ja pitkäaikaisen potilas seurannan tavalla, joka
on tehnyt siitä erityisen mielenkiintoisen osa-
alueen.

Kivunhoito on haastava erikoisala, eikä yk-



**Yhteiskuvassa vuoden
kliinikko 2026 Jukka
Huttunen ja kunniajäsen
2026, anestesiologi
Marion Wüstefeld.**

sinkertaisia ratkaisuja useinkaan ole. Juuri
tämä teki alasta entistä kiinnostavamman. Mitä
enemmän perehdyin kivun mekanismeihin
ja alan kirjallisuuteen, sitä enemmän halusin
ymmärtää, miksi osa potilaista hyötyy hoidos-
ta erinomaisesti ja osa vähemmän. Tämä johti
myös oman tutkimustoiminnan käynnistämise-
seen, joka on kulkenut kliinisen työn rinnalla
siitä lähtien.

Neuromodulaatio on kehittynyt erittäin
nopeasti viimeisten vuosien aikana. On ollut
poikkeuksellisen mielenkiintoista seurata tätä

kehitystä läheltä ja päästä osallistumaan siihen
myös itse. Kuopiossa olemme saaneet ottaa
käyttöön uusia neuromodulaatiotekniikoita
varhaisessa vaiheessa, arvioida niiden vaikut-
tavuutta kriittisesti ja osallistua niiden tutki-
mukseen. Tällainen yhdistelmä kliinistä työtä,
tutkimusta ja teknologista kehitystä on tehnyt
neuromodulaatiosta erityisen innostavan työ-
ympäristön.

Valtakunnallisesti osallistun kivunhoidon ke-
hittämiseen Suomen Kivuntutkimusyhdistyk-
sen hallituksen jäsenenä sekä yhdistyksen eri-
tyispätevyys- ja tutkimustoimikunnissa. Nämä
tehtävät ovat antaneet mahdollisuuden edistää
koulutusta, tutkimusta ja moniammatillista yhe-
teistyötä suomalaisessa kivunhoidossa.

Pitkäaikaisen kivun hoito on sekä haastavaa
että palkitsevaa. Erityisesti neuromodulaatio
tarjoaa mahdollisuuden auttaa potilaita, joiden
kipu ei ole lievittynyt riittävästi tavanomaisil-
la hoitomenetelmillä. Työssäni pidän tärkeä-
nä moniammatillista yhteistyötä, huolellista
potilasvalintaa ja näyttöön perustuvaa hoitoa,
joiden avulla voidaan pyrkiä mahdollisimman
hyvään hoitotulokseen ja potilaan toimintaky-
vyn parantamiseen.

Uskon, että tulevaisuuden kivunhoito perus-
tuu entistä tarkempaan kivun mekanismien
ymmärtämiseen. Samalla meidän on hyväksyt-
tävä, että emme vielä tiedä kaikkea kivusta. Sik-
si kliininen työ ja tutkimus kulkevat erottamat-
tomasti rinnakkain. Kipu on edelleen suurelta
osin subjektiivinen kokemus, mutta tutkimuk-
sen avulla voimme vähitellen oppia tunnistaa-
maan ja mittaamaan sen biologisia mekanis-
meja yhä paremmin. Mitä paremmin opimme
kvantifioimaan kipua ja ymmärtämään sen
taustaa, sitä paremmin pystymme kohdentaa-
maan oikeat hoidot oikeille potilaille. ■



Hyvän kivunhoidon kivijalka rakentuu kuuntelemisesta, yhteistyöstä ja toivon ylläpitämisestä



Riikka Holopainen

TtT, ft

Kuntoutuksen erityisasiantuntija, Etelä-Savon hyvinvointialue, tutkijatohtori Oulun yliopisto

S seuraava teksti on kirjoitettu kiitollisena ja hieman hämmentyneenäkin siitä, että Suomen Kipu ry valitsi minut Vuoden auttajaksi, ja sitä myötä sain pyynnön kirjoittaa uratarinastani tähän lehteen. Ajattelin käyttää tämän tarinan kirjoittamisen mahdollisuutena pysähtyä sen äärelle, mitä olen saanut oppia kipua kokevilta ihmisiltä ja monilta viisailta kollegoilta, joiden kanssa olen saanut työskennellä vuosien varrella. Samalla olen pyrkinyt avaamaan niitä kokemuksia ja oivalluksia, jotka ovat vahvistaneet uskoani siihen, että hyvän kivunhoidon kivijalka rakentuu ennen kaikkea ihmisen kuuntelemisesta, yhteistyöstä ja toivon ylläpitämisestä.

Vuoden auttaja -tunnustus yllätti, mutta samalla lämmitti enemmän kuin osasin odottaa. Ehkä nimenomaan siksi, että se tuli potilasjärjestöltä. Ihmisiltä, joiden vuoksi tätä työtä ylipäätään tehdään. Toisaalta yhden ihmisen palkitseminen työstä, jota ei vain yksinkertaisesti pysty tekemään onnistuneesti yksin, vaan jota tehdään osana erilaisia tiimejä, tuntui hankalalta. Tunnustus kuuluu minun lisäksi lukuisille kollegoille, joiden kanssa tätä työtä on vuosien varrella tehty, mutta myös asiakkaille, joiden kanssa olen saanut oppia yhdessä.

Pohdin myös, miksi potilasjärjestö päättyi palkitsemaan henkilön, jonka aika kuluu pääasiallisesti muussa kuin suorassa auttamistyössä. Tuskin syynä ovat tutkimusjulkaisut, konferenssiesitykset tai akateemiset tittelit. Luulen,

että kyse on ennemminkin ajattelutavasta, jota olen saanut olla edistämässä vuosien aikana yhdessä huippuammattilaisten kanssa: siitä, että kipua ei hoideta irrallaan ihmisestä.

Olen yrittänyt omassa työssäni pitää esillä potilaan ääntä; vastaanotolla, koulutuksissa, tutkimuksissa, kehittämishankkeissa, oppaissa ja kirjoituksissa. Olen pyrkinyt rakentamaan siltoja tutkimustiedon ja käytännön työn välille, sekä muistuttamaan, että kivun hoidossa vuorovaikutus, kohtaaminen ja ihmisen oman kokemuksen ymmärtäminen eivät ole hoidon lisäosia, vaan sen ydintä.

Samalla on mielenkiintoista katsoa taaksepäin. Jos joku olisi fysioterapeutiksi valmistumiseni aikaan kertonut, että päätyisin joskus kirjoittamaan tällaisen tekstin Vuoden auttajana, olisin luultavasti pitänyt ajatusta melko epätodennäköisenä. Olin tuolloin varma ainakin yhdestä asiasta: minusta ei tulisi tutkijaa, pidin itseäni ennen kaikkea käytännön tekijänä. Tämä on kuitenkin hyvä muistutus siitä, kuinka huonoja olemme ennustamaan omaa tulevaisuuttamme.

Kun katson omaa matkaani kipuasioiden parissa taaksepäin, on se rakentunut monista onnekaista sattumista, uteliaisuudesta ja ehkä myös pienestä kyvyttömyydestä sanoa ei kiinnostaville mahdollisuuksille. Olen työskennellyt yksityisellä sektorilla, työterveydessä ja julkisessa terveydenhuollossa, tehnyt kliinistä työtä, kehittämistyötä, kouluttamista ja tutkimusta.

“Moni kipuammattilaisten tunnistaa varmasti tilanteen, jossa vastaanotolla tulee olo, että jotain olennaista jää ymmärtämättä.”

Vaikka nykyisin työni painottuu tutkimuksen, kehittämisen ja koulutuksen pariin, koen edelleen olevani ennen kaikkea fysioterapeutti, käytännön tekijä. Yritän myös pitää edes yhden jalan kliinisen työn puolella, sillä uskon, että kipuun liittyvää tutkimusta, kouluttamista ja kehittämistä on vaikea tehdä hyvin, jos yhteys käytännön vastaanottotyöhön katoaa täysin.

Minulla on ollut opiskeluajoista asti monen asian suhteen todella hyvä tuuri. Olen päässyt tutustumaan fysioterapian ja oman ajattelun kehittämiseen innostuneisiin ammattilaisiin. Jo fysioterapiaopintojen loppuvaiheessa päädyin harjoitteluun ja myöhemmin töihin ympäristöön, joissa ihmistä ei katsottu pelkästään biomekaanisena järjestelmänä. Työpaikkani slogan oli: ”Emme hoida vaivoja, jotka ovat ihmisessä vaan ihmisiä, joilla on vaivoja”. Psykologiset tekijät, ihmisen käyttäytyminen ja vuorovaikutus olivat osa keskustelua jo aikana, jolloin biopsykososiaalinen lähestymistapa ei todellakaan ollut fysioterapiassa yhtä vahvasti esillä kuin nykyään. Opin myös kriittistä ajattelua, mutta muistan hyvin myös turhautumisen tunteen.

Moni kipuammattilainen tunnistaa varmasti tilanteen, jossa vastaanotolla tulee olo, että jotain olennaista jää ymmärtämättä. Potilaalla on kipua, tutkiminen on tehty huolellisesti ja harjoitteetkin ovat periaatteessa järkeviä, mutta muutos jää vaatimattomaksi. Toisinaan taas joku toinen toipuu nopeasti, vaikka tuntuu siltä, ettei tehty juuri mitään. Tuolloin ei vielä puhuttu kivusta niin kuin nyt, enkä ymmärtänyt sen taustalla olevia ilmiöitä. Kävin koulutuksia toisensa perään, mutta turhautuminen jatkui ja ajoi edelleen opiskelemaan lisää. Jälkikäteen ajateltuna voisin kuitenkin antaa nuoremalle itselleni yhden neuvon: käytä vähän vähemmän aikaa uusien kurssien etsimiseen ja hieman enemmän aikaa jo opittujen asioiden harjoitteluun – etsi itsellesi mentori ja pyydä

säännöllisesti palautetta omasta työskentelytavasta. Koulutuksesta innostuneena on helppo ajatella ymmärtävänsä asian, mutta vastaanotolla vanhat toimintatavat ottavat helposti vallan, ellei päämäärätietoisesti tee töitä niiden muuttamiseksi.

Yhdellä kurssilla tapasin fysioterapeutteja, jotka tekivät terveystieteiden maisteriopintoja. Pääsinkin opiskelemaan maisteriopintoja Jyväskylän yliopistoon, pääaineena terveystieteiden opettajaopinnot. Innostuin laadullisesta tutkimuksesta, ja opintojen aikana törmäsin myös kipuun liittyviin aiheisiin ja muun muassa Suomen Fysioterapeuttien kipufysioterapian koulutuskokonaisuuteen. Vastoin aiempia ajatuksiani, tutkimuskin alkoi kiinnostaa, ja onnekkaiden sattumusten seurauksena huomasin yhtäkkiä istuvani iltaa tehden väitöskirjan tutkimussuunnitelmaa tulevien ohjaajieni kanssa.

Väitöskirjan kahta osatutkimusta varten haastattelin alaselkäkipuisia ihmisiä, ja yksi parhaiten mieleeni jääneistä hetkistä tapahtui yhden haastattelun aikana, kun haastateltava kertoi omaa tarinaansa. Muistan edelleen ne kylmät väreet selässä, kun siinä haastateltavaa kuunnellessani tajusin, että kun tavallisessa asiakastilanteessa ihminen kertoi kokemuksistaan, mieleni oli lähtenyt välittömästi rakentamaan kliinisiä tulkintoja, ratkaisuvaihtoehtoja ja johtopäätöksiä, enkä silloin ollut keskittynyt kunnolla kuuntelemaan. Haastattelijana tehtävä ei kuitenkaan ollut ratkaista mitään. Tehtävänäni oli vain kuunnella – ja tajusin että en ollut todella kuunnellut asiakkaitani. Usein ammattilaisen halu auttaa muuttuu kiireeksi ratkaista ongelma ennen kuin sitä on ehditty kunnolla ymmärtää, ja kuuntelu unohtuu.

Asiakkaan näkökulman ymmärtämiseksi itselle tärkeimmät asiat ovatkin olleet sekä laadullisen tutkimuksen lukeminen että tutkimuksen tekeminen itse. Väitöskirjan tekemisen suurin anti eivät siis olleet julkaistut artikkelit.

Kipuviesti 2/2026

Kipuviesti 2/2026

73

Ratsastusterapia (fysioterapeuttisesta viitekehyksestä) kroonisen alaselkävivun kuntoutusmuotona



Sanna Mattila-Rautiainen
FT, ft, ratsastusterapeutti-SRT

Equine-Facilitated Physical Therapy (as rehabilitation) for Chronic Low Back Pain (Ratsastusterapia kroonisen alaselkävivun kuntoutusmuotona)
21.8.2026 Kuopio, University of Eastern Finland

Vastaväittäjä: professori Akpınar Nevsehirin yliopistosta Turkista
Kustos: Mika Venojärvi
Itä-Suomen yliopistosta, biolääketieteen laitokselta (liikuntalääketiede).
Kustoksen lisäksi ohjaajina toimivat nykyisin emeritusprofessori Heikki Tikkanen Itä-Suomen yliopistosta sekä Paavo Vartiainen Itä-Suomen yliopistosta

Tausta ja motivaatio

Olen ollut tekemisissä hevosten kanssa lapsuudesta asti. Fysioterapian opintojen rinnalla kasvoi kiinnostus liikuntalääketieteeseen, ihmisen liikkumiseen ja siihen, mitä kehossa oikeastaan tapahtuu, kun kaksi liikkuvaa kokonaisuutta – hevonen ja ihmiskeho – yhdistyvät liikkeessä.

Ennen tutkijanuraani työskentelin vuosikymmeniä ratsastusterapian parissa: kliinisenä työntekijänä, uusien ohjaajien kouluttajana sekä kansainvälisessä yhteistyössä maailmanjärjestön tasolla. Näiden vuosien aikana kolme teemaa nousivat toistuvasti esiin lisäten tarvetta näiden tutkimiseen: krooninen alaselkävivun, ihmisen liikkeen mekaniikka ja hevosen liikkeen mekaniikka.

Tämä väitöskirja jatkaa 1990-luvun lopulla tehtyä pro gradu -tutkielmaani, jossa tarkastelin, miten hevosen vapaa ja koottu käynti siirtyvät eri tavoin ratsastajan kehoon. Tuolloin liikkeen analysointi videomateriaalista oli pääosin manuaalista, kuva kuvalta tehtyä työtä.

Fysioterapeuttina pystyin havaitsemaan asiakkaideni asennon ja liikkeen laadun muutoksia terapiajaksojen aikana. Kysymyksenä oli, kuinka voisin osoittaa tämän lähettävälle lääkärille ja saada tulokset tallennettua ja analysoidua läpinäkyvästi, toistettavasti ja tieteellisesti perustellulla tavalla.

2000-luvun alussa toteutin hevosavusteisen fysioterapian tutkimuksen yhdessä Kainuun keskussairaalan kanssa, ja tulokset kroonisesta alaselkävivusta kärsivien osalta olivat lupaavia. Yhteistyö on jatkunut siitä lähtien. Kansainvälisten hankkeiden kautta hevosen liikkeen fysiologiset vaikutukset asiakkaisiin tarkentuvat ja täsmentyivät. Tämä yhteinen työ kiteytyi vähitellen tutkimuskysymykseksi, joka ansaitsi tieteellistä dokumentointia.

Krooninen alaselkävivun kliinisenä ongelmana

Krooninen alaselkävivun on yksi maailman yleisimmistä toimintakykyä rajoittavista sairauksista. Siitä puhutaan usein kipuongelmana, mutta todellisuudessa kyse on harvoin vain kivusta. Se vaikuttaa liikkumiseen, uneen, työkykyyn, itseluottamukseen, osallistumiseen ja elämänlaatuun. Se myös haastaa kuntoutusta, sillä merkityksellistä toipumista ei voida aina mitata pelkällä kipuasteikolla.

Tutkimusnäyttö osoittaa, että pitkittynyt alaselkävivun liittyy muuttuneeseen neuromuskulaariseen kontrolliin: motorisen kontrollin muutoksiin, kävelyn epäsymmetriaan, muuttuneeseen rangan ja lantion koordinaatioon, rajoittuneisiin liikestrategioihin sekä liikepelkoon.

Miten hevosen liike siirtyy ihmiskehoon

Kun hevonen liikkuu puhtaassa käynnissä, se tuottaa kolmiulotteisen liikkeen, joka siirtyy suoraan ratsastajan kehoon. Ratsastajan lantio, selkäranka ja keskivartalo osallistuvat rytmiin, symmetriseen ja toistuvaan liikemalliin, joka muistuttaa läheisesti ihmisen kävelyn biomekaniikkaa. Nelijalkaisena eläimenä hevonen välittää ratsastajalle noin sata liikeimpulssia minuutissa fysiologisena liikemallina, mikä edistää motorista uudelleenoppimista.

Juuri tässä kohtaa ratsastusterapia muuttuu kiinnostavaksi.

Tutkimusaukko ja tutkimuskysymys

Vaikka ratsastusterapiaa on käytetty vuosia, on edelleen rajallisesti näyttöä siitä, miten liikkeen muutokset syntyvät ja miten potilaat kokevat nämä muutokset. Väitöskirjassa kysytään, voidaanko ratsastusterapiaa tutkia menetelmillä, jotka ovat riittävän jäsenneltyjä tutkimusta var-

ten, mutta säilyttävät samalla riittävän läheisen yhteyden käytäntöön, jotta kliininen merkitys asiakkaalle säilyy.

Tutkimusasetelma

Tämän kysymyksen ratkaisemiseksi väitöskirja rakentui kolmesta toisiinsa liittyvästä osatutkimuksesta. Mukana oli 22 kroonisesta alaselkävivusta kärsivää aikuista, jotka rekrytoitiin yhteistyössä julkisen terveydenhuollon klinikoiden kanssa sekä seitsemän tervettä verokkia kävelyanalyysiä varten. Protokollan varmistamiseksi ja tutkimushevosten kouluttamiseksi neljä tervettä henkilöä osallistui pilottiin ennen varsinaisen intervention alkua.

Osallistujat toteuttivat 12 viikon hevosavusteisen fysioterapiaintervention kahdessa kuskussa koulutettujen terapeuttien ja koulutettujen hevosten kanssa. Kaikki aineisto kerättiin kahdessa aikapisteessä: intervention alussa ja lopussa. Terapiakerrat rakennettiin siten, että liikevuorovaikutus, eli fyysisen harjoituksen kesto hevosen selässä, kasvoi asteittain 10 minuutista 30 minuuttiin, jotta osallistujien neurofysiologinen järjestelmä ei kuormittuisi liikaa. Osallistujat saivat valita hevosensa kahden, terapeutin esivalitseman, vaihtoehdon välillä – mikä lisäsi osallisuuden kokemusta.

Osatutkimus I – Havainnointiin perustuva arviointimittari

Ensimmäisessä osatutkimuksessa kehitettiin ja validoitiin ratsastusterapiaan räätälöity, havainnointiin perustuva arviointimittari – työkalu, jonka avulla terapeutit voivat dokumentoida havaintonsa luettavaan ja arvioitavaan muotoon muille ammattilaisille. Yksi alan pitkäaikaisista haasteista on ollut työkalujen puute kliinisesti merkityksellisten muutosten dokumentoimiseksi.

Kroonisesta alaselkävivusta kärsiville suunniteltu mittari – ”istuma-asennon ylläpitäminen (hevosen selässä) ja kävely (lyhyitä matkoja)” – kokosi 48 liikkeeseen liittyvää toimintoa ICF-luokituksen pohjalta. Arvioitavia osa-alueita olivat muun muassa pään, hartoiden, rungon sekä lantion ja alaraajojen linjaus ja liike kymmenen metrin kävelytestissä, havainnoituna edestä ja takaa sekä sivulta.

Alan asiantuntijoille lähetettiin avoin kutsu osallistua validointiprosessiin. Kuusi asiantuntijaa sai satunnaistetun sarjan videoita (11 kpl) sekä ohjeet sokkoutettuun arviointiin, jolloin jokainen interventioon osallistunut sai arvioinnin kolmelta eri arvioijalta asteikolla -2:sta +2:een. Arvioijien välistä ja sisäistä yhdenmukaisuutta sekä sisäistä johdonmukaisuutta tarkasteltiin terveiden verrokkien avulla.

Päälöydös oli, että ratsastusterapiaan räätälöity havainnointimittari voitiin kehittää luotettavaksi ja sisäisesti johdonmukaiseksi. Tulokset viittaavat siihen, että liikkeen keskeisiä piirteitä voidaan havainnoida ja raportoida toistettavasti ja läpinäkyvästi. Tutkimus toi esiin myös havainnoinnin rajat: sagittaalitasen asennon oli vähemmän yhdenmukaista, mikä on tunnettu haaste myös muissa dynaamisen liikkeen arviointitutkimuksissa.

Osatutkimus II – Markkeriton kävelyanalyysi

Toisessa osatutkimuksessa selvitettiin, voiko tekoäly poimia kinemaattista tietoa terapiaympäristössä intervention aikana kuvatusta videomateriaalista. Tulosten pohjalta tehty jatkolaskelmat mahdollistivat osallistujien 10 metrin kävelyn yksilö- ja ryhmätason analysoinnin.

Markkeriton liikeanalyysi OpenPose-ohjelmistolla tunnisti videoilta anatomisesti lonkan ja polven liikeratoja sagittaalitasossa ja kävely sykli tunnistettiin kantauskusta kantaiskuun.

Tilastollinen analyysi osoitti, ettei koko aineistossa esiintynyt yhtä yhtenäistä muutoksuviota. Osallistujilla, joilla lähtötilanteen kipu oli korkeampi, havaittiin kuitenkin merkitseviä vaihteellaisia muutoksia kävelysyklin loppuvaiheen tukivaiheessa ja heilahdusvaiheen alussa – muutoksia, jotka saattavat heijastaa myös rangan ja lantion koordinaation muutoksia. Tutkimuksen tavoitteena oli myös arvioida, voiko merkitön liikeanalyysi tuottaa luotettavaa kävelydataa laboratorioympäristön ulkopuolella.

Menetelmälliset rajoitukset, kuten lyhyet katkokset liikeratojen seurannassa, rajoittivat tilastollista merkitsevyyttä. Menetelmä voi silti tukea kliinisesti merkityksellistä liikkeen arviointia täydentäen laboratoriopohjaisia mittauksia niiden korvaamisen sijaan. ■

Hoitajan rooli neuromodulaation tulevaisuudessa – kokemuksia INS 2026-kongressista



Nora Leino
YAMK, APN
Neuromodulaatiohoitaja
Oulun yliopistollinen sairaala

Nursing & Allied Health Workshopin panelistiryhmä edustettuna Suomesta, Englannista, Alankomaista, Yhdysvalloista.

Euroopan musiikkiterapiajärjestö European Music Therapy Confederation (EMTC) järjestää kansainvälisen musiikkiterapiakonferenssin joka kolmas vuosi ja vuosi International Neuromodulation Society (INS) maailmankongressi järjestettiin touku-kuussa 2026 Lissabonissa. Kongressi kokosi yhteen neuromodulaation parissa työskenteleviä lääkäreitä, hoitajia, tutkijoita, fysioterapeutteja ja muita asiantuntijoita eri puolilta maailmaa. Tieteellisen ohjelman lisäksi kongressi tarjosi mahdollisuuden kansainväliseen verkostoitumiseen ja kokemusten vaihtoon nopeasti kehittyvällä erikoisalalla.

Minulla oli mahdollisuus osallistua kongressin Nursing & Allied Health Workshopiin kutsuttuna panelistina yhdessä muiden kansainvälisten neuromodulaatioalan asiantuntijoiden kanssa. Työpajan tavoitteena oli tarkastella neu-

romodulaatiohoitajan ja muiden Allied Health Professional (AHP) -ammattilaisten roolia, koulutusta sekä tulevaisuuden osaamistarpeita. Keskusteluissa nousi esiin, kuinka erilaisia toimintamallit eri maissa ovat, mutta samalla myös se, kuinka samankaltaisia monet käytännön haasteet ovat riippumatta maasta tai terveydenhuoltojärjestelmästä.

Yksi työpajan keskeisistä teemoista oli koulutus. Neuromodulaatio kehittyy nopeasti uusien laitteiden, ohjelmointistrategioiden ja käyttöaiheiden myötä. Useissa puheenvuoroissa korostettiin tarvetta yhtenäisemmille koulutuspoluille sekä kansainväliselle yhteistyölle osaamisen kehittämisessä. Monissa maissa neuromodulaatiohoitajan rooli on edelleen suhteellisen uusi, eikä virallisia koulutusohjelmia ole vielä olemassa. Osaaminen rakentuu pitkälti kliinisen kokemuksen, mentoroinnin ja jatkuvan täydennyskoulutuksen kautta.

Keskusteluissa nousi vahvasti esiin myös hoitajan muuttuva asiantuntijarooli. Monissa keskuksissa hoitajat osallistuvat nykyisin potilasohjauksen lisäksi ohjelmointiin, pitkäaikaisseurantaan, komplikaatioiden tunnistamiseen, tutkimustoimintaan sekä moniammatillisen hoitopolun koordinointiin. Hoitajan tehtävä ei enää rajoitu yksittäiseen vastaanottokäyntiin, vaan rooli ulottuu koko hoitoprosessin ajalle. Tämä kehitys näkyy myös Suomessa, jossa neuromodulaatiohoitajien vastuut ovat viime vuosina laajentuneet merkittävästi.

Työpajan yksi keskeisistä teemoista oli infektioiden ehkäisy neuromodulaatiohoidoissa. Minulla oli mahdollisuus toimia workshopissa panelistina ja pitää asiantuntijapuheenvuoro aiheesta Infection Prevention in Neuromodulation. Aihe herätti runsaasti keskustelua, sillä

laiteinfektiot ovat edelleen yksi merkittävimmistä neuromodulaatiohoitojen komplikaatioista. Vaikka infektiot ovat suhteellisen harvinaisia, niiden seuraukset voivat olla potilaalle huomattavia ja johtaa koko järjestelmän poistamiseen.

Puheenvuorossani esittelin Oulun yliopistollisen sairaalan käytäntöjä infektioiden ehkäisyssä sekä kokemuksia moniammatillisen hoitopolun merkityksestä potilasturvallisuuden parantamisessa. Keskusteluissa korostui, että onnistunut infektioiden torjunta alkaa jo ennen toimenpidettä potilaan ohjauksella, riskitekijöiden tunnistamisella ja huolellisella valmistautumisella. Lisäksi aseptisillä toimintatavoilla leikkaussalissa sekä selkeällä jälkihoidon ohjauksella on keskeinen merkitys.

Erityisesti hoitajan rooli varhaisessa tunnistamisessa nähtiin tärkeänä. Potilas ottaa usein ensimmäisenä yhteyttä juuri hoitajaan, mikäli haavassa ilmenee poikkeavia oireita tai herää epäily mahdollisesta infektiosta. Kansainvälisessä keskustelussa nousi esiin yhteinen näkemys siitä, että hoitajat ovat keskeisessä asemassa sekä infektioiden ennaltaehkäisyssä että niiden varhaisessa tunnistamisessa.

Kolmas merkittävä keskustelunaihe oli MRI-kuvantaminen neuromodulaatiopotilailla. Neuromodulaatiolaitteita käyttävien potilaiden määrä kasvaa jatkuvasti, minkä seurauksena myös magneettikuvausten tarve lisääntyy. Työpajassa tarkasteltiin käytännön haasteita, joita liittyy eri valmistajien laitteisiin, kuvaus-
rajoituksiin sekä turvallisuusvaatimuksiin.

Useissa puheenvuoroissa korostettiin, että neuromodulaatiohoitajalla on tärkeä rooli MRI-prosessin turvallisuuden varmistamisessa. Hoitaja toimii usein linkkinä potilaan, radiologian yksikön ja hoitavan lääkärin välillä sekä auttaa varmistamaan, että laitteen MRI-yhteensopivuus, ohjelmointi ja turvallisuusohjeet huomioidaan asianmukaisesti ennen tutkimusta. Keskusteluissa nousi esiin myös tarve yhtenäisemmille toimintamalleille ja henkilöstön koulutukselle, sillä käytännöt vaihtelevat edelleen huomattavasti eri maiden ja sairaaloiden välillä.

Workshopin tärkein viesti oli, että neuromodulaatiohoitajan rooli jatkaa laajenemistaan maailmanlaajuisesti. Teknologia kehittyy nopeasti, mutta samalla korostuvat kliininen osaaminen, potilasohjaus ja moniammatillinen yhteistyö. Kansainväliset keskustelut osoittivat, että hoitajilla on keskeinen rooli niin potilasturvallisuuden, hoidon laadun kuin uusien toimintamallien kehittämisessä.

Lissabonista palatessa vahvistui tunne siitä, että suomalainen neuromodulaatiohoitotyö on kansainvälisesti korkeatasoista. Samalla kongressi muistutti jatkuvan oppimisen merkityksestä. Tulevaisuudessa kansainvälinen yhteistyö, osaamisen jakaminen ja hoitajien asiantuntijaroolin vahvistaminen ovat entistä tärkeämpiä, jotta voimme tarjota potilaille mahdollisimman turvallista ja vaikuttavaa neuromodulaatiohoitoa. ■

Nursing & Allied Health Workshopiin osallistui lähes 100 alan ammattilaista, mikä oli yksi suurimmista – ja tiettävästi suurin – hoitajille ja Allied Health -ammattilaisille suunnatun workshopin osallistujamäärä INS historiassa. Tämä kertoo neuromodulaatiohoitajien asiantuntijaroolin vahvistumisesta maailmanlaajuisesti.



Matkaraportti SASP 2026, Bergen

Eveliina Ryynänen,
Saara Pasternack,
Reetta Keränen



SASP-kongressi ”Pain and the Environment” järjestettiin tänä vuonna kuvankauniissa Norjan Bergenissä. 50-vuotista kivuntutkimusyhdistystä juhlistettiin unohtumattomissa puitteissa kylpylähotellilla meren rannalla.

Scandinavian Association for the Study of Pain perustettiin vuonna 1976 ja ”vanha SASP” oli alun perin International Association for the Study of Pain (IASP) -järjestön skandinaavinen osasto. Vuonna 2009 perustettiin ”uusi SASP”, jonka jälkeen aikaisemmat SASPin jäsenmaat pystyivät liittymään IASPiin maakohtaisina osastoina. SASP on julkaissut Scandinavian Journal of Pain (SJPAIN)-lehteä vuodesta 2010 alkaen, jossa julkaistaan kivuntutkimukseen liittyviä artikkeleita. Eija Kalso muisteli puheenvuorossaan SASP:n eri vaiheita ja kannusti aktiivisuuteen ja tekemiseen silloinkin, kun rahat ovat tiukassa. (<https://www.sasp.org>)

Kongressiohjelma alkoi Saaralla ja Reetalla jo keskiviikkona nuorten tutkijoiden päivässä. Kiidettyämme varhaisella lennolla Bergeniin, ennätimme nipin napin perille ensimmäisen luennon alkuun. Ja onneksi, sillä heti keskiviikon ensimmäiset luennot tarjosivat mielenkiintoista ja syventävää ymmärrystä kivuntutkimuksen vaiheista, menetelmistä ja käsitteistä.

Erityisen antoisaa oli kuunnella SJPAINin editorin Mads Wernerin katsausta kivun fysiologiasta sekä tätä seurannutta keskustelua kivun mittaamisesta, jossa ääneen pääsi myös potilasjärjestön edustaja. Päivässä opittiin

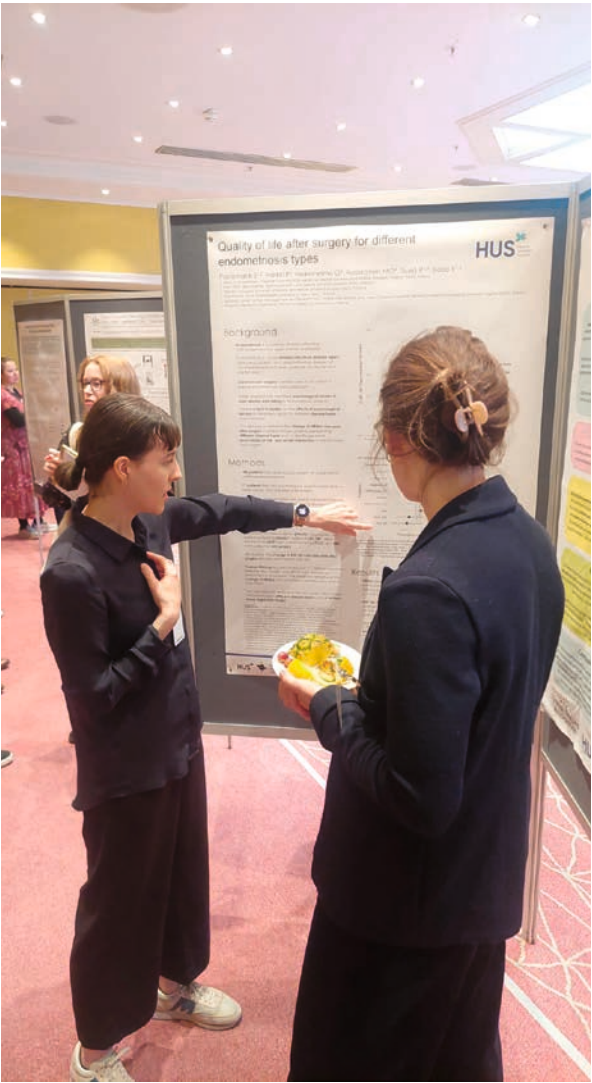


myös suurten kielimallien ja tekoälyn hyödyntämisestä tutkimusten tekemisessä sekä hyvän esityksen pitämisestä.

Soveltava tutkimus kiinnosti

Muina kongressipäivinä kuulimme paljon uusista havainnoista kivun perustutkimuksen saralla, mutta kaikista mielenkiintoisimpia taisivat mielestämme kuitenkin olla luennot, joissa kuulimme soveltavaa tutkimusta ja saatoimme miettiä, miten ilmiöt näyttäytyisivät omassa potilastyössämme. Torstain luennoista erityisen mieleenpainuva oli Gary Macfarlanen esitys varhaisten haitallisten kokemusten merkityksestä kipuun myöhemmin aikuisiällä. Luento muistutti siitä, että vaikka haitalliset kokemukset voivat olla yksi riskitekijä kivun pitkittymisen taustalla, on kokonaiskuva paljon

monimutkaisempi. Ensinnäkin ne, jotka voivat aikuisina hyvin, eivät välttämättä edes tietoisesti muista kaikkia lapsuuden haavoittavia kokemuksia. Lisäksi kaikista haavoittuvimmassa asemassa kivun pitkittymiselle vaikuttavat olevan ne, jotka kokevat sekä lapsuudessaan, että uudestaan aikuisiällä haitallisia kokemuksia. Yksinään lapsuuden traumaattiset kokemukset eivät siis näytä ohjaavan kivun pitkittymiseen, vaan riski kivun pitkittymiseen vaikuttaisi kasvavan pikemminkin kumuloituvan ja pitkäaikaisen kuormituksen seurauksena. Luento tarjosi paljon ajateltavaa niin potilastyön kuin tutkimuksenkin näkökulmasta: Haavoittavia kokemuksia on tärkeää kartoittaa paitsi lapsuuden, myös aikuisiän osalta ja varoa tekemästä liian pitkälle vietyjä tai hätäisiä johtopäätöksiä traumahistoriasta kipupotilaita kohdatessa.



Saaralle torstain ohjelma tarjosi vielä aivan erityistä antia, kun Krina Zondervan piti luennon endometrioosin geneettisestä taustasta. Saaran oma väitöskirjatyöskentely lähti aikoihin liikkeelle juuri Zondervanin (2020) katsaukseen tutustumisella sen tarjotessa kattavan kuvan endometrioosin oletetuista taustameka-

nismeista ja ilmenemismuodoista. Olikin erityisen inspiroivaa päästä kuulemaan näinkin suuresti omaan tutkimustyöhön vaikuttanut tutkijaa. Luennosta jäi kaikin puolin innostunut olo ja se herätti monia avoimia kysymyksiä tästä merkillisestä taudista, jota ymmärretään koko ajan hieman enemmän.

Tietoa sotavammapotilaiden kuntoutuksesta Ukrainassa

Perjantaina professori Burkhard Gustroff piti mielenkiintoisen luennon kivunhoidon koulutuksen järjestämisestä sotaa käyvässä Ukrainassa. Koulutuksen järjestämisen lisäksi Gustroff kertoi Superhumans Center -kuntoutuskeskuksessa tehtävästä työstä ja mm. ”avataroinnista” potilaille, jotka ovat kuntoutumassa sotavammasta aiheutuneen amputaation jälkeen. Avataroinnissa kartoitetaan, miten potilaan aivot tulkitsevat amputoidun raajan tilaa (esim. aavekipua ja hahmottamista). Tätä kartoitetaan uudelleen kuntoutuksen edetessä ja tulokset olivat erittäin kiinnostavia. Materiaalista ollaan tekemässä tulevaisuudessa vertailevaa tutkimusta potilaille, joille amputaatio on tehty esimerkiksi verisuonisairauksien vuoksi.

Esittelimme jokainen omaa posteriamme torstaina iltapäivällä tähän varatussa sessiossa. Eveliinan posterin aiheena oli ”Development of a professional guidebook for acute pain assessment in children and adolescents”, Saaran ”Quality of life after surgery for different endometriosis types”,

ja Reetalla ”Pain Measurement Tools in Pediatric Music-Based Intervention Studies”.

Eveliinalle posterin oli ensimmäinen ja vastaanotto SASP:ssa oli lämminhenkinen ja kiinnostunut. Keskustelu posterin äärellä moniammatillisen yhteisön kanssa sai aikaan uusia ajatuksia ja hyviä jatkoideoita. Myös Saaran posterilla riitti yleisöä ja sen äärellä syntyi tärkeää keskustelua paitsi tutkimuksessa havaituista ilmiöistä, myös liittyen jatkotutkimusaiheisiin. Reetan kokemus on, että musiikkitutkimusten esittely kivunhoidon kongresseissa herättää kiinnostusta, mutta aihe on ollut tälle yleisölle vielä yllättävän vieras.

Kaiken kaikkiaan SASP tarjosi jälleen turvallisen ja kannustavan paikan verkostoitumiselle muiden kivuntutkimuksesta kiinnostuneiden ja kipupotilaiden kanssa työskentelevien kanssa.

Kiitämme nöyrimmin Suomen Kivuntutkimusyhdistystä matka-apurahasta! ■

Radiofrekvenssitermokoagulaatiohoidon teho ja turvallisuus lääkeresistentin kolmoishermosäryn hoidossa

Henna-Kaisa Jyrkkänen
LT, FM, neurokirurgian apulaissyliääkäri

Kolmoishermosärky (Trigeminus neuralgia, TN) on vaikea kasvojen alueen kiputila, jolle tyypillistä on kohtauksittainen sähköiskumainen kipu yhdellä tai useammalla kolmoishermon haaran alueella. Kipukohtaukset provosoituvat tyypillisesti esimerkiksi syömisestä, juomisesta tai kasvojen koskettelusta. Lääkehoito on ensisijainen hoitomuoto, mutta lääkeresistentissä tilanteessa voidaan harkita invasiivisia hoitoja. Radiofrekvenssitermokoagulaatio (RFTC) on invasiivisista menetelmistä ensisijainen idiopaattiseksi luokiteltavilla kolmoishermosärky potilailla, joilla ei ole MRI-kuvauksessa osoitettavissa mekaanista tai muuta syytä oireen taustalla.

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin RFTC-hoidon tehoa ja komplikaatioiden esiintyvyyttä Kuopion yliopistollisessa sairaalassa vuosina 1998–2024 hoidetuilla 140:llä potilaalla. Potilaista hieman yli puolet oli naisia ja keski-ikä oireiden alkaessa oli 66 vuotta. Seurantatiedot ensimmäisestä toimenpiteestä oli saatavilla 115:sta potilaalle. RFTC-hoidon kivunhoidollinen vaste oli keskimäärin 1,7–2,0 vuotta. Potilaista 64:lle tehtiin toinen ja 29:lle kolmas RFTC-toimenpide edellisen toimenpiteen vasteen väistyttyä.

Tulokset osoittivat, että hoitovaste oli selkeästi huonompi uusinta toimenpiteissä. Hyvän tai erinomaisen kivunhoidollisen vasteen sai 80 % potilaista ensimmäisen toimenpiteen jälkeen, toisen toimenpiteen jälkeen osuus oli 63 % ja kolmannen toimenpiteen jälkeen 42 %. Vastetero ensimmäisen ja toisen tai kolmannen hoitokerran välillä oli tilastollisesti merkitsevä. Samanaikaisesti hoitoon reagoimattomien osuus kasvoi selvästi (10 % → 26 % → 35 %).

Komplikaatioita esiintyi uusintatoimenpiteissä merkitsevästi enemmän. Ensimmäiseen

toimenpiteeseen liittyi komplikaatio 16 %:lla potilaista, toisen jälkeen 20 %:lla ja kolmannen jälkeen 43 %:lla. Tilastollisesti kolmas toimenpide sekä naissukupuoli olivat yhteydessä lisääntyneeseen komplikaatiorisktiin. Vakavin komplikaatio oli kivulias posttraumaattinen trigeminaalinen neuropatia (PTTN), jonka ilmaantuvuus kasvoi toimenpiteiden uusimisen myötä (1,4 % ensimmäisen, 3,1 % toisen ja 13,8 % kolmannen jälkeen). PTTN on vaikeahoitoinen krooninen kiputila, jonka syntymekanismi liittyy hermovaurioon, tulehdukseen ja sentraaliseen herkistymiseen.

Yhteenvetona voidaan todeta, että RFTC on tehokas ja varsin turvallinen hoitovaihtoehto läkehoidolle reagoimattomassa kolmoishermosäryssä, ja toimenpiteen uusiminen kerran vaikuttaa hoidollisesti tehokkaalta. Sen sijaan kolmannen toimenpiteen hyöty–haittasuhde on epäsuotuisa, ja siihen liittyy merkittävästi kohonnut komplikaatioriski. Näin ollen kolmatta RFTC-hoitoa tulisi harkita kriittisesti. ■

Luikku AJ, Matikka S, Heikkinen S, Lipponen A, Luostari-nen K, Koivisto T, Leinonen V, Huttunen J, Jyrkkänen HK. Efficacy and Safety of Repeated Radiofrequency Thermocoagulation on Trigeminal Neuralgia Patients. Pain Pract. 2026 Apr;26(4):e70148.

Laserkäsittelyn vaikuttavuus syöpähoitojen aiheuttamaan suun mukosiittiin tarvitsee lisänäyttöä

Ulla Kotiranta-Lamberg
HLT, EHL, Kivunhoitolääketieteen erityispätevyys

Aloitin tutkimustyöurani parikymmentä vuotta sitten. Jäin vajaa kaksi vuotta sitten eläkkeelle yli 45 vuotta kestäneestä hammaslääkärin työstä. Kliininen työ vei aiemmin valtaosan ajastani, eikä tutkimustyölle jäänyt riittävästi aikaa erityisesti rahoituksen puuttuessa. Tilanne on nyt toinen: on ollut erittäin ilahduttavaa saada aiemmin pysähdyksissä olleet tutkimushankkeet käynnistettyä uudelleen sekä uusia hankkeita suunnitteille. Toimin kaikissa näissä väitöskirjatutkimukseen tähtäävissä hankkeissa johtavana tutkijana. Tutkimustyöni mahdollistavat tutkijasopimukset Itä-Suomen yliopiston ja Tampereen yliopistollisen sairaalan kanssa, vaikka työ onkin tällä hetkellä palkaton.

Viime syksynä käynnistettiin neljä vuotta valmisteltu tutkimushanke *Matala-annoksen laserin vaikuttavuus kasvojen alueen traumaaperäisiin tuntohäiriöihin* Taysin Suu- ja leukasairauksien poliklinikalla. Hankkeen käynnistymistä viivästytti erityisesti tuntohäiriöiden tutkimusmittarin rahoitus. Lämpökameran hankinta onnistui lopulta omakustanteisesti, mikä mahdollisti tutkimuksen aloituksen. Lämpökuvantaminen on osoittautunut niin kiinnostavaksi menetelmäksi, että olemme käynnistämässä uutta tutkimushanketta *Lämpökuvantaminen leuansiirtoleikkauksiin liittyvien hermokudosvaurioiden diagnostiikassa ja hoidon seurannassa*.

Erityisen merkittävä ilonaihe on ollut seitsemän vuotta tauolla olleen tutkimushankkeen

Matala-annoksen laserkäsittelyn vaikuttavuus syöpähoitojen aiheuttamaan suun mukosiittiin käynnistyminen tänä keväänä. Tutkimuksessa selvitetään laserhoidon vaikuttavuuden lisäksi suun mukosiitin kehittymiseen liittyviä metaboliitteja. Hanke toteutetaan Kuopion, Oulun ja Tampereen yliopistollisissa sairaaloissa.

Syöpähoitojen aiheuttamaa suun mukosiittia on hoidettu jo useiden vuosien ajan laserterapialla HYKSissä, OYSissä, KYSissä ja TAYSissa. Laserhoidosta on kertynyt lupaavaa kliinistä näyttöä, mutta menetelmä ei ole vielä vakiintunut osaksi hoitokäytäntöjä. Tuore Suusyövän Käypä hoito -suositus ei tällä hetkellä tue menetelmän A-luokan suositusta, mikä korostaa laadukkaan lisänäytön tarvetta. Näin ollen pidämme tutkimusta edelleen erittäin tarpeellisena.

Lisäksi olemme tänä keväänä käynnistäneet vuosien aikana kipupotilaista kerättyjen aineistojen raportoinnin. Aineistot koskevat seuraavia ryhmiä:

- kivunhallinnan vertaisryhmiin osallistuneet
- TMD-kipupotilaat
- neuropaattista kipua sairastavat
- etäyhteydellä hoidetut potilaat

Aineistoa on kerätty myös kasvokipupotilaiden hoidosta ja toimintamallista kolmiportaisessa suun terveydenhuollossa (PTH / SEHYK / ESH). Tähän kokonaisuuteen etsitään parhailaan raportin laatijaa. ■



Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry

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

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

Yhdistys toteuttaa tarkoitustaan

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

SKTY:n hallituksen jäsenten yhteystiedot

Puheenjohtaja **Vera Leo**
pj@skty.org

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

Taloudenhoitaja **Anu Portti**
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

Kansallista kivunhoitoa kehitetään yhteistyöllä



Vera Leo

PsT, neuropsykologian erikoispsykologi, Varha, Tyks Kuntoutus; Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry:n puheenjohtaja

Suomen kivuntutkimusyhdistys ry järjesti huhtikuussa vuosikokouskoulutuksen juhlasymposiumin. Ohjelmaan kuului ensimmäistä kertaa yhteiskunnallisen vaikuttamisen paneeli, jonka teemana oli ”Tulevaisuuden kivunhoito”. Apulaisprofessori Vesa Kontinen toimi paneelin puheenjohtajana ja panelisteina olivat dosentti Katri Hamunen, LT Maiju Marttinen, LT Minna Ståhl sekä eduskunnan ensimmäinen varapuhemies TT Paula Risikko.

Paneelissa tarkasteltiin alustusten pohjalta Suomen kivunhoidon nykytilaa. Keskustelijat olivat yksimielisiä siitä, ettei vuonna 2017 laadittu Kivun kansallinen hoitosuositus ole toteutunut tavoitteiden mukaisesti. Suositusta ja sen toimeenpanon keinoja on tarpeen päivittää, jotta sitä voidaan toteuttaa valtakunnallisesti. Vuonna 2023 voimaan tullut sote-uudistus on muuttanut terveydenhuollon palvelujärjestelmää tavalla, jota suositusta laadittaessa ei voitu ennakoida. Myös lasten kivunhoitoa koskevat suositukset puuttuvat kokonaisuudesta. Paneelin päätteeksi eduskunnan varapuhemies Risikko ehdotti, että Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry (SKTY ry) käynnistäisi päivitystyön ja valmistelisi sosiaali- ja terveysministeriölle esityksen kansallisen kivunhoidon edistämiseksi.

Juhlasymposiumin jälkeen Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry:n hallitus päätti koota työryhmän*, joka lähtisi edistämään päivitystyötä SKTY ry:n nimissä, jotta pystyisimme edustamaan tasapuolisesti koko maata päivitystyötä tehtäessä. Tavoitteena oli muodostaa valtakunnallisesti ja ammatillisesti kattava asiantuntijaryhmä, jossa on osaamista aikuisten sekä lasten ja nuorten kivunhoidosta, erikoissairanhoidosta, perusterveydenhuollosta ja moniammatillisesta työstä. Myös maantieteellinen edustavuus huomioitiin. Työryhmän puheenjohtajana toimii yhdistyksen puheenjohtaja. Alkukesästä toimintansa aloittanut ryhmä on ollut yhteydessä eduskuntaan sekä sosiaali- ja terveysministeriöön. Ministeriössä kivunhoidon kokonaisuutta ja hoitosuosituksen päivitystarvetta pidetään tärkeinä ja tahtotilaa nykyisten suositusten muuttamiseksi vaikuttaa löytyvän. Koska ministeriössä on meneillään myös muuta terveydenhuollon kehittämistyötä, on mahdollista, että kivunhoitosuosituksen ja sen toimeenpanokeinojen päivitys liittyy osaksi laajempaa kokonaisuutta. SKTY ry seuraa valmistelun etenemistä ja pyrkii aktiivisesti pysymään mukana päivitystyössä, jotta saisimme asiantuntijuutemme kuuluville.

Kansallisen kivunhoidon kehittäminen edellyttää ajantasaisia suosituksia, toimivia toimeenpanon keinoja ja laajaa yhteistyötä. Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry. tuo eri alojen asiantuntemusta yhteen ja vahvistaa yhdistyksen mahdollisuuksia vaikuttaa siihen, että kivunhoito toteutuisi yhdenvertaisesti eri puolilla Suomea ja kaikissa ikäryhmissä. Työryhmä jatkaa kansallisen kivunhoidon toimintasuunnitelman päivitystyötä ja yhteydenpitoa keskeisiin toimijoihin. Yhdistys seuraa valmistelun etenemistä, osallistuu siihen aktiivisesti ja tiedottaa jäsenistölle työn seuraavista vaiheista. ■

*Työryhmä:

Vera Leo, PsT, neuropsykologian erikoispsykologi, Varha, Tyks Kuntoutus; Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry:n puheenjohtaja.

Katri Hamunen, LT, dosentti, ylilääkäri ja linjajohtaja, HUS Neurokeskus, Kipuklinikka.

Minna Ståhl, LT, fysiatrian erikoislääkäri ja osastonylilääkäri, HUS Lasten ja nuorten sairaudet, Kansallinen lasten ja nuorten kivunhoidon ja tutkimuksen keskus, Uusi lastensairaala.

Vesa Kontinen, LT, ylilääkäri, linjajohtaja ja apulaisprofessori, Helsingin yliopisto sekä HUS Leikkaussalit ja tehohoito.

Maiju Marttinen, LT, tulosaluejohtaja, Geriatrien osaamiskeskus, Päijät-Hämeen hyvinvointialue.

Katja Luostarinen, LL, neurologian erikoislääkäri ja apulaisyli-lääkäri, Neurokeskus, Kipukeskus, Pohjois-Savon hyvinvointialue, Kuopion yliopistollinen sairaala.

Vesa-Matti Kuittinen, fysiatrian erikoislääkäri ja osastonlääkäri, Pirha, Hatanpään kampuskuntoutusosasto.

Riikka Holopainen, TtT, fysioterapeutti, kuntoutuksen erityisasiantuntija ja tutkijatohtori, Eloisa ja Oulun yliopisto.

Eveliina Heikkala, LT, dosentti ja yleislääketieteen erikoislääkäri, Lapin hyvinvointialue ja Oulun yliopisto.

Psykologitoimikunta esittäytyy

Psykologitoimikunta rakentaa kivunhoidon tulevaisuutta

Kivun kokemus on moniulotteinen ilmiö, jossa biologiset, psykologiset ja sosiaaliset tekijät kietoutuvat yhteen. Siksi myös kivun hoito edellyttää kokonaisvaltaista ymmärrystä ja moniammatillista yhteistyötä. Suomen Kivuntutkimusyhdistyksen psykologitoimikunnan tehtävänä on vahvistaa psykologisen näkökulman asemaa kivun hoidossa, tutkimuksessa ja koulutuksessa.

Psykologitoimikunnan toiminnan ytimessä on ajatus siitä, että kipua ei voida ymmärtää eikä hoitaa pelkästään fyysisenä ilmiönä. Kipu vaikuttaa ihmisen toimintakykyyn, ihmissuhteisiin, tunteisiin, ajatteluun ja elämänlaatuun. Samalla nämä kaikki tekijät vaikuttavat siihen, miten kipu koetaan ja miten sen kanssa eletään. Psykologinen näkökulma ei siis ole kivunhoidon lisäosa, vaan olennainen osa kokonaisuutta. Juuri tämän ymmärryksen vahvistamisessa psykologitoimikunnalla on tärkeä tehtävä.

Ensimmäinen psykologeille tarkoitettu kivun psykologian koulutus käynnistyi v. 1998. Koulutuksen sisältö perustui IASP:in psykologeille suunnattuun kivun psykologian opetusohjelmaan ja se toteutui yksivuotisena.

Seuraavat koulutukset toteutettiin kaksivuotisinä. Vuoteen 2015 mennessä koulutuksia oli toteutettu neljä, ja osallistujina oli 59 psykologia (Kipuviesti 1/2016).

Muuttuva toimintaympäristö haastaa uudistumaan

Vuosien 2020–2026 aikana psykologitoimikunta on toiminut aikana, jolloin sekä terveydenhuolto että koulutuskenttä ovat olleet muutoksessa. Koronapandemia siirsi kokoukset ja koulutukset nopeasti verkkoon, ja samalla toimikunnan työskentelyssä otettiin merkittävä digiloikka. Etäyhteyksistä tuli pysyvä osa toimintaa ja ne mahdollistivat yhteydenpidon, koulutusten järjestämisen ja yhteistyön jatkumisen myös poikkeuksellisissa olosuhteissa. Vaikka lähitapaamiset ovat edelleen tärkeitä, hybridi- ja etäyöskentely ovat avanneet uusia mahdollisuuksia tavoittaa laajempi joukko ammattilaisia eri puolilta Suomea.

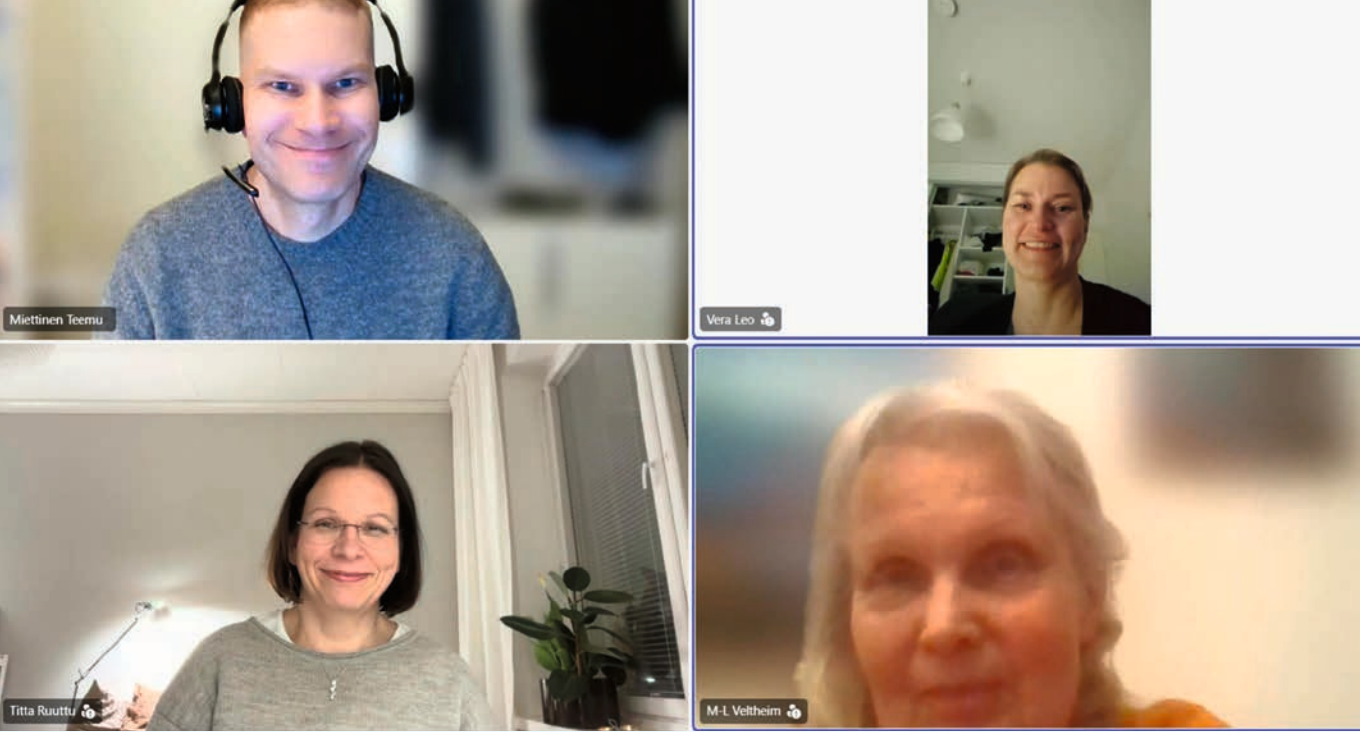
Samaan aikaan kivun psykologian koulutuskenttä on muuttunut. Aiemmin suositut pitkät erityisasiantuntijakoulutukset eivät houkutelleet osallistujia entiseen tapaan, ja koulutusten järjestäminen painottui lyhyempiin, usein etämuotoisiin koulutuspäiviin. Tämä muutos on haastanut psykologi-

toimikuntaa pohtimaan, miten kivun psykologian osaamista voidaan vahvistaa tulevaisuudessa: millaiset koulutusmuodot palvelevat tämän päivän ammattilaisia, miten asiantuntijuutta rakennetaan pitkäjänteisesti ja miten psykologinen kivunhoidon osaaminen saadaan näkyväksi myös laajemmassa terveydenhuollon kentässä.

Koulutukset osoittavat tarpeen olevan olemassa

Vaikka toimintaympäristö on muuttunut, koulutustoiminta on osoittanut, että psykologiselle kivunhoidon osaamiselle on selkeä kysyntä. Psykologitoimikunta on järjestänyt viime vuosina koulutuksia yhteistyössä eri toimijoiden kanssa ja ne ovat tuoneet yhteen sekä psykologeja että muita terveydenhuollon ammattilaisia. Tämä on tärkeä viesti tulevaisuuden kannalta: psykologinen näkökulma kipuun kiinnostaa ja sille on tarvetta yli ammattirajojen.

Tammikuussa 2020 Tampereella järjestetty Mentalisointi ja vastatransferenssi kipupotilaan auttamisessa -koulutuspäivä kokosi 31 osallistujaa ja koulutuksesta saatu palaute oli pääosin myönteistä. Vuonna 2021 toteutettu kipupsykologien verkostoitumispäivä Krooninen kipu ja sosiaaliset suhteet puolestaan osoitti, että myös etämuo-



SKTY:n psykologitoimikunta pitämässä Teams-kokousta helmikuussa 2026.

toinen koulutus voi tarjota merkityksellisen foorumin asiantuntijuuden jakamiseen. Maaliskuussa 2026 järjestetty koulutuspäivä psykologisesta kivunhoidosta kokosi etäyhteyksin 47 osallistujaa, joista valtaosa oli psykologeja, mutta mukana oli myös lääkäreitä, hammaslääkäreitä, sairaanhoitajia sekä fysio- ja toimintaterapeutteja.

Psykologitoimikunnan merkitys tulevaisuudessa

Psykologitoimikunnan työssä kiteytyy ajatus siitä, että kivun hoito on parhaimmillaan ihmisen kohtaamista kokonaisuutena. Psykologinen osaa-

minen auttaa ymmärtämään kivun kokemuksen monitasoisuutta, tukee potilaan toimintakykyä ja selviytymistä sekä vahvistaa moniammatillisen hoidon laatua.

Tarve psykologisen kivunhoidon osaamiselle ei ole vähentynyt – pikemminkin päinvastoin. Kivun kroonistuminen, mielenterveyden ja somaattisten oireiden yhteen kietoutuminen, sekä terveydenhuollon kasvava tarve vaikuttaville, moniammatillisille hoitomalleille korostavat psykologisen tiedon merkitystä entisestään. Muutuvassa terveydenhuollossa tarvitaan toimijoita, jotka pitävät esillä kivun

psykologisia ulottuvuuksia, kehittävät koulutusta, rakentavat yhteistyötä, ja vahvistavat tutkimuksen ja käytännön työn yhteyttä. Psykologitoimikunta voi olla yksi näistä toimijoista. ■

Kirjoittajat **Marja-Liisa Veltheim**, neuro-psykologian erikoispsykologi, PsL, **Teemu Miettinen**, PsM, FT, psykoterapeutti ja **Vuokko Hägg**, PsM, psykoterapian erikoispsykologi, koulutuspsykoanalyttikko

Kasvokiputoimikunta esittäytyy

SKTY:n kasvokiputoimikunta on perustettu 16 vuotta sitten, 15.4.2010. Toiminnan tavoitteena on tietämyksen lisääminen kasvojen ja pään alueen kipujen etiologiasta sekä kivunhoidon koulutuksen järjestäminen. Tärkeänä toiminnan kohteena on pidetty erityisesti perusterveydenhuollon hammaslääkäreitä. Olemme järjestäneet verkostoitumis- ja koulutustapahtumia sekä iltawebinaareja erilaisista kipuun liittyvistä aiheista, esimerkiksi kipuneurologiasta ja kipupsykologiasta.

Kasvojen ja pään alueen hermotus on erityisen runsas ja alueen kivut ovat monimuotoisia. Niihin kuuluvat esimerkiksi

- purentaelimistön kivut ja toimintahäiriöt eli TMD-vaivat.
- neuropaattiset kivut, joista osa on seurausta tapaturmista ja onnettomuuksista, mutta osa iatrogeenisia, sillä pään ja kasvojen alueella tehdään runsaasti invasiivisia toimenpiteitä (hammaslääkärit, KNK-lääkärit ja plastiikkakirurgit).
- nosioplastiset kivut, esim. suupolte, burning mouth syndrome.
- erityyppiset päänsäryt ja neuralgiat.

Toimikunta on alusta alkaen pitänyt tärkeänä moniammatillisuutta, joka myös pään ja kasvojen alueen kivunhoidossa on välttämätöntä. Olemmekin pyrkineet pitämään toimikunnan jäsenten ammatillisen taustan mahdollisimman laajana – toimikuntaan on vuosien varrella kutsuttu sekä peruskoulutuksen saaneita että erikoistuneita hammaslääkäreitä, fysioterapeutteja, psykologeja ja neurologeja.

Koronavuosien jälkeen kokoontumiset on ollut luontevaa järjestää etänä,

mikä on samalla mahdollistanut toimikunnan jäsenten kutsumisen ympäri Suomea.

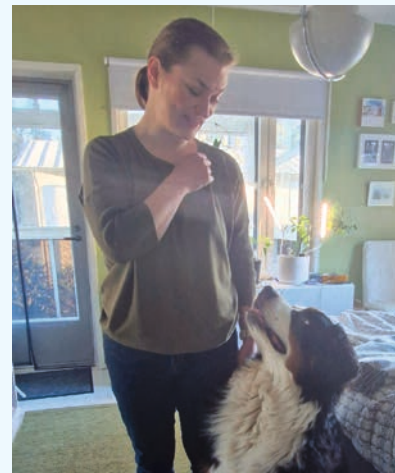
Hienona saavutuksena voimme mainita sen, että Suomen Hammaslääkäriliitto hyväksyi 11.5.2023 pitkän valmistelun jälkeen kivunhoitolääketieteen erityispätevyyden suorittamisen myös ei-erikoistuneille hammaslääkäreille. Ennen Hammaslääkäriliiton hyväksymistä asiaa oli puollettu SKTY ry:n hallituksessa, kasvokiputoimikunnassa sekä kivunhoitolääketieteen erityispätevyystoimikunnassa. Ilahduttavasti olemmekin saaneet lukuisia kasvovusta kiinnostuneita nuoria hammaslääkäreitä toimintamme piiriin erityispätevyyttä suorittamaan. Haasteena on saada toteutettua koulutusjaksoa erikoissairaanhoidon piirissä ei-erikoistuneille hammaslääkäreille ja toimikunta pyrkii aktiivisesti ratkaisemaan asiaa.

Kasvokiputoimikunnan jäsenenä ovat vuonna 2026 toimineet Vera Leo (Turku), Pia Leppälä (Tuusula), Laura Nykänen (Helsinki), Matti Närhi (Kuopio), Piia Saalasti (Jyväskylä), Sepo Soinila (Helsinki), Johanna Tanner (Turku), Tiina-Riitta Vuorjoki-Ranta (Kaarina).

Puheenjohtajana toimi Tiina-Riitta Vuorjoki-Ranta ja sihteerinä Johanna Tanner.

Seuraavassa toimikunnan jäsenet kertovat lyhyesti itsestään vastaamalla seuraaviin kysymyksiin:

- 1. Ammatillinen taustasi ja nykyinen toimipaikkasi**
- 2. Ammatillisen / tieteellisen mielenkiintosi kohteet**
- 3. Suhteesi Suomen Kivuntutkimusyhdistykseen**
- 4. Elämä edellä mainittujen ulkopuolella**



Vera Leo

1. Olen neuropsykologian erikoispsykologi ja psykologian tohtori. Olen työskennellyt TYKS:ssä sekä kipupsykologina että neuropsykologina vuodesta 2021 lähtien. Kipupsykologin työtä tein aluksi Kipupoliklinikalla, mutta työnkuvani laajeni nopeasti Suu- ja leukasairauksien klinikkaan ja viime syksynä vielä Fysiatrian poliklinikalle ja Selkäkeskukseen. Nykyään suurin osa tekemästäni työstä on kipupsykologin työtä. TYKS:n työn lisäksi työskentelen yksityissektorilla, luennoin ja osallistun yliopistolla opetustyöhön.

2. Ammatillisesti uuden oppiminen on innostavaa. Pitkittynyt kipu on ilmiönä monitahoinen, mikä vaatii kuntoutukselta yksilöllistä räätälöintiä, moniammatillista työtettä ja avoimuutta uuden oppimiselle. Mielenkiintoni kohteena itse kuntoutuksen toteuttamisen lisäksi on kuntoutuspolkujen kehittäminen vastaamaan tarvetta yhä paremmin. Tavoitteenani on osallistua lähitulevaisuudessa aktiivisesti myös tutkimustoimintaan liittyen moniammatillisen kivunhoidon hyötyihin.

3. Liityin SKTY:n jäseneksi vuonna 2022. Kasvokiputoimikunnan jäsenenä olen ollut vuodesta 2023 ja Psykologitoimikunnan jäsenenä vuodesta 2024 lähtien. Toimin kummassakin toimikunnassa edelleen. Viime syksynä sain kunnian tulla kutsutuksi hallituksen jäseneksi ja yhdistyksen puheenjohtajaksi vuonna 2026 alkaneelle kaudelle.

4. Minulla on kolme lasta, joista vanhin on jo aikuinen. Vapaa-aikani kuluu pitkälti kahden nuoremman lapseni harrastuskuskuksissa ja välillä myös toimitsija-tehtävissä. Koirat ja musiikki ovat aina olleet tärkeä osa elämääni ja lisäksi nautin lukemisesta.

Pia Leppälä

1. Toimin hammaslääkärinä Keusoten alueella perusterveydenhuollossa. Olen koulutukseltani fysioterapeutti (2007) ja hammaslääkäri (2016). Vastaanottoleni ohjautuu Keusoten alueelta eri syistä komplisoituneita kasvokipupotilaita. Olen Keusoten pitkittyneen kivunhoidon tiimissä suunterveyden edustajana.



2. Olen työskennellyt kasvokipupotilaiden parissa vuodesta 2018 lähtien. Hyödynnän hammaslääkärin työssäni paljon myös fysioterapeuttista osaamistani ja keinoja. Erityisen mielenkiinnon kohteena on kehollisten menetelmien käyttö kivunhoidossa sekä mielen ja kehon yhteyden huomioiminen osana potilaan kokonaisvaltaista kohtaamista. Hankin aktiivisesti lisäkoulusta hammaslääketieteen lisäksi erityisesti kuntoutusalojen koulutuksista.

3. Olen ollut SKTY:n kasvokiputoimikunnassa vuodesta 2024 lähtien oppimassa kokeneemmilta konkareilta järjestön toiminnasta ja kivun hoidosta.

4. Vapaa-aikani kuluu perheen, liikunnan, luonnon ja urheiluvalmentamisen parissa.



Laura Nykänen

1. Olen protetiikan ja purentafysiologian erikoishammaslääkäri, hammaslääketieteen tohtori ja olen suorittanut kivunhoitolääketieteen erityispätevyyden sekä MsC (Orofacial Pain). Toimin HUSin Pää- ja kaulakeskuksessa. Tämän vuoden elokuussa aloitin Malmön yliopistossa post doc -tutkijana.

2. Minua kiinnostavat pitkittynyt kasvojen alueen kipu, kipupsykologia, epidemiologinen kipututkimus sekä kouluttaminen ja kouluttautuminen.

3. Olen toiminut SKTY:n kasvokiputoimikunnassa vuodesta 2023 lähtien.

4. Laitan ruokaa ja urheilen. Tällä hetkellä tutkimustyö vie leijonanosan vapaa-ajastani.



Matti Närhi

1. Olen Itä-Suomen yliopiston suufysiologian professori (emeritus). Toimin edelleenkin laajassa lasten ja nuorten terveystutkimuksessa (PANIC-tutkimus, P.I., prof. Timo Lakka) johtoryhmässä, jossa vastuullani on erityisesti kipututkimus (meneillään 19 vuoden seuranta).

2. Tutkimukseni ovat kohdistuneet laajasti kipuun, sen neurofysiologisista mekanismeista kasvojen alueen kivun kokeelliseen sekä kliiniseen tutkimukseen ml. TMD/päänsäryt, mm. migreeni, näiden yhteydet sekä niska-hartiakivut. Viime vaiheessa erityisesti lasten ja nuorten kivut, niiden taustatekijät ja muutokset iän myötä.

3. Liityin SKTY:n jäseneksi ja minut nimettiin yhdistyksen hallitukseen hammaslääketieteen edustajana. Hallituksessa toimin täydet kuusi vuotta 2000-luvun alkupuolella. Olen SKTY:n Kasvokiputoimikunnan perustajajäsen ja toimin sen puheenjohtajana 2010–2012. Olen ollut

useita vuosia myös yhdistyksen Tutkimustoimikunnan jäsen. Olen toiminut yhdistyksen Kuopion vuosikokouksia järjestävissä toimikunnissa. SKTY:n kunniajäseneksi minut kutsuttiin vuonna 2017.

4. Minua innostavat musiikki, kuten kitaran soitto. Luonnossa liikkuminen ja siihen liittyvät harrastukset ovat aina olleet minulle läheisiä: talvisin hiihtovaellus, kesällä patikointi, perhokalastus, uistelu ovat rakkaita harrastuksia. Tosin liikkumista on pitkälti rajoittanut nelisen vuotta sitten tapahtunut niskamurtuman ja selkäydinvamman aiheuttanut onnettomuus.



Piia Saalasti

1. Olen protetiikan ja parentafysiologian erikoishammaslääkäri (2009), hammaslääketieteen tohtori (2005) ja minulla on kivunhoitolääketieteen erityispätevyys (2016). Toimin tällä hetkellä Keski-Suomen keskussairaalassa.

2. Olen kiinnostunut ja yhä innostunut kliinisestä potilastyöstä kasvokipupotilaiden parissa.

3. Kuulun SKTY:n kasvokiputoimikuntaan ja erityispätevyystoimikuntaan.

4. Vietän vapaa-aikani kouluratsastuksen, palveluskoiratoiminnan ja käsitöiden parissa.



Seppo Soinila

1. Olen Turun yliopiston neurologian professori (emeritus). Toimin tutkijalääkärinä TYKS:n Neurokeskuksessa sekä Suomen Akatemiassa Musiikin, mielen, kehon ja aivojen tutkimuksen huippuyksikössä.

2. Olen kiinnostunut kipuneurologiasta (päänsärky, neuropaattinen kipu) ja musiikin vaikuttavuudesta neurologisten potilaiden kuntoutuksessa.

3. Olen toiminut useissa luottamustoimissa SKTY:ssä: Hallituksen jäsen 2003–2006, puheenjohtaja 2007–2009, tutkimustoimikunnanjäsen 2005–2017, koulutustoimikun-

nan jäsen 2005–2007, yhteiskunnallisen vaikuttamisen toimikunnan jäsen 2007–2012, kasvokiputoimikunnan jäsen, myös perustajajäsen 2010 alkaen. Minulle myönnettiin SKTY:n kunniajäsenyys vuonna 2018.

4. Olen Turun Veteraaniperinneorkesterin sellisti. Olen organisoinut Suomen Kulttuurirahaston tuella vanhusten palvelutaloihin kohdistuvan konserttikiertueen Varsinais-Suomessa 2025–2027.



Johanna Tanner

1. Olen protetiikan ja parentafysiologian erikoishammaslääkäri, dosentti ja minulla on kivunhoitolääketieteen erityispätevyys. Toimin ylihammaslääkärinä TYKSin Suu- ja leukasairauksien klinikassa, jossa hoidan kasvokipupotilaita, koulutan erikoistujia ja teen vastuualuejohtajan hallinnollisia tehtäviä. Lisäksi toimin TYKSin kipuklinikassa hammaslääkäriasiantuntijana.

2. Olen kiinnostunut kasvojen alueen pitkittyneen kivun hoidon monialaisesta ja moniammatillisesta yhteistyöstä, hoidon vaikuttavuudesta ja sen mittaamisen tutkimisesta. Jatkokoulutus, niin osallistujana kuin kouluttajana on minulle mieleistä.

3. Olen toiminut kasvokiputoimikunnan sihteerinä vuodesta 2022. SKTY:n tutkimusapurahan olen saanut vuonna 2022.

4. Olen kolmen aikuisen tai lähes aikuisen tyttären äiti. Vapaa-ajallani tykkään liikkua monipuolisesti ja opetella uusia asioita.



Tiina-Riitta (Tiiju) Vuorjoki-Ranta

1. Olen hammaslääketieteen tohtori (2020) ja sain kivunhoitolääketieteen erityispätevyyden vuonna 2023; siihen liittyvät opinnot suoritin kuitenkin jo vuonna 2010. Nykyään olen jo eläkkeellä. Aiemmin toimin Kalasataman terveys- ja hyvinvointikeskuksessa Helsingissä. Ilok-

seni saan yhä kutsuja luennoimaan eri tilaisuuksiin ympäri Suomea.

2. Olen kiinnostunut neuropaattisista ja nosioplastisista kasvokivuista sekä unilääketieteestä ja musiikkilääketieteestä. Myös suun limakalvosairaudet ovat mielenkiintoni kohteena.

3. Olen toiminut SKTY:n hallituksen sihteerinä 2021–2024, Kipuviestin toimittajana 2021–2025 sekä kasvokiputoimikunnan puheenjohtajana vuodesta 2023.

4. Minulla on kaksi aikuista lääkärilasta. Harrastan monenlaista liikuntaa (golf, pyöräily, showtanssi, ryhmäliikunta) sekä tarkkailen innokkaasti lintuja ympäri vuoden. Opiskelen mielelläni vieraita kieliä, luen ahkerasti ja välillä tunnelmoin pianon ääressä.



Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry

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

Puheenjohtaja: Katja Levander
Sihteeri: Niklas Seppälä

Jäsenet:
Jolanda Ehrström
Kristiina Kokkonen
Erja Rahkola
Juulia Turunen

FYSIOTERAPEUTTITOIMIKUNTA

KUVAUS

Fysioterapeuttitoimikunta vahvistaa fysioterapian roolia osana kokonaisvaltaista kivunhoitoa ja tuo liikkumisen ja toimintakyvyn näkökulman kivun ymmärtämiseen.

TEHTÄVÄT

- Tuo esiin fysioterapeuttien näkökulmaa kivuntutkimukseen.
- Osallistuu koulutusten ja tapahtumien suunnitteluun ja järjestämiseen.
- Edistää näyttöön perustuvaa fysioterapiaa kivun hoidossa.
- Verkostoituu muiden terveydenhuollon ammattilaisten kanssa.
- Kehittää moniammatillista kivunhoitoa.

KENELLE TOIMIKUNTA ON?

Fysioterapeuteille ja muille terveydenhuollon ammattilaisille, jotka ovat kiinnostuneita kivun hoidosta, kuntoutuksesta ja tutkimuksesta.

MIKSI TÄRKEÄÄ?

Fysioterapeuttitoimikunta edistää fysioterapian asemaa kivun tutkimuksessa, hoidossa ja moniammatillisessa yhteistyössä.

TUOREIMMAT TOTEUTUNEET KOULUTUKSET

- Koulutuksen kohderyhmä:
- Hyvinvointialueilla, perusterveydenhuollossa sekä erikoissairaanhoidossa ja yksityissektoreilla työskentelevät sairaanhoitajat ja fysioterapeutit sekä alaa opiskelevat opiskelijat.

MONIAMMATILLINEN LÄÄKKEETÖN KIVUN HOITO 2024
17.5.2024 webinaari - ZOOM

Moniammatillisuus kivunhallinnassa ja kivun lääkehoidossa 2025
9.5.2025 Zoom -webinaari

Ikääntyneen moniammatillinen kivunhoito 2026
8.5.2026 Zoom -webinaari

KOKEMUKSIA KIVUNHOIDON MONIAMMATILLISISTA WEBINAAREISTA

"Nyt oli kyllä todella hyvät aiheet ja kokonaisuus. Harkitsin osallistumistani jonkin aikaa ja hieman epäroinkin, kun oli ns. saldovapaapäivä, mutta kannatti ihan ehdottomasti osallistua!"

"Vahvistustakin tuli, että olen osannut jotain tehdä oikeinkin, ja erityisesti viimeisin luento oli todella aivan huippu antoisa, josta sain myös omaan tk:n avofyssarin työhöni paljon eväitä."



Mitkä ovat mielestäsi kolme olennaisinta asiaa kipupotilaan kohtaamisessa ja tukemisessa?



Vuoden 2024 osallistujat kartalla

TOIMIKUNNAN KIRJOITUKSIA KIPUVIESTI-LEHDESSÄ

Kipua ilmaiseva koira kipupotilaan ja terapeutin apuna

Tutkimustietoa ja mittareita fysioterapeuttien ja fysioterapiaopiskelijoiden kivunopetuksen kehittämiseen

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

KIINNOSTUITKO JA HALUATKO LIITTYÄ FYSIOTERAPEUTTITOIMIKUNTAAN?

Ota yhteyttä: levanderkat@gmail.com



Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry

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

Kivuntutkimusyhdistyksen myöntämät tutkimusapurahat 2026:

Jani Takatalo (fysiatri, väitöskirjatutkija) 2500 €
Mirjami Kantola (TtM, väitöskirjatutkija) 1000 €
Taneli Lehto (LL, väitöskirjatutkija) 2500 €
Maija Paukkunen (fysioterapeutti, väitöskirjatutkija) 1000 €
Niklas Särkilahti (fysioterapeutti, väitöskirjatutkija) 2200€

Koulutusapurahat:

Aleksi Sarkkinen (TtM, fysioterapeutti; koulutus ja matka) 700 €
Nora Leino (sh, neuromodulaatiohoitaja; koulutus ja matka) 700 €
Eveliina Ryyänen (sh, HUS ULS; koulutus ja matka, oma esitys) 800 €
Aila Huttunen (terveydenhoitaja, Mäntsälän tk; kivun hoitotyön täydennyskoulutus) 2000 €

Matka-apurahat:

Reetta Keränen (FM, väitöskirjatutkija; oma esitys) 800 €
Saara Pasternack (psykologi; oma esitys) 800 €

Tulevia tapahtumia

IASP 2026 World Congress on Pain 26.10.–30.10.2026

Bangkok, Thaimaa
(<https://www.iasp-pain.org/upcoming-events/list/>)

EFIC 2027 21.–23.4.2027

(<https://europeanpainfederation.eu/events/month/>)

PSHVA alueellinen kivunhoidon koulutus 24.11.2026 klo 8.30-15.30

Monipuolinen ja moniammatillinen kipukoulutus, järjestetään hybridi-koulutuksena. Lisätietoja: apulaisylilääkäri Katja Luostarinen, PSHVA, Kipukeskus. katja.luostarinen@pshyvinvointialue.fi

HUS, syksy 2026

- Ilmoittautuminen seminaareihin TerveyskyläPRO -> Virtuaalikeskukset -> Kivun hoito -> Tapahtumat
- Seminaareihin on mahdollista osallistua etänä Teamsin kautta. Osallistuminen on maksutonta.

Lokakuu

Ikääntyneen potilaan pitkäaikainen kipu 21.10.26 klo 13-16, Teams

Koulutuksessa käsitellään ikääntyneen potilaan pitkittyneen kivun hoitoa eri näkökulmista. Koulutus on tarkoitettu kaikille terveydenhuollon ammattilaisille, jotka työssään kohtaavat pitkittyneestä kivusta kärsiviä ikääntyneitä potilaita

Marraskuu

CRPS-potilas perusterveydenhuollossa 25.11.26 klo 14-16

14.05 – 14.25 CRPS mekanismit, oirekuva ja ennuste

14.25 – 14.45 CRPS-epäily terveyskeskuslääkärin

vastaanotolla – miten tutkin ja mitä teen?

14.45 – 15.05 CRPS-potilas kipupkl:n hoidossa

15.05 – 15.30 CRPS potilaan fysioterapia ja toimintaterapia

15.30 – 16.00 kysymyksiä ja keskustelua

Neuromodulaatiotoimikunnan webinaari: Takaraivo-hermon stimulaatio pe 20.11.2026 klo 13-15.



SAVE THE DATE
Kuopio 2027

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

Moniammatillinen ja näyttöön perustuva kivunhoito

7.4. Nuorten tutkijoiden päivä

8.4-9.4. Vuosikokouskoulutus



LASTEN JA NUORTEN TOIMIKUNTA TÄYTTÄÄ 20 VUOTTA!

SAVE THE DATE

LASTEN KIPU KUULUU KAIKILLE

VERKOSTOITUMIS- JA KOULUTUSPÄIVÄ

29.10.2027



SEE YOU IN
GLASGOW 2027
PAIN IN EUROPE XV

15TH CONGRESS OF THE
EUROPEAN PAIN FEDERATION EFIC®
21-23 APRIL 2027 | GLASGOW, SCOTLAND
EFIC-CONGRESS.ORG #EFIC2027

Kivun hyvä hoito on mahdollista

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

Haastetaan kipu yhdessä.

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

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

