SUOMEN KIVUNTUTKIMUSYHDISTYS RY:N JÄSENLEHTI

Kipuviesti

Nro 2/2019

Heikoimmat ensin

Sisällys

5 Päätoimittajan palsta

Heikoimmat ensin

6 **Anna Axelin** Vastasyntyneen kivun hoidon tulee olla vanhemman ja lapsen välinen vuorovaikutustilanne

10 **Arja Hiller** Lasten ja nuorten kivun hoito

16 **Maria Arvio** Kehitysvammaisen henkilön kipu

20 **Katri Rissanen** Monikulttuurisuuden haasteet postoperatiivisen kivun hoidossa

26 **Susanna Rapo-Pylkkö** Miten arvioida muistisairaan kipua?

34 **Riitta Mieronkoski** Kipuilmettä on haastavaa tunnistaa ja melkein mahdotonta mitata

38 **Anneli Vainio** Kipuviestinnän haasteet

Shutterstock

Alkuperäistutkimus

44 **Pirjo Lindfors** Kipupotilaan taakat ja kärsimys – ajatuksia, tutkimustuloksia ja kärsimyskertomuksia

Muut artikkelit

51 **Eija Kalso** Kivun olemusta etsimässä

52 **Jerry Ketola** Kliinikon kynästä

Väitöskirjakatsaus

55 **Pekka Vartiainen** Terveyteen liittyvä elämänlaatu kroonista kipua sairastavilla potilailla

56 **Tutkittua**

58 **Nipistyksiä**

AdobeStock

Marion Wüstefeld

Matkaraportit

58 **Teemu Zetterman, Riitta Mieronkoski** SASP-kongressi Oslossa

62 **Marion Wüstefeld** 9th World Congress of the World Institute of Pain

66 **Laura Mustonen** 7th International Congress on Neuropatic Pain (NeuPSIG 2019)

Kirja-arvostelu

68 **Jaana Koskenniemi** Ihmisarvoa kunnioittava kohtelu

Suomen Kivuntutkimusyhdistyksen sivut

71 **Petteri Koho** Hallituksen puheenjohtajan puheenvuoro

72 Syysseminaari

74 Tulevia koulutuksia

Kipuviesti

2/2019

22. vuosikerta

Julkaisija
Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry
www.skty.org

ISSN 1796-3141

Päätoimittaja
Reino Pöyhiä
kipuviesti@skty.org

Toimituskunta
Soile Haakana, soile.haakana@hus.fi
Hanna Harno, hanna.harno@hus.fi
Maija-Liisa Kalliomäki, maija-liisa.kalliomaki@pshp.fi
Riitta Mierokoski, ritemi@utu.fi
Sanna Salanterä, sansala@utu.fi
Anu Vierola, anu.vierola@pp.inet.fi

Kipuviesti-lehden tilaus: Turun Tilikeskus Oy, PL 1234, 20101 Turku tai tilitoimisto@turuntilikeskus.fi. Tilauksen yhteydessä on ilmoitettava tilattava tuote ja määrä sekä toimitus- ja laskutusosoitteet.
Vuosikerran hinta on 50 €.

Osoiterekisteri
Elina Lehtinen. Turun Tilikeskus Oy
PL 1234, 20101 Turku
puh 02 2814300
elina.lehtinen@tutke.fi

Kannen valokuvat: Eero Antturi

Graafinen suunnittelu
Antturi Design Oy

Kirjapaino GRANO, Vaasa
2019

Ilmoitushinnasto vuodelle 2019

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

Ilmoitushankkija: Soile Haakana
HYKS Kipuklinikka, PL 140, 00029 HUS
kotisivut@skty.org

Aineistopäivä: maaliskuun numeroon on 31. tammikuuta ja lokakuun numeroon 31. elokuuta.

Lehden painos on 1 500 kpl.

Ilmoitusaineisto: PDF-tiedostona 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: eero@antturidesign.com
viestikenttään: Kipuviesti / ilmoitusaineisto
Kopio ilmoituksesta: Soile Haakana
(sähköposti: kotisivut@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	1 200 €	2 100 €
2. ja 3. kansi	1 050 €	1 800 €
Sisäsivut	950 €	1 600 €
Sisäsivu 1/2	500 €	800 €
Sisäsivu 1/4	300 €	500 €

Kantakaa toistenne kuormaa!

Reino Pöyhiä

IASP:n vuoden 2019 teema on ”Against pain in the most vulnerable”, jonka olemme lehtemme kanteen muovailleet suomalaisittain ”kaveria ei jätetä”-tyyliin. Heikoimmat ensin! Se ei tietenkään tarkoita, että joidenkin kipuja ei hoidettaisi. Mutta totta on, että valitettavan usein ikäihmiset, lapset, kehitysvammaiset ja vaikkapa kidutetut jäävät jonon hännille. He kun eivät pidä melua itsestään. He vain kärsivät!

Kansainvälisten tutkimusten mukaan esimerkiksi syöpää sairastavista 10-75 % ei saa riittävää kivunhoitoa länsimaissa. Kehitysmaissa ongelmat ovat vielä suurempia. Tiesitkö, että esimerkiksi huimaa vauhtia taloudellisesti kehittyvässä Tansaniassa ainoa virallisesti hyväksytty opioidi syöpäkipuihin on lyhytvaikutteinen morfiini-liuos? Vuonna 2005 morfiinin kulutus per henkilö Länsi-Euroopassa oli 24 mg mutta Saharan alapuolisessa Afrikassa vain 0.3 mg!

IASP ei pelkästään kehota ja kannusta vaan myös toimii! EFIC:n kokouksessa syyskuussa oli IASP:n sponsoroima seminaari kidutettujen leikkauskivusta ja järjestön sivuilta löytyy syyskuussa pidetty webinaari ”Pain in Dementia”. Lisäksi IASP:n kotisivuilta voit velotuksetta bongata erinomaisia tuoreita tutkimuksia ja kirjoituksia vuoden teemoista. Näitä aiheita käsitellään tässäkin numerossa – suomalaisten huippuasiantuntijoiden toimesta.

Toivottavasti heikoimmat ensin jää elämään toiminnassamme. Miten voisimme vielä paremmin kantaa toistemme kuormia? Työssä kipupotilaiden kohdalla – semminkin kun siitä vielä maksetaan palkkaakin? Lähipiirissä tuttavien ja tuntemattomien kohdalla? Lähtemällä sinne, missä hätä on suurin? Kaikkien kohdalla se ei tietenkään tule kyseeseen, ole mahdollista eikä tarpeenkaan. Kokemuksesta tiedän, miten loppujen lopuksi voimaannuttava kokemus vapaaehtoistyö Afrikassa on. Kipujen alihoito on edelleen maiden rajat ylittävä ongelma! Organisaatioiden, rahoitusmallien ja koulutuksen kohentaminen edellyttää oikeaa asennetta: Heikoimmat ensin! Jääköön mieliimme teemavuotta vanhempi Albert Schweitzerin kehotus: ”We must all die. But that I can save him from days of torture, that is what I feel as my great and ever new privilege. Pain is a more terrible lord of mankind than even death itself”. ■

Vastasyntyneen kivun hoidon tulee olla vanhemman ja lapsen välinen vuorovaikutustilanne

Anna Axelin
sh, TtT, apulaisprofessori,
Hoitotieteen laitos,
Turun yliopisto

Terveet ja sairaat vastasyntyneet joutuvat edelleen kokemaan kipua sairaalassa, neuvolassa ja muissa terveydenhuollon palveluissa erilaisten toimenpiteiden ja tutkimusten, kuten verinäytteiden oton vuoksi. Vastasyntyneiden teho-osastolla vastasyntyneille tehdään edelleen keskimäärin 7-17 kivuliasta toimenpidettä vuorokaudessa. Lisäksi kivun hoito on valitettavan usein epäsystemaattista. (Cruz ym. 2016). Kukaan ei kuitenkaan enää kiistä vastasyntyneiden kykyä kokea kipua, mutta kipu on edelleen yllättävän helppo jäättää huomioimatta. Yksi merkittävä syy on vastasyntyneen kyvyttömyys kertoa kivusta verbaalisesti. Non-verbaaliset viestit ja itku voidaan toisinaan ohittaa tavanomaisten hoitorutiinien keskellä. Vastasyntynyt kuitenkin kutsuu meidät vuorovaikutukseen ja pyytää meiltä apua aistiessaan kipua. Näiden viestien huomaaminen ja ymmärtäminen vaatii hoitavalta henkilökunnalta sensitiivisyyttä ja myös taitoa tulkita vauvan viestejä. Kivun hoidossa tulisi myös vastasyntyneiden kohdalla yhä selkeämmin korostaa vuorovaikutuksellista elementtiä, sillä juuri vuorovaikutuksessa henkilökunnan ja erityisesti vanhempien kanssa vastasyntyneet saavat hoivaa ja turvaa, sekä oppivat miten toimia kipua aiheuttavissa tilanteissa (Bucsea & Pillai Riddell 2019).

Vanhemmilla on luonnostaan paras kyky tulkita vastasyntyneen yksilöllisiä viestejä. He ovat tutustuneet vauvaan jo raskausaikana ja viettäneet hänen kanssaan eniten aikaa syntymän jälkeen. Samoin vastasyntynyt tunnistaa vanhempansa. Kun vauva kokee kipua neuvolassa tai sairaalassa, vanhemmat ovat usein itselleen vieraassa ympäristössä ja uudessa tilanteessa, siksi henkilökunnalla onkin erityinen velvollisuus tukea vanhemmuutta näissä tilanteissa. Hoitavan henkilökunnan tarjoaman kivun hoidon tulee lähteä vanhempien näkemyksen arvostamisesta, tarkasta kuuntelemisesta ja heille aktiivisen roolin tarjoamisesta. Vanhemmuuteen kasvaminen vauvan kivun hoidossa on prosessi, jossa tarvitaan hoitavan henkilökunnan tukea (Skene ym. 2011). Motivoivana tekijänä on hyvä pitää mielessä, että vanhempien kivun hoitoon osallistumisella on pitkäaikaisia vaikutuksia siihen, miten lapsi ja vanhemmat toimivat lapsen kokiessa kipua. Vanhempien osallistuminen tarjoaa myös mahdollisuuden suojata lasta kivun haittavaikutuksilta (Bucsea & PillaiRiddell 2019).

Musiikkiterapia on vanhojen jo todistetusti tehokkaiden vanhempilähtöisten menetelmien, kuten kenguruhoidon, imetyksen ja käsikapalon lisäksi uusi lupaava mahdollisuus lievittää vastasyntyneiden toimenpidekipua (Ullsten ym. 2017). Musiikki on vastasyntyneelle puhetta luontaisempi ja paremmin itsesäätelyä tukeva kommunikaatiotapa. Mielenkiintoinen vastasyntyneen yksilöllisyyden huomioiva, musiikkia hyödyntävä menetelmä on ”live parental infant-directed singing”. Siinä vanhempi musiikkiterapeutin tukemana laulaa vauvalle kivuliaan toimenpiteen yhteydessä esimerkiksi

Shutterstock

tuutulaulua. Tavoitteena on vauvan ja samalla vanhempien rauhoittuminen, sekä vauvan itsesäätelyä tukevan vuorovaikutustilanteen luominen. Tavoitteena ei ole vauvan stimuloiminen aktiiviseen vuorovaikutukseen, eikä missään tapauksessa vauvan ylistimuloituminen musiikista. Menetelmä on kivun hoidon kontekstissa vasta kuvattu teoreettisella tasolla. Lisäksi sen toteuttaminen edellyttää musiikkiterapeutin erityisosaamista. Jos menetelmä tulevaisuudessa osoittautuu kliinisessä tutkimuksessa kipualievittäväksi ja vanhempien hyväksymäksi, jatkossa erityinen haaste on rohkaista vanhempia laulamaan vauvalleen teho-osastoympäristössä. Pohjoismaiden perhelähtöinen hoitokulttuuri ja monilla osastoilla olevat perhehuoneet tukevat kuitenkin hyvin yksityisyyttä ja vanhempien aktiivista roolia kivun hoidossa (Ullsten ym. 2018.) Uusien ammattiryhmien, kuten musiikkiterapeuttien osallistuminen vastasyntyneen kivun hoitoon tuo mukanaan uusia näkökulmia ja mahdollisuuksia, joita tulee aktiivisesti hyödyntää paremman kivun hoidon turvaamiseksi.

Samalla, kun vanhempien roolia ja merkitystä vastaysyntyneen kivun hoidossa korostetaan, nostaa päätään uusi, hämmentävä trendi korvata vanhemmat kivunlievityksessä teknologialla. Kanadalainen tutkimusryhmä on testanut robotin kipualievittävää tehoa. Tämä ihokontaktia, vanhemman sydämenääniä, hengitystä ja kosketusta simuloiva patja osoittautui yhtä tehokkaaksi kivunlievittäjäksi, kuin ihmiskosketukseen perustuva käsikapalo (Holsti ym. 2019). Tutkijat korostavat, että teknologian ei tule korvata tai syrjäyttää vanhempia, vain toimia apuna heidän poissaollessaan. Vanhempien aktiivinen osallistaminen kivun hoitoon on kuitenkin jo nyt osoittautunut niin haastavaksi (Marfurt-Russenber ym. 2014; Axelin ym. 2015), että on olemassa suuri riski vähentää ponnisteluita kohti perhelähtöistä kivun hoitoa, jos teknologia osoittautuu helpoksi tavaksi korvata vanhemmat. Pohjoismaalaiset tutkijat ja kliinikot jakoivat kanssani tämän näkemyksen kesäkuussa Baselissa järjestetyssä 12th International Symposium on Pediatric Pain konferensissa. Koemme, että pohjoismaisessa hoitokulttuurissa tutkimuksen tulisi keskittyä vanhempien läsnäolon ja aktiivisen osallistumisen tukemiseen, ei heitä korvaavien menetelmien tutkimiseen. Pyrimme PEARL – Pain in Early Life ryhmän kanssa tuomaan jatkossa paremmin tätä näkökulmaa julki (http://pearl.direct/).

Missä Pohjoismaat sitten ovat edelläkävijöitä vastasyntyneiden kivun hoidossa? Pohjoismaissa on tavoitteena pitää vastasyntynyt ja vanhemmat yhdessä koko sairaalassaoloajan, myös silloin kuin vastasyntynyt vaatii tehohoitoa. Tämä ”zero separation” lähestymistapa hoitoon korostaa lapsen oikeutta vanhempiin ja vanhempien korvaamatonta rooli hoivaajana, myös kivuliaiden toimenpiteiden aikana. Vanhemmat ovat se emotionaalinen, sosiaalinen ja fyysinen kasvuympäristö, jossa vastasyntynyt oppii kivusta ja sen lievittämisestä. Monissa maissa tämän lähestymistapa nähdään mahdottomana esimerkiksi

lyhyen äitiysloman tai osastojen toisenlaiseen toimintaan suunnitellun arkkitehtuurin vuoksi. Tosiasia kuitenkin on, että kaikissa maissa ainakin äidit viettävät ensimmäiset päivät tai viikot vastasyntyneen kanssa, joten näitä kallisarvoisia ensimmäisiä mahdollisuuksia vanhemman ja vastasyntyneen väliseen vuorovaikutukseen kivun hoidossa ei tule hukata. Eikä arkkitehtuuri estä meitä muutamasta monia ruutiniksi muodostuneita toimintapaja, kuten vauvan nostamista pois syntymänjälkeisestä ihokontaktista toimenpiteiden ajaksi tai antamasta vanhemmille vahvoja omaan kokemukseemme pohjautuvia suosituksia siitä, miten toimia kivuliaan toimenpiteen aikana sen sijaan, että kysyisimme mikä vanhempien näkemyksen mukaan on paras tapa lievittää heidän lapsensa kipua. Annetaan jokaiselle vanhemmalle mahdollisuus oppia vastasyntyneen ensihetkistä lähtien, miten he voivat parhaiten suojella lastaan kivulta ja sen haittavaikutuksilta. ■

Kirjallisuutta:

Axelin A, Anderzén-Carlsson A, Eriksson M, Pölkki T, Korhonen A, Franck LS. Neonatal Intensive Care Nurses' Perceptions of Parental Participation in Infant Pain Management: A Comparative Focus Group Study. J Perinat Neonatal Nurs. 2015;29(4):363-74.

Bucsea O, Pillai Riddell R. Non-pharmacological pain management in the neonatal intensive care unit: Managing neonatal pain without drugs. Semin Fetal Neonatal Med. 2019;24(4).

Cruz MD, Fernandes AM, Oliveira CR. Epidemiology of painful procedures performed in neonates: A systematic review of observational studies. Eur J Pain. 2016;20(4):489-98.

Holsti L, MacLean K, Oberlander T, Synnes A, Brant R. Calmer: a robot for managing acute pain effectively in preterm infants in the neonatal intensive care unit. Pain Rep. 2019;14;4(2):e727

Marfurt-Russenberger K, Axelin A, Kesselring A, Franck LS, Cignacco E. The Experiences of Professionals Regarding Involvement of Parents in Neonatal Pain Management. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2016;45(5):671-83

Skene C, Franck L, Curtis P, Gerrish K. Parental involvement in neonatal comfort care.

J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2012;41(6):786-97.

Ullsten A, Hugoson P, Forsberg M, Forzelius L, Klässbo M, Olsson E, Volgsten U, Westrup B, Ådén U, Bergqvist L, Eriksson, M. Efficacy of Live Lullaby Singing During Procedural Pain in Preterm and Term Neonates. Music and Medicine, 2017;9(2), 73-85.

Ullsten A, Eriksson M, Klässbo M, Volgsten U. Singing, sharing, soothing – biopsychosocial rationales for parental infant-directed singing in neonatal pain management: A theoretical approach. Music & Science 2018;1:1-13.

Lasten ja nuorten kivun hoito

Arja Hiller
dos, anestesiologian erikoislääkäri
HYKS, Uusi lastensairaala

Suurin osa lasten kivusta on akuuttia, jota aiheuttavat erilaiset tulehdukset, traumat, toimenpiteet ja leikkaukset. Yli 3 kuukauden ikäisille lapsille sopivat samat kipulääkkeet kuin aikuisillekin. Lasten kokema akuutti kipu on yleensä lievää tai kohtalaista ja sen hoitoon sopivat apteekista ilman reseptiä saatavat parasetamoli ja tulehduskipulääke. Kipulääkkeet pitää antaa mahdollisimman aikaisin ja jatkaa lääkitystä säännöllisesti muutamia päiviä esimerkiksi leikkauksen jälkeen. Kovan akuutin kivun kuten postoperatiivisen kivun hoitoon lisätään opioidi ja erilaiset puudutukset. Lapsipotilaita hoitavaa henkilökuntaa tulee kouluttaa kivun arvioinnissa ja hoidossa, ja vanhemmille pitää antaa riittävät ohjeet kivun hoidosta kotona.

Lapsilla ja nuorilla esiintyy myös kroonista kipua. Heidät tulee ohjata jatkohoitoon moniammatilliselle kipupoliklinikalle. Hoidon perusta ovat lääkkeettömät hoidot kuten fysioterapia ja psykologiset menetelmät.

Kivun ennakoiva hoito

Sekä antipyreettiset että tulehduskipulääkkeet ovat tehokkaampia kivun ehkäisyssä kuin jo ilmaantuneen kivun lievittämisessä. Molemmissa lääkeryhmissä aikaa lääkkeen annosta analgesian huippuun voi kulua 1–2 tuntia. Siksi näillä lääkkeillä saavutetaan paras teho, kun lääkitys aloitetaan heti, kun lapsella on kipua tai mahdollisimman aikaisin ennen kivuliasta toimenpidettä ja lääkitystä jatketaan säännöllisesti niin kauan kuin kivun odotetaan kestävän. Lapsipotilas hyötyy ennakoivasta kivunhoidosta myös siksi että lapsi ei osaa pyytää kipulääkettä ja lapsen kivun arviointi on vaikeaa. Kivun ennakoiva hoito ei vähennä käytettävien kipulääkkeiden määrää, mutta lapsen kivun hyvä hoito on tärkeää (1). Suomessa on seurattu kivun esiintymistä ja seurauksia lapsilla päiväkirurgisten toimenpiteiden jälkeen. Leena Kotiniemen (1997) aineistossa kotona toimenpidepäivänä koettu kipu tai aikaisempi epämiellyttävä kokemus terveydenhuollossa aiheutti pitkäkestoisia, ongelmallisia käyttäytymisen muutoksia noin puolella tutkituista lapsista (2). Aarre Salonen (2002) totesi, että lasten kita-ja nielurisaleikkauksen jälkeistä, noin viikon ajan esiintyvää kovaa kipua ei lääkitty riittävästi (3). Käytettäessä ennakoivaa kipulääkitystä käyttäytymishäiriöt vähenivät (3).

Kivun arviointi

Kivun arvioiminen ja kirjaaminen ovat kivun hyvän hoidon perusta. Lapsilla kivun arvioiminen ja kipulääkkeen tehon mittaaminen on vaikeaa. Suuren osan lapsen akuutista kivusta vanhemmat hoitavat kotona. Äiti pystyy useim-

Taulukko 1. Parasetamolin annostelu lapsilla.

Ikä	Antoreitti	Annos/lataus/ ylläpito, mg/kg	Antoväli/h	Enimmäisannos mg/kg/vrk 48 h
28-32 rv	i.v.	20/10	12	
	p.o	20/10–15	8–12	30
	p.r.	20/15	8–12	
32-44 rv	i.v.	20/10	6	40
	p.o	10–15	6	60 Jatko 50
	p.r	30/20	8	60 Jatko 50
>1 kk	i.v.	20/15	6	60
	p.o	20/15	4	90 Jatko 60
	p.r.	40/20	6	90 Jatko 60
>50 kg	p.o, i.v.	1 g	6	4 g

miten arvioimaan luotettavasti pienen lapsen kipulääkkeen tarpeen. Kuten aikuisilla myös isommilla lapsilla oma ilmoitus kivun voimakkuudesta on kivun ensisijainen arviointi ja mittausmenetelmä. Lapsille on laadittu erilaisia kipumittareita, joilla kivun voimakkuutta voidaan konkretisoida. Tunnetuimpia kipumittareista lienevät kipukiila ja kasvoasteikko. Kipukiila on validoitu yli 8-vuotiaille lapsille ja kasvoasteikko 4–12-vuotiaille lapsille. Kasvoasteikossa on yleensä viidet kasvot, joiden ilmeet vaihtelevat iloisesta hyvin surulliseen. Mittarin kääntöpuolella on numeerinen asteikko, josta hoitaja valitsee arvon (4). Käytännön työssä kasvoasteikon on todettu kuvastavan monesti enemmän lapsen kokonaisvaltaista oloa kuin kipua. Aivan pienillä lapsilla tai esimerkiksi uneliailla lapsilla kivun voimakkuuden arviointi perustuu tarkkailijan arvioon. Uudessa lastensairaalassa on käytetty Eeva-Liisa Maunukselan kehittämää asteikkoa, jossa kivunarvio perustuu lapsen käyttäytymiseen, fysiologisiin suureisiin sekä ilmeisiin ja eleisiin (5). Lisäksi huomioidaan ihon väri, kosteus ja lämpö sekä hengitystapa.

Kipulääkkeet

Parasetamoli on peruskipulääke alle kolmen kuukauden ikäisille lapsille. Parasetamolin eliminaatio on vastasyntyneillä lähes yhtä nopeaa kuin aikuisilla, mutta lääkkeen eliminaatioreitti on poikkeava. Parasetamoli imeytyy hyvin ohutsuolesta (63–90 %), jonka takia parasetamoli on mahdollisuuksien mukaan pyrittävä antamaan suun kautta esimerkiksi leikkauspotilaille esilääkkeen yhteydessä käyttämällä esimerkiksi suussa liukenevia parasetamolitabletteja. Peräsuolesta imeytyminen on hidasta ja epätäydellistä (24–90 %). Koska lapset kokevan peräsuoleen annetun kipulääkityksen loukkaavaksi, peräsuoleen annostelua tulisi käyttää vain tilanteissa, joissa muuta antoreittiä ei ole käytettävissä. Parasetamolista on käytössä myös laskimoon annettava valmiste. Parasetamolin analgeettisia pitoisuuksia ei tiedetä, mutta 10–20 µg/ml alentaa kuumetta tehokkaasti. 10–15 mg/kg parasetamolia suun kautta annettuna saa aikaa tällaisen pitoisuuden noin puolessa tunnissa ja 40 mg/kg peräsuoleen annettuna noin 2–3 tunnin kuluttua. Annettaessa parasetamolia 15 mg/kg laskimoon, korkein parasetamolipitoisuus (18 mg/l) aivoselkäydinnesteessa saavutettiin 57 minuutin kuluttua (6). Koska parasetamolin puoliintumisaika on vastasyntyneillä tavallista pidempi, heitä hoidettaessa tulee joko pienentää annosta tai pidentää antoväliä (Taulukko 1). Annettaessa parasetamolia toistuvina annoksina on huomioitava yliannoksesta aiheutuvan maksavaurion mahdollisuus. Erityisen herkkiä maksavauriolle ovat virusinfektion takia kuumeiset, hypovoleemiset tai dehydroituneet ja kriittisesti sairaat lapset. Koska parasetamoli estää prostaglandiinin synteesiä pääasiassa keskushermostossa, siltä puuttuvat muiden tulehduskipulääkkeiden perifeeriset haittavaikutukset.

Tulehduskipulääkkeet (NSAID) ovat parasetamolin ohella tärkeitä yli 3 kuukauden ikäis-

Taulukko 2. Tulehduskipulääkkeiden (NSAID) annostelu lapsilla.

Lääke	Kerta-annos mg/kg	Vrk annosten lukumäärä	Annosreitti
Ibuprofeeni > 3 kk	10–15	3–4 (max 60 mg/kg/vrk)	po./pr.
Ketoprofeeni > 6 kk	1–2	3	po./pr.
Naprokseeni > 6 kk	5	2 (max 10 mg/kg/vrk)	po.
Dexketoprofeeni (Ketesse) > 6 kk	0,5–1	2	i.v.

ten lasten lievän tai kohtalaisen kivun hoidossa. Lapsilla on tutkittu ketorolaakin, ketoprofeenin, naprometiinin, piroksikaamin, ibuprofeenin ja diklofenaakin farmakokinetiikkaa. Näiden eliminaation puoliintumisajat ovat samaa luokkaa kuin aikuisilla (7). Tulehduskipulääkkeet imeytyvät ruuansulatuskanavasta lähes täydellisesti, joten ne annetaan mieluiten suun kautta. Laskimoon annetuista tulehduskipulääkkeistä Suomessa on parhaiten tutkittu ketoprofeiinia (8). Se on todettu turvalliseksi myös toimenpiteissä, joihin liittyy verenvuotoriski (3). Tulehduskipulääkkeiden annossuositukset on esitetty taulukossa 2. Kun tulehduskipulääkkeitä on annettu yhdessä opioidin kanssa, on todettu opioidin kulutuksessa 30–40 % vähentävä vaikutus (7). Asetyylisalisyylihappoa ei suositella lasten ensisijaiseksi kipu-ja kuumelääkkeeksi siihen liittyneen Reyen enkefalopatian takia. Cox-2-selektiivisistä tulehduskipulääkkeistä ei ole toistaiseksi kokemuksia lapsilla. Tulehduskipulääkkeiden vasta-aiheita ovat munuaisten tai maksan vajaatoiminta, verenvuototaipumus, hypovolemia ja dehydraatio. Tulehduskipulääkkeet ovat yleensä vasta-aiheisia astmaatikoille, koska ne voivat aiheuttaa bronkusobstruktion- erityisesti lapsille, jotka ovat allergisia asetyylisalisyylihapolle. Lisäksi herkkiä ovat lapset, joilla astmaan liittyy nuha ja nenäpolyypit. Kaikki tulehduskipulääkkeet ovat vasta-aiheisia, jos potilas on saanut jostakin niistä vakavan astmaattisen reaktion. Astmaa sairastavan lapsen vanhemmilta kannattaa kysyä aikaisempia kokemuksia tulehduskipulääkkeiden käytöstä ja tarkkailla lääkettä annettaessa mahdollisten yliherkkyysoireiden ilmenemistä (1). Tulehduskipulääkkeiden on todettu eläinkokeissa huonontavan luun paranemista ja niiden käyttöä esimerkiksi skolioosileikkauksen jälkeisen kivun hoidossa on rajoitettu (1). Lapsilla gastrointestinaaliset haittavaikutukset ovat harvinaisempia kuin aikuisilla. Tulehduskipulääkkeiden vaikutus terveisiin munuaisiin on vähäinen kunhan riittävästä juomisesta huolehditaan.

Parasetamolin ja tulehduskipulääkkeen yhteiskäyttö. Käyttämällä yhdessä kahta lääkeainetta, joilla on erilainen vaikutusmekanismi, voidaan saavuttaa additiivinen kipua lievittävä vaikutus ja siten vähentää opioidin kulutusta. Antamalla kahta lääkeainetta pystytään myös antamaan kipulääkettä säännöllisesti 4–6 tunnin välein ja näin ennakoida kivun paheneminen ennen seuraavaa kipulääkeannosta. Lasten ja nuorten sairaalassa tehdyn tutkimuksen mukaan parasetamolin ja ketoprofeenin yhdistelmä osoittautui tehokkaaksi nimenomaan luuhun kohdistuvien leikkausten yhteydessä (9).

Heikoista opioideista kodeiinii on tarkoitettu akuutin kivun hoidossa vain yli 12-vuotiaille lapsille. Sitä ei suositella alle 18-vuotiaille, joille tehdään risaleikkaus obstruktiivisen uniapnean hoitamiseksi.Kodeiini on aihiolääke ja sen aktiivisen metaboliitin, morfiinin määrä on vaihteleva ja huonosti ennustettava. Myös toinen käytössä oleva heikko opioidi, tramadoli, on aihiolääke. Sen käyttöä ei ole toistaiseksi rajoitettu mutta sitä tulee käyttää pienimmällä vaikuttavalla annoksella mahdollisimman lyhyen ajan. Tramadolia käytetään enintään keskivaike-

Kuva 1. Kivun itsehoito käytännössä.

an kivun hoidossa esimerkiksi välittömän postoperatiivisen vaiheen jälkeen. Tramadolin etuna on mahdollisuus annostella suun kautta; lääkettä on saatavissa nestemäisenä ja tabletteina. Tramadolin yleisin haittavaikutus on erityisesti laskimonsisäiseen antoon liittyvä pahoinvointi ja oksentelu. Muita haittavaikutuksia ovat päänsärky ja sekavuus. Tramadolia ei suositella alle kuuden kuukauden ikäisille lapsille.

Vahvoja opioideja käytetään kaiken ikäisten lasten kohtalaisen tai kovan kivun hoidossa. Useimmiten opioidit annetaan toistuvina laskimonsisäisinä boluksina mutta niitä voidaan antaa myös jatkuvana infuusiona tai isommille lapsille itsehoitopumpulla. Opioideja voidaan antaa laskimonsisäisesti turvallisesti myös vuodeosastolla kun potilasta seurataan asianmukaisesti. Välittömän postoperatiivisen vaiheen jälkeen voidaan opioideja siirtyä antamaan suun kautta. Opioidien pelätyin haittavaikutus on hengityslama. Tämä täytyy huomioida erityisesti vastasyntyneitä hoidettaessa. Alle seitsemän vuorokauden ikäisiä lapsia tulee seurata tehovalvonnassa 12 tuntia opioidiboluksen jälkeen. Muut opioidien merkittävät haittavaikutukset ovat pahoinvointi, oksentelu, kutina ja ummetus.

Morfiini on lapsilla eniten tutkittu ja käytetty opioidi. Akuutin kivun hoidossa morfiinia annetaan laskimoon 0,05–0,1 mg/kg kerta-annoksena. Vuodeosastolla annos 0,05 mg/kg voidaan toistaa tarvittaessa tunnin välein. Suun kautta morfiinista imeytyy vain 25–40 %, joten annos suun kautta on 0,3 mg/kg.

Oksikodonin käyttö on lisääntymässä lapsilla, varsinkin kun markkinoille on tullut suun kautta otettavia valmisteita, jotka sopivat myös lapsille. Lapsilla oksikodonin biologinen hyötyosuus on vaihdellut 10–58 % välillä (keskiarvo 37 %) (10). Oksikodonilla on opioidien yleiset haittavaikutukset. Se kuitenkin vapauttaa histamiinia vähemmän ja saattaa aiheuttaa vähemmän pahoinvointia, oksentelua, väsymystä ja keskushermoston kiihtymisoireita kuin morfiini. Oksikodonia annetaan laskimoon 0,05–0,1 mg/kg ja suun kautta 0,25 mg/kg vastaavin välein kuin morfiinia.

Morfiinia tai oksikodonia voidaan antaa jatkuvana infuusiona 10-30 µg/kg/h, jolloin saadaan riittävä analgesia ilman vakavia haittavaikutuksia. Opioidi-infuusio edellyttää hengityksen huolellista seuraamista ja tulee kyseeseen yleensä teho-osastolla. Kivun itsehoito pumpulla soveltuu suurten leikkausten jälkeen kouluikäisille lapsille (11)(Kuva 1). Pumppu antaa lapselle mahdollisuuden ottaa itse morfiinia tai oksikodonia tarpeensa mukaan. Kun lapsi ottaa itse lääkettä, vakavia haittavaikutuksia ei pääse syntymään, koska ensimmäinen haittavaikutus on uneliaisuus, eikä nukahtanut lapsi kykene ottamaan lisää opioidia. Itsehoitopumpussa opioidin kerta-annos on 25 µg/kg. Lukitusaika on tavallisesti 8–10 minuuttia ja neljän tunnin maksimiannos 300 µg/kg.

Puudutukset

Ennen laskimokanyylin asennusta, verinäytteen tai selkäydinnestenäytteen ottoa iho kannattaa puuduttaa paikallispuudutusvoiteella- joko lidokaiinin ja prilokaiinin seoksella (Emla) tai ametokaiinia sisältävällä voiteella (Ametop). Hyvän puudutuksen aikaansaamiseksi Emlan tulee vaikuttaa vähintään tunnin ja Ametopin 30 minuuttia. Leikkauksen jälkeisen kivun hoidossa erilaiset paikallis-tai johtopuudutukset ovat suositeltavia. Yhdessä säännöllisesti annettavien särkylääkkeiden kanssa saadaan näin aikaan hyvä kivunlievitys useimpien toimenpiteiden jälkeen. Leikkaushaavan reunat kannattaa infiltroida puudutusaineella. Ympärileikkauksen jälkeen kivun hoitoon sopii hyvin siittimen puudutus. Isompien urologisten leikkausten kivunhoitoon soveltuu sakraalipuudutus (kaudaalipuudutus). Isompien leikkausten kuten torakotomioiden ja laparotomioiden sekä monitasokirurgisten ortopedisten toimenpiteiden yhteydessä käytetään joko torakaalista tai lumbaalista epiduraalista vyöhykepuudutusta. Viime aikoina ultraääniavusteisesti laitettujen perifeeristen puudutusten määrä on lisääntynyt myös lapsilla. Näitä ovat esimerkiksi yläraajan hartiapunospuudutukset, vatsanalueen quadratus lumborum-puudutus sekä reisi- tai lonkkahermon puudutukset alaraajaleikkauksia varten.

Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät

Lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä voivat olla hyödyllisiä kivuliaissa toimenpiteissä. Näitä ovat huomion kiinnittäminen muualle mielikuvaleikeillä, rentoutuksella, katselemalla videoita tai kuuntelemalla musiikkia (12). Vauvoille on annettu suuhun vahvaa sokeriliuosta ennen verinäytteen ottoa.

Krooninen kipu lapsilla ja nuorilla

Lapsilla ja nuorilla esiintyvät krooniset kivut ovat erilaisia kuin aikuisilla. Pitkäaikaisia kipuja esiintyy kroonisten perussairauksien kuten reuman ja syövän yhteydessä. Lisäksi syövän yhteydessä voi esiintyä merkittäviä kipuja tutkimuksien ja hoitojen seurauksena. Neuropaattisia kipuja voi esiintyä vammojen ja leikkauksien seurauksena, esimerkiksi CRPS:aa (complex regional pain syndrome) ja aavesärkyä. Lapsilla esiintyviä toistuvia kiputiloja ovat migreeni (1–37 %) ja muut päänsäryt, vatsakivut (6–15 %), alaraajojen kasvukivut (4–34 % sekä kuukautiskivut. Lisäksi lapsilla voi esiintyä epäspesifisiä kipuja kuten tuki-ja liikuntaelimistön kipuja. Niskakipu on yleistä 9–12-vuotiailla ja iän myytä siitä kärsivien määrä lisääntyy.

Uudessa lastensairaalassa toimii moniammatillinen kipupoliklinikka, jonne pitkittyneestä kivusta kärsiviä lapsia ja nuoria voi lähetteellä ohjata hoitoon.

Lasten ja nuorten pitkittyneen kivun hoidon perusta ovat lääkkeettömät hoidot kuten fysioterapia. Psykologiset menetelmät voivat olla tehokkaita mutta niiden näyttö pitkäaikaisesta hoidosta puuttuu (13). Lasten ja nuorten pitkäaikaisesta kipulääkkeiden käytöstä on vähän tutkittua tietoa. Tästä syystä heitä joudutaan hoitamaan usein lääkkeillä, joilla ei ole käyttöaiheita lasten kivun hoitoon tai joilla ei ole myyntilupaa lapsilla.

Kuten akuutissa kivussa hoito voidaan aloittaa parasetamolilla tai tulehduskipulääkkeellä tai näiden yhdistelmällä. Opioidihoidon indikaatio on ainoastaan syöpäkipu ja saattohoitoon liittyvä kipu. Amitriptyliinin ja muiden masennuslääkkeiden käytössä lapsilla ja nuorilla on huomioitava että niiden käyttöön on tässä ikäryhmässä liittynyt itsemurhayrityksiä ja-ajatuksia sekä vihamielisyyden lisääntymistä 14). Myöskään gabapentiinint tai pregabaliinin tehoa ja turvallisuutta lasten kivunhoidossa ei ole osoitettu. ■

Kirjallisuutta:

1. Kokki H. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for postoperative pain: a focus on children. Paediatr Drugs 2003; 5: 103-123.
2. Kotiniemi L. Day-case anaesthesia in children. A follow-up of behavioral changes and postoperative symptoms. Väitöskirja. Oulun yliopisto, 1997.
3. Salonen A. Ketoprofen in tonsillectomy and adenoidectomy with special reference to the effects of surgical time, postoperative pain, adverse effects and recovery after surgery. Väitöskirja. Kuopion yliopisto, 2002.
4. Vehviläinen-Julkunen K, Pietilä AM, Kankkunen P. Kansainvälisten kipumittarien käyttö lasten kivun arvioinnissa hoitotyössä. Hoitotiede 1999; 11: 263-271.
5. Maunuksela EL, Olkkola KT,Korpela R. Measurement of pain in children with self-reporting and behavioral assessment. Clin Pharmacol Ther 1987; 42:137-141.
6. Kumpulainen E, Kokki H, Halonen T, et al. Paracetamol (Acetaminophen) penetrates readily into the cerebrospinal fluid of children after intravenous administration. Pediatrics 2007:119;766-769.
7. Maunuksela EL, Olkkola KT. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs in pediatric pain management. Kirjassa schehter NI, Nerde CB, Yaster M, toim. Pain in infants, children and adolescents, 2.painos. Baltimore: Williams and Wilkins 2001, s. 171-180.
8. Kokki H. Ketoprofen. Paediatr Drugs 2010; 12: 313-329.
9. Hiller A, Meretoja O, Korpela R, et al. Analgesic efficacy of acetaminophen, ketoprofentheir combination for pediatric surgical patients having soft tissue or orthopedic procedures. Anesth Analg 2006, 102:1365-1371.
10. Hiller A. Lapsen kivun lääkehoito ja akuutti kipu. Kirjassa Kalso E, Haanpää M, Hamunen K, Kontinen V, Vainio A, toim. Kipu. 4. painos. Duodecim, 2018, s.506-517.
11. Meretoja O, Korpela R, Dunkel P. Lapsikin pystyy leikkauksen jälkeisen kivun itsehoitoon. Suom Lääkäril 1990; 45: 2630-2633.
12. Pölkki T, Pietilä A-M, Vehviläinen-Julkunen K, ym. Lasten postoperatiisen kivun lievitys: interventiona mielikuvaretkiäänite. Suom Lääkäril 2005; 60: 3965-3968.
13. Hetrick SE, Mckenzie JE, Cox GR ym. Newer generation antidepressants for depressive disorders in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev 2012; (11), CD004851.
14. Eccleston C, Palermo TM, Williams AC ym. Psychological therapies for the management of chronic and recurrent pain in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev 2014; (5)CD003968.

Kehitysvammaisen henkilön kipu

Maria Arvio
LKT, kehitysvammalääketieteen työelämäprofessori, lastenneurologian erikoislääkäri
Päijät-Hämeen Hyvinvointikuntayhtymä, Lahti; Kliininen Genetiikka, Turun Yliopistollinen sairaala; PEDEGO, Oulun Yliopistollinen sairaala ja KTO-Varsinais-Suomen erityishuoltopiiri

Kehitysvammaiset henkilöt muodostavat suurimman yksittäisen vammaisryhmän. Autismikirjoon lukeutuvilla ja kommunikaatiokyvyttömillä henkilöillä kipu ilmenee usein käytöksen muutoksena. Kivun taustasyyn selvittely on usein haastavaa ja on tehtävä huolellisesti potilasta tutkien ja läheisiä henkilöitä haastatellen. Kehitysvamman taustasyyn tunteminen auttaa diagnostiikassa, koska eri oireyhtymiin liittyy tiettyjä terveyspulmia. Kivun hoidossa toimitaan yleisten periaatteiden mukaisesti.

Kehitysvammaiset ovat suurin yksittäinen vammaisryhmä. Länsimaissa ja myös suomalaistutkimusten perusteella noin 1 % väestöstä on kehitysvammaisia ja noin 3 %:lla on eriasteisia neurologisia erityisvaikeuksia, kehityshäiriöitä tai oppimiseen liittyviä ongelmia.

Kehitysvammaa pidetään ehkä korostuneesti lapsia ja nuoria koskevana, mutta neljä viidestä kehitysvammaisesta on aikuisikäisiä, koska vamma on pysyvä.

Kehitysvammainen on henkilö, jonka kehitys tai henkinen toiminta on estynyt tai häiriintynyt synnynnäisen tai kehitysiässä saadun sairauden, vian tai vamman vuoksi. ICD10 (F70-F79) esittää kriteerit, joiden mukaisesti henkilölle voidaan asettaa kehitysvammadiagnoosi. Kriteereitä on kolme ja ne ovat

1. henkilön älykkyysosamäärä jää alle 70 psykologin suorittamassa tutkimuksessa
2. henkilön adaptiiviset (käsitteelliset, sosiaaliset ja käytännölliset taidot) eivät vastaa ikäodotuksia
3. vamma on ilmennyt kehitysiässä.

Selkokielellä sanottuna kehitysvamma ilmenee ymmärryksen alueella, kehitysvammaisen on tavallista vaikeampi oppia uusia asioita, vaikeampi soveltaa aiemmin oppimaansa uusissa tilanteissa ja vaikeampi itsenäisesti hallita elämäänsä. Kehitysvamma ilmenee laaja-alaisena, käytännössä kehitysvammaisen henkilön sosiaaliset taidot, kielelliset taidot, älylliset taidot, omatoimisuustaidot, motoriset taidot, tarkkaavaisuus ja hahmottamiskyky ovat heikommat kuin vammattoman ikätoverin.

Kehitysvamma on oire aivojen kuorikerroksen toiminnanhäiriöstä ja kehitysvamman taustalla on joko geneettinen ja/tai hankinnainen syy. Kehitysvammaiset keskenään ovat hyvin heterogeeninen ryhmä sekä vamman taustasyyn, vaikeusasteen ja liitännäisoireiden suhteen. Suurin taustasyyn suhteen yhtenäinen ryhmä ovat Down henkilöt. He edustavat 10–15 % kaikista kehitysvammaisista, loput 85–90 % jakaantuvat lukuisiin eri etiologiin alaryhmiin. Kehitysvammat jaetaan vaikeusasteen perusteella lieviin (levis, ÄO 50–70), keskivaikeisiin (moderata, ÄO 35–49), vaikeisiin (gravis, ÄO 20–34) sekä syviin (profunda, ÄO alle 20). Lievästi ja keskivaikeasti kehitysvammaiset osaavat yleensä kuvata oireitaan.

Vamman vaikeusasteen kohotessa lisääntyy

liitännäisongelmien ja terveysongelmien määrä siten, että vaikeasti tai syvästi kehitysvammaisista vain yhdellä kymmenestä ei ole liitännäisvammoja tai -sairauksia. Suomalaistutkimuksen mukaan vaikeasti ja syvästi kehitysvammaisista

- 60 %:lla on puhevamma (rajoittunut kyky ilmaista itseään tai ymmärtää puhetta)
- 50 % sairastaa epilepsia
- 35 %:lla on jonkin asteinen liikuntavamma tai -rajoite
- 22 %:lla on psykiatrinen häiriö
- 15 %:lla autistisia piirteitä ja käyttäytymisongelmia
- 11 %:lla asteittain vaikeutuva taudinkuva
- 7 % on sokeita
- 2 % on kuulovammaisia.

Aistivammojen todellinen osuus lienee suurempi, koska aikuisikäisille, vaikea-asteisesti vammaisille ei ole tehty asianmukaisia kuulo- ja näkötutkimuksia.

Monivammaisuuteen liittyy edellä mainittujen liitännäisten ohella hyvin usein

- ruoansulatus- ja hengitysteitten toiminnallisia oireita
- tuki- ja liikuntaelinten rakenteellisia poikkeavuuksia
- iho-ongelmia.

Kehitysvammaisten varsinkin autismikirjoon lukeutuvien henkilöiden käytösoireita hoidetaan yleisesti psyyken lääkkeillä. Kehitysvammaisen henkilön käytös voi muuttua asteittain tai nopeasti ja ennen psyyken lääkkeen aloitusta on syytä selvittää, voiko oireen taustalla olla somaattinen kipu. Kivuliaisuuden ja kivun sijainnin voi usein päätellä olemuksesta ja käyttäytymisestä, mutta usein joudutaan arvailemaan ja etenemään yleisiä vaivoja poissulkien. Tavalliset asiat kannattaa pohtia ensin. Eri kehitysvammaoireyhtymät ovat tiettyjen sairauksien riskitekijöitä ja vamman taustasyyn tunteminen auttaa usein käytös- tai kipuoireen selvittelyssä.

Taulukkoon 1 (s. 24–25) on koottu sairauksia, jotka kannattaa pitää mielessä potilaan tilan selvittelyssä. Ensisijaisen tärkeää on kiireetön lääkärin tutkimus, jossa

- iho, ihon aukot, taipeet, varpaiden välit, takamus ja sukuelimet tarkistetaan
- potilas palpoidaan huolellisesti
- tuseerausta ei unohdeta
- neurologinen status tehdään mahdollisuuksien mukaan.

Lähi-ihmisillä saattaa olla epäilyjä, jotka huomioidaan. Kipulääkekokeilu on helppo toteuttaa, mutta on muistettava, että huonon vasteen taustalla voi olla kipulääkkeen haitta esimerkiksi närästys. Tällaisessa tilanteessa kipulääkeannoksen nosto vain pahentaa potilaan vointia.

Kirjallisuutta:

Arvio M, Aaltonen S. Kehitysvammainen potilaana. Duodecim 2011.

Rubin IL & Crocker AC. Medical care for children & adults with developmental disabilities: Baltimore: Brookers Publishing Company, 2006.

Arvio M, Sillanpää M.Prevalence, aetiology and comorbidity of severe and profound intellectual disability in Finland. J Intellect Disabil Res. 2003 Feb;47(Pt 2):108-1

Taulukko 1. Mitä kannattaa pohtia, kun kommunikaatiokyvyttömän henkilön käyttäytyminen muuttuu ja epäillään kivuliaisuutta.

Epäilty syy	Taustaa	Ensi vaiheen toimenpide	Toisen vaiheen toimenpide
Aliravitsemus, vajaaravitsemus	Aliravitsemus voi haitata paitsi monivammaista jäykistelijää (jota hoitaja syöttää) myös hyvin liikunnallista henkilöä (pakkokävelijät).	Ruoan tarjoaminen vapaasti kokeiluluonteisesti parin viikon ajan. Selvästi alipainoisen henkilön energiamäärän lisäys. Seerumin prealbumiinin määritys. Pitkän yön yli paaston välttäminen.	Ravitsemusterapeutin konsultointi.
Akuutti silmäongelma, iriitti tai glaukooma	Moniin geneettisin oireyhtymiin liittyy silmäongelmia	Silmän tarkistaminen luupin ja valon avulla	Silmälääkärin konsultointi
Anemia	Saattaa kehittyä hitaasti ja oireilla viiveellä.	Anemian syyn selvittely: keliakia, vuoto esimerkiksi ruoansulatuskanavassa, raudanpuute	Anemian syyn mukainen hoito. Raudan puutteen korjaaminen.
GER, helikobakteeri-infektio	Ovat hyvin yleisiä vaivoja.	Happosalpaaja, lääkehoitokokeilu muutamaksi viikoksi, asentojen vaihtelu monivammaisella. Helikobakteeri-infektion osoittaminen laboratoriotutkimuksen avulla. Makuuasennossa olon vähentäminen.	Helikobakteerin häätö. Tähystystutkimus vaatii anestesian ja sen riskit huomioitava ennen tutkimusta.
Epileptinen häiriö	Epilepsia voi oireilla monin eri tavoin ja muuttaa muotoaan. Sensoriset kohtaukset eivät näy päällepäin.	Lääkärin konsultointi on paikallaan.	Pitkäaikainen EEG-rekisteröinti, joka havainnoi kaikkia vireystiloja.
Hampaat, suu, nielu	Ruoasta kieltäyminen, joskus paha haju herättää epäilyn suun seudun tulehduksesta	Suun ja nielun tähystäminen.	Lääkärin ja hammaslääkärin tarkistus
Hypotyreoosi	Kilpirauhasen vajaatoiminta liittyy moniin kehitysvammaoireyhtymiin ja ilmetä monin tavoin	Laboratoriotutkimuksina määritetään kilpirauhasen toimintakokeet.	Lääkärin määräämä tyroksiinihoito
Ihovaurio varpaiden välissä, pakaravaossa, kynsivallintulehdus	Jalkaterien poikkeava rakenne, nivelkontraktuurat, ylipainoisuus, vaipat, korsetti, tukikengät mutta myös aliravitsemus altistavat ihohautumille ja -vaurioille	Ihon tuuletus, suihkutus, rasvaus, puuterointi	Lääkehoito
Luunmurtumat	Osteoporoosi on yleisimpiä kehitysvammaisten somaattisia terveysongelmia	Tutkittavan huolellinen palpointi, ihon tarkastelu ja kipeiden paikkojen röntgenkuvaus.	Murtuman hoito sairaalassa, kipsaus tai leikkaus
Lääkkeen haittavaikutus	Monilääkitys on yleistä kehitysvammaisten keskuudessa jo nuorella iällä. Joskus haitat ilmenevät viiveellä.	Potilaan hyvin tunteva hoitaja arvioi asiantuntevan lääkärin kanssa nykylääkityksen edut ja haitat.	Lääkehoidon uudelleen suunnittelu
Neuropaattinen kipu, hermosärky	Kipu voi liittyä rakenteellisiin vikoihin, leikkausten jälkitiloihin tai yleissairauksiin.	Ensiavuksi kivuliaalla voi kokeilla kipulääkitystä.	”Täsmälääkkeen kokeilu”, gabapentiini, pregabaliini. ENMG-tutkimus ja muut erikoissairaahoidon selvittelyt.

Nivelluksaatiot	Sidekudos on monissa geneettisissä oireyhtymissä löysää. Aivovaurioihin liittyvä poikkeava lihasjänteys (spastisiteetti) vaurioittaa niveliä. Olkapäät ja lonkat ovat tyyppipaikat.	Röntgenkuvaus epäselvissä tilanteissa.	Korjaava hoito mikäli mahdollista.
Ruoka-aineallergiat	Ovat erittäin yleisiä ja todennäköisesti alidiagnosoituja kehitysvammaisten keskuudessa.	Dieetin sisällön pohtiminen, ajallinen yhteys käyttäytymiseen, dieettikokeilut. Makumieltymysten huomioiminen dieetissä.	Allergiatutkimukset
Ummetus	On kehitysvammaisten ”kansantauti”	Dieetin arviointi, riittävä nesteytys varsinkin jos runsaskuituinen dieetti, liikunnan lisääminen. Vatsan palpointi ja tuseeraus.	Makrogolilääkitys yksilöllisen annostelun mukaan. Peräruiskeilla suolen tyhjennys
Uniapnea	Ahtaat suun ja nielun rakenteet ovat tyyppioireita monessa kehitysvammaoireyhtymässä	Yöaikainen tarkkailu, mielellään videointi. Suun ja nielun tarkastaminen.	Erikoissairaanhoidon konsultointi
Vierasesine sieraimessa tai korvakäytävässä	Joillakin henkilöillä on tapana työntää kiviä tai muita pikkuesineitä kehon aukoista sisään.	Märkäinen erite korvasta tai sieraimesta voi olla vierasesineen aiheuttamaa.	Esine poistetaan mekaanisesti
Virtsaumpi	Keskushermostolääkkeet saattavat haittavaikutuksena vaikeuttaa virtsaamista.	Alavatsan palpointi hoikalla ja normaalipainoisella henkilöllä johtaa diagnoosiin. Katetrointi.	Virtsaummen syyn selvittely
Virtsatietulehdus	On yleinen vaiva	Virtsanäytteen otto voin onnistua punktoimalla helpommin kuin liimattavaan pussiin keräämällä	Antibioottihoito

Monikulttuurisuuden haasteet postoperatiivisen kivun hoidossa

Katri Rissanen
shAMK, TtM, Lehtori
Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu
Hyvinvoinnin koulutusala/
Terveysalan ja ensihoidon yksikkö

Monikulttuurinen yhteiskunta edellyttää hoitotyöntekijöiltä kulttuurisensitiivisen hoitotyön hallintaa, jotta kaikkia yhteiskunnan jäseniä pystytään hoitamaan laadukkaasti. Tässä artikkelissa kuvataan sairaanhoitajien kokemuksia monikulttuuristen leikkauspotilaiden postoperatiivisesta kivun hoidosta (1). Monikulttuuristen leikkauspotilaiden postoperatiivisen kivun hoidon onnistumisen kannalta keskeisin tekijä on kivun arviointi, joka alkaa potilaan kivun syyn selvittämisellä. Potilaan oma kertomus kivusta on kivun hoidon perusta, mutta sen ollessa ristiriidassa sairaanhoitajan näkemyksen kanssa ja epäiltäessä kivun todellisuutta, sairaanhoitajat turvautuivat havainnointiin ja työkokemuksensa perusteella hankkimaan tietoon. Turvallisuuden tunteen merkitys postoperatiivisen kivunhoidon osana korostuu. Kivun hoidon pohja on hyvällä lääkehoidolla, mutta tärkeinä kivun hoidon menetelminä monikulttuurisilla potilailla voidaan pitää myös luottamuksen saavuttamista ja tuttujen hoitomenetelmien käyttöä. Perheellä on suuri merkitys tämän potilasryhmän kivun hoidossa, sillä perhe kuvataan tiiviiksi yhteisöksi, joka käy yhdessä läpi koko sairaalajakson. Yhteisen kielen puuttuminen tuo ongelmia monikulttuurisia potilaita hoidettaessa. Se vaikuttaa tiedon jakamiseen ja väärinymmärryksiin sekä turvattomuuden tunteiden ja pelkojen lisääntymiseen. Sairaanhoitajat kokevat monikulttuuristen potilaiden hoidon yksilöllisesti työtä rikastuttavana tekijänä tai työtä hankaloittavana tekijänä. Tärkeänä pidettään sairaanhoitajan omaa avointa asennetta, jolla koetaan voivan vaikuttaa monikulttuuristen potilaiden postoperatiivisen kivun hoidon sujuvuuteen.

Maahanmuuttajien määrän kasvu suomalaisessa yhteiskunnassa on yksi terveydenhuollon haasteista, sillä sujuva monikulttuurinen dialogi edellyttää etnisten ryhmien ja valtaväestön erilaisuuden ymmärtämistä (2, 3, 4). Kulttuuri on yksi ihmisen yksilöllisyyteen vaikuttava osa, (2) jonka perusteella käsitykset esimerkiksi sairaudesta ja kivusta luodaan (3). Suomen lainsäädäntö ja terveydenhuollon eettiset ohjeet turvaavat potilaiden oikeuksia ja kieltävät syrjinnän, korostavat oikeudenmukaisuutta ja ihmisarvoa (5, 3).

Postoperatiivisen kivun hoidon haasteita ovat potilaiden erilaiset käsitykset kivusta ja kulttuurisidonnaiset tavat ilmaista kipua (6, 3, 7). Jokaisen potilaan kohdalla on muistettava kivun yksilöllisyys sekä asenteiden, ympäristön ja kulttuurisen taustan vaikutus kipukäyttäytymiseen ja mahdolliset ongelmat kommunikoida ja ilmaista kipua. Potilaan psyykkiset ja fyysiset ominaisuudet, leikkaukseen valmistautuminen sekä itse leikkaus vaikuttavat kivun kokemiseen. Kipu voi aiheuttaa monia fysiologisia muutoksia, jotka vaarantavat tai hidastavat potilaan toipumista. Postoperatiivisen kivunhoidon tutkimuksesta ja hoidon kehittymisestä huolimatta monet leikkauspotilaat kokevat yhä tarkoituksettoman kovaa kipua leikkauksen jälkeen. (8, 9, 10.) Monikulttuuristen potilaiden hoidossa kivunhoidon haastetta lisää kulttuu-

rien ja kommunikaation ongelmat sekä hoitohenkilökunnan asenteet maahanmuuttajia kohtaan (6, 11).

Tässä tutkielmassa monikulttuurisiksi potilaiksi käsitetään kaikki sellaiset potilaat, jotka eivät edusta sukujuuriltaan ja kulttuuriltaan suomalaista valtaväestöä vaikka ovatkin suomalaisia tai Suomen kansalaisia. Tässä tutkimuksessa kuvataan kirurgisten sairaanhoitajien kokemuksia monikulttuuristen leikkauspotilaiden postoperatiivisesta kivun hoidosta.

Menetelmät

Tutkielman tavoitteena on kuvata laadullisen aineiston avulla sitä, miten ja millaiseksi sairaanhoitajat kokevat eri kulttuuritaustaisten potilaiden postoperatiivisen kivun hoidon. Tietoa voidaan hyödyntää hoitotyön kehittämiseen. Tutkimuksen aineisto kerättiin yhden yliopistosairaalan kahdelta kirurgiselta vuodeosastolta haastattelemalla ortopedisen ja plastiikkakirurgisen osaston sairaanhoitajia, joilla oli kokemuksia monikulttuuristen potilaiden postoperatiivisesta kivun hoidosta. Haastatteluun osallistujat valittiin harkinnanvaraisella otannalla. (12.) Tutkimusta varten haastateltiin puolistrukturoitujen teemahaastattelujen avulla yhteensä 13 kirurgista sairaanhoitajaa, jotka työskentelivät tuona aikana kyseisillä osastoilla. Litteroitu haastatteluaineisto analysoitiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla (13).

Tulokset

Kirurgiset sairaanhoitajat kuvasivat monikulttuuristen potilaiden postoperatiivista kivunhoitoa moniulotteisesti tuoden esille siihen liittyvät erityispiirteet. Sairaanhoitajien haastatteluista nousi esille viisi keskeistä teemaa, jotka nimettiin seuraavasti: moniulotteisen postoperatiivisen kivun tunnistaminen, turvallisuus postoperatiivisen kivun lievittämisen lähtökohtana, perhe kivun muovaajana, yhteisen kielen puute sekä sairaanhoitajien kokemuksia ja asenteita kuvaava rikas ja raskas monikulttuurinen kivun hoito.

Moniulotteisen postoperatiivisen kivun tunnistaminen

Sairaanhoitajat kuvasivat onnistuneen postoperatiivisen kivun arvioinnin olevan vaikeaa silloinkin kun sekä sairaanhoitaja että potilas jakavat saman kulttuuritaustan ja kielen. Arvioinnin perustana pidettiin kykyä selvittää kivun syy. Leikkaus itsessään nimettiin kivun aiheuttajaksi, mutta muina keskeisinä kipua lisäävinä tekijöinä pidettiin pelkoa, joka aiheutuu muun muassa turvattomasta olosta, kivusta, tietämättömyydestä, kommunikaation haasteista, erosta perheestä, yksinäisyydestä ja vieraasta ympäristöstä. Myös erilaiset käsitykset intimiteetistä koettiin pelkoa aiheuttaviksi.

Kivun arvioinnin menetelmistä potilaan oma kertomus kivusta on sairaanhoitajien mukaan tärkein kivun arvioinnin mitta. Sairaanhoitajat toivat selkeästi esille sen, että potilaan kuvaus kivusta pitää uskoa, sillä vain potilas itse voi tietää oman kipunsa voimakkuuden. Potilaan kivun ilmaisun apuvälineinä käytettiin elekieltä, itse tehtyjä sanakirjoja, piirtämistä ja kipumittareita.

Osa sairaanhoitajista koki kipumittarit hyödylliseksi apuvälineiksi silloin kun yhteistä kieltä ei ollut, kun taas toiset käyttivät mittareita silloin kun yhteinen kieli oli ja mittari saatiin selitettyä. Käyttöön vaikutti siten sairaanhoitajan ja potilaan kielitaito. Sairaanhoitajat, jotka eivät milloinkaan käyttäneet kipumittareita monikulttuuristen potilaiden kivun arvioinnissa, perustelivat päätöstään sillä, että näillä potilailla on taipumus näyttää aina kovinta mahdollista kipua, eikä mittarista tällöin ole hyötyä.

Postoperatiivisen kivun kulttuurista johtuva erilainen ilmaisu koettiin merkittäväksi haasteeksi onnistuneelle kivunarvioinnille, koska

kipuviestien ymmärtäminen on vaikeampaa. Sairaanhoitajat toivat esille monikulttuuristen potilaiden tavan ilmaista kipuaan hyvin voimakkaasti sekä toisaalta tavan olla täysin kipua ilmaisematta. Voimakas ilmaisu liitettiin Afrikasta ja Lähi-Idästä kotoisin oleviin potilaisiin ja vaikeneminen aasialaisiin ja esimerkiksi suomalaisiin. Voimakasta kivun ilmaisua pidettiin opittuna osana kulttuuria, johon saattaa kuulua pienenkin kivun voimakas ilmaisu. Tällöin kivun ilmaisu saatettiin jättää huomiotta.

Kivun arvioinnissa ristiriitaa potilaan kertomuksen ja sairaanhoitajan arvioiman kivun välillä kuvattiin muun muassa tilanteissa, joissa vaikerointi loppuu kun hoitaja ei ole läsnä tai kun potilas käy itse suihkussa, mutta hoitajan läsnäollessa ei pysty toimimaan sängyssä ilman apua. Ristiriitaisissa tilanteissa sairaanhoitajat pyrkivät käyttämään useita arviointimenetelmiä ja painottivat kivun arvioinnin olevan monien asioiden summa. Havainnointia hyödynnettiin tarkkailemalla potilaan liikkumista, kehon kieltä, potilaan käytöstä, mittaamalla peruselintoiminnot ja tarkkailemalla toimenpidealuetta. Myös työkokemusta hyödynnettiin arvioitaessa kipua, millaista kipua kyseinen leikkaus yleensä aiheuttaa.

Turvallisuus postoperatiivisen kivun lievittämisen lähtökohtana

Turvallisuuden tunteen saavuttamista voidaan pitää lähtökohtana monikulttuuristen potilaiden postoperatiivisessa kivunhoidossa, sillä sairaanhoitajien kertomuksissa korostui moneen teemaan liittyen monikulttuuristen potilaiden kokemat pelot, turvattomuus ja tiedon tarve, jotka lisäsivät potilaiden kokemaa postoperatiivista kipua. Kun turvattomuuden tunnetta kyettiin lievittämään, koettiin potilaiden kivunkin hävinneen. Luottamuksen saavuttaminen pelkoja lieventämällä, läsnäololla ja tuttujen hoitomenetelmien, kuten kylmä- ja lämpöhauteet, käyttäminen yhdessä potilaan tai perheen kanssa helpotti hoitotyötä perinteisen lääkkeellisen kivun hoidon rinnalla.

Perhe postoperatiivisen kivun muovaajana

Perheen merkitys monikulttuuristen leikkauspotilaiden kivunhoidossa kuvattiin sairaanhoitajien kertomuksissa hyvin tärkeäksi. Sairaanhoitajien mukaan monikulttuurinen perhe on tiivis yhteisö. Perheenjäsenten läheisyyden kuvattiin mahdollistavan perheen suuren vaikutuksen potilaan postoperatiiviseen kipuun. Tiiviin perheen kuvattiin lievittävän potilaan kipua, koska perhe antoi läheisyyttä ja hoivaa. Perhe mahdollisti myös oman kielen puhumisen, kulttuuriin ja omaan ruokaan liittyvän tuttuuden. Toisaalta perheen koettiin saattavan lisätä postoperatiivista kipua. Tämän uskottiin johtuvan kulttuurisesta ilmaisusta, jonka mukaan potilaan kuuluu olla kipeä. Perheen luoman turvan arveltiin myös rohkaisevan potilasta kivun ilmaisuun, jolloin postoperatiivinen kipu näyttäytyi sairaanhoitajille voimakkaampana. Lisäksi sairaanhoitajat pohtivat kivun ulottumista koko perheen käsittäväksi ilmiöksi ja kuvasivat osastolla vierailevia omaisia sekä hoitoa helpottaviksi että hoitoa hankaloittaviksi.

Yhteisen kielen puute

Monikulttuurisia potilaita hoidettaessa yhteistä kieltä ei aina ole tai kielitaito on hyvin rajallinen. Tämä aiheuttaa monenlaisia haasteita potilaiden kivun arvioinnin ja hoidon onnistumiselle. Yhteisen kielen puuttumisen kuvattiin lisäävän potilaiden turvattomuutta ja väärinymmärryksiä, jotka vaikeuttivat potilaiden hoitoa. Ratkaisuna kielen tuomiin haasteisiin käytettiin tulkkausta jonka toteutti joku henkilökunnasta, omainen tai virallinen tulkki. Tulkkia pidettiin parhaana vaihtohtona. Omaisten toteuttamaan tulkkaukseen todettiin liittyvän ongelmia, koska potilaan kulttuuri voi rajoittaa

Shutterstock

eri sukupuolten ja ikäpolvien välistä viestintää. Tällöin ei voida olla varmoja tulkkauksen oikeellisuudesta. Yhteisen kielen puutteen kuvattiin aiheuttavan väärinymmärryksiä ohjeistusten sisäistämisessä sekä kommunikaation tulkintavirheitä, jotka ovat johtaneet syytöksiin rasismista haitaten luottamuksellisen hoitosuhteen jatkumista.

Rikas ja raskas monikulttuurinen kivun hoito

Monikulttuuristen potilaiden määrän kuvattiin lisääntyneen jatkuvasti ja tämän koettiin vaikuttaneen sairaanhoitajien työhön sekä työtä rikastuttavasti että työtä hankaloittavasti. Osa sairaanhoitajista ei kokenut monikulttuuristen potilaiden hoidon eroavan muiden potilaiden hoidosta mitenkään, mutta suurin osa kuvasi työtä haastavammaksi ja aikaa vieväksi ja pieni osa kuvasi työtä monikulttuuristen potilaiden parissa hyvin raskaaksi. Luottamuksen saavuttaminen ja kivun arvioinnin kuvattiin vievän eniten aikaa ja sen koettiin olevaan stressaavaa, etenkin silloin kun töissä on kiire. Sairaanhoitajat korostivat avointa asennetta ja ennakkoluulottomuutta monikulttuurisista potilaista kohtaan ja korostivat potilaiden yksilöllisyyttä. Vaikka potilaat olisivat samasta kulttuurista, ei heidän voida ajatella käyttäytyvän tai toimivan samoin. Valmiiden negatiivisten asenteiden kuvattiin tuomitsevan hoitosuhde etukäteen vaikeaksi ja haastavaksi. Osa hoitajista koki tämän potilasryhmän postoperatiivisen kivunhoidon kaikenkaikkiaan vaikeaksi ja turhauttavaksi. Haastatteluissa tuli esille suomalaisuuden korostaminen ja tausta-ajatus ”maassa maan tavalla”. Kaikki potilaaseen liittyvä erilaisuus koettiin raskaaksi eikä hoitoon tuntunut löytyvän aina voimavaroja.

Pohdinta

Tutkimuksen luotettavuus

Tämän tutkimuksen tutkimusprosessi on raportoitu tarkoin. (14). Tutkimukseen osallistujat valittiin laadulliselle tutkimukselle tyypillisesti harkinnanvaraisella otannalla (14). Tutkimukseen osallistui kaikkiaan kolmetoista (n=13) sairaanhoitajaa keväällä 2013, jotka haastateltiin esitestattua kirallisuuskatsaukseen perustuvaa haastattelurunkoa hyödyntäen. Haastatteluja ei ollut tarpeen jatkaa, koska aineisto saturoitui.

Tutkimuksen eettisyys

Tässä tutkimuksessa on sitouduttu hyvään tieteelliseen käytäntöön, joka vaikuttaa tutkimuksen eettiseen hyväksyttävyyteen, luotettavuuteen ja tulosten uskottavuuteen (15). Tutkimuksessa on huomioitu tutkimuksen kohteisiin liittyvät kysymykset ja tutkimukseen osallistuneiden itsemääräämisoikeutta ja vapaaehtoisuutta on kunnioitettu. Tämä tutkimus on raportoitu tutkimustuloksia sepittämättä ja muita tutkijoita kunnioittaen tarkkoja lähdeviitteitä käyttäen. (14.)

Tutkimustulosten tarkastelu

Kivun arvioinnin haasteet korostuvat monikulttuuristen potilaiden kivun hoidossa arvioinnin monikerroksisuudesta johtuen. Aikaa arvioin-

tiin kuluu enemmän. Kivun syyn henkisen ulottuvuuden tunnistaminen ja ymmärrys pelkojen vaikutuksesta hoitoon ovat tärkeitä, jotta luottamuksellinen hoitosuhde syntyy. Myös aiemmat tutkimukset (16) korostavat henkisen ulottuvuuden merkitystä onnistuneelle kivun arvioinnille. Pelkoihin liittyy kiinteästi tietämättömyys. Leikkauksen voidaan pelätä epäonnistuneen ja toisaalta liikkumisen aihuettaman kivun uskotaan turmelevan leikkaustuloksen. (17.) Tästä syystä potilaan huomioiminen, ajan antaminen ja tilanteen kartoitus ovat tärkeitä.

Kivun ilmaisun erilaisuus on yksi vastaanotettavista haasteista. Kivun voimakas ilmaisu liitetään usein Afrikasta ja Lähi-idästä kotoisin oleviin potilaisiin, vaikka näiden potilaiden omat kuvaukset kivun ilmaisusta ovat päin vastaiset (7, 11). Aiemmissakin tutkimuksissa kivun hoidon ongelmaksi on ilmennyt ristiriidat potilaan ja hoitajan arvioimassa kivussa, silloin kun potilaan kivun ilmaisu poikkeaa totutusta. Tällöin potilaan kivun hoito jää puutteelliseksi. Lisäksi virheitä kivun tai kivuttomuuden arvioinnissa on tapahtunut kun sairaanhoitaja ajattelee kipua ilmaistavan universaalilla yleisellä tavalla kippurassa silmät suljettuina. (6, 18.)

Sairaanhoitajien asenteet ovat ratkaisevassa roolissa monikulttuuristen potilaiden postoperatiivisessa kivun hoidossa. Ennakkoluulottomuus ja avoin, tasavertainen asenne kaikkia potilaita kohtaan takaa yksilöllisen ja hyvän hoidon. Vaikka aikaa tämän potilasryhmän hoito vie enemmän, johtuen muun muassa kommunikaation haasteista ja erilaisista tavoista kohdata ja ilmaista kipu, on se positiivinen haaste niille hoitajille, jotka näkevät nämä potilaat haavoittuvina ja erityistä hoivaa tarvitsevina. Vaikka haasteet tekevät kivun arvioinnista ja hoidosta vaikeampaa, koetaan se sen arvoiseksi. Toisaalta negatiiviset kokemukset, kiire ja ennakkoluulot tekevät monikulttuuristen potilaiden kivun hoidosta raskasta ja epämiellyttävää. Perhe nähtiin usein kivun hoitoa helpottavana tekijänä, mutta toisinaan se koettiin taakaksi (18). Ennakkoasenteet heijastuvat myös kipumittarin käyttöön. Mittaria ei käytetä, koska potilaan uskotaan näyttävän aina kovinta mahdollista kipua. Kipumittarin käyttöä on kuitenkin puolustettu vahvasti, vaikka tarkka numero ei todellinen olisikaan. Mittari näyttää jokatapauksessa kivun suunnan, kipunumero on helppo kirjata ja kirjattu kipu tulee todennäköisemmin hoidettu. (19.) Aiemmissa tutkimuksissa asenteet ja kokemukset monikulttuuriasia potilaita kohtaan ovat olleet saman kaltaisia (6, 18) ja muutos myönteisempään suuntaan tapahtuu vähitellen kun omia positiivisia kokemuksia syntyy ja monikulttuurisuuteen totutaan (20).

Tutkimuksen johtopäätökset

Tämän tutkimuksen perusteella voidaan esittää seuraavat johtopäätökset:

- Monikulttuuristen potilaiden postoperatiivinen kivun hoito vaatii sairaanhoitajalta tiedostettua kulttuurisensitiivisen hoitotyön hallintaa ja erilaisuuden hyväksymistä.
- Monikulttuuristen potilaiden postoperatiivinen kivun kokemus on kokonaisvaltaista ja muodostuu useista päällekkäisistä osista, jotka sairaanhoitajan on ymmärrettävä pystyäkseen toteuttamaan postoperatiivisen kivun vaatimaa hoitoa.
- Turvallisuuden tunteen luominen monikulttuurisille leikkauspotilaille on tärkeä osa postoperatiivista kivun hoitoa. Keskeisessä roolissa on potilaan luottamuksen saavuttaminen.
- Potilaan kertoman kivun uskominen on toisinaan ilmenevän ristiriitaisuutensa vuoksi vaikeaa, mutta luottamuksellisen vuorovaikutussuhteen ja postoperatiivisen kivun hoidon kannalta kivun uskominen on välttämätöntä.

- Kommunikaation vaikeus on suurin haaste monikulttuuristen potilaiden postoperatiivisessa kivun hoidossa. Haasteen luo yhteisen kielen puuttuminen ja erilaiset tavat ilmaista kokemuksia.
- Monikulttuuristen potilaiden kivun ilmaisu poikkeaa suomalaisten tavasta ilmaista kipua, jolloin sairaanhoitajan täytyy ymmärtää kipua voitavan ilmaista monin eri tavoin.
- Tieto erilaisten kulttuureiden olemassaolosta ja kulttuurin vaikutuksesta kommunikaatiotapoihin ja näkemykseen elämästä on tärkeää, jotta monikulttuurisia potilaita ymmärrettäisiin.
- Perheen tunnistaminen kiinteäksi osaksi potilaan elämää myös sairaalahoidon aikana helpottaa potilaan vointia.
- Sairaanhoitajat kokevat monikulttuuristen leikkauspotilaiden hoidon hyvin yksilöllisesti. Osa sairaanhoitajista kokee työskentelyn haasteet positiivisina työtä rikastuttavina tekijöinä, kun taas osa sairaanhoitajista kokee haasteet rasitteeksi ja työtä vaikeuttaviksi. ■

Kirjallisuutta:

1. Rissanen K. 2013. Sairaanhoitajien kuvauksia monikulottuuristen potilaiden postoperatiivisesta kivun hoidosta. Pro Gradu. UEF. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20130540/urn_nbn_fi_uef-20130540.pdf Luettu 6.9.2019.
2. Henley A & Schott H. 2003. Culture, Religion and Patient care in a Multi- Ethnic Society- a Handbook for Professionals. Age Concern England, Lontoo.
3. ETENE. 2005. Monikulttuurisuus Suomen terveydenhuollossa.Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 5. kesäseminaari. Sosiaali- ja terveysministeriö. Yliopistopaino, Helsinki.
4. Abdelhamid P, Juntunen A & Koskinen L. 2010. Monikulttuurinen hoitotyö. 1. painos. WSOY, Helsinki.
5. Suomen perustuslaki 731/1999.
6. Fenwick C & Stevens J. 2004. Postoperative pain experiences of Central Australian aborginal women. What do we understand? Australian Journal of Rural Health 12, 22-27.
7. Finnström B & Söderhamn O. 2005. Conceptions of pain among Somali women. Journal of Advanced Nursing 54(4), 418-425.
8. Apfelbaum J.L, Chen C, Mehta S.S & Tong J.G. 2003. Postoperative pain experience: Results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. Anesthesia and Analgesia, 97, 534-540.
9. Büyükyilmaz F E & Asti T. 2010. Postoperative pain characteristics in Turkish orthopedic patients. Pain Management Nursing 11(2), 76-84.
10. Lorentzen V, Hermansen I L &Botti M. 2012. A prospective analysis of pain experience, beliefs and attitudes, and pain management of a cohort of Danish surgical patients. European Journal of Pain 16, 278-288.
11. Ness S M. 2009. Pain expression in the perioperative period: insights from a focus group of Somali women. Pain management Nursing 10(2), 65-75.
12. Kylmä J & Juvakka T.2007. Laadullinen terveystutkimus. 1. painos. Edita, Helsinki.
13. Kyngäs H & Vanhanen L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 11(1), 3-11.
14. Kankkunen P & Vehviläinen-Julkunen K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1. painos. WSOY, Helsinki.
15. Tutkimuseettinen neuvottelukunta TENK 2011. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. http://www.tenk.fi/hyva_tieteellinen_kaytanto/kaytanto.html. Luettu 5.8.2012.
16. Richards J & Hubbert AO. 2007. Experiences of expert nurses in caring for patients with postoperative pain. Pain Management Nursing 8(1), 17-24.
17. Wong EM-L & Chan SW-C. 2009. The pain experience and beliefs of Chinese patients who have sustained a traumatic limb fracture. Journal of Orthopaedic Nursing 13, 70-77.
18. Nielsen B & Birkelund R. 2009. Minority ethnic patients in the Danish healthcare system – a qualitative study of nurses' experiences when meeting minority ethnic patients. Scandinavian Journal of Caring Science 23, 431-437.
19. Wickström K, Nordberg G, Johansson F G & Sjöström B. 2008. Postoperative pain management – the influence of surgical ward nurses. Journal of Clinical Nursing 17, 2042-2050.
20. Jaakkola M. 2009. Maahanmuuttajat suomalaisten näkökulmasta, asennemuutokset 1987-2007. Helsingin kaupungin tietokeskus 2009. Luettu 15.11.2010 http://www.hel2.fi/Tietokeskus/julkaisut/pdf/09_02_19_Tutkimus_Jaakkola.pdf

Miten arvioida muistisairaan kipua?

Susanna Rapo-Pylkkö
Geriatrian ja yleislääketieteen erikoislääkäri, palliatiivisen lääketieteen ja muistisairauksien erityispätevyys
Apulaisylilääkäri, Kotiin vietävät ja polikliiniset palvelut, Espoon sairaala

Muistisairaan henkilön kipua kannattaa arvioida kokonaisvaltaisesti, ensisijaisesti kuunnella potilaan omaa arviota ja kuvausta kivusta, täydentämällä sitä tarvittavin lisätutkimuksin, ja jos sanallinen ilmaisu ei enää onnistu, kysyä ympärillä olevien henkilöiden käsitystä kivusta ja ottaa herkästi havainnoiva mittari avuksi.

Dementia on useimmiten kognitiivisena heikentymänä alkaneen muistisairauden vaikea, loppuvaihe, jossa kommunikaation, orientaation ja motoriikan muutokset rajoittavat somaattisten ja psyykkisten oireiden arviointia ja hoitoa. Muistisairaudet 2017 Käypä hoito -määritelmän mukaan dementia on laaja-alainen tiedonkäsittelyn heikentymä, mikä johtaa toimintakyvyn heikentymiseen. Yleisin taustalla oleva syy on Alzheimerin tauti noin 70 prosentissa, joskin muiden etiologisten syiden sekoittuminen ja mukanaolo on varsin yleistä.

Muistisairaista 15 %:lla sairaus etenee loppuvaiheen vaikeaan dementiaan, jonka kestoa on vaikea ennustaa (Antikainen et al. 2013). Kivun ja oireiden arviointi on tuolloin erityisen vaikeaa ja kipu jää usein tunnistamatta ja alihoidetuksi. Kivun tunnistamisen ja hoidon haasteellisuus ovatkin johtaneet erilaisten havainnoivien kipumittareiden kehittämiseen.

IASP:n kuluvan vuoden teemana on haavoittuvien ja haurauden potilasryhmien kipu, mihin myös dementiapotilaat kuuluvat.

Historia

Kipuarvioinnissa non-verbaalisille dementiapotilaille (Herr et al. 2006) suositellaan kivun yleistä monitorointia, arviointia sekä ja dokumentointia rutiinisti. Potilaille, jotka eivät pysty itse ilmaisemaan kipua, tulisi käyttää sopivia arviointistrategioita. Pitkälle edenneessä dementiassa pääperiaatteina on esitetty seuraavia huomioita (Herr et al. 2006, Crome et al. 2007):

1. Itseilmaisua painotetaan lievässä ja keskivaikeassa muistisairausvaiheessa. Kipupiirros ja kivun intensiteetin arviointi numeerisella tai verbaalisella mittarilla useimmiten vielä onnistuu. On tärkeää esittää kysymykset toistetusti, käyttää konkreettisia kysymyksiä, joihin voi vastata kyllä tai ei. Aistituet kuten silmälasit ja kuulolaite tulisi olla käytettävissä. Vastaamiselle on myös varattava riittävästi aikaa. Kuitenkin vaikeassa dementiavaiheessa tarvitaan myös muita havainnoivia arviointikeinoja.
2. Tuki- ja liikuntaelinperäiset sekä neurologiset kivun syyt ja neurologiset syyt kivun taustalla ovat yleisimpiä ja niiden arviointia suositellaan tehtäväksi ensin. Hiljattainen Äskettäinen kaatuminen tai esim. infektio voivat olla myös Kivun taustalla voi olla myös äskettäinen kaatuminen tai infektio.
3. Havainnoivassa kipuarviossa huomi-

Shutterstock

oidaan kasvojen ilmeitä, ääntelyä, kehon liikkeitä sekä muutoksia henkilöiden kohtaamisessa, sekä aktiviteetissa ja mielialassa muutoksissa; kaikki ne voivat viitata kipuun. Samoin kannattaa selvittää, onko käyttäytyminen muuttunut: agitaatio, levottomuus, ärtyneisyys ja ruokahalun muutokset voivat selittyä kivulla. Käyttäytymisen tarkkailuun pohjautuvat havainnoivat mittarit voivat toimia hyvänä lisäapuvälineenä. On kuitenkin syytä pitää mielessä myös muut mahdolliset oireiden taustasyyt (esim. ikävä, pelko, nälkä).

4. Ympäristöstä tulevat huomiot ja havainnot muutoksista (hoitohenkilökunta, omaiset) ovat tärkeitä tietolähteitä.

5. Kipulääkityskokeilu on suositeltavaa kivun arvioidun intensiteetin mukaan.

Suositukset ja Näyttö

IASP ohjeistaa teemavuoden suosituksessa dementiapotilaiden kivun arvioinniksi sekä potilaan omaa kuvausta kivusta että havainnoivien mittareiden käyttöä. Muistisairauden vaikeutuessa suositellaan havainnoivien mittarien painotusta neuropsykiatrisen oirekuvan mukaan; näitä mittareita tulisi käyttää sekä levossa että liikkeessä, esimerkiksi potilaan siirron tai siirtymisen yhteydessä. Tämäntyyppinen kipuarviointi tulisi ottaa säännönmukaiseen käyttöön myös pitkäaikaishoidossa. Tulevaisuudessa myös esimerkiksi videopohjainen oireanalysointi potilaan ilmeistä voi toimia ammattilaisten ja omaishoitajan oiretunnistuksen tukena (Kunz ja Lautenbacher 2019).

Niin pitkään kuin mahdollista on syytä kuunnella potilaan omaa arviota ja raportointia kivustaan. Numerical rating scale (NRS) eli numeerinen kipuarviointi asteikolla 0-10 onnistuu vielä keskivaikeassa muistisairaudessa useimmiten, helposti kun potilaan MMSE on yli 18/30 tasolla (eikä hänellä ole merkitsevää dysfasiaa), ja joissakin tapauksissa jopa MMSE 12–13/30 tasolla (Weiner et al. 1999).

Bullockin et al. (2019) tuore systemoitu katsaus kotona asuvien dementiapotilaiden kivun arvioinnista ja hoidosta toteaa, että oikea-aikaisen kipuarvion teko on tärkeää kivun hoidon optimoimiseksi. Katsauksen valossa ei voida kuitenkaan antaa tälle potilasryhmälle sopivia arviointisuosituksia tutkimusnäytön puuttuessa, vaan kliinikon tulisi arvioida potilasta monitahoisesti kuullen potilaan omaa arviointia kivusta, yhdistäen siihen kipuanamneesi, somaattinen tutkimus, lisätutkimusten informaatio sekä tarvittaessa havainnoivien kipumittareiden käyttö.

Dementiaa sairastaville soveltuvista oiremittareista tehdyn systemaattisen katsauksen mukaan (Ellis-Smith et al. 2016) vahvin näyttö kipuarviossa oli PAINAD ja PACSLAC-mittareilla pitkäaikaishoidon potilailla 12 kipumittarin vertailussa. Kipumittareilla oli myöskin vahvin psykometristen ominaisuuksien näyttö oiremittarivertailussa (oireista ahdistuneisuus, depressio, suun terveys, neuropsykiatriset oireet ja psykologinen hyvinvointi). Katsauksessa

todettiin dementiapotilaiden haasteellisen ja moninaisen oirekirjon pohjalta, että kokonaisvaltainen oirearviointityökalu olisi tarpeellinen tulevaisuudessa.

Englantilainen systemoitu katsaus (Lichtner et al. 2014) dementiapotilaiden kipumittareiden systemoiduista katsauksista löysi 28 mittaria, joista oli tutkimusnäyttöä. Tutkimuskatsauksissa oli kuitenkin useita rajoitteita ja metodologisia puutteita sekä pieniä otoskokoja, joten yhtään yksittäistä mittaria ei tässä arvioinnissa noussut ylitse muiden.

Englannin kansallinen suositus iäkkäiden kivun arvioinnista (Schofield Pat 2018) ei myöskään korosta yhtä yksittäistä dementiapotilaiden kipumittaria, vaan toteaa, että PACSLAC-mittari on pidetty hoitajakäyttöisenä, mutta vaatisi lyhyemmän version ja lisätestausta laajempaan käyttöön otettaessa, kun taas PAINADin ongelmana on helposti väärät positiiviset arviot. Sen sensitiivisyys on korkea 92 %, mutta spesifisyys jää 62 %:iin (Jordan et al. 2009). Etuna on mittarin helppous ja yksinkertaisuus, mutta vääriä positiivisia tuloksia tulee paljon ja taustalla saattaa usein olla muukin psykososiaalinen stressitekijä. Lisätutkimusta PAINADinkin suhteen tarvitaan laajempien joukkojen testauksessa ja erityisesti etnisten vähemmistöjen kohdalla. Doloplus-2 -mittaria suositeltiin myös, mutta sen käyttö Englannissa on vielä vähäistä.

Kuva 1. Hadjistavropouloksen et al. (2014) esittämä malli modifioituna suomeksi kokonaisvaltaisesta kivun arvioinnista kommunikaatiorajoitteisille iäkkäille.

Miten arvioida dementoituneen kipua

Holistinen arvio, joka lähtee potilaan omasta kipuilmaisusta ja määrittelystä on suositeltavin myös dementiaa sairastavilla. Kipukysymyksien olisi hyvä olla erilaisia kipukuvauksia kuten särky, sattuminen, arkuus, epämiellyttävä tunne. Dementiapotilaalta tulisi tiedustella heidän tämänhetkistä kipuaan, ja kipuarviointi tulisi tehdä levossa ja liikkeessä. Myös kognition fluktuointi voi vaikeuttaa kivun raportointia, välillä kipu mahdollisesti pystytään ilmaisemaan sanallisesti, välillä mahdollisesti vain pysähtymällä tai levottomalla tai jopa aggressiivisella käytöksellä (Middleton-Green et al. 2017).

Muistisairaiden kipua tulisi arvioida monitahoisesti ja käsite kokonaisvaltainen kipuarvio (comprehensive assessment for pain) onkin keskiössä kaikkien kroonista kipua sairastavien ikääntyneiden henkilöiden arvioinnissa (Hadjistavropoulos et al. 2007, Herr Keela 2011). Kokonaisvaltainen kipuarvio on kokonaisvaltaista geriatrista arviota (CGA= comprehensive geriatric assessment) muistuttava työkalu,

Kuva 2. Algoplus-mittari. Jokainen kyllä-vastaus tuottaa 1 pisteen. (Kirjoittajan oma käännnös.)

joka ei rajoitu vain kivun arvioon, vaan myös kivun yksilökohtaisiin vaikutuksiin: Kivun arviointi yksiulotteisilla (kuten NRS, VAS) ja moniulotteisilla (kuten BPI) sekä havainnoivilla mittareilla on kipuarvion ensimmäinen lähtökohta; somaattinen tutkimus kivun medisiiniset, farmakologiset ja toiminnalliset rajoitteet huomioiden on toinen taso, ja psykososiaaliset kipuun vaikuttavat tekijät (kuten persoonallisuus, kognitiiviset prosessit, persoonallisuus, kivun kanssa toimeentulo l. coping) on kolmas taso. Kuvassa 1 on Hadjistavropouloksen et al. (2014) esittämä malli kokonaisvaltaisesta kivun arvioinnista kommunikaatiorajoitteisille iäkkäille.

Akuutin kivun arviointi

Puheilmaisuun kykenemättömän potilaan akuutin kivun arvioinnissa huolen herättää tilanteen ja käytöksen muutos. Ilmaisun muuttuminen, jännittyminen hoitokontaktissa ja käsittelytilanteissa, ärtyisyys, levottomuus voivat kieliä akuutista muutoksesta ja kivusta. Vaikeassakin dementiassa itseilmaisu valituksella tai ääntelyllä usein onnistuu, se voi olla myös kiihtynyttä höpötystä, huokailua, voivottelua tai saman äännähdyksen toistumista (Hagelberg ja Finne-Soveri 2019). Taustalta tulisi hakea hiljattaista muutosta somaattisessa voinnissa tai tapahtumaa, kuten kaatumista, venähdystä, tai esimerkiksi hoitotoimen jälkeen tapahtunutta muutosta (osteoporoottinen tai patologinen murtuma vuodepotilaalle voi tulla normaalissa hoitotoimessakin). Omaiselta, perheenjäseneltä tai potilaan hyvin tuntevalta hoitajalta saatu tieto voi auttaa muutoksen jäljille. Diagnostista palapeliä voi kerätä sairaushistoriasta, viime päivien tapahtumista ja somaattisesta tutkimuksesta. Kipulääkekokeilua suositellaan myös kivun eliminaation diagnostisena toimena (Herr 2011).

Jos sanallinen ilmaisu kivusta onnistuu, kannattaa käyttää kipupiirrosta. Kivun intensiteetin arvioimiseksi on suositeltavaa käyttää numeerista asteikkoa 0-10 (NRS= numerical rating scale), kasvokipumittaria (FPS=faces pain scale) tai verbaalista kipumittaria (verbal descrition scale =VDS, esimerkiksi viisiportaisena kuvailevana mittarina kivuttomuudesta erittäin vaikeaan kipuun).

Non-verbaalisista kipumittareista Abbeyn havainnoivalla kipumittarilla arvioidaan lopuksi onko kyseessä mahdollisesti akuutti, krooninen tai kroonisen kivun akutisoitumisvaihe, mikä herättää huomion myös taustalla olevien uusien kivun syiden analysointiin.

Algoplus-mittari (kuva 2) on kehitetty Ranskassa vaikeasti dementoituneen akuutin kivun mittariksi. Sen käyttö on helppoa ja nopeaa, ja siihen pystyvät ammattilaisten lisäksi hyvin myös omaiset. Katkaisupisterajalla 2/5 pistettä akuutin kivun tunnistamisen sensitiivisyys oli 87 % ja spesifisyys 80 % (Rat et al. 2011). Myös PAINAD (kuva 3) ja PACSLAC-mittareita on pidetty akuutin kivun arvioon soveltuvina mittareina.

Tämänhetkisen kivun arviointi

Haasteita kivun raportointiin voi tuoda pelko taustalla olevasta syystä (syöpä esimerkiksi), pelko tutkimusten käynnistymisestä ja niiden raskaudesta sekä sairaalaan tai hoitolaitokseen joutumisesta ja jopa itsenäisyyden menettämisen pelosta. On varsin yleistä, että ikäihminen

	Pisteluokka		
Havaintokategoria	**0**	**1**	**2**
Hengitys	Normaali ja huomaamaton	Hengitys ajoittain vaivalloista	Hengitys äänekästä ja vaivalloista
		Lyhyitä hyperventilaatiojaksoja	Pitkiä hyperventilaatiojaksoja
			Cheyne–Stokes-tyyppinen hengitys.
Ääntely	Ei ääntelyä	Satunnaista vaikerointia tai voihketta	Rauhatonta huutelua
	Tyytyväinen ääntely	Valittavaa tai moittivaa, hiljaista puhetta	Äänekästä vaikerointia tai voihketta, itkua
Ilmeet	Hymyilevä tai ilmeetön	Surullinen, pelokas, tuima	Irvistää
Kehon kieli	Levollinen	Kireä, ahdistunutta kävelyä	Jäykkä, kädet nyrkissä, polvet koukussa
		Levotonta liikehdintää	Pois vetämistä tai työntämistä, riuhtomista
Lohduttaminen	Ei tarvetta lohduttamiseen	Ääni tai kosketus kääntää huomion muualle tai tyynnyttää	Lohduttaminen, huomion pois kääntäminen tai tyynnyttäminen ei onnistu.

Kuva 3. PAINAD-mittari. Jokaisesta havainto-osiosta voi saada 0-2 pistettä. Kokonaispistemäärä 0 vastaa kivuttomuutta ja 10 voimakasta kipua.

Kuva 4. Havainnoivia kipumittareita dementiapotilaille.

kieltää kivun, mutta voi kuitenkin myöntää toisenlaisen tuntemuksen, kuten säryn, arkuuden, puutumisen, pistelyn, epämiellyttävän olon. Dementiapotilaalla kipu on tässä ja nyt, eli kysymykset ja arviointikin on muotoiltava sen mukaisesti.

Hoitohenkilökunnan havaintoihin perustuva RAI (Resident Assessment Instrument) -kipumittari, jossa 0 = ei kipua, 1 = kipuja harvemmin kuin päivittäin, 2 = kipuja päivittäin/kohtalainen kipu ja 3 = kipuja päivittäin/ajoittain vaikea/sietämätön kipu, on nykyisin käytössä koti- ja pitkäaikaishoidossa ja sen tuottama informaatio on seulovaa vaatien usemmiten tarkemman, kokonaisvaltaisen arvion ja analyysin kivusta.

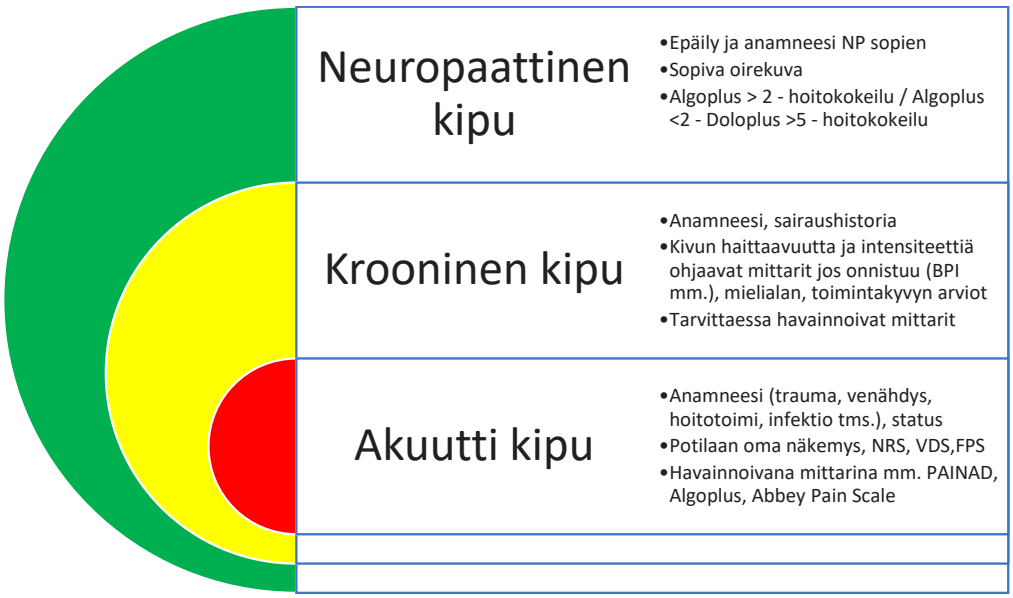
Kroonisen kivun arviointi

Kroonisen kivun haittaavuuden arvioinnissa moniulotteisten kipumittareiden ja oiremittareiden (kuten brief pain inventory BPI tai ESAS-oiremittari sovellettuna) käyttöä voi soveltaa vielä lievässä ja joskus keskivaikeassa muistisairaudessa. Numeerisen arvioinnin onnistuminen on tässä perusteena. Omaiset ovat keskeisessä asemassa kipuhistorian ja kivun ilmenemisen tiedottamisessa.

Neuropaattisen kivun arviointi

Pickering et al. (2016) on kehittänyt moniammatillisen kipuspesialistitiimin kanssa työkalun neuropaattisen kivun arviointiin dementiapotilaille. Siinä korostuu neliportainen arviointialgoritmi: 1. Neuropaattisen kivun havaitseminen ja diagnosoitu, patologinen yhteys ja kliiniset merkit. 2. Neuropaattisen kivun ja sen vaikutusten arviointi, havainnoivien kipumittareiden käyttö. 3.Neuropaattisen kivun yleiset hoitosuositukset ja tavoitteet. 4. Kivun uudelleenarviointi ja hoito.

Tässä ranskalaisessa mallissa kivun havainnoivina mittareina käytettiin Doloplus ja Algoplus



Kuva 5. Huomioita eri kipu-tyyppien arvioinnista muisti-sairailla.

mittareita. Jos potilas ei pysty itse ilmaisemaan kipua, ja neuropaattisen kivun epäily ja kliininen kuva on olemassa, käytetään Algoplus-mittaria seulontatestinä. Kaksi tai enemmän pistettä viittaavat neuropaattiseen kipuun ja sen hoitointerventiotarpeeseen. Jos pisteet jäävät <2 pisteen, jatkuu analysointi havainnoivilla mittareilla kuten Doloplus tai PACSLAC. Positiivinen Doloplus-tulos on >5 pistettä, jolloin neuropaattisen kivun hoito, hoidon vastearvio ja uudelleenarviointi ovat perusteltuja. Kivun uudelleen arviointia tarvitaan kuitenkin säännöllisesti.

Saattohoitovaiheen oireet

Elämän loppuvaiheessa dementiapotilaan oireiden ja kivun arviointi korostuu. Havainnoivan mittarin käyttö on suositeltavaa, lähipiirin ja hoitohenkilökunnan tuntemus ja näkemys korostuu.

Visuaalisten mittareiden (kuten kasvo-kipumittari) käyttö on suositeltavaa, jos ko-operaatio onnistuu. Hiljattaisessa Lääkärilehden katsauksessa vanhuksen saattohoidosta ESAS-oirekyselyä suositeltiin käyttämään kommunikoivien potilaiden oirearviossa, ei kommunikoiville potilaille suositeltiin PAINAD-mittaria tässä yhteydessä kivun arviointiin (Tasmuth T 2019) suomenkielisenä käytettävänä mittarina. Middleton-Green et al. (2017) suosittelee niinikään PAINADin tai laajemmin oireita arvioivaa DisDAT-mittarin käyttöä, missä on potilaan käytöskuvaus normaalissa ja kipu- tai stressitilanteessa (ei virallista suomennosta).

Ilman koulutusta ja sovittua käytäntöä havainnoivan mittarin käytöstä arvioinnin luotettavuus jää epävarmaksi. Tilaus saattohoidon oirearviomittarista dementiapotilaille on edelleen olemassa. ■

Kirjallisuutta:

Antikainen R, Konttila T, Virolainen J, Strandberg T. Vaikeasti dementoituneen vanhuksen elämän loppuvaiheen hoito. Suomen Lääkäril 2013;68: 909-915

Bullock L, Bedson J, Jordan JL, Bartlam B, Chew–Graham CA, Campbell P. Pain assessment and pain treatment for community—dwelling people with dementia:

A systematic review and narrative synthesis. Int J Geriatr Psychiatry. 2019;34:807–821.

Crome P, Main C, Lally F. Pain in Older People. Oxford University Press inc. 2007, New York.

Ellis-Smith C, Evans C, Bone A, Henson L, Dzingin< M, Kane P, Higginson I, Daveson B, BuildCARE. Measures to assess commonly experienced symptoms for people with dementia in long-term care setting: a systematic review. BMC Medicine 2016; 14:38.

Hagelberg Nora ja Finne-Soveri Harriet. Muistisairaan potilaan kivun tunnistaminen. Kirjassa Saarto T, Hänninen J, Antikainen R, Vainio A. Palliatiivinen hoito 2019. Duodecim.

Hadjistavropoulos T, Herr K, Turk DC, Fine PG, Dworkin RH, Helme R, Jackson K, Parmalee P, Rudy T, Beattie L, Chibnal T, Craig K, Ferrell B, Ferrell B, Fillingim R, Gagliese L, Gallagher R, Gibson S, Harrison E, Katz B, Keefe F, Lieber S, Lussier D, Schmader K, Tait R, Weiner D, Williams J. An Interdisciplinary Expert Consensus Statement on Assessment of Pain in Older Persons. Clin J Pain 2007; 23: S1-S43.

Hadjistavropoulos T, Herr K, Prkachin K, Craig K, Gibson IS, Lukas A, Smith J. Pain assessment in elderly adults with dementia. Lancet Neurol 2014; 13:1216-27.

Herr Keela. Pain assessment strategies in older patients. Jour. Pain 2011; 3: s3-s12.

Herr K, Coyne P, Key T, Manworren R, McCaffery M, Merkel S, Pelosi-Kelly J, Wild L. Pain assessment in the nonverbal patient: Position statement with clinical practice recommendations. Pain Management Nursing 2006; 2: 44-52.

Jordan A, Hughes J, Pakresi M et al. The utility of PAINAD in assessing pain in a UK population with severe dementia. Int J Geriatr Psychiatry 2011; 26: 118–126

Kunz Miriam and Lautenbacher Stefan. Pain assessment in dementia. 2019 IASP.

Lichtner V, Dowding D, Esterhuizen P, Closs SJ, Long AF, Corbett A, Briggs M. Pain assessment for people with dementia: a systematic review of systematic reviews of pain assessment tools. BMC Geriatr. 2014; 14: 138.

Middleton-Green L, Chatterjee J, Russell S, Down M. End of life care for people with dementia. A person-centred approach. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers 2017.

Muistisairaudet. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Geriatrit -yhdistyksen, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017 - 27.01.2017 | (viitattu 22.8.2019). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

Pickering G, Marcoux M, Chapiro S, David L, Rat P, Michel M, Bertrand I, Voute M, Wary B. An algorithm for neuropathic pain management in older people. Drugs Aging 2016; 33: 575-583.

Rat P, Jouve E, Pickering G, Donnarel L, Nguyen L, Michel M, et al. Validation of an acute pain-behavior scale for older persons with inability to communicate verbally: Algoplus. Eur J Pain. 2011; 15: 198 e1–e10.

Schofield Pat. The Assessment of Pain in Older People:
UK National Guidelines. Age and Ageing 2018; 47: i1–i22.

Tasmuth Tiina. Hyvä kivunlievitys vanhuksen saattohoidossa. SLL 2019; 9: 540-544.

Weiner D, Peterson B, Ladd K, McConnell E, Keefe F. Pain in nursing home residents: an exploration of prevalence, staff perspectives, and practical aspects of measurement. Clin J Pain 1999;15:92-101.

Kipuilmettä on haastavaa tunnistaa ja melkein mahdotonta mitata

Riitta Mieronkoski
fysioterapeutti, TtM, tohtorikoulutettava,
Turun yliopisto, hoitotieteen laitos

Ihmiset viestivät toiselleen sanattomasti kasvojen ilmeillä sekä tarkoituksella, että tahattomasti. Monet ilmeistä ovat universaaleja ja niitä on helppo tunnistaa erilaisiksi tunteiksi. Tällaisia ovat esimerkiksi ilo, inho, pelko ja viha. Osa ilmeistä on kuitenkin vaikeammin nimettävissä tunteiksi, ja esimerkiksi kipuilmeellä on samoja piirteitä inhon, surun ja ahdistuksen kanssa. Tekoälyn sovellukset ovat tuoneet uusia mahdollisuuksia tunteiden automaattiseen tunnistamiseen. Kivun arvioinnin tueksi on kehitteillä tekoälyä hyödyntäviä laitteita, jotka perustuvat tietokonenäköön ja kasvojen lihasten aktivaation mittaamiseen.

Kivun arviointi on haasteellista tilanteissa, joissa potilas ei kykene antamaan omaa arviotaan mahdollisesta kivusta. Tällaisia ryhmiä voivat olla esimerkiksi pienet lapset, muistisairaat, vaikeasti kehitysvammaiset sekä kriittisesti sairaat potilaat. Näissä tilanteissa tarvitaan kipukäyttäytymisen tulkintaa. Kipukäyttäytymisellä tarkoitetaan kaikkea kipuun liittyvää non-verbaalista viestintää, kuten ääntelyä, ilmeitä sekä kehon jännittyneisyyttä ja liikkeitä – ja toisaalta myös liikkumattomuutta ja vetäytymistä. Kipukäyttäytymisen tulkintaa helpottaa tulkittavan normaalin käytöksen tunteminen, jolloin pienempiäkin muutoksia on helpompi havaita. Terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan välinen hyvä vuorovaikutus sekä pysyvä hoitosuhde ovat kommunikoimaan kykenemättömien potilaiden kohdalla korostetun tärkeitä kivun hoidon onnistumiseksi.

Universaali kipuilme

Kasvojen ilmeet ovat moniulotteisia ja niitä on haastava kuvata ja kvantifioida. Yleensä ne ohittuvat hetkessä eivätkä jätä mitään jälkeä. Nämä haasteet ovat muodostaneet esteitä ilmeiden tieteelliselle analyysille. Kipua ilmentävät kasvojen piirteet ovat kuitenkin kiehtoneet tiedettä ja taidetta kautta historian. Jo Charles Darwin kuvasi vuonna 1872 kipuilmeen universaaleja piirteitä osana tunteisiin liittyvää tutkimustaan. Kuitenkin tutkimustulokset kipuilmeen kuvauksesta ovat edelleen osin ristiriitaisia. Nykytutkimus on löytänyt myös yhteisiä piirteitä, jotka sopivat universaaliin kipuilmeeseen: nämä ovat kulmien kurtistaminen yhteen ja alas, silmien siristäminen, nenän rypistäminen ja ylähuulen nostaminen (1). Lisäksi kipuilmeeseen on liitetty silmien sulkeminen, suun avaaminen, suun horisontaalinen venyminen ja poskien jännittyminen. Kipuilmeen osat ja vastaavat lihakset on esitetty taulukossa 1.

Ilmeiden systemaattinen koodaaminen

Facial Action Coding System (FACS) -menetelmä tarjoaa mahdollisuuden ilmeiden piirteiden kvantifioitiin, ja sitä on käytetty lähes kaikkien kipuilmeeseen liittyvien tutkimusten taustalla, joko menetelmänä tai teoreettisena

Eero Antturi

Taulukko 1. **Kipuilmeeseen liittyvät miimiset kasvolihakset ja niiden tehtävät**

Lihas	Tehtävä
m. Corrucator supercilii & Depressor supercilii	kulmien vetäminen mediaalisesti ja alaspäin
m. Orbicularis oculi	silmien siristäminen, silmien sulkeminen
m. Levator labii superioris & Levator labii superioris alaeque nasi	ylähuulen nostaminen, nasolabisen juonteen syveneminen, nenän rypistyminen
m. Zygomaticus major	suunpielten nostaminen ylös ja lateraalisesti, poskien nostaminen
m. Risorius	suun venyttäminen horisontaalisesti

viitekehyksenä. FACS on ilmeiden systemaattiseksi tunnistamiseksi kehitetty koodausmenetelmä, jossa kasvojen lihasten toiminta on jaettu 44 action unitiin (AU) (2). Yksi AU edustaa yhtä ilmeen piirrettä ja se kuvaa yhden tai useamman lihaksen samanaikaista toimintaa. Ilme puolestaan koostuu useasta AU:sta.

FACS-menetelmän käyttö on osoittautunut tutkimuksissa luotettavaksi (3). Käytännössä FACS toimii siten, että yksi tai kaksi henkilöä luokittelevat ilmeitä videokuvista koodaten AU-yksiköiden toimintaa kriteerien mukaisesti. Yksi ilme voi koostoa sadastakin eri pysäytyskuvasta, joten menetelmä on koettu työlääksi ja verrattain hitaaksi. Lisäksi on huomioitavaa, että vaikka FACS-menetelmä pyrkii objektiivisuuteen, on kuitenkin arvioitsijan subjektiivinen näkemys. Käytännössä FACS-menetelmä onkin jäänyt lähinnä tutkijoiden käyttöön eikä sitä ole pystytty hyödyntämämään kliinisessä työssä.

Kipuilme arviointimittareiden osana

Erityisesti kriittisesti sairaille, tehohoidossa oleville kommunikoimaan kykenemättömille potilaille, on kehitetty useita validoituja kivunarviointimittareita, joiden osana arvioidaan kasvojen ilmeitä (4). Kansainväliset suositukset suosittelevat erityisesti Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT) ja Behavioural Pain Scale (BPS) -mittareiden käyttöä (5). Näistä Sanna-Mari Pudas-Tähkä validoi ja implementoi väitöstutkimuksessaan suomalaiseen terveydenhuoltoon CPOT-mittarin, jossa kasvojen ilmeet luokitellaan numeerisella asteikoilla 0–2 (rento–jännittynyt–irvistys) (6). Vastaavasti BPS-mittarissa, kasvojen ilmeet luokitellaan asteikolla 1–4 (ilmeetön–täysi kipuilme) (7).

Ongelmana onkin, ettei arviointimittareissa esitetty ilmeiden kuvaaminen ole yhdenmukaista, eivätkä asteikot ole herkkiä kipuilmeen intensiteetin kuvaamiselle. Kipumittareiden

pisteytys ja kuvaukset eivät perustu yhdenmukaisiin kriteereihin ja jättävät paljon varaa subjektiiviselle tulkinnalle. Valitettavasti myös arviointimittareiden systemaattinen käyttö on edelleen jäänyt heikoksi, vaikka käyttökokemukset ja käytön vaikutus kivun hoitoon ovat todettu positiivisiksi (8).

Uusi teknologia voi mahdollistaa kipuilmeen objektiivisen tunnistamisen

Erityisesti tietokonenäön nopea kehittyminen on mahdollistanut ilmeiden ja tunteiden automaattisen tunnistamisen. Kyseessä ei kuitenkaan ole teknologia, joka varsinaisesti lukisi kuvista ihmisen tunteita vaan tietokone kykenee tunnistamaan visuaalisia piirteitä, jotka liittyvät tunteisiin. Tällöin ohjelmaa tulee ensin ”opettaa” käyttämällä kipuilmeitä sisältävää dataa, jotta sen algoritmi jatkossa pystyy erottamaan, millaiset piirteet liittyvät kipuun ja millaiset eivät. Konenäön aineistona käytetään yleensä videokuvaa.

Kivun tunnistamisessa tutkimukset ovat keskittyneet lähinnä teknologian ja menetelmien kehittämiseen kokeellisissa kipututkimuksessa. Myös kliinisen kivun tunnistamista on kuitenkin jo tutkittu. Sikka ym. (9) tutkimuksessa tietokonenäköä ja koneoppimista hyödynnettiin tutkiessa 8–15 vuotiaiden kipua laparoskooppisen umpisuolileikkauksen jälkeen (n = 50). Tutkimuksessa osallistujien sängynpäädyssä oli kamera, joka kuvasi osallistujien kasvoja leikkauksen jälkeen vuodeosastolla. Videoidusta materiaalista analyysiin valittiin sekä kivuliaita että kivuttomia jaksoja. Osallistujat antoivat kivusta oman subjektiivisen arvionsa. Tutkimuksessa kehitetty malli pystyi erottamaan kivuttomat jaksot kivusta hyvin/erinomaisesti (AUC 0,84–0,94), ja korrelaatio kivun intensiteettiinkin pystyttiin osoittamaan kohtalaisesti/hyvin (r =0,65–0,86).

Tietokonenäön käyttö vaatii kuitenkin aina kameran, jolla on hyvä näkyvyys ja kuvakulma ihmisen kasvoihin. Terveydenhuollossa kameroiden läsnäolo sekä videoidun materiaalin säilytys esimerkiksi pilvipalvelussa on ongelmallista tietoturvan ja yksityisyyden suojan takia. Lisäksi kameraa käyttävään teknologiaan liittyy ratkaisemattomia käytännön ongelmia, jotka voivat seurata potilaan kasvojen peittymisestä asennonmuutosten, heikon valaistuksen tai hoitoon liittyvien kasvoille asetettavien laitteiden takia.

Toinen vaihtoehto kipuilmeen objektiiviselle mittaamiselle ja kipuilmeen automaattisen tunnistamisen kehittämiselle, on hyödyntää kasvojen lihasten aktivaatiota mittaavaa elektromyografiaa (EMG). Kasvoille asetettavat EMG-sensorit mittaavat lihasten sähköistä toimintaa ja pystyvät havaitsemaan pienimmätkin muutokset lihastonuksessa. On esitetty jopa hypoteeseja siitä, että lihastonuksen muutokset voisivat korreloida kivun koetun intensiteetin kanssa, mutta tätä ei ole vielä pystytty todistamaan (10). Vaikka EMG-menetelmä voi soveltua kameroita paremmin kliiniseen käyttöön terveydenhuollon ympäristössä, vaatii se edelleen kehittämistä käytettävyyden parantamiseksi. ■

Kirjallisuutta:

1. Prkachin KM, Solomon PE. The structure, reliability and validity of pain expression: Evidence from patients with shoulder pain. Pain. 2008 Oct;139(2):267–74.
2. Ekman P, Friesen W V. Facial Action Coding Consulting. Palo Alto California: Consulting Psychologists Press; 1978.
3. Sayette MA, Cohn JF, Wertz JM, Perrott MA, Parrott DJ. A psychometric evaluation of the facial action coding system for assessing spontaneous expression. J Nonverbal Behav. 2001;25(3):167–85.
4. Pudas-Tähkä S-M, Axelin A, Aantaa R, Lund V, Salanterä S. Pain assessment tools for unconscious or sedated intensive care patients: a systematic review. J Adv Nurs. 2009 May [cited 2017 Sep 20];65(5):946–56.
5. Barr J, Fraser GL, Puntillo K, Ely EW, Gélinas C, Dasta JF,

et al. Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit. Crit Care Med. 2013;41(1):263–306.
6. Pudas-Tähkä S-M, Axelin A, Aantaa R, Lund V, Salanterä S. Translation and cultural adaptation of an objective pain assessment tool for Finnish ICU patients. Scand J Caring Sci. 2014 Dec;28(4):885–94.
7. Arif-Rahu M, Grap MJ. Facial expression and pain in the critically ill non-communicative patient: State of science review.. Vol. 26, Intensive and Critical Care Nursing. 2010. p. 343–52.
8. Georgiou E, Hadjibalassi M, Lambrinou E, Andreou P, Papathanassoglou EDE. The Impact of Pain Assessment on Critically Ill Patients' Outcomes: A Systematic Review. Vol. 2015, BioMed Research International. p. 1–18.
9. Sikka K, Ahmed AA, Diaz D, Goodwin MS, Craig KD, Bartlett MS, et al. Automated assessment of children's postoperative pain uning computer vision. 2015 Jul 1;136(1).
10. Dawes TR, Eden-Green B, Rosten C, Giles J, Governo R, Marcelline F, et al. Objectively measuring pain using facial expression: is the technology finally ready? Pain Manag. 2018 Mar;8(2):105–13.

Kipuviestinnän haasteet

Anneli Vainio
LKT, anestesialääkäri

Lehtemme nimi on osuvasti Kipuviesti. Se sisältää syvällisen totuuden: kipu on viesti. Englantilainen kipupsykologi ja tutkija Amanda Williams (1) luonnehtii asiaa näin:

”Kivun ilmaisemisen tehtävä on herättää kanssaihmisten huomio ja saada siten apua, jota tarvitaan joko vaarasta pakenemiseen tai toipumiseen ja paranemiseen. Kommunikaation on oltava tehokasta ja välitöntä. Kipukäyttäytyminen on kokonaisuus, johon kuuluvat kasvojen ilmeet, äänteily ja kivun sanallinen ilmaisu sekä asento ja liikkeet. Kipuun liittyvien ilmeiden tahdonalainen kontrolli on epätäydellistä ja vaikeaa: kipu tulee ’läpi’. Toiset ihmiset tunnistavat peitetyn ja salatun kivun kärsimisen, mutta myös kivun teeskenteleminen uskottavasti on vaikeaa. Kipuun liittyvien kasvojenilmeiden tunnistaminen on välitöntä, nopeaa ja ainakin osittain tiedostamatonta aivotoimintaa. Aivojen peilisolujärjestelmällä on tässä olennainen rooli. Samat aivokeskukset aktivoituvat ihmisen tuntiessa kipua ja hänen tarkkaillessaan toisen, kipua tuntevan ihmisen kasvonilmeitä.”

Kipua koskeva filosofinen pohdinta käsittelee muun muassa sitä, missä määrin ihmisellä on edellytyksiä ymmärtää toisen ihmisen tuntemaa kipua. Kysymys on keskeinen lääkärin ja potilaan kohtaamisessa, mikä ei kroonista kipua potevien kohdalla ei ole ongelmatonta. Tästä tuoreimpana esimerkkinä on uusin versio ”opioidisodasta”, joka aktivoitui Suomessa tänä vuonna, kun Kansaneläkelaitos reagoi Yhdysvalloissa ryöstäytyneeseen vahvojen opioidien vaaralliseen liikakäyttöön. Kaksi vuotta sitten Kela lähetti paimenkirjeen niille lääkäreille, jotka olivat määränneet kodeiinia pitkäaikaiseen käyttöön, ja tänä vuonna varoitettiin vahvojen kipulääkkeiden, erityisesti opioidien määräämisestä muille kuin syöpäkivuista kärsiville potilaille. Ilmeisesti tämän muistutuksen seurauksena monet lääkärit vähensivät opioidien määräämistä, ja kipupotilaat reagoivat tähän ”kipukapinalla”. Valtakunnan uutislehtien mukaan itsekin kroonisesta kivusta kärsinyt psykologi Sirpa Tahko perusti Facebookiin suljetun Kipukapina-ryhmän, johon hän pyysi potilaita kirjoittamaan kokemuksistaan kivun hoidosta. Vastauksia tuli yli 500. Kipupotilaita hoitavat lääkärit saivat näissä kirjoituksissa kovaa kritiikkiä.

Suomen Kuvalehden artikkelissa (SK 33/2019, s.10) siteerattiin Tahkon saamia vastauksia. Osa kritiikistä kohdistui opioidien vähentämiseen, mutta suuressa osassa pääpaino oli lääkärin ja potilaan välisessä huonossa kommunikaatiossa. Potilaat kertoivat, että heidän kipuihinsa ei uskottu, heitä leimattiin päihdeongelmaisiksi lääkityksen perusteella, heitä ja heidän kipujaan vähäteltiin, heille naurettiin päin naamaa ja heille kieltäydyttiin määräämästä pyydettyjä lääkkeitä. Facebook-sivustolta tulee voimakkaasti esiin potilaiden kokema katkeruus. ”Tälle

Shutterstock

ihmisjoukolle, joita on noin 300 00 suomalaista, tuntuu olevan helppoa kääntää selkänsä ja unohtaa heidät kuten kuolemaa tekevätkin."

Samaan asiaan liittyen oli Helsingin Sanomissa (HS 18.8.2019) kirjoitus "Leimatut", jonka mukaan kipupotilaiden opioidilääkityksiä oli terveyskeskuksissa lopetettu kerralla. Seuranneessa keskustelussa potilaiden väitettiin joutuneen heitteille hitaan, asiantuntemattoman ja pirstaloituneen hoidon takia. "Kroonisesta kivusta kärsivien rinnastaminen päihdekäyttäjiin on johtanut jo valmiiksi heikossa asemassa olevien kipupotilaiden laiminlyöntiin".

Lääkärit eivät ole tähän mennessä suoranaisesti puuttuneet keskusteluun, mutta Kela on kirjeissään viitannut professori Eija Kalson artikkeleihin opioidien asianmukaisesta käytöstä kroonisen, syöpään liittymättömän kivun hoidossa. Nämä ohjeet ovat erittäin selvät ja perustellut.

Kelan kirjeet ja kipupotilaiden kollektiivinen reagointi ovat esimerkkejä keskustelusta yhteiskunnallisella, kollektiivisella tasolla: potilaat, lääkärit ja yhteiskunta. Lääkärit ovat tässä keskustelussa altavastaajan asemassa molempiin suuntiin. Asia ei ole uusi. Jo 1980-luvulla, jolloin aloitin toimintani kipulääkärinä, opioidien käyttö oli skandaalinkäryisenä puheenaiheena ajan mediassa. Kourallinen lääkäreitä jäi kiinni siitä, että he olivat tietoisesti määränneet morfiinia huumeiden väärinkäyttäjille rahallista palkkiota vastaan. He saivat siitä asianmukaiset sanktiot, mutta silloinen Lääkintöhallitus meni julkisissa lausunnoissaan pitemmälle. Lehdistä voitiin lukea, miten Lääkintöhallitus "lupasi laittaa lääkärit kuriin", ja opioidien määräämistä vaikeutettiin erityislomakkeilla, jotka lääkärien piti henkilökohtaisesti tilata lääninhallituksilta. Tämän seurauksena jo muutenkin vähäinen opioidien kirjoittaminen syöpäpotilaiden kipuihin tyrehtyi tykkänään. Syntyi "opiophobia", josta oli esimerkkejä muistakin maista. HYKS:n apteekkiin tekemäni kyselyn mukaan Sädehoi-

toklinikalla käytetyn morfiinin kokonaismäärä vuonna 1987 oli 16 g.

En puutu enempää opioidien käyttöön sinänsä, vaan minua kiinnostaa kollektiivisen keskustelun sävy viranomaisten, lääkärien ja potilaiden välillä. Viranomainen on lääkärin auktoriteetti, ja uhkana on ammatinharjoittamisoikeuden kaventaminen tai menettäminen, jos tekee virheitä. Lääkärit ovat lainkuuliaista kansaa. Lääkäri taas on potilaan auktoriteetti, ja uhkana on hylkääminen, selän kääntäminen, jos potilas ei ole ”kiltti”. Nykyinen sosiaalinen media on mahdollistanut auktoriteetin kyseenalaistamisen ryhmänä, josta Kipukapinaniminen Facebook-sivusto on hyvä esimerkki. Omien potilaitteni kertomuksista voin päätellä, että monet potilaat ovat katkeria ja peloissaan lääkitystensä puolesta. En osaa neuvoa kollegoita, jotka ovat tavallaan puun ja kuoren välissä. Suurin osa kroonisen kivun hoidosta tapahtuu yleislääkärien toimesta terveyskeskuksissa, joihin myös kipuklinikoiden potilaat lähetetään jatkohoitoon. Kipupotilaiden hoito on vaikeaa jo kroonisen kivun kokonaisvaltaisuuden takia. Siellä mennään tunteet edellä. Pitkäaikainen lääkäri-potilassuhde on usein vain unelma. Ainoa, mitä voi tehdä, on konsultoida herkästi spesialisteja, lukea asiantuntijoiden ohjeita ja pitää huolta hyvästä kommunikaatiosta jokaisen potilaan kanssa.

Vuonna 2007 ilmestyneessä, kroonista kipua käsittelevässä kirjassani *Nimeä vailla* (2) käsittelin kivun kokonaisvaltaisuutta. ”Vaikea ja jatkuva kipu osoittaa kouriintuntuvasti eron, joka vallitsee lääketieteellisen taudinmäärittelyn ja ihmisen oman sairaudenkokemuksen välillä. Krooninen kipu ja ihmisen koko muu elämä ovat tiukasti kietoutuneet toisiinsa. Kipu uhkaa syvästi ihmisen identiteettiä ja vie tilaa hänen muulta elämältään. Kipu ei ole vain fysiologisten tapahtumien aiheuttama epämiellyttävä tuntemus. Se vaikuttaa itsetuntoon, kokemukseen omasta itsestä, elämänsuunnitelmiin, ihmissuhteisiin ja tulevaisuuteen. Krooninen kipu voi viedä pohjan koko tulevaisuudelta. Kaikessa moni-ilmeisyydessään kipu liittyy myös perheeseen ja ympäristöön ja kulttuuriin, hoitoympäristöön ja yhteiskuntaan, jossa elämme. Hoidamme huonosti kroonista kipua, koska meillä on taipumus unohtaa ne tärkeät psykologiset, sosiaaliset ja kulttuuriset tekijät, jotka vaikuttavat kivun syntyyn, sen tutkimiseen ja käsittämiseen sekä yhtä lailla sen hoitamiseen. Kroonisen kivun ymmärtämiseksi pitääkin siksi tutkia myös sitä, miten länsimainen lääketieteemme ymmärtää sairauden ja terveyden, ruumiin ja mielen sekä yksilön tavan kokea ja kuvailla sairauttaan. Tutkimisen kohteena pitää olla käsityksemme totuudesta ja vastuusta, syystä ja seurauksesta, sairauden aiheuttamasta stigmasta, häpeästä ja syyllisyydestä, oikeaoppisesta ja vaihtoehtoisesta suhtautumisesta sairauteen, oikeusjärjestelmästä ja vakuutusoikeudesta, sairauden korvattavuudesta – itse asiassa kroonisen kivun ymmärtäminen edellyttää ei vähempää kuin silmäystä koko läntiseen arvomaailmaamme.”

Potilaat selittävät tuntemuksiaan ensimmäisessä persoonassa lääkärille. Tämä kääntää ne oppimansa mukaisesti kolmannen persoonan käsitteiksi, diagnoosikriteereihin asettuviksi sairauksiksi. Usein tämä johtaa molempien osapuolten kannalta tyydyttävään lopputulokseen. Joskus käy kuitenkin niin, että potilas ja lääkäri puhuvat eri kieltä. Tutkija Mark Sullivanin mukaan kivun kategorisoiminen luonteeltaan psyykkiseksi johtuu nimenomaan ensimmäisen ja kolmannen persoonan kertomusten erimielisyydestä. Fyysiseksi kipu taas luokitellaan silloin, kun ensimmäinen ja kolmas persoona ovat samaa mieltä.

Vakuutuslääketieteessä kivun validoimista ”objektiivisella” syyllä käytetään myös kärsimyksen legitimoimiseen. Sairausloma tai -eläke

riippuu siitä, miten hyvin kipu voidaan lääketieteellisillä tutkimuksilla osoittaa todeksi. Tutkimusten perusteella voidaan väittää, että henkilön oma ilmoitus antaa luotettavan tiedon siitä, mitä hänen aivoissaan tapahtuu. Toisten kuvantamistutkimusten perusteella tiedetään, että fyysisellä ja sosiaalisella kivulla, ts. hylätyksi tulemisen pelolla ja ahdistuksella, on yhteinen neuroanatominen perusta. Näyttää siltä, että näillä kaikilla kipuun liittyvillä ilmiöillä on omat mallinsa aivojen aktivaatiossa, ja aktivaatiomallit ovat erilaisia kuin yksinkertaisessa kokeellisessa kipustimulaatiossa terveellä henkilöllä.

Mutta tarvitsemmeko kaikki nämä koneet kivun tunnistamiseksi? Historioitsija Horacio Fabrega (3) on todennut, että kivun ja kärsimyksen selittäminen on kuulunut ihmisten kanssakäymiseen niin kauan kuin ihmiset ovat toimineet yhdessä toistensa auttamiseksi ja suojelemiseksi. Vain modernille lääketieteelle on ominaista puhtaasti kolmannen persoonan ”objektiivinen” näkökulma testeineen ja kuvantamisineen, joilla vaaditaan todistamaan sellaista, mikä muissa yhteiskunnissa on ollut emotionaalista ja yhteisesti jaettavaa, siis kipua ja kärsimystä. Toisen persoonan (sinä – minä) näkökulmaa kipuun luonnehtivat tyypillisesti myötätunto ja halu auttaa.

Kipu eristää, ja kroonisen kivun seuralainen on yksinäisyys. Puhuminen toiselle ihmiselle kuitenkin helpottaa. Marja-Liisa Honkasalo (4) mainitsee tutkimuksessaan, että alkuun päästyään hänen haastattelemiensa kipupotilaiden oli vaikea lopettaa puhumista. Elaine Scarry (5) kirjoittaa, että äärimmäisessä kivussa äänestä tulee ihmiselle tärkeä tilan laajentamisen väline: ”Niin kauan kun puhun, minäni ulottuu kauemmaksi kuin ruumiini rajat, ja voin täyttää itseäni suuremman tilan”. Ääni ulottuu tilaan kahden ihmisen välissä. Kipeä ihminen voi murtautua vankilastaan huutamalla tai puhumalla toiselle ihmiselle.

Ihmisäänellä, lääkärin äänellä on lohduttava, yksinäisyyttä ja kipua lievittävä vaikutus. Nyt, eläkkeellä ollessani, voin paremmin toteuttaa omaa metodiani kroonisesta kivusta kärsivien ihmisten hoidossa kuin ollessani vielä julkisen sektorin palveluksessa Voin yrittää kuvailla, mistä omassa hoidossani on kysymys. Minulla on voimakas kokemus siitä, että silloin kun kipupotilaan tilanteessa tapahtuu edistymistä, tämä ”paraneminen” tapahtuu kahden ihmisen välisessä tilassa, kommunikaatiossa lääkärin ja potilaan välillä.

Ensimmäinen edellytys on riittävä aika. Varaan vastaanotollani, myös seurantakäynneillä, potilaalleni aina 45 minuuttia. Usein kuluu tunti, ja seuraava potilas saa odottaa. Toinen edellytys on täydellinen läsnäolo tilanteessa. Puhelin on kiinni, en lue sairauskertomusta näytöltä vastaanoton aikana, vaan keskityn potilaaseen ja siihen mitä hän sanoo ja miten hän sen sanoo. Kohtaaminen ei ole tietämistä. Psykoanalyytikko Francois Roustang kirjoittaa, että onnistuminen ja epäonnistuminen ovat riippuvaisia läsnäolon intensiivisyydestä, joka näkyy eleissä ja sanoissa, yhteisessä hengityksen rytmissä. Pyrin käyttämään hoidossa koko persoonaani, heittäytymään kohtaamiseen. Lääkäri on lääke.

Jatkan maailmojen syleilemistä. Jos minun täytyisi nimetä itselleni esikuva tässä elämässä, olisi hän epäilemättä ranskalaisen, sittemmin maailmanlaajuisen auttamisliikkeen, Emmauksen perustaja Henri Grouès, joka tunnetaan paremmin nimellä Abbé Pierre. Vuonna 2007 kuollut kapusiinimunkki, vastarintaliikkeen mies, pappi ja kansanedustaja omisti elämänsä köyhien, asunnottomien, yksinäisten, kulkureiden, alkoholistien ja vankilakundien auttamiseen. Abbé Pierre joutui tahtomattaan kirkollisen valtavirran marginaaliin. Hän oli aina niiden puolella, jotka olivat saaneet tarpeekseen

elämästä, yhteiskunnasta joka oli heittänyt heidät slummeihin, elämän laitapuolelle. Hän jätti paikkansa neljännen valtakunnan kansanedustajana ja siirtyi rättien keräykseen. Abbé Pierre haastoi ”heidät, jotka heräävät lämpimässä asunnossaan eivätkä tiedä maailmasta mitään, koska heidän etuoikeutensa erottavat heidät niistä, jotka kärsivät”. Hän sanoi, että syrjäytyneitä on kahta lajia: yläkerran syrjäytyneitä ja alakerran. Yläkerran syrjäytyneet ovat suurten koulujen kasvatteja, valioyksilöitä, jotka ovat onnettomasti vieraantuneet tavallisten ihmisten todellisuudesta. He hallitsevat yhteiskuntaa olematta sen jäseniä. Hänen mielestään kaikkein heikoimpia tuli palvella ensimmäiseksi, oli sitten kysymys perheestä, yhteisöstä tai kansakunnasta. Juuri tämän Abbé Pierren lauseen Kipuviestin päätoimittaja on valinnut tämän numeron motoksi.

Turun yliopiston professori ja Markku Wilenius työskentelee Unescossa eli YK:n kasvatus, tiede- ja kulttuurijärjestössä. Tulevaisuuden tutkijana hän on pohtinut sitä, mitkä ovat ne avaintaidot, joilla ihmiskunta selvittää ongelmansa ja selviää. Wileniuksen mukaan näitä ovat:

1. Planetaarisen elämän ymmärtäminen; miten elollinen järjestelmä toimii maapallolla. Mikä on ihmisen asema suhteessa eläimiin ja kasveihin sekä veden, ilman ja hiilen kiertoon? Mistä ruoka tulee, miten puhdas vesi riittää, kuinka planeetan lämpötila vakautetaan?

2. Kompleksisuuden kestokyky. Miten muodostetaan selkeä ajatus monimutkaisen maailman kasvavassa informaatiossa. Mikä on tärkeää, mikä on vähemmän tärkeää, mihin kannattaa satsata aikaa, mihin ei?

3. Luovuustaidot. On välttämättä kehitettävä uusia näkökulmia vanhoihin ongelmiin. Vanhat ratkaisut ovat nyt riittämättömiä.

4. Empatiataidot. Ne korostuvat, koska ihmiset ja tieto liikkuvat entistä vilkkaammin. Meidän pitää oppia ymmärtämään muita ihmisiä, erilaisia ihmisiä. Ymmärtämään, sietämään, hyväksymään. Multikulttuurisuus tuottaa dynamiikkaa, ideoita, bisnestä, elantoa.

Sekä Abbé Pierren lausuma ”heikoimmat ensin” että Markku Wileniuksen avaintaidot ovat elintärkeitä myös kroonisen kivun hoidossa, mikäli vaihdamme planetaarisen elämän ymmärtämisen kipuradan mekanismien ymmärtämiseen. Niistä tärkein on taito empatiaan.

Kipua hoitavien lääkärien ”paneminen kuriin”, meidän lääkärien vaikeus hoitaa kroonisesta kivusta kärsiviä potilaita ja potilaiden kokemus hylätyksi tulemisesta heijastavat myös varsin inhimillistä vaikeutta katsoa toisten kärsimystä. Kipu on hätähuuto, ja kärsimyksen katseleminen on epämiellyttävää juuri tuon peilineuronijärjestelmän takia, se ”sattuu”. Ja saattaahan olla, että kärsimys tarttuu. Sosiologi Elaine Scarryn mukaan juuri kivun ehdoton vaatimus tulla tunnistetuksi ja tunnustetuksi saa ihmiset torjumaan kivun. Torjunnasta on kysymys, kun potilaan kipuun ei uskota ja myös silloin, kun emme halua nähdä sosiaalista epäoikeudenmukaisuutta, julmuutta ja kärsimystä ympärillämme. ■

Kirjallisuutta:

1. Williams AC: Facial expression of pain: an evolutionaruy account. Behavioral Brain Sciences 2002; 25 (4): 439-455.
2. Vainio A: Nimeä vailla. Kohtaamisia kivun kanssa. Kirjapaja, Helsinki 2007.
3. Fabrega H: Evolution of sickness and healing. University of California press, Berkeley 1997.
4. Honkasalo Marja-Liisa, Utriainen Terhi ja Leppo Anna-Maija (toim.) : Arki satuttaa. Kärsimyksiä suomalaisessa nykypäivässä. Vastapaino, Tampere 2004.
5. Scarry Elaine: The Body in Pain. The Making and Unmaking of the World. Oxford University Press, Oxford 1985.
6. Wilenius Markku: tulevaisuuskirja. Metodi seuraavan aikakauden ymmärtämiseen. Otava, Helsinki 2015.

Kipupotilaan taakat ja kärsimys – ajatuksia, tutkimustuloksia ja kärsimyskertomuksia

Pirjo Lindfors
LT, anestesiaerikoislääkäri, kivunhoidon erityispätevyys
Kruunuhaan Lääkärikeskus Oy
HY, Clinicum, Kansanterveystieteen osasto

Kroonisen kivun hoito on vihdoinkin muuttumassa kokonaisvaltaisemmaksi, potilaskeskeisemmäksi ja elintapahoitoja painottavaksi: ”Evidence based medicine is – wrong”. ”Treatment of pain should be tailored according to individual needs” (IASP 2012). ”We should have been focused on psycho-social instead of somatic” (IASP 2018). ”Neuropathic pain treatment went wrong – and is in crisis!” “Non-drug therapy is the first line treatment for fibromyalgia” (EFIC 2019).

Länsimaisen lääketieteen kykenemättömyys kohdata potilaan kärsimystä ja tarkastella kokonaisvaltaisesti sitä kontekstia, jossa kipu ilmenee – ja pyrkiä lieventämään taakkaa ja kärsimystä – on näihin päiviin saakka lisännyt sekä omaa että potilaitteni kipua ja kärsimystä.

Potilaan tutkimisessa on keskitytty somaattisiin löydöksiin pirstaloiden, objektivoiden, patologisoiden ja medikalisoiden – ja ohittaen potilaan subjektiivisen kokonaisvaltaisen kokemuksen. Kipulääkäri ei ole ehtinyt kuuntelemaan potilaan kärsimys- ja kiputarinaa, josta ilmenisi, mikä on potilaan oma käsitys kivusta, sen syistä ja sopivista hoitotavoista, mitkä ovat potilaan ajatukset, tuntemukset ja emootiot tutkimuksiin ja hoitoon liittyen ja mikä on kivun merkitys potilaan elämälle (esimerkiksi tavoitteiden murskautuminen, syrjäytyminen, eristäytyminen). (1)

Onneksi osa potilaista on päässyt psykologisiin yksilö- tai ryhmäterapioihin tai stressinhallintaryhmiin ja osa fysioterapeutille. Harva on saanut ravitsemus- ja liikunnan ohjausta.

Olen itse kärsinyt syntymästäni saakka kivusta ja toiminut kipulääkärinä runsaat 20 vuotta. Kokemusasiantuntijana koin velvollisuudekseni antaa potilaille oheistusta itseäni auttaneista yleisesti hyväksytyistä tavoista optimoida sosiaalista tukea, ruokavaliota, liikuntaa ja stressinhallintaa – ja havaitsin, että neuvonnasta oli apua.

Jotta tietämys ja ymmärtämys kipupotilaan taakoista ja kärsimyksestä lisääntyisi ja niitä ruvettaisiin aktiivisesti lieventämään, aloin kliinisen työn yhteydessä tekemään tutkimusta kipupotilaiden elämäntapahtumista, elintavoista, sosiaalisesta tuesta ja niiden yhteydestä kipuun ja kärsimykseen. Ravitsemusta tarkastelin seerumin mikroravinnetasojen perusteella. Lisäksi 48 potilaistani on kirjoittanut kipu-, kärsimys-, selviytymistarinan, joista Paula Kupila on tehnyt gradu-tutkielman. (2).

Seuraavassa kerron ensin tutkimuksesta ja annan sitten potilaiden äänen tulla kuuluviin heidän kärsimyskertomuksissaan.

Taulukko 1. Tulosmuuttujat

Muuttuja	Kategoriat						Keski-arvo	N
Kipu levossa (NRS 0-10)							6,4	105
Kipu liikkeessä (NRS 0-10)							7,4	105
BDI pisteet (0-63)							30,1	105
BDI kategoria (1=ei, 2=lievä, 3=kohtalainen, 4=vakava masennus)	Kat1 0		Kat2 0	Kat3 60 (57%)		Kat4 45 (43%)		105
Kärsimyksen kategoria (1=lievin, 6=vakavin)	Kat1 0	Kat2 0	Kat3 0	Kat4 0	Kat5 67 (64%)	Kat6 38 (36%)	5,4	105

Suomalaisen kipupotilaan taakat ja kärsimys

Johdanto

Ymmärtämys siitä, minkälaisessa somato-psyko-sosio-kulttuurisessa ympäristössä kroonin kipu ja siihen liittyvä kärsimys ilmenevät, on vajavaista. Tavoitteenamme oli selvittää kaikkein haavoittuneimpien potilaiden ravitsemustilaa, elämäntapoja, sosiaalista tukea, traumaattisia elämäntapahtumia ja sairauksien kokonaistaakkaa. Tutkimuksen ensimmäinen osio (N1) julkaistiin EFICin kongressissa 6.9.2019. Sen mukaan kroonista kipua ei voi erottaa monikasvoisesta kärsimyksestä. Merkittävimmät kärsimykseen yhteydessä olevat tekijät ovat traumaattiset tapahtumat, sosiaalinen eristyneisyys, työ- ja toimintakyvyn menetys, mielenterveys- ja uniongelmat sekä suuri sairauslasti. Myös huono ravitsemus ja liikunnan vähäisyys liittyivät kärsimykseen. (3)

Menetelmät

Retrospektiivinen kliininen tutkimukseemme kohdistui 313 (N1) kahden eri keskussairaalan kipupoliklinikan kipupotilaan täyttämään 6-sivuiseen kokonaisvaltaisen kivun sekä BDI- 21 lomakkeeseen, jotka potilaat täyttivät ennen ensimmäistä vastaanottoa. Lisäksi potilailta tutkittiin ensimmäisen vastaanottokäynnin jälkeen seerumin mikroravinnetasot.

Kärsimys määriteltiin tässä tutkimuksessa kategorisoiduksi 6-luokkaiseksi summamuuttujaksi, joka laskettiin kategorisoidusta kivusta liikkeessä (NRS-skaala 0-5,0 ja 5,5-10) sekä kategorisoidusta masennuksesta (BDI 21) (Taulukko 1). Tätä artikkelia varten analysoimme tutkimuksen toisen osion (N2), johon valikoimme kaikkein eniten kärsivät eli kärsimysmuuttujan kategoriaan 5 ja 6 kuuluvat potilaat, joita oli yhteensä 105. Tutkimme muuttujien frekvenssit. Tutkimuksen voima mitattiin korrelaatiokertoimella ja merkitsevyys tutkittiin Chi-Square-testillä osiossa N1.

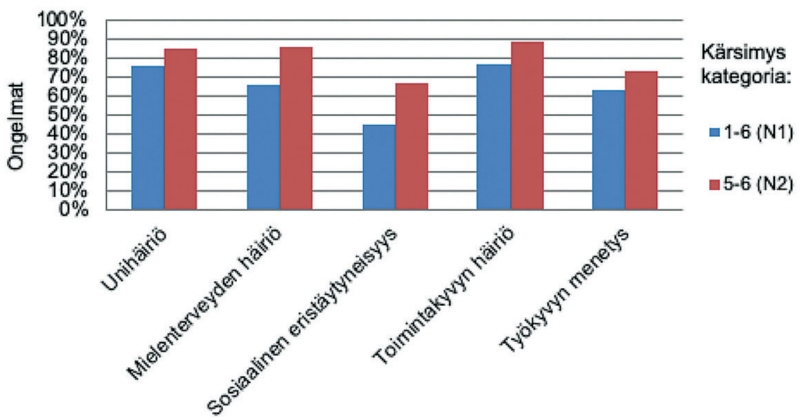
Tulokset (N2-ryhmä)

Naisia oli 78 (74 %). Keskimääräinen elinikä oli 50-v. 43 (43 %) asui yksin. Suurin osa (46, 45 %) oli eläkkeellä, 23 (22 %) työttömänä ja 18 (18 %) työkyvyttömänä. Suurin osa (56, 55 %) työssäkäyvistä oli työläistaustaisia (blue-collar workers). Demografisien tietojen osalta eniten kärsivät (N2) eivät erottuneet merkitsevästi koko kipupotilaspopulaatiosta (N1).

Taulukko 2A. Ystävät, liikunta, ruokavalio, aineiden käyttö/väärinkäyttö ja kipu

Muuttuja	Kat1	Kat2	Kat3	Keskiarvo	N
Ystävien määrä				3,8	103
Ystävät kategoria (1=ei, 2=alle 4, 3=4 tai yli 4 ystävää)	14 (13 %)	47 (45 %)	44 (42 %)	2,3	105
Liikunta (1=ei koskaan tai harvoin, 2=vähintään kerran viikossa, 3=lähes päivittäin (5-7 kertaa/viikko)	29 (28 %)	30 (29 %)	45 (43 %)	2,2	104
Ruokavalion koettu terveellisyys (1=ei, 2=voisi olla terveellisempi, 3=terveellinen)	26 (25 %)	27 (26 %)	51 (49 %)	2,2	104
Tupakointi (1=ei, 2=kyllä)	64	41 (39 %)		1,4	105
Alkoholin kulutus (1=ei, 2=ei riskikuluttaja, 3=riskikuluttaja)	56	44 (42 %)	5 (5 %)	1,5	105
Huumeiden käyttö (1=ei, 2=kyllä)	104	1 (1 %)		1,0	105

Kuva 1. Ongelmat kipuun liittyen



Eniten kärsivien kipu (N2) meni usein yli sietokyvyn (6/10) kuten koko kipupotilaspopulaatiossakin (N1), mutta heidän masennuksensa oli vakavaa (Taulukko 1), kun se koko tutkimusjoukolla (N1) oli keskimäärin kohtalaista.

Eniten kärsivillä oli keskimäärin alle 4 ystävää, 13 %:lla ei ainuttakaan. Vajaa kolmannes ei harrastanut lainkaan liikuntaa. Viidesosa arvioi ruokavalionsa epäterveelliseksi. Neljäkymmentä prosenttia tupakoi, 5 % oli alkoholin riskikuluttajia. (Taulukko 2A) Näiden muuttujien osalta ryhmät N1 ja N2 eivät eronneet muutoin toisistaan, mutta N2-ryhmässä suuremmalla osalla ei ollut lainkaan ystäviä. Suurin osa N2-ryhmästä kärsi toimintakyvyn, mielenterveyden ja unihäiriöistä sekä sosiaalisesta eristäytyneisyydestä ja traumaattisista elämäntapahtumista (Taulukko 2B). Monella oli useita traumaattisia kokemuksia: seksuaalinen hyväksikäyttö, muu väkivalta, tärkeän ihmisen/ihmissuhteen menettäminen, voimakas epäoikeudenmukaisuuden kokemus, kiusaaminen, talouden romahdus. Eniten kärsivillä (N2) oli huomattavasti enemmän ongelmia ja traumaattisia tapahtumia kuin koko tutkittavalla potilasjoukolla keskimäärin (N1) (Kuva 1). Molemmilla ryhmillä oli huomattava sairaustaakka (Taulukko 2C).

Eniten kärsivillä oli selkeä ravitsemushäiriö. Kaikilla oli vähintään yhden ravintoaineen vaje ja 83 %:lla oli ainakin yhden ravintoaineen puute. (Taulukko 3A ja 3B) Tämä huolimatta siitä, että noin 50% käytti ravintolisiä hoitoon tullessa. Vitamiineista, eniten puutetta ilmeni D-25-, B1-, B6- , B12-vitamiineista ja folaatista. 8 %:lla oli niin voimakas D-vitamiinin puute, että se sopi riisitaudin ja osteomalasian tasoihin (Taulukko 3A). Mineraaleista eniten puu-

Taulukko 2B. Kipuun liittyvät ongelmat ja traumaattiset elämäntapahtumat

Muuttuja	1=Ei	2=Kyllä	Keski-arvo	Vaihte-luväli	N
Unihäiriö	17	88 (84 %)			105
Mielenterveyden häiriö	16	89 (85 %)			105
Sosiaalinen eristäytyneisyys	36	69 (66 %)			105
Toimintakyvyn häiriö	13	92 (88%)			105
Työkyvyn menetys	29	76 (72 %)			105
Traumaattisia elämäntapahtumia	26	77 (75 %)	1,8		103
Traumaattisten elämäntapahtumien määrä			2,6	1–9	77

Taulukko 2B. Kipuun liittyvät ongelmat ja traumaattiset elämäntapahtumat

Muuttuja	Keskiarvo	Vaihteluväli	N
Kipudiagnoosien määrä	4,0	1–10	105
Fibromyalgia			67 (71 %)
Neuropaattinen kipu			96 (91 %)
Muiden diagnoosien määrä	3,0	0–9	105

tetta ilmeni magnesiumista ja mangaanista. (Taulukko 3B).

16 %:lla oli yli viitearvojen olevat B6-vitamiinitasot. Heistä kaikki oli nauttinut multivitamiinia, joissa oli keskimäärin pieni B6-vitamiinilisä (2,5–3mg).

Johtopäätökset ja pohdinta

Haavoittuvimmilla kipupotilailla on heikko sosioekonominen tilanne. Heidän (N2) kärsimyksensä liittyy koko kipupotilasryhmää (N1) enemmän traumaattisiin elämäntapahtumiin ja todennäköisesti niihin liittyviin moninaisiin ongelmiin, kuten mielenterveys- ja unihäiriöihin, toiminta- ja työkyvyn puuttumiseen sekä sosiaaliseen eristäytymiseen. Tätä tukevat myös potilaiden kiputarinat – ja aikaisempi tutkimustieto. (4,5) Yllättävää on, että itsearvioitu ruokavalion terveellisyys ja liikunnan määrä eivät poikkea negatiivisesti koko ryhmästä. Eniten kärsivien tupakointi on hieman yleisempää kuin koko ryhmässä, mikä sopii tutkimuksiin, joiden mukaan tupakointi on yhteydessä masennukseen (6). Heidän alkoholin riskikäyttönsä ja huumeiden käyttönsä eivät poikkea koko kipupotilasryhmästä, päinvastoin kuin olettaisi muiden tutkimusten perusteella (7). Usea potilas vaikuttaisi tekevänsä kaikkensa, jotta saisi kipunsa hallintaan.

Kipupotilaiden mikroravinnetasoja ei ole tiettävästi aikaisemmin tutkittu näin monen mikroravinteen osalta. Eniten kärsivillä oli selkeä ravitsemushäiriö ja suurimmalla osalla jopa vitamiinien tai mineraalien puute. Tämä selittynee sillä, että potilailla ei ole varaa syödä terveellistä ruokaa, kipusairaus voi estää ruoan hankkimisen, laittamisen, pureskelun ja imeytymisen, ja stressi ja kipu kuluttavat ravintoaineita. Erityisesti huomattavaa on magnesiumin ja mangaanin sekä D-25- ja B1-vitamiinien puutteen yleisyys sekä B6-, B12-vitamiinin ja folaatin puutteet. Nämä puutokset häiritsevät serotoniinin ja melatoniinin tuotantoa, vastustuskykyä ja aivojen energia-aineenvaihduntaa sekä mitokondrioiden normaalia toimintaa (8). Tällaiset puutokset liittyvät kansainvälisten tutkimusten mukaan kipuun, masennukseen, uupumukseen ja kognitiivisiin häiriöihin (9). Enemmistöllä eniten kärsivistä oli sekä neuropaattinen kipu että fibromyalgia. Jälkimmäinen oli yleisempää haavoittuvimpien ryhmässä verrattuna koko kipupotilasryhmään. Useat katsaukset ovat löytäneet yhteyden traumaattisten kokemusten ja fibromyalgian välillä (4,5), vaikka EFIC:n 2019 kongressin täysistuntoluennon mukaan yhteys on kiistanalainen.

Taulukko 2C. Diagnoosien määrä kivusta eniten kärsivillä

Muuttuja	Keskiarvo	Vaihteluväli	N
Kipudiagnoosien määrä	4,0	1–10	105
Fibromyalgia			67 (71 %)
Neuropaattinen kipu			96 (91 %)
Muiden diagnoosien määrä	3,0	0-9	105

Kiputarinoita

Yksinäisyys ja paniikki heijastuvat usein kipuja kärsimystarinoista: ”Aloitin välttämisen ja eristäytymisen. Yritin hoitaa itse itseäni. Söin apteekista saatavia valeriaana valmisteita. Työnsi suuni täyteen voimakkaita pastilleja – ja pahoinvoinnin yllättäessä yritin keskittyä voimakkaaseen makuun. Hävisin yksinäisen taisteluni tietäen, että jos minulla olisi heti ollut mahdollisuus hoitoon, olisin voinut katkaista pakoreaktion.”

Suomalainen kipupotilas haluaa hoitaa työnsä kunnolla, mutta työnantaja on usein joustamaton ja ymmärtämätön:

”Pidän itseäni hyvänä työntekijänä, mutta teen kaiken oman terveyteni kustannuksella. Jos minulla olisi mahdollisuus olla ajoittain sairaslomalla, haluaisin vielä yrittää työssäni.”

Lääkäri on auttaja ja auktoriteetti, jolta moni kipupotilas toivoisi erilaista kohtelua:

”Oikean käteni pikkusormi kolahti tiskatessa astiaan ja samassa minulta meni kivusta jalat alta. Kun kerroin asiasta lääkärille, hän totesi, että kaikilla on joskus joku paikka kipeä, mutta kyllä se siitä, kun paikkaa ei koko ajan tunnustele. Vaiva ei hävinnyt niin kuin lääkäri arveli. Muutaman vuoden kuluttua kyynärvarrestani

Taulukko 3A. Vitamiinitasot eniten kärsivillä kipupotilailla

Vitamiini	Keski-arvo	Puute	*Vaje	*Optimi	Yli viite-arvon	N
fS-A-vit.	2,2 µmol/l	3 (4 %)	35 (44 %)	31 (39 %)	11 (14 %)	80
fS-B1-vit.	169,8 nmol/l	11 (16 %)	19 (28 %)	19 (28 %)	19 (28 %)	68
fS-B6-vit.	87,2 nmol/l	4 (5 %)	50 (60 %)	16 (19 %)	13 (16 %)	83
fE-Folaatti	**	2 (2 %)	47 (57 %)	29 (35 %)	5 (6 %)	83
fS-Folaatti	**	3 (14 %)	12 (57 %)	4 (19 %)	2 (10 %)	21
fS-B12- vit.	384,1 pmol/l	5 (5 %)	70 (71 %)	13 (13 %)	11 (11 %)	99
fS-D-25-vit.	67,7 nmol/l	***8 (8 %) ****20 (20 %)	36 (37 %)	34 (35 %)	0	98
fS-E-vit.	31,4 µmol/l	0	25 (32 %)	46 (59 %)	7 (9 %)	78

* Vaje: viitearvon alin arvo – < viitearvojen keskiarvo. Optimi: viitearvojen keskiarvo - viitearvon ylin arvo. Poikkeuksia D-25- ja B12-vit. Viite (9).

** Menetelmät ja viitearvot ovat muuttuneet useita kertoja tutkimuksen aikana, jonka vuoksi ei anneta viitearvoja eikä folaateista keskiarvoa.

*** Vakava puute <25 nmol/l ja **** puute 25-49,9 nmol/l.

Taulukko 3B. Mineraalitasot eniten kärsivillä kipupotilailla

Mineraali	Keskiarvo	Puute	Vaje	Optimi	Yli viitearvon	N
fS-Pi	0,96 mmol/l	16 (16%)	56 (57%)	27 (27%)	0	99
S-K	3,9 mmol/l	5 (6%)	57 (66%)	24 (28%)	0	86
S-ion-Ca	1,3 mmol/l	7 (7%)	33 (34%)	45 (47%)	11 (12%)	96
S-Cl	157,8	0	6 (33%)	11 (61%)	1 (6%)	18
fS-Cu	17,9 µmol/l	9 (10%)	50 (53%)	30 (32%)	6 (6%)	95
B-Mn	151,6 nmol/l	8 (36%)	13 (59%)	1 (5%)	-	22
fS-ion-Mg	0,60 mmol/l	23 (41%)	15 (27%)	15 (27%)	3 (5%)	56
S-Na	138,5 mmol/l	10 (12%)	38 (44%)	36 (41%)	3 (3,4%)	87
fS-Se	1,3 µmol/l	0	9 (12%)	55 (73%)	11 (15%)	75
fS-Zn	13,0 µmol/l	10 (11%)	81 (86%)	3 (3%)	0	94

vapautettiin hermopinne, joka oli aiheuttanut jatkuvan kipuni. En saa koskaan tietää mitä olisi tapahtunut, jos vaivaani olisi suhtauduttu heti vakavasti. Ehkä olisin nyt kivuton ja mukana työelämässä."

Elimellisen vaurion puuttuessa kipukroonikko saattaa epäillä itseään luulosairaaksi:

"Olen pohtinut miksi kipu on tullut jäädäkseen, vaikka sen varsinainen aiheuttaja on jo poistettu. Itseni syyllistäminen ei hyödytä mitenkään, syyllisyys ei poista kipua eikä paranna suorituskykyäni."

Olen kuunnellut tarinoita puolison narsismista, alkoholismista, fyysisestä väkivallasta, lapsen kuolemasta, lapsenlapsen huumeongelmasta, insestistä lapsuudessa – ja siitä kuinka potilas stigmatisoituu ja syrjäytyy, kun lääkäri vähättelee potilaan kipua. Sietokyvyllä on rajansa. Kärsimys kuvastuu etenkin tarinoissa, joissa tilanteeseen vaikuttaminen tuntuu mahdottomalta ja potilaalle jää voimakas epäoikeudenmukaisuuden kokemus.

"Kun pojaltani löytyi pingispallon kokoinen aivokasvain, perheemme elämä muuttui kertaheitolla julmaksi ja ahdistavaksi. Täytin pojan kaikki toiveet, olisin antanut henkenikin, jos olisin sillä voinut helpottaa hänen tuskiaan. Sauna oli ainoa paikka, jossa itkin omaa tuskaani pois. Työpaikalla työntekijät alkoivat vähentyä ja työ kävi raskaaksi. Vasen jalkani alkoi oireilla pikkuvarpaasta, selkä oli kipeä ja niskat jumissa."

Potilas selviää, mikäli hän ymmärtää kivun syyn, kipuun voi vaikuttaa ja elämä on merkityksellistä.

"Vaivaisenluuni pysyi leikkauksen jälkeen kipeänä ja turvonneena. Masennuin, kun en päässyt enää lavatansseihin mieheni kanssa. Kipulääkärini lähetti minut toimintaterapeutille. Siellä minulle teetettiin pehmustetut kengät. Niiden avulla pystyin käymään lavatansseissa kipulääkittynä edes muutaman kerran vuodessa. Tanssin huuma auttaa minua selviytymään kivun kanssa."

Myönteinen asenne parantaa vointia.

"Kipukuntoutuksen kautta löysin taiteen, joka rikastaa elämää. Taide auttaa unohtamaan kivun, ja tarvittaessa sen avulla voi myös käsitellä kipua."

Mallioppiminen on tärkeätä kivun hallinnassa.

"Jaksan elää reumani kanssa, koska isäni on näyttänyt, että ihminen voi elää onnellisena kolmekymmentä vuotta sen jälkeen kun hän on saanut lääkäreiltä vain muutaman kuukauden elinaikaa."

Suosituksia ja ehdotuksia

Jotta haavoittuvimpien kipupotilaiden kärsimystä voitaisiin vähentää, tulisi kipupotilailta tiedustella traumaattisien tapahtumien historiaa, selvittää sosiaalisen tuen määrä ja laatu, testata psyykkinen ja fyysinen toimintakyky ja elintavat sekä ruokapäiväkirja. Olisi syytä harkita myös mikroravinnetasojen mittausta B6-vitamiinin, folaatin, B12-vitamiinin, D-25-vitamiinin, magnesiumin, mangaanin, sinkin ja kuparin osalta. Potilaat tulisi tarpeen mukaan ohjata vertaistukiryhmiin, ryhmämuotoiseen fysio- ja/tai psykoterapiaan (CFT, Hakomi-terapia) (10,11) sekä ravitsemusterapeutin ja/tai fysioterapeutin ohjaamiin ryhmiin, jossa opetellaan terveellistä syömistä ja ruoan laittoa sekä taukojumppaa, liikuntaa, (venyttelyä) ja aktiivista stressinhallintaa (mindfulness, emotional freedom technique (EFT), trauma releasing exercises (TRE) (12-14). Potilaille voi antaa myös ryhmämuotoisesti narratiivista terapiaa ja teettää kipu-, kärsimys- ja selviytymistarinan. Potilaita tulisi tukea aktivoimaan tärkeitä ihmissuhteita ja aloittamaan jokin harrastus, jossa he voisivat liittyä sosiaaliseen verkostoon. Laboratoriokokeiden perusteella potilaille tulisi tarvittaessa räätälöidä puutteiden korjaamiseksi ravintolisät tai ottaa liiallisen mikroravinteen saannin johdosta jokin ravintolisä pois. Potilailla on Euroopan Neuvoston julkilausuman ja Euroopan ravitsemustoimintasuunnitelman mukaan oikeus laadukkaaseen lääketieteelliseen ravitsemusterapiaan, johon kuuluu ruokavalio ja tarvittaessa ravintolisät (15,16). ■

Kirjallisuutta:

1. Lindfors P. Kipu ja kulttuuri. Kipuviesti 2006;1:12-18.
2. Kupila P. Pitkäaikainen kipu fibromyalgiaa sairastavilla. Pro gradu-tutkielma. Kuopion Yliopisto 2008, Kuopio.
3. https://www.morressier.com/article/burden-chronic-pain-patients/5d402fa78f2158d25ec1309e
4. Nicol AL et al. The Association Between a History of Lifetime Traumatic Events and Pain Severity, Physical Function, and Affective Distress in Patients With Chronic Pain. J Pain. 2016 Dec;17(12):1334-1348.
5. Yavne Y at al. A systematic review of precipitating physical and psychological traumatic events in the development of fibromyalgia. Semin Arthritis Rheum. 2018 Aug; 48(1):121-133.
6. Fluharty M et al. The Association of Cigarette Smoking With Depression and Anxiety: A Systematic Review. Nicotine Tob Res. 2017 Jan;19(1):3-13.
7. Blaine SK et Sinha R. Alcohol, stress, and glucocorticoids: From risk to dependence and relapse in alcohol use disorders. Neuropharmacology. 2017 Aug 1;122:136-147.
8. Higdon J et Drake VJ. An Evidence-based Approach to Vitamins and Minerals. 2. painos. Thieme 2012, New York.
9. Mahan LK et Raymond JL. Krause's Food & The Nutrition Care Process. 14. painos. Elsevier Inc, 2017. Kanada.
10. https://en.wikipedia.org/wiki/Compassion-focused_therapy
11. https://hakomiinstitute.com/
12. https://en.wikipedia.org/wiki/Mindfulness-based_stress_reduction
13. https://research.bond.edu.au/en/publications/the-lived-experience-of-chronic-pain-and-the-impact-of-brief-emot
14. https://traumaprevention.com/
15. https://www.bapen.org.uk/pdfs/coe_leaflet.pdf
16. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/294474/European-Food-Nutrition-Action-Plan-20152020-en.pdf?ua=1

Kivun olemusta etsimässä

Eija Kalso
LKT
Professori-ylilääkäri
Kipuklinikka, HYKS
Helsingin yliopisto
Helsingin yliopistollinen sairaala

European Pain Federation edustaa kaikkia IASPin kansallisia kivuntutkimusyhdistyksiä, siis myös Suomen Kivuntutkimusyhdistystä. Sen toiminta on viime vuosien aikana voimakkaasti kehittynyt ja se panostaa erityisesti koulutukseen. Tällä hetkellä EFIC:illä on valmis diplomiin tähtäävä koulutusohjelma lääkäreille ja fysioterapeuteille. Kliinisten psykologien ja sairaanhoitajien koulutusohjelmat ovat valmistumassa. Diplomin saaminen edellyttää myös tentin hyväksyttyä suorittamista. Myös lääketieteen opiskelijoille on valmistunut kivunhoidon ydinasioiden hallitsemiseen tähtäävä curriculum.

EFIC tarjoaa myös runsaasti aineistoa ja koulutustilaisuuksia. Oman Lehden (*European Journal of Pain*), joka toinen vuosi pidettävän kongressin ja verkkokoulutusten lisäksi järjestetään vuosittaisia kursseja eri puolella Eurooppaa. Nämä on tarkoitettu nuorille eli alle 45-vuotiaille alan ammattilaisille tai sellaisiksi aikoville. Ensimmäisenä perustettu ”koulu” on sienalaisessa luostarissa kesäkuussa järjestettävä European Pain School. Tällä hetkellä koulun toiminnasta tosin vastaa IASP. EFICin ”omia” kouluja ovat syövästä aiheutuvan kivun ja palliatiivisen hoidon koulu, joka viime toukokuussa järjestettiin Slovenian Mariborissa. Puolan Krakovassa on järjestetty jo kolme translationaalisen kivuntutkimuksen kurssia heti juhannuksen jälkeen. Viime viikolla päättyi Itävallan Klagenfurtin ”koulu”, jonka ohjelmassa oli mm. akuuttiin ja syöpäkipuun, päänsärkyyn, selkäkipuun, neuropaattisen kipuun ja kivun psykologisiin hallintakeinoihin keskittyviä aiheita. Pelkästään neuropaattiseen kipuun keskittyvä ”koulu” on Venetsiassa lokakuun alussa. Ainakin Sienan luostarikoulussa on ollut monta suomalaista lääkäriä ja psykologia, jotka ovat antaneet pelkästään hyvin myönteistä palautetta koulun inspiroivasta ilmapiiristä, kriittiseen keskusteluun tähtäävistä väittelyiltamista sekä tietysti huippuopettajien ja opiskelijoiden erinomaisista esityksistä.

Tämän vuoden kongressi pidettiin Valenciassa kaatosateiden aiheuttamaa kaaosta edeltäneellä viikoilla. Kongressin ohjelman erityisinä painopistealueina olivat opetukselliset työpajat sekä eri alojen koulutusohjelmien polut, jotka oli merkitty erikseen ohjelmaan. Kaikki posteriesitykset olivat myös e-posterimuodossa, jolloin niitä saattoi katsoa posterikävelyjen jälkeenkin. Kongressissa oli myös annettu huomattavasti sijaa potilaiden sanalle.

Seuraava kongressi järjestetään Dublinissa syyskuussa 2021. Olen sen tieteellisen ohjelmatoimikunnan puheenjohtaja. Olen valinnut kongressin teemaksi *Targeting pain and its comorbidities in the digital age*. Ohjelmassa tulee olemaan runsaasti tietoa mm. stressin, ahdistuksen, uniongelmien ja kivun noidankehästä, digitaalisen lääketieteen jatkuvasti kasvavasta osuudesta sekä tämän vaikutuksesta potilaan hoitosuhteeseen, virtuaalitodellisuuden hyödyntämisestä, uusista tutkimusmenetelmistä (mm. N=1-tutkimusasetelmien ja koneoppimisen tarjoamista mahdollisuuksista) sekä emootioiden fysiologiasta ja mahdollisuuksista terapioiden kohteena. Aiomme myös kokeilla tutkijoiden, kliinikoiden, potilaiden, viranomaisten ja median kohtaamisia kiivaasti keskustelluista aiheista kuten Yhdysvaltojen opioidikriisin vaikutuksista sekä kannabinoidien käytöstä kivun hoidossa.

Yhdysvaltojen opioidikriisi on ajanut IASPin suurimman jäsenjärjestön (siis Suomen Kivuntutkimusyhdistyksen amerikkalaisen sisarjärjestön APS:n) konkurssiin opioidikriisiin liittyvien oikeustoimien vuoksi. Nyt odotamme mitä yhdistyksen lehdelle Journal of Painille tulee tapahtumaan. ■

Kliinikon kynästä

Tällä palstalla kokeneet kliinikot tuovat esille omassa työssään kohtaamiaan haasteita. Palstan kirjoittajat vaihtuvat siten, että kunkin kirjoittaja valitsee seuraavan palstakirjoituksen laatijan.

Jerry Ketola
osteopaatti, TtM
(liikuntalääketiede)
Helsinki

Vuonna 1990 aloitin urheiluhierojan opinnot Tampereella ja vuoden päästä siitä olin intoa täynnä yrittäjänä valmiina hoitamaan ihmisten vaivoja hieronnalla. Vastaanotolle alkoi ilmestyä kipua ja lihasjumeja potevia asiakkaita. Huomasin löytäväni hoitopöydälläni pötkötelleiltä asiakkailta kiristyneitä ja aristavia lihaksia, joita hierontaotteilla möyhensin.

Huomasin pian, että en pystynyt auttamaan etenkään pitkittyneestä ja toistuvasta kivusta kärsiviä asiakkaita. Ajattelin, että minun pitää kehittää kädentaitoja ja hakeuduin erilaisille manuaalisten terapian kursseille. Opin mobilisoimaan ja manipuloimaan niveliä ja ymmärrykseni ihmisen anatomiasta ja fysiologiasta laajeni. Koin olevani melkoinen mestari löytämään kipua aiheuttavan vaivan todellisen syyn pintaa syvemmältä. Tuntui hyvältä, kun rusauttelin lukittuneita nikamia, ja siitä seurannut tunne niin minussa kuin asiakkaissa oli vapauttavaa. Manipulaatiosta huolimatta asiakkaat palasivat vastaanotolleni yhä uudelleen ja uudelleen. Suoraan sanottuna aloin kyllästyä kun he eivät päässeet irti ongelmastaan.

Vuonna 2015 aloitin faskiamanipulaatiokurssit ja samaan aikaan sain kirjan nimeltä Explain Pain käsiini. Kirja vei minut mukanaan kivun modernin ymmärryksen maailmaan niin, etten meinannut pysyä housuissani. Ironista oli se, että kirjan sisältö kyseenalaisti voimakkaasti aiemmin kipuun liittyvää tietämystäni ja jätin faskiakurssit kesken. Ajattelin, että minua on huijattu kaikki nämä vuodet, sillä olihan Explain pain -kirjan ensimmäinen painos jo vuodelta 2003. Miksi minulle ei ollut opetettu modernia kiputiedettä jo aiemmin? Huomasin, että minulla ei ollut tietoa eikä taitoa toimia kivusta kärsivän parhaaksi.

Kun tilauksesta, keväällä 2016 Levillä järjestettiin kurssi aiheesta *Cognitive functional therapy* eli CFT. Manipulaation tuoma vapauttava tunne tuntui merkityksettömältä verrattuna siihen, kun opin ymmärtämään kognitioiden ja arjen toimintamallien sekä uskomusten vaikutuksista kipuun. Kurssin jälkeen aloin päämäärätietoisesti muuttaa omaa ajattelua ja tekemistä kipuasiakkaiden kuntouttamisessa.

Muutosvaihe oli haastavaa, kun piti alkaa puhua asiakkaille eri tavalla ja lakata viestimästä kehossa ilmenevistä *vioista*. Asiantuntijuuteni kustannuksella aloin kuunnella ja kuulla mitä asiakas itse ajatteli kivustaan ja miten se vaikutti heidän elämäänsä. Pyrin selvittämään millaisia kipuun liittyviä uskomuksia ja toimintatapoja he olivat matkan varrella oppineet. Tajusin lopulta, että *pintaa syvemmällä* tarkoittaakin ihan muuta kuin olin luullut. Ajatukset ja mieli ovat vahvasti läsnä pitkittyneiden kiputilojen kuntoutuksessa enemmän kuin kehossa ilmenevät fyysiset tekijät.

Nykyisen toimintamallin tuomat tulokset kiputiloista kärsivien kuntouttamisessa ovat tuoneet minulle suurempaa ammatillista tyydytystä kuin koskaan aiemmin. Pyrin työssäni saamaan ihmisille kipuun liittyviä oivalluksia ja toimin ohjaavana terapeuttina siinä, miten kipukierteen voisi saada katkaistua lopullises-

ti. Pyrin siihen, että puheeni ja tekoni lisäävät asiakkaitteni ymmärrystä kivusta ja lisäävät heidän luottamustaan käyttää kehoaan.

Viestitän asiakkailleni, että kivun kanssa liikkuminen ei ole vaarallista vaan välttämätöntä kohti kivuttomampaa elämää kuljettaessa. Kivun moderni kuntouttaminen on kivun kanssa aktiivista tekemistä eikä passiivista *hoitamista* tai asiakasta pelottavien ja huolestuttavien asioiden vahvistamista.

Seuraavassa kuvaan selkäkipua vuosia vaivanneen asiakkaani tarinan, joka heijastelee CFT:n mukaisen viitekehyksen mukaista ajattelua ja toimintaa.

Annamarin alaselkäkipu

Taustatietoa:

Annamarin selkäkivut alkoivat vuosia sitten 2000-luvun puolivälissä. Alaselkäkivun lisäksi Annamarilla oli lieviä säteilytuntemuksia oikeaan takareiteen. Annamari kuvaili itseään jäykäksi, selkäkipu vei myös sairauslomalle joitakin kertoja vuosien mittaan. Samaan aikaan stressiä oli paljon työpaikalla tapahtuneiden muutosten takia. Syksyllä 2015 selkää tutkittiin jälleen ja lääkäri ohjasi Annamarin magneettikuviin. Tuloksena todettiin L4-S1 välilevyjen rappeumaa ja laakeita protruusioita. Hoidoksi suositeltiin kipulääkitystä, fysioterapiaa ja ergonomiaan pyydettiin kiinnittämään huomiota. Lääkärin mukaan muutokset olisivat pysyviä ja selkärangan rappeuma oli alkanut.

Vuosien aikana Annamari oli käynyt erilaisissa hoidoissa ja saanut lukuisia ohjeita ja harjoitteita selkäkivun taltuttamiseksi. Pääpaino harjoitteilla oli syvien vatsa- ja selkälihasten vahvistamisessa. Työpisteeseen hankittiin työtaso, jossa voi työskennellä myös seisten. Työtuolin päälle Annamari laittoi tasapainotyynyn, jotta selkä saisi pientä liikettä istuessa.

Kaikista em. toimenpiteistä huolimatta Annamarin selkäkipu tuntui olevan jatkuvasti läsnä, välillä parempana ja välillä todella pahana. Vuosien aikana Annamari oli joutunut luopuman monista asioista selkäkivun takia ja hän halusi palata kuntosalille ja juoksemaan. Annamarille oli myös kehittynyt pelkotiloja selkään liittyen. Peloista pahin oli selän taivuttelu etenkin eteenpäin. Helpottavina asentoina Annamari mainitsi selinmakuulla maaten polvien vetämisen rintaan, jumppapallon päällä makaamisen ja istuessa toisen jalan nostamisen toisen jalan päälle

Kuntoutus lähti liikkeelle Annamarin kertoessa selkäkipuhistoriaansa. Kuuntelin ja annoin hänelle aikaa riittävästi, samalla reflektoiden kuulemaani. Kerroin hänelle, että selkärangasta ja muualta kehosta magneettikuvissa löytyvät muutokset ovat normaaleja hänen ikäiselleen eivätkä ne yksistään selitä oireita.

Tiedustelin millaisia harjoitteita hän oli aiemmin saanut ja miten ne olivat vaikuttaneet. Nostin esille hänen kertomuksestaan selkäkipuun liittyviä uskomuksia, joilla voisi olla vaikutusta siihen miten hän käytti selkäänsä arjen askareissa. Kartoitin, miten hän liikuttaa selkäänsä nostaessa esineitä lattialta, koska juuri selän liikuttaminen oli hänestä pelottavaa. Vuosien mittaan hänelle oli muodostunut käsitys, että selkä menisi *poikki*, jos sen antaa pyöristyä esimerkiksi laittaessa kenkiä jalkaan tai nostaessa kynän lattialta.

Ohjasin hänelle asteittain eteneviä liikeharjoitteita pyrkimyksenä palauttaa luottamus selkää kohtaan ja saada hänessä aikaan kokemus selän kestävyydestä. Liikkeet aloitettiin rohkeasti myös pelottavaan eteentaivutukseen ja jo toisella käynnillä hän uskalsi taivuttaa selkää pyöreänä eteenpäin. Vastaanotolla ohjatut liikkeet tallennettiin videolle hänen kännykkäänsä, josta hän voi ottaa ne helposti esille.

Annamarin omia kokemuksia kuntoutuksesta

”Kävimme vastaanotolla yhdessä läpi kipuun liittyviä asioita ja huomasin, että osa kivun vai-

kutuksesta liittyy omiin uskomuksiin ja opittuihin tapoihin käyttää kehoa töissä ja arjessa. Kävimme käytännössä läpi miten voisin alkaa harjoittelemaan uusia ajattelu- ja toimintatapoja. Mieleeni jäi erityisesti, että selän käyttämistä ei pitäisi arkipäivässä pelätä ja välttää. Pinttynyt tapa esimerkiksi vältellä kumartamista ja varoa selän normaalia liikuttelua jäykistää selkääni ja ylläpitää kipua. Aloin kiinnittämään tähän huomiota ja huomasin yllättävän nopeasti tuloksia.

Oli helpottavaa kuulla, että syvien vatsalihasten harjoittamisen rinnalla tai jopa niiden tilalla olisi hyvä liikutella selkää päivittäin. Aiemmin olin ajatellut selkäkivun johtuvan siitä, etten ollut tehnyt syviä lihaksia vahvistavia harjoituksia tarpeeksi. Huomasin, että selän liikuttelu saamillani rentouttavilla liikkeillä tuntui helpottavan eniten. Olin ajatellut, että selkäni jäykkyys ei tulisi ikinä muuttumaan. Olen aloittanut jälleen kuntosaliharjoittelun, jota olin vuosia välttänyt pelon ja kipeytyvän selkäni takia.

Kuntoutusjakson hyötyjä itselleni ovat olleet erityisesti se, että tunnistan enemmän tekijöitä jotka vaikuttavat selkäni vointiin. Uutta ja haastavaa oli päästää keskivartaloa rennoksi, kun olin tottunut pitämään tiukkaa ryhtiä yllä. Ja lisäksi huomasin miten negatiiviset uskomukset, tunnetilat ja pelot vaikuttavat liikkumistapoihini arkipäivässä ja voin muuttaa toimintaani."

Esimerkkitapaus on julkaistu asiakkaan luvalla ja hänen nimensä on muutettu yksityisyyden suojaamiseksi. ■

Vinkkejä ammattilaisille moderniin kivun kuntoutukseen:

- Kuuntele asiakasta ja viestitä hänelle, että kipua ei tarvitse pelätä ja että kuntoutus on aktiivista kivun kanssa tekemistä
- Älä etsi kehosta vikoja, vaan pyri aktiivisten liikkeiden tuomien kokemusten avulla lisäämään asiakkaan pystyvyyden tunnetta kehon kestävyydestä kulumista ja rappeutumista huolimatta
- Asiakas on kuntoutusprosessin päähenkilössä oleva ihminen. Käsikirjoitus suunnitelmaan tehdään yhdessä asiakkaan kanssa
- Kuntouttaja on sivuroolissa toimiva asiantuntija, joka tukee, kannustaa ja ohjaa kuntoutusta oikeaan suuntaan
- Kirjoita tai videoi ohjatut harjoitteet asiakkaan käyttöön
- Kuntouttaja tunnistaa omat rajansa ja perustelee toimintaansa eettisesti modernin kiputieteen mukaisesti

Kirjallisuutta ja luettavaa:

O'Sullivan PB ym. Cognitive Functional Therapy: An Integrated Behavioral Approach for the Targeted Management of Disabling Low Back Pain [published correction appears in Phys Ther. 2018.

Holopainen, R ym. From "Non–encounters" to autonomic agency. Conceptions of patients with low back pain about their encounters in the health care system. Musculoskeletal Care. 2018.

Ketola, J ym. Selkäkipu ja mielen voima. Otava 2017.

http://www.pain-ed.com/

Terveyteen liittyvä elämänlaatu kroonista kipua sairastavilla potilailla

Pekka Vartiainen
Health-related quality of life in patients with chronic pain.
Helsingin yliopisto 29.9.2018

Vastaväittäjä: Professori Torsten Gordh (Uppsalan yliopisto)
Ohjaajat: Professori Eija Kalso, professori Risto P Roine (Helsingin yliopisto)
Tarkastajat: Dosentti Tuula Manner (Turun yliopisto), Dosentti Markus Paananen (Oulun yliopisto)

Tausta

Toimintakyky ja elämänlaatu ovat kroonisilla kipupotilailla usein merkittävästi heikentyneet, ja kroonisen kivun hoito on haastavaa. Moniammatillinen kivunhoito (multidisciplinary pain management, MPM) on nykykäsityksen mukaan tehokkain pitkittyneen kivun hoitomenetelmä. Hoidosta hyötyviä potilaita ei pystytä tunnistamaan, ja hoitotuloksissa on suurta vaihtelua.

Terveyteen liittyvä elämänlaatu (Health-Related Quality of Life, HRQoL) pyrkii kattamaan potilaan koko terveydentilan ja kuvaamaan tätä mitattavilla numerolla. Elämänlaadun tulee perustua potilaan omaan käsitykseen hänen terveydestään, ulkopuolinen ei voi sitä määrittää. Elämänlaatua mitataan väestötutkimuksissa arvotetuilla kyselylomakkeilla, joiden perusteella potilaan terveydentila saa lukeman suhteessa parhaaseen mahdolliseen terveyteen (1) ja kuolemaan (0). Tätä ns. geneeristä elämänlaatua voidaan vertailla kaikkien eri potilasryhmien välillä. Se on keskeinen työkalu hoidon vaikuttavuuden arvioinnissa sekä kustannushyötytutkimuksissa. Vaikka terveyteen liittyvää elämänlaatua suositellaan mitattavaksi myös kroonisessa kivussa, eri mittarien validiteettia ei kipupotilailla ole vertailtu.

Tavoitteet, aineisto ja tulokset

Väitöskirjan tavoitteena oli arvioida kahden elämänlaatumittarin, suomalaisen 15D:n ja EQ-5D:n validiteettia, tutkia kivun, sen piirteiden ja sosioekonomisten muuttujien sekä elämänlaadun yhteyttä, ja kuvailla elämänlaadun muutosta moniammatillisen kivunhoitojakson jälkeen. Tutkimuksen ensimmäinen osatyö tehtiin Krooninen Kipu ja Elintavat (KROKIETA) -tutkimuksen aineistosta, ja toinen ja kolmas puolestaan HUS:n Meilahden Kipuklinikalla hoidettujen potilaiden aineistosta.

Kipuklinikalle päätyvien potilaiden elämänlaatu oli heikko, paljon huonompi kuin verrokkiväestöllä ja yksi alhaisimmista 15D-mittarilla raportoiduista tuloksista. Kroonisen kivun aiheuttama rasittuneisuus ja toiminnallinen rajoitus olivat selvästi yhteydessä elämänlaatuun, mutta näiden lisäksi kivun intensiteetillä ei ollut itsenäistä yhteyttä elämänlaatuun. EQ-5D:n ja 15D:n välillä oli huomattavia eroja. Molemmat elämänlaatumittarit olivat selkeästi yhteydessä kivun eri piirteitä mittaaviin muuttujiin, mutta 15D osoittautui näihin muuttujiin verrattuna vielä herkemmäksi. 15D:llä mitattu elämänlaatu parani merkitsevästi vuoden seurannassa moniammatillisen hoitojakson alkamisesta, ja 43 %:lla potilaista tapahtui suuri elämänlaadun paraneminen. Kuitenkin 35 %:lla elämänlaatu laski merkitsevästi, vaikka elämänlaadun lähtötaso oli jo hyvin alhainen. Töissä olo, korkeampi koulutus ja lyhyempi kivun kesto ennakoivat hieman suurempaa elämänlaadun kohentumista.

Pohdinta

Tulokset osoittavat, että EQ-5D ja 15D ovat valideja elämänlaatumittareita, mutta ne tuottavat huomattavan erilaisia tuloksia. Suomalainen 15D vaikutti sopivan EQ-5D:tä jonkin verran paremmin kroonisille kipupotilaille. Näillä potilailla on hyvin alhainen elämänlaatu, ja tähän vaikuttaa merkittävästi kivusta aiheutuva psykososiaalinen kuormitus. Yksilötasolla suuresti vaihteleva elämänlaadun muutos hoitojakson jälkeen korostaa, että meidän tulisi paremmin kyetä tunnistamaan potilaita, jotka hyötyvät (tai eivät hyödy) kroonisen kivun hoidosta. ■

Sokeri lievittää kipua keskosilla

Viime vuosina on keskosten toimenpidekipuja lievitetty antamalla sokeriliuosta suun kautta. Kanadalais-sveitsiläinen tutkimus selvitti aiheuttaako toimenpidekipu ja sokerin käyttö muutoksia aivojen toimintaan ja kehitykseen ja onko poikien ja tyttöjen välillä eroja. Tutkimukseen otettiin 51 erittäin epäkypsää keskosta, joden gestaatioikä oli 27,6 (2,0) viikkoa. Heille tehtiin pään magneettitutkimus viikoilla 29,4; 31,9 ja 41,4. Talamus, basaaligangliot ja aivojen tilavuus kuvattiin. Työssä havaittiin invasiivisten toimenpiteiden vaikuttavan talamukseen, basaalitumakkeisiin ja aivojen tilavuuden kasvuun etenkin tytöillä. Samanlainen yhteys oli sokerin saannin ja aivojen tilavuuden välillä. Toiminnallinen yhteys talamuksen ja sensorimotorisen aivokuoren välillä liittyi negatiivisesti invasiivisten toimenpiteiden määrään. Voimakkaampi toimenpidekipu ja suurempi sokerin saanti liittyivät huonompaan hermoston kehittymiseen. Tulokset osoittavat että toimenpidekipu haavoittaa aivojen rakenteellista ja toiminnallista kehittymistä. Analgeettina käytettävä sokeri ei näytä lievittävän kivun vaikutusta aivojen kehittymiseen. Tytöillä aivojen kehityksen haavoittuvuus poikkeaa muusta sairastavuudesta neonataaliaikana. Kivun ja sokerinkäytön yhteys neurologiseen kehittymiseen osoittaa että näillä tekijöillä on pitkäkestoiset vaikutukset.

Schneider J, DuerdenE, Guo T, ym.Procedural pain and oral glucose in preterm neonates: brain development and sex-specific development and sex-specific effects. Pain 2018; 159: 515-525.

Arja Hiller

Lapsi muistaa leikkauskivun

Lasten kipu on yleistä ja sen muistaminen voi aiheuttaa pitkäkestoisia vaikutuksia. Lapsilla, jotka muistavat kivun voimakkaampana kuin mitä esim. leikkauksen jälkeen ilmoittivat, on riski kokea kipu kovana tulevaisuudessakin. Kanadalaistutkimuksessa selvitettiin 6–7- vuotiaiden lasten ja heidän vanhempiensa ahdistuneisuuden vaikutusta lapsen tonsillektomian jälkeisen kivun muistamiseen. Vanhemmat ilmoittivat ahdistuksensa määrän ennen leikkausta ja lapsen ahdistus arvioitiin anestesian aloituksessa. Lapset ilmoittivat kivun intensiteetin ja kipuun liittyvän pelon 3 päivän ajan kotiutumisen jälkeen sekä kuukauden kuluttua. Tulokset osoittivat, että lapset, joilla oli kovempi ja pitkäkestoisempi leikkauksen jälkeinen kipu ja joiden vanhemmat olivat ahdistuneempia, muistivat kivun voimakkaampana kuin olivat leikkauksen yhteydessä ilmoittaneet. Sitä vastoin lapsen preoperatiivisella ahdistuksen määrällä ei ollut vaikutusta negatiiviseen muistikuvaan. Tutkijat korostavat, että vanhempien ahdistuksen vähentäminen ja lapsen hyvä leikkauksen jälkeisen kivun hoito ovat tärkeitä, jotta lapselle ei jäisi pelkoa tulevaisuudessa tehtäviä toimenpiteitä kuten esimerkiksi rokotuksia kohtaan.

Fischer S, Vinall J, Pavlova M, ym. Role of anxiety in young children `s pain memory development after surgery. Pain 2019; 160: 965-972.

Arja Hiller

Ahdistuneisuus ja kipumuisti

Kipu kroonistuu helpommin lapsilla, jotka muistavat myöhemmin leikkauskivun voimakkaampana kuin ilmoittivat leikkauksen yhteydessä. Sen takia on tärkeää selvittää syyt, jotka johtavat negatiivisten muistikuvien kehittymiseen. Yksi syy voi olla lisääntynyt ahdistus.

Kanadassa tehdyssä tutkimuksessa tutkittiin 237 8–17-vuotiasta lasta ja nuorta, joille tehtiin suuri kirurginen toimenpide. Ahdistuneisuus sensitiivisyys(anxiety sensivity), kipu katastrofointi ja kipu ahdistuneisuus (pain anxiety) arvioitiin tulotilanteessa, 48–72 tuntia leikkauksen ja 6 ja 12 kuukauden kuluttua. Kivun voimakkuus levossa ja liikkeessä sekä kivun epämiellyttävyys arvioitiin sairaalassa päivittäin. 1-vuoden kuluttua haastateltiin puhelimitse mitä muistikuvia kivusta jäi. Tulokset osoittivat että lapset, joiden ahdistustaso oli korkea tullessa sekä 48 ja 72 tunnin kuluttua, muistivat vuoden kuluttua kivun kovempana kuin arvioivat leikkauksen yhteydessä. Näillä lapsilla myös kipu oli kovempaa 6 ja 12 tunnin kuluttua leikkauksen jälkeen. Tutkimuksen perusteella voi löytyä menetelmiä pre-ja post operatiivisen ahdistuneisuuden vähentämiseksi ja negatiivisten muistikuvien vähentämiseksi.

Noel M, Rosenbloom B, Pavlova M, ym. Remembering the pain of surgery 1 year later: a longitudinal examination of anxiety in children `s pain memory development. Pain 2019; 160: 1729-1739.

Arja Hiller

Hermoston tukisolut mekaanisen kivun aistijoina

Patrik Ernforsin johtama työryhmä Karoliinisessa instituutissa on selvittänyt hermoston tukisoluihin kuuluvan Schwannin solun merkitystä kivun aistimiselle. Työryhmä osoitti Schwannin solun kietoutuvan verkkomaisesti kipuhermosyiden ympä-

rille ihon pintakerroksiin kuuluvassa epidermiksessä, jossa kipuhermopäätteet sijaitsevat. Optogeneettisin menetelmin he pystyivät selektiivisesti aktivoimaan ihon Schwannin soluja geenimuunnelluilla hiirillä ja aiheuttamaan kipukäyttäytymistä (mm. raajan poisvetoheijasteen) sekä sähköfysiologisin rekisteröinnein osoitetun kipuhermosyiden aktivaation. Schwannin solu osoittautui keskeiseksi erityisesti mekaanisen kivun aistimisessa. Tätä tukevat havainnot, jonka mukaan Schwannin solujen selektiivinen vaimentaminen nosti käyttäytymiskokeissa mekaanisen kivun kynnystä ja sähköfysiologisissa in vitro-kokeissa mekaaninen ärsyke aktivoi Schwannin solun. Nämä tulokset osoittavat, että hermoston tukisoluihin kuuluva Schwannin solu kipuhermopäätteiden ympärillä osallistuu erityisesti mekaanisen kipuärsykkeen aistimiseen.

Abdo A, Calvo-Enrique L, Lopez JM ym. Specialized cutaneous Schwann cells initiate pain sensation. Science 2019;365:695-699.

Antti Pertovaara

Autovasta-aineet monimuotoisen paikallisen kipuoireyhtymän mekanismina

Monimuotoinen paikallinen kipuoireyhtymä (complex regional pain syndrome eli CRPS) on raajavammojen jälkeen esiintyvä kiputila, johon liittyy mm. turvotusta sekä verenkierron että motoriikan häiriöitä. Unkarilais-brittiläinen työryhmä osoitti autovasta-aineiden myötävaikuttavan CRPS:n syntyyn. Työssään he siirsivät CRPS-potilaiden immunoglobuliini G (IgG)-autovasta-aineita hiirille, joille oli tehty kokeellinen jalkapohjan haava. Tämä CRPS-potilaiden IgG:n siirto aiheutti hiirillä keskushermoston kipuun liittyvien alueiden tukisolujen (mikroglia ja astrosyytit) aktivoitumisen, mikä viittasi kipujärjestelmän herkistymiseen. Terveiden kontrollipotilaiden IgG:tä saaneilla hiirillä ei esiintynyt vastaavia muutoksia. CRPS-potilaiden IgG ei aiheuttanut tukisolujen aktivoitumista poistogeenisillä hiirillä, joilla puuttui interleukiini-1 (IL-1)-sytokiiniä koodaava geeni. CRPS-potilaiden IgG:n aiheuttamat muutokset hiirillä oli estettävissä myös IL-1-sytokiinin vaikutusta välittävän reseptorin salpaajalla.

Helyes Z, Tékus V, Szentes N ym. PNAS 2019;116:13067-13076.

Antti Pertovaara

Löytyykö kivun salaisuus aivotursosta?

Moni aiempi tutkimus on osoittanut kivun ja masennuksen välisen yhteyden. Vaikka masennuksen kokeminen edellyttää monien aivoalueiden toimintaa, hippocampus eli aivoturso näyttelee siinä keskeistä roolia. Hippocampuksessa prosessoidaan kognitiota, mielialaa, stressiä ja kivun perseptiota. Aivoturson vasen puoli säätää sanallista muistia ja oikea ilmeisesti mm. kipua. Einstein Aging Study projektin osana tutkijat selvittivät 131 yli 75 vuotiaalla, joilla ei ollut dementian oireita, hippokampuksen tilavuuden, kroonisen kivun ja masennuksen korrelaatioita. Tutkittaville tehtiin aivojen MRI-tutkimus 3.0 Teslan laitteella. T1-painotteisista leikkeistä laskettiin hippocampuksen tilavuus ns. FreeSurfer-segmentaatioproseduurilla. 55 %:lla tutkittavista oli krooninen kiputila. Masentuneilla sekä oikean että vasemman hippokampuksen mutta kroonisesta kivusta kärsivillä vain oikean hippokampuksen tilavuus oli pienempi kuin niillä, joilla näitä oireita ei ollut. Saman suuntaisia havaintoja on tehty eläinmalleilla. Mitä tämä sitten tarkoittaa? Luonnollisesti kovin pitkälle meneviä johtopäätöksiä tällaisesta tutkimuksesta ei voi tehdä. Tutkijat kysyvät silti voisiko pieni aivoturso altistaa masennukselle ja kivulle. Lomboroson morfologisia analyysejä ei kannata kaivaa esille mutta tutkimus osoitti aivoturson liittyvän pitkittyneen kivun kokemiseen.

Ezzatti A et al. The relationship between hippocampal volume, chronic pain, and depressive symptoms in older adults. Psych Res Neuroimag 2019; 289: 10-12

Reino Pöyhiä

Mekongin Neitsyt

Anneli Vainio

Kymmenen päivän vierailuni Kambodžassa palautti taas mieleen, mistä tässä kaikessa on kysymys. Mutta miten muuttaa se sanoiksi?

Ystäväni Phany tekee sitä mikä on oikein, ranskaksi ”juste”. Phany valmistaa joka viikko ateriat äidilleen, koska sisko (jonka hoidossa äiti on) ei osaa laittaa Phanyn mielestä terveellistä ja maukasta ruokaa. Phany käy myös joka päivä katsomassa vanhan ystävänsä ja kollegansa 29-vuotiasta poikaa, joka on kuolemassa syöpään. Kävi ensin sairaalassa, sitten kotona, nyt kuoleman jälkeen seitsemännen päivän seremonioissa. Phany tyhjentää säännöllisesti jääkaappinsa ja pakastimensa ja tuo työpaikan nuorelle yövartijalle ja hänen lapselleen terveellistä ruokaa. Lapsi oli vauvana aliravittu, nyt terve nelivuotias.

Myös ystäväni Soma tekee sitä mikä on oikein. Soma asuu Mekongin keskellä olevalla Silkkisaarella. Hän on kasvattanut varmaan toistakymmentä orpoa tai huonossa hoidossa olevaa lasta kotonaan aikuisiksi. Hän ruokkii joka päivä naapureitaan ja heidän lapsiaan. Yksi heistä on Tjai, jonka Soma otti luokseen yhdeksän vuotta sitten Siem Reapissa sen jälkeen, kun poika konttasi vauvana kadun yli hänen pihalleen syömään koirankupista nälkäänsä. Yhdeksässä vuodessa pojasta on kasvanut reipas koululainen. Soman toinen kasvatti on nyt viisitoistavuotias Sopheap, jonka isoäiti vei hänet jo kerran kymmenenvuotiaana takaisin Soman luota kotiin pannakseen tytön tienaamaan itselleen viinarahoja. Soma haki tytön takaisin ja sanoi, että joko olet täällä ja käyt koulua ja saat minulta puhtaat vaatteet ja ruoan, tai sitten palaat baareihin isoäitisi luo etkä enää tule takaisin. Vaikeaa oli, mutta tyttö jäi ainakin toistaiseksi. Soma myös antaa Khanteylle, lääkäriystävälleni kassikaupalla ruokaa, jota Khantey kantaa vuorostaan köyhille naapureilleen.

Oikein tekeminen on jotenkin yksinkertaisempaa siellä, missä köyhyys, sairaus ja huolenpidon puute ovat kotiovella ja ilmeisiä. Suomessa huolenpito on ulkoistettu hyvinvointivaltiomme instituutioille, ja meidän on helppo uskoa, ettei meidän itsemme tarvitse tehdä mitään toisten eteen. Käännämme katseen mieluummin pois ja uskomme, että asioista huolehditaan. Todella köyhät ovat kaukana kehitysmaissa, eikä heidän oloilleen voi mitään koska hallitukset ovat korruptoituneita eivätkä ne tee mitään kansalaisten auttamiseksi. Tarvittaisiin poliittisia liikkeitä, mutta kansainvälisiin ihmisoikeusjärjestöihin liittyneitä ja niissä aktiivisesti toimivia pidetään helposti epäilyttävinä hihhuleina. On siis kaikin puolin turvallisempaa, mukavampaa ja helpompaa unohtaa koko juttu ja jättää se nuorempien, idealistisempien huoleksi. Oikein tekeminen on työlästä.

Olin myös koko ajan liikuttunut, jälleen. Sihanoukvillessä minua liikutti taivaan utuinen väri auringon laskiessa, ilman lämpö ja lempeä valo. Kepissä minua liikutti katkarapujen myyjien hääriminen, kun he valmistivat meille ruokaa lapset helmoissaan (sillä aikaa, kun aviomiehet loikoilivat riippumatoissaan). Mekongin ylittävässä lautassa minua liikutti ihmisten ja moottoripyörien paljous, Mekongin ruskean ja turkoosin värejä heijastava silkkinen vedenpinta ja auringon lämpö. Soman talossa minua liikutti pöydän ääressä yhdessä aterioi-

vat viisi naista, joista minä olin yksi, ja lattialla ateriaansa jakava lapsiparvi. Mapin ja Malyn luona minua liikutti nähdä, kuinka kaksi opiskelijaa jotka viisitoista vuotta sitten tekivät viikot kahta työtä ja opiskelivat viikonloppuisin ja öisin, ovat nyt ruuhkavuosia elävä perhe – he ovat luoneet itselleen tulevaisuuden.

Neljä vuotta sitten, kun olin viimeksi Kambodzassa töissä, lapsenlapseni oli sairaana ja heikossa kunnossa. Soma vei minut silloin Mekongin Neitsyen luo, ja sytyttelimme vähän kynttilöitä ja suitsuketikkuja siinä pienen vietnamilaisen protestanttikirkon pihalla. Neitsyt katseli meitä lempeä ilme mustuneilla kasvoillaan. Nyt halusin mennä kiittämään, koska poika voi nyt paljon paremmin. Niinpä seisoimme taas auringon paisteessa kirkon pihalla Khantey, Soma ja minä kynttilöinemme ja suitsuketikkuinemme, ja kukin meistä hoiti omat bisneksensä Mekongin Neitsyen katsellessa meitä lempeästi.

Mekongin Neitsyt löytyi joen pohjasta vuonna 2012, kun buddhalainen kalastaja näki unen, jossa hän löysi patsaan. Patsas sanoi hänelle: – Tule hakemaan minut pois täältä, olen ollut joen pohjassa niin kauan ja minun on kylmä. Kalastaja lähti ystävineen veneellä unessa näkemäänsä paikkaan. He naarasivat pohjaa, ja sieltä löytyi Mekongin Neitsyt, mustunut kopio Lourdesin kolmimetrisestä patsaasta. Se oli luultavasti heitetty jokeen Pol Potin aikana neljäkymmentä vuotta sitten, kun uskonnolliset symbolit saivat kyytiä. Kalastajan ja kyläläisten aloitteesta Neitsyt pystytettiin pienen vietnamilaisen kyläkirkon rappusille.

Muutamia vuosia sen jälkeen Ranskan katolisen kirkon yhdistys vieraili kylässä ja lupasi maksaa patsaan entisöinnin Ranskassa. Kuljetuksesta sovittiin. Oli sadekausi, ja kuljetusta edeltävänä yönä Mekongin Neitsyeltä murtuivat molemmat jalat ja se romahti alas kirkon portaita. Kyläläiset päättelivät, että Neitsyt ei halua Ranskaan, josta se luultavasti ei pääsisi koskaan takaisin Silkkisaarelle, ja liimasivat jalat. Ja katso, patsas seisoo portaiden yläpäässä tänäkin päivänä. Muistin Mekongin Neitsyen, kun oma jalkani katkesi vajaa vuosi sitten. Se antoi voimia – ihanaa seistä auringossa Mekongin rannalla ja hui hai jos jalat on poikki liimataan ne kokoon ja taas mennään!

Muistin myös, mitä ajattelin neljä vuotta sitten Mekongin rannalla, kun olin nollapisteessä ja onneton. Päätin kolme asiaa, ja kirjoitin ne myös muistiin. Ensimmäinen oli, että elän päivän kerrallaan enkä huolehdi huomisesta. Toinen oli, että en enää huolehdi siitä, mitä muut ajattelevat, sanovat ja tekevät (minun suhteeni ja yleensäkin). Huolehdin vain omista ajatuksistani, sanomisistani ja tekemisistäni. Kolmannen asian unohdin. ■

SASP-kongressi Oslossa 4.–5.4.2019

Teemu Zetterman
LL, erikoistuva lääkäri
Yleislääketiede, Vantaan kaupunki

Riitta Mieronkoski
ft, TtM, tohtorikoulutettava
Turun yliopisto, hoitotieteen laitos

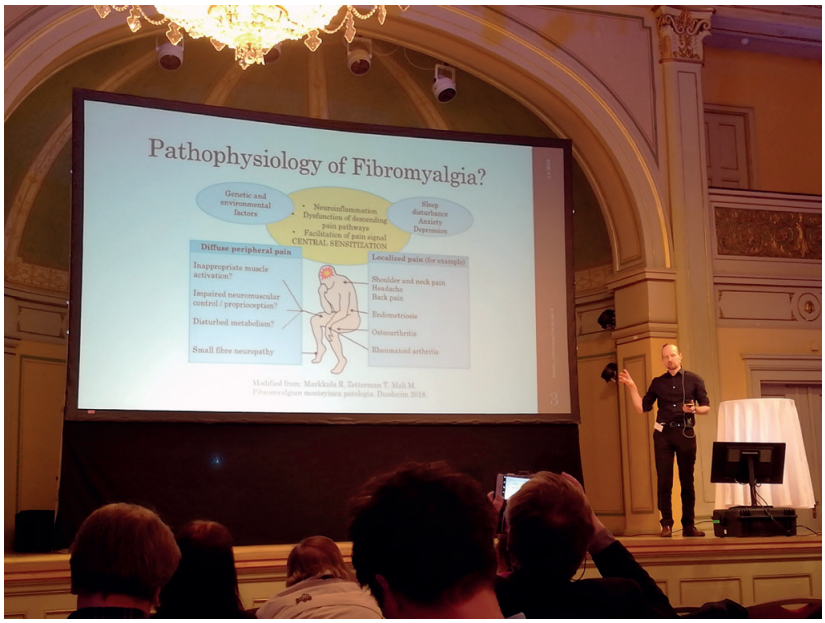
Osallistuimme Scandinavian Association for Study of Pain järjestön vuosittaiseen kongressiin huhtikuun alussa Oslossa. Kahden luentopäivän lisäksi kongressiin kuului tohtoriopiskelijoille tarkoitettu PhD course -päivä sekä ilahduttavasti iltaohjelmaa historiallisessa kaupungissa vuonon rannalla. Tämä vuoden teema, mitä emme tiedä kivusta, oli näkyvillä koko konferenssin ohjelmassa.

Tohtoriopiskelijakurssin luennoissa käsiteltiin kivun genetiikkaa ja kokeellisia ihmis- ja eläinasetelmia. SASP:n aiemman puheenjohtajan, professori Per Hanssonin johdolla pohdimme kokeellisiin kipumalleihin kätkeytyviä puutteita minkä vuoksi perustutkimus ei valitettavasti ole johtanut esimerkiksi tehokkaisiin uusiin lääkehoitoihin. Ensimmäinen päivä järjestettiin Norjan työterveyslaitoksen, STAMI:n tiloissa. Saimme esittelykierroksen heidän laboratorioihinsa, kuten kylmähuoneeseen, jossa tutkitaan ympäristöaltisteiden ja työskentelyn vaikutusta kipuun. Kurssipäivän hienoa antia oli myös oman tutkimuksen esittäminen pienryhmissä sekä siitä saatu palaute niin kokeneilta tutkijoilta kuin muilta opiskelijoilta. Matka-apurahapalkituille tämä oli samalla tarpeellinen kenraaliharjoitus seuraavan päivän esitykseen.

Oslon oopperatalo tarjosi upeat puitteet iltajuhlalle

Opiskelijoiden kesken alkanut vilkas verkostoituminen jatkui ensimmäisenä iltana Oslon kaupungintalolla järjestetyllä vastaanotolla. Oslon pormestari kertoi kaupungin ajankohtaisista asioita ja toivotti meidät tervetulleeksi arvokkaassa ja historiallisessa ympäristössä. Illan jatkuessa saimme myös opastetun kierroksen Nobelin rauhanpalkintogaalankin tapahtumapaikkana toimivan rakennuksen taidehistoriaan

Kongressin päätapahtumapaikkana oli 1836 rakennettu Gamle Logen konferenssikeskus lähellä Oslon keskustaa. Ensimmäinen konferenssipäivä alkoi SASP:n puheenjohtajan Sigridur Zoegan puheella Pohjoismaisen yhteistyön merkityksestä ja tulevaisuudessa kivuntutkimuksissa. Ensimmäisen kongressipäivän yhtenä kantavana teemana oli käyttäjien sekä potilaiden ottaminen mukaan kipututkimukseen. Asiaa pohjustettiin ensin lyhyessä luennossa



Kirjoittajat pääsivät esittämään Oslossa väitöstutkimukseensa liittyviä tuloksia

ja tätä seurasi rinnakkaissessiona World café -menetelmällä toteutettu keskustelutilaisuus. Tilaisuudessa oli mukana monia potilasjärjestöjen edustajia, kliinikoita ja tutkijoita, joten viiden kysymyksen ympärille rakentuva yhteinen loppuyhteenveto oli kattava. Norjassa on jo kokemusta potilasedustajien mukaanotosta tutkimusprojekteihin, josta voisimme ottaa oppia myös Suomessa.

Iltapäivällä saimme kuulla mielenkiintoisia ja ajankohtaisia esityksiä mm. kivun ja sosiaalisten suhteinen yhteyksistä ja napakan esityksen siitä, miten tutkimustuloksia pitäisi – ja toisaalta ei pitäisi kommunikoida suurelle yleisölle. SASP-kongressin järjestäjien palkitsemat kolme nuorta tutkijaa pääsivät kertomaan suullisissa esityksessä omista tutkimuksistaan. Kirjoittajista tämän tilaisuuden sai Teemu Zetterman, joka tutkii fibromyalgiaa sairastavien oireiden ja pintaelektromyografialla mitatun lihasjännityksen yhteyttä. Muita suomalaisia puhujia tilaisuudessa olivat Eija Kalso, Satu Jääskeläinen ja Vesa Kontinen, joiden esitykset olivat korkeatasoisia ja asiantuntevia. Toisen illan kruunasi Oslon modernilla arkkitehtuurillaan säväyttävässä oopperatalossa pidetty juhlaillallinen. SASP:n historiaa kerrattiin eri maiden konkareiden puheissa ja tunnelma oli lämmin.

Viimeisenäkin kongressipäivänä jatkuivat posterikierrokset. Osallistujat tutustuivat tauoilla ahkerasti meidänkin postereihimme ja kierroksilla luotiin uusia kontakteja ja saatiin tietoa käynnissä olevista tutkimusprojekteista. Kongressin aiheet jatkuivat esityksissä kivun merkityksistä yhteiskunnassa, jota käsiteltiin mm. sosio-ekonomisten vaikutusten, kroonisen kivun kustannusten sekä komorbiditeetin ja kaksostutkimuksen näkökulmista. Esityksissä kuultiin myös ajankohtaista kivun diagnosoinnista ja siihen liittyvän uuden ICD-11 koodin käyttöönotosta, joka jälkeen aiheesta järjestettiin myös paneelikeskustelu.

Juhlavalla lounaalla palkittiin Scandinavian Journal of Pain -lehden pitkäaikainen päätoimittaja Harald Breivik ja toivotettiin tervetulleeksi SASP:n vuosikokouksen valitsema uusi puheenjohtaja Christopher Nielsen. Lopuksi meidät kaikki toivotettiin tervetulleeksi seuraavaan SASP kongressiin Ruotsiin ensi huhtikuussa. Sinne aiomme matkustaa taas joukolla, toivottavasti mukaan tulee myös uusia suomalaisia nuoria ja varttuneempia kipututkijoita. ■

9th World Congress of the World Institute of Pain, Dublin 9.–12.5.2018

Teoreettisen tiedon välittäminen ja kädentaitojen opettaminen painopisteinä

Marion Wüstefeld
Anestesia erikoislääkäri/
APS- lääkäri
Palliatiivinen konsultti
KYS

Osallistuin ensimmäistä kertaa WIP-kongressiin, joka tänä vuonna pidettiin Dublinissa Irlannissa. Matka alkoi 8.5.2018 vielä sateisesta Kuopiosta. Kohteessa Dublin oli aurinkoinen ja yllätyksekseni sateeton. Ennen kongressia ehdin tutustua Dublinin keskustaan: historiaa, kulttuuria ja Whiskyä… Tätä ja paljon muuta löydät Dublinista.

Seuraavat päivät vietin tiiviisti Dublinin Convention Centerissä, jossa kongressi järjestettiin. Kongressipaikka oli todella upea ja kongressijärjestelyt toimivat hyvin. Kongressiin osallistui noin 700 kivun asiantuntijaa ja/tai tulevaa asiantuntijaa, selvästi vähemmän kuin muissa kipukongresseissa. Eniten kongressin vieraita oli Itä-Euroopasta, Pohjois-Afrikasta ja Aasiasta. Myös USA:sta tuli paljon osallistujia. Suomesta oli ilmeisesti kaiken kaikkiaan 11 osallistujaa. Skandinaviasta oli muutenkin yllättävän vähän osallistuneita muihin kipu- ja vaikka palliatiivisiin kongresseihin verrattuna.

Dublinin kadut ovat täynnä historiaa

Kolmipäiväinen ohjelma oli monitieteellinen. Kuulijakunnassa ja luennoitsijoissa eniten oli lääkäreitä, mutta myös verran psykologeja ja fysioterapeutteja. Kivunhoidon teoreettisen tiedon välittäminen ja käden taitojen opettaminen olivat selvästikin painopisteitä. Tarjolla oli plenary-luentoja, hands-on workshopeja (Live Demonstrations in Ultrasound Workshops) ja E-posteri-discussion -sessioita.

Lisäksi oli sponsoreiden järjestämiä sessioita, joista yksi suosituin oli Menarini lounas-symposium: *Post-operative pain management, different approaches and new therapeutic strategies*. Vaikka anestesiologien rooli korostui, minulle APS-lääkärinä ei ollut kuitenkaan mitään erityisesti uutta, sillä Suomessa on totuttu multimodaaliseen leikkauskivun hoitoon ja yleensä pyritään huomioimaan leikkauksen jälkeisen kivun pitkittymisen riskitekijät profylaktisessa mielessä. Mitä useampi näistä riskitekijöistä potilaalla on, sitä todennäköisempää on leikkauksen jälkeisen akuutin kivun hankaloituminen sekä pitkittyminen. Koska tämä oli Menarininsponsoroima, käytiin läpi myös Cochrane-katsaus, jossa korostui Menarinin dexketoprofeeni

Dublinin kongressikeskus (Convention Centre Dublin)

25 mg ja tramadoli 75 mg yhdistelmävalmisteen suotuisa vaikutus kohtalaisessa tai kovassa postoperatiivisessa kivussa.

Plenary-luentojen todellinen helmi itselleni oli brittiläisen Anthony Dickensonin *Patrick Wall lecture—Pharmacological Modulation of Pain*. Dickensonin luento koski aivojen kivun kroonistumisprosessiin liittyviä farmakologisten muutosten selittymistä. Esitelmästä sain hyviä didaktisia ideoita omiin luentoihini kivun kroonistumisesta.

Mielenkiintoinen oli myöskin amerikkalaisen Andrea L. Nicolin hyvin emotionaalinen luento *Non-Opioids for Neuropathic Pain Syndromes*. Tarkkaan tehty up-to-date katsaus ja lääkehoitosuosituksia aiheista postherpeettinen neuralgia, diabeettinen neuropatia ja radikulaairnen kipu.

Jälkimmäisessä luentokokonaisuudessa *Access to Pain and Palliative Care* erityisen kiinnostava Eric Krakauerin esitys *The Lancet Commission on Global Access to Palliative Care and Pain Control: Findings and Recommendations* (https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2214-109X%2818%2930082-2).

Kraukauer kuvasi esityksessä palliatiivisen hoidon ja kivunhoidon maailmanlaajuista epätasapainoa. On huutavan tärkeää tehdä maailmanlaajuiset sopimukset, joiden myötä palliatiivisen ja kivunlievityksen saatavuus vastaavat lääketieteellisiä ja eettisiä vaatimuksia. Lancet komission suosituksien mukaan, palliatiivinen ja kivunhoito on integroitava terveydenhoitojärjestemään näin:

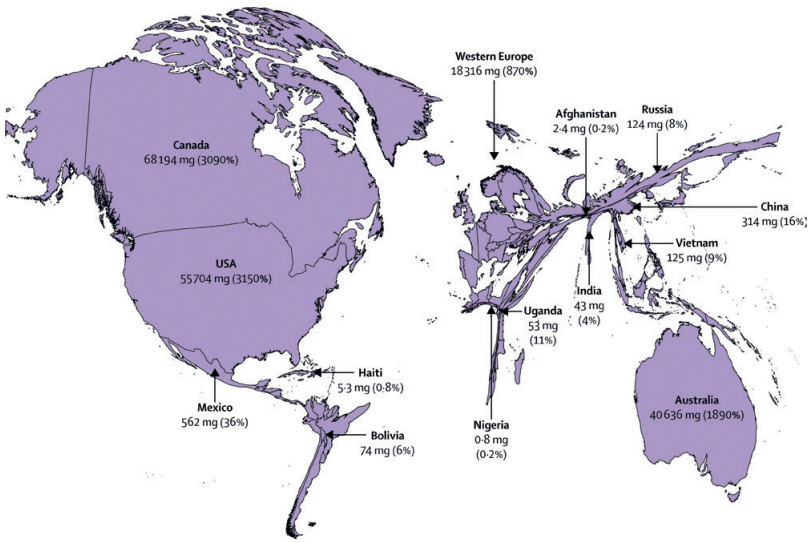
– pparantamaan potilaan tulosta, kuten elämänlaatua

– vähentämään potilaiden ja terveydenhuoltojärjestelmän kustannuksia

– edistämään yleistä terveydenhuollon kattavuutta.

Selvä asia on, että opioideja/opiaatteja on tärkeä käyttää vain tarkoituksen mukaisesti. Krakauerin mukaan huolestuttavaa on opioidikatastrofi USA:ssa, Australiassa, Kanadassa ja joissakin Euroopan maissa. Suomessa reseptillä määrättyjen opioidien käyttöön liittyvät kuolemat eivät ole vielä ongelma. Tilanne on aiheuttaneet kuitenkin jonkinlaisen ylireagoinnin. Tämä on johtanut ”opioidifobiaan”. Seurauksena USA:ssa saatetaan ryhtyä rajoitta-

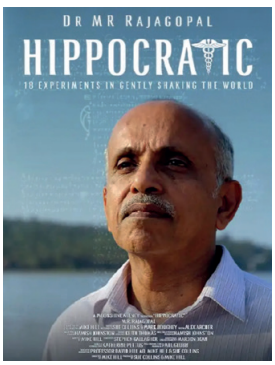
Andrea L.Nicol, Dublin WIP 2018



Opioidien kulutus eri maissa, WHO 2017

maan opioidien käyttöä, määräämistä ja saatavuutta kivun hoidossa. Lääkärit eivät määrää, sairaanhoitajat eivät anna ja apteekki ei varastoi eikä luovuta opioideja. Myöskin potilaiden ja heidän perheidensä keskuudessa on pelko opioidihoidosta. Lisäksi tämä ”sota opioideja vastaan” voi johtaa tarjonnan heikkenemiseen entisestään niissä maissa, joissa opioidien saatavuus on riitämätön.

Krakauer kehotti kaikkia kivunhoidon asiantuntijoita olemaan opioidikeskustelussa objektiivisia ja vastuullisia, koska vaikutus voi olla maailmanlaajuinen.



Heti tämän luennon jälkeen koin hyvin tunnepitoisen hetken. Oikeastaan intialaisen professori Rajagopalin olisi pitänyt luennoida aiheesta *Assuring Access to Pain Control for the Global Poor*. Valitettavasti hän ei saanut EU:n maahantuloviisumia. Luennon sijaan esitettiin meille prof. Rajagopalin elokuva *Hippocratic: 18 Experiments in Gently Shaking the World*. Suosittelen tätä elokuvaa lämpimästi (Youtube: Hippocratic film, offical trailer).

Päätössession luento-osuus oli omistettu aiheelle tulevaisuuden strategiat kivunhoidossa: *Future Policies for Pain*. Vaikuttava oli Professori J. Peppinin (USA) esitys: *Pain Medicine in the USA—Cautionary Tale*.

Selkeästi hän pystyi selittämään nykyisen opioidikriisin syyt Yhdysvalloissa.

1950-70-luvuilla kivunhoito keskittyi erityisesti syöpäkivunhoitoon. Krooninen opioidihoito ei-syöpäkivun hoidossa on kehitetty syöpäkivunhoidon mallista. ”Kivunhoidon” nousu aiheutti sen, että lääkärit ottavat kivun vakavasti, hoitavat kipua ”aggressiivisemmin” ja käyttävät opioideja useammin. Lisäksi potilaiden kivunhoidon parantamisen takana ovat 1990-luvulta alkaen olleet lääketeollisuuden ja apteekkien taloudelliset kannustimet.

Yksiulotteinen lähestymistapa (one fits all) tuli ongelmaksi. Se loi vaikutelman, että:

– krooninen kivunhoito = opioidit

– tunnen opioidit = osaan hoitaa kroonista kipua

– kuka tahansa voi hoitaa kroonista kipua= käyttää vain opioideja.

Peppinin mukaan optimaalinen kivunhoito ei ole helppoa. Hoito on hyvin monimutkaista ja opioidikriisi on suuri haaste. Kivunhoito vaati paljon parannettavaa. Looginen lähestymistapa olisi kouluttaa tarkoituksenmukaisesti terveydenhuollon ammattilaisia, potilaita ja yleisöä. On myös tärkeää käyttää tutkimustuloksia potilaan hoidon parantamiseksi.

Erityisen tärkeää on tieteellisen tiedon ”kääntäminen” potilaan hoidon eduksi.

Valitettavasti nykyään enemmän on hysteriaa opioideja vastaan, medialla on tässä ollut negatiivinen vaikutus. Terveydenhuollon ammattilaisten kivunhoidonkoulutus on edelleen heikko, uusia hoitovaihtoehtoja ei ole kehitetty, ehkä jopa estetty.

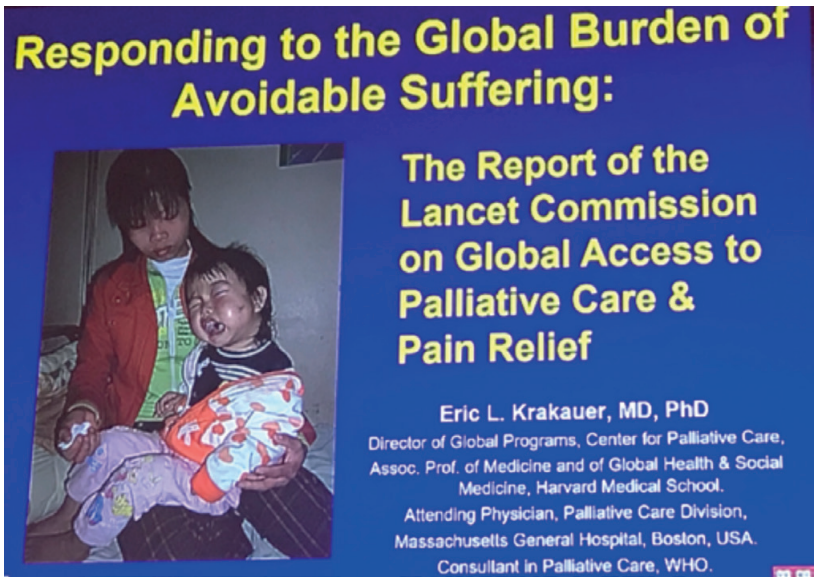
Tämä kehitys on huolestuttava, kipupotilaat kärsivät edelleen, monet potilaat ovat epävarmoja opioideja kohta.

Mitä on opittava tästä ” kivunhoidonkriisistä” ja meille Suomeen vihjeeksi, jotta samat ongelmat eivät tapahtuisi meillä?

– Terveydenhuollon ammatilaisten kouluttaminen.

– Viranomaisten puolesta pelkkä opioidireseptien säätely ei riitä, lääkefirmoiden itsenäisten tutkimusten taloudellinen tuki on tärkeä.

– Suositus: suuntaviivojen olisi oltava johdonmukaisia ja tieteellisiä.



Haluan kiittää Suomen Kivuntutkimusyhdistystä saamastani matka-apurahasta. Kongressi antoi laajan ja hyvän katsauksen erilaisten kroonisten kipuoireistojen tietouden nykytilasta. Lisäksi myös palliatiivisten potilaiden hyvän kivunhoidon merkitys ja niiden laaja-alaiset, osittain invasiiviset hoitomenetelmät, oli nostettu esille.

Jälkimaininkeja

”The WAR ON OPIODS ” taas on asia mistä on Suomessakin varmasti tärkeä keskustella asiallisesti potilaan ja meidän heitä hoitavien näkökulmasta. Verkostoituminen suomalalaisten ja ulkomaalaisten kipukollegojen kanssa oli myöskin tärkeä kokouksen anti. Keskusteltiin paljon aiheesta: Minne olet menossa kivunhoito?

Tässä pari ajatusta, jotka tulivat meille muutamalle suomalaiselle osallistujalle mieleen: 1) Kivun hoidossa tarvitaan paitsi monialaisuutta niin myös monipuolisuutta. 2) Tarvitaan kivun psykologiaa, kipukuntoutusta, kivun lääkehoitoa ja ei-lääkkeellisiä hoitokeinoja.

3) Tarvitaan myös mini-invasiivisia toimenpiteitä, neuromodulaatiohoitoja ja kipuanestesiologiaa, kipuneurologiaa ja kipufysiatriaa. Moninaisuus ja hyvä yhteistyö antavat parhaat tulokset vaikean kivun hoidossa.

Tästä lähtökohdasta on helppo ymmärtää, miksi tarvitaan myös erilaisia koulutustilaisuuksia niin kansallisesti kuin kansainvälisestikin. Jos toisessa painotetaan kivun tieteellistä tutkimusta ja uusimpia asioita tiederintamassa molekyylibiologian tasolla, niin toisessa koulutuksessa voidaan antaa tietoa kiputoimenpiteistä, anatomiasta ja komplikaatioista.

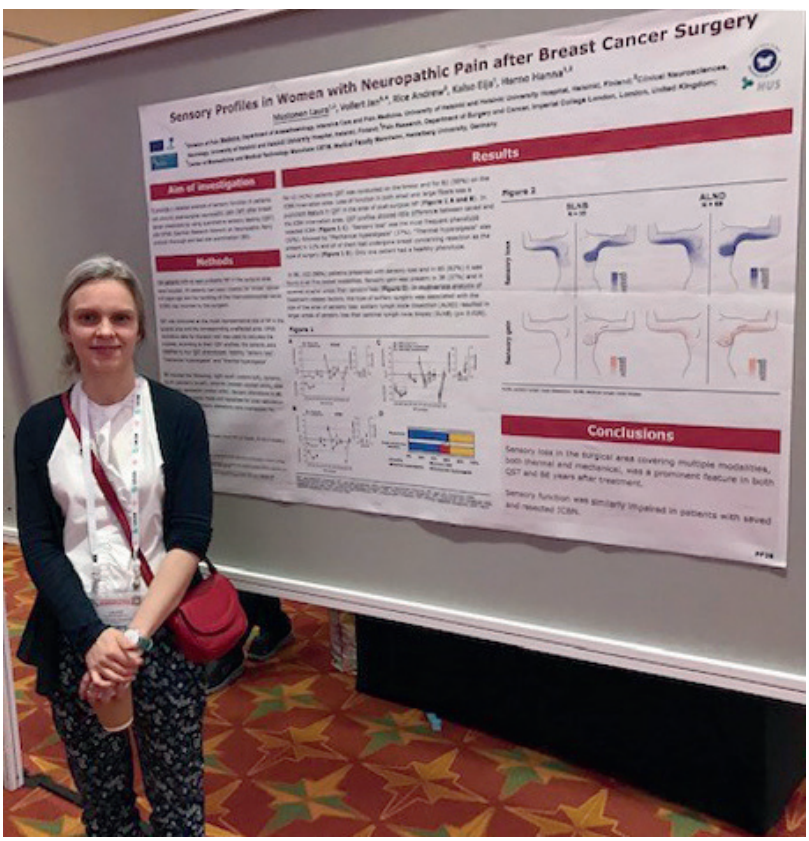
Lisäksi pitäisi voida yhdessä pohtia enemmän kivun lääkehoitoa ja vaikkapa kipukuntoutusta ja psyko-sosiaalista aspektia. Mielestämme on tiettyä rikkautta siinä, että kipuasioissa on koulutustilaisuuksia järjestämässä IASP, EFIC ja WIP. Kaikilla on oma alueensa ja kaikkia tarvitaan. Viime kädessähän osallistujat ratkaisevat sen, mikä koulutus vetää eniten väkeä. Jos jokin näistä jäisi pois, se olisi valitettavaa ja siihen kohtaan jäisi tiedon musta aukko. ■

7th International Congress on Neuropatic Pain (NeuPSIG 2019)

Lontoo 9.–11.5.2019

Laura Mustonen
LL, neurologiaan erikoistuva lääkäri, väitöskirjatutkija
HYKS Kipuklinikka

Kansainvälisen kivuntutkimusyhdistyksen (IASP) neuropaattisen kivun alajaoksen (NeuPSIG) järjestämä 7. kansainvälinen neuropaattista kipua käsittelevä kongressi pidettiin tänä vuonna Lontoossa. Toukokuisen Lontoon ilma oli tyypilliseen tapaan vaihtelevan sateinen, mutta aurinkoakin kongressipäiviin onneksi mahtui. Kongressin ohjelma oli tiivis ja mielenkiintoinen. Yhdistyksen juniorijäseniä varten oli varattu perjantai-iltaan erillinen trainee reception -tilaisuus, jossa oli mahdollisuus tutustua muihin väitöskirjatutkijoihin. Allekirjoittaneella oli kongressissa posteriesitys, joka käsitteli rintasyöpähoidettujen naisten leikkauksen jälkeisen neuropaattisen kivun tuntohäiriöiden luonnetta.



Kongressin aiheet painottuivat paljolti kivun molekylaarisiin mekanismeihin sekä keskushermoston toimintaan kroonisessa kivussa. Kivun psykologiaa sivuttiin vain ohuesti. Kongressin keskeisiä teemoja olivat erityisesti kivulias sytostaattipolyneuropatia ja diabeettinen polyneuropatia. Katsaukset kongressin pääluentojen aiheisiin voi lukea PAIN-lehden toukokuun Supplement-numerosta (PAIN 2019; 160: S1-S69).

Neuropatian ja neuropaattisen kivun mekanismeja on selvitetty kattavasti muun muassa eläinmallien avulla. Vaikka tutkimustietoa näistä mekanismeista on paljon, konkreettisia mittareita kroonisen neuropaattisen kivun ennustamiseksi on hyvin vähän. Eläinmalleilla tehtyjen havaintojen soveltaminen ihmiseen on usein osoittautunut vaikeaksi. Sen vuoksi tarvitaan monipuolisempia lähestymistapoja. Näitä voivat olla esimerkiksi potilaiden profilointi useiden mittareiden avulla ja saatujen kliinisten tutkimushavaintojen testaaminen

eläinmalleissa (eikä toisinpäin). Näitä seikkoja korosti puheessaan mm. tri Nadine Attal.

Kongressin viimeisen luennon aiheena oli mielenkiintoinen debatti siitä, kumpi on hyödyllisempi kroonisen kivun hoitovasteiden ennustamisessa, tuntokynnysmittaus (QST) vai aivokuvantaminen. Jälkimmäisen puolestapuhuja oli tri Karen Davis ja edellisen tri Ralf-Detlef Treede.

Erilaiset aivokuvantamistekniikat, kuten fMRI ja MEG, mahdollistavat aivoalueiden välisen konnektiviteetin ja hermoverkkojen toiminnan tutkimisen. Kroonisessa kivussa aivoalueen konnektiviteetti muuttuu. Näiden muutosten luonne voi heijastaa kivun voimakkuutta, vaikutusta elämänlaatuun sekä vastetta lääkehoitoon.

Neuropaattisesta kivusta kärsivien potilaiden tuntohäiriöt voivat olla hyvin erilaisia ja tämän merkitystä on tutkittu pitkään QST-menetelmillä. Viime vuosina on julkaistu saksalaisten kehittämään QST-tutkimusprotokollaan (DFNS-QST) perustuvat tuntohäiriöprofiilit. Kuuluminen tiettyyn profiiliin saattaa ennustaa vastetta jo olemassa oleville lääkehoidoille ja asiaa tutkitaan runsaasti.

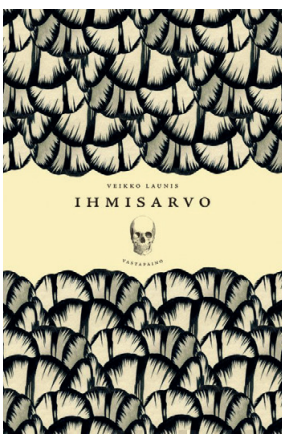
Debatista kävi ilmi, että sekä aivokuvantamisella että tuntohäiriöiden tutkimisella on paljon annettavaa neuropaattisen kivun mekanismien ymmärtämisessä. Tämä työ on vielä kesken ja soveltamismahdollisuudet käytännön potilastyössä ovat toistaiseksi rajallisia. Lisäksi tulee olemaan mielenkiintoista nähdä, miten kivun kroonistumista ennustavat psykologiset riskitekijät suhteutuvat tutkimuslöydöksiin.

Neuropaattisen kivun mekanismeissa on vielä runsaasti selvitettävää ja hoitokeinoissa on parannettavaa. Kongressissa ei tullut esiin suuria ajankohtaisia läpimurtoja tutkimuksen saralla, mutta pitkäjänteinen työ neruopaattisesta kivusta kärsivien potilaiden hoidon parantamiseksi jatkuu. Tämä työ vaatii tiivistä yhteistyötä prekliinisen ja kliinisen tutkimuksen välillä.

Haluan lämpimästi kiittää SKTY:tä kongressimatkani tukemisesta. ■

Ihmisarvoa kunnioittava kohtelu

IHMISARVO
Veikko Launis, 2018.
Vastapaino Tampere.
Vertaisarvioitu www.tsv.fi/tunnus
322 sivua.
ISBN: 978-951-768-691-4



Potilailla on oikeus tulla kunnioittavasti kohdelluiksi ja hoitajilla puolestaan velvollisuus kohdella kunnioittavasti potilaitaan. Useimmat kunnioittavaan kohteluun liittyvät loukkaukset ja valitukset koskevat potilaan ja terveysalan ammattilaisen välistä vuorovaikutusta. Potilaiden kohtaamisessa ja kohtelussa on keskeistä ajoittain pysähtyä miettimään, mihin arvoihin ja asenteisiin oma toimintani ja toiminta työyhteisössäni perustuu.

Ihmisarvoa pidetään ihmisoikeuksien perustana. Ihmisarvo on ”näkemys, jonka mukaan ihmisellä on arvo sinänsä”. Tämä merkitsee sitä, että ihmisellä on itseisarvo, arvo, jota ei tarvitse eikä voida perustella muilla arvoilla. Ihmisarvo kuuluu jokaiselle ihmiselle ja kaikkien on tunnustettava ja kunnioitettava tätä arvoa. Se, mitä ihmisarvon perustalta arvotamme tai valitsemme, on kuitenkin kulttuurisesti ja yhteiskunnallisesti määräytynyttä ja sopimuksenvaraista.

Millainen toiminta tai kohtelu sitten on ihmisarvoa kunnioittavaa ja millainen sitä loukkaavaa tai vahingoittavaa? Etiikan professori Veikko Launiksen kirja *Ihmisarvo* pureutuu näihin ihmisyyteen liittyviin aina ajankohtaisiin peruskysymyksiin, jotka saavat uusia ulottuvuuksia aika ajoin vaihtelevissa sosiaalisissa, poliittisissa ja oikeudellisissa olosuhteissa. Kirja rakentuu filosofi Immanuel Kantin (1724-1804) moraaliajattelulle ja normatiivisen etiikan tulkinnalle, jota kirjoittaja nimittää arvokkuusetiikaksi eli dignitismiksi.

Kirjan näkökulma ihmisarvoon ylittää kirjoittajan mukaan käytännöllisen etiikan rajat ja on moraalifilosofisesti kokonaisvaltaisempi. Kirja on tarkoitettu tutkimuskäyttöön, oppimateriaaliksi yliopistoihin ja ammattikorkeakouluihin sekä inspiraatioksi opettajille. Kirja käsittelee ajankohtaisia arvoetiikkaan liittyviä kysymyksiä konkreettisella ja ymmärrettävällä tavalla niin, että lukijalla ei tarvitse olla laajaa filosofista perusosaamista asioiden ymmärtämiseksi. Kiinnostuin kirjasta, koska teen väitöskirjaa ikääntyneen potilaan kunnioittavasta kohtelusta. Lähdin etsimään kirjasta teoreettista perustaa ihmisarvoiselle kohtaamiselle ja kunnioittavalle kohtelulle.

Kirja koostuu johdannosta (1) ja viidestä lähes itsenäisestä luvusta, jotka käsittelevät ihmisarvon metaetiikkaa (2), kantilaista näkemystä ihmisarvosta (3), normatiivista etiikkaa ja ihmisarvoa (4), ihmisarvoa soveltavassa etiikassa (5) ja epilogia ihmisarvosta ja ihmisoikeuksista (6). Lisäksi kirjassa on viitteisiin lisättyä tietoa ja kaksi liitettä (geneettinen essentialismi ja moraalinen virheteoria), joihin lukija voi kiinnostuksensa mukaan perehtyä syvemmin.

Johdanto tutustuttaa lukijan moniin filosofisiin käsitteisiin ja teorioihin. Luettavuutta ja ymmärrettävyyttä helpottaa vierasperäisten sanojen suomennokset ja suluissa esitetyt selvennykset. Johdanto pureutuu kolmeen ihmisarvon käsitettä koskevaan peruskysymykseen, joihin kirjoittaja pyrkii vastaamaan: Mihin ihmisarvo perustuu? Mitä ”ihmisarvo” merkitsee? ja Mitä ihmisarvosta seuraa? Kysymyksiin palataan ja niitä pohditaan kirjan myöhemmissä osissa, joten johdantoon kannattaa perehtyä huolella. Johdantoon perehtymisen jälkeen kirjasta voi lukea itseä kiinnostavia osia. Perusta ihmisarvoiselle kohtaamiselle ja kunnioittavalle kohtelulle löytyy normeista, joiden tehtävänä on suojata arvoja. ”Arvojen toteuttaminen lepää normien varassa ja normien tehtävänä on suojata arvoja.”

Kirjan toinen luku käsittelee ihmisarvon metaetiikkaa. Luku ei välttämättä aukea kai-

kilta osin ensimmäisellä lukemalla ja lukijaa jää askarruttamaan ihmisarvon objektiivisuus – onko se sitä vai ei. Luku kristalloituu viimeiseen kokonaisuuteen (arvo-objektivismista arvokonstruktivismiin), joka alleviivaa ihmisarvoa normatiivisena lähtökohtana ja edellytyksenä kaikelle inhimilliselle toiminnalle ja vuorovaikutukselle. ”Arvokkuus on jotakin, joka syntyy vasta ihmisen arvoja luovan toiminnan kautta.”

Kirjan kolmas luku tutustuttaa lukijan syvemmin kantilaiseen näkemykseen ihmisarvosta, joka perustuu ”kunnioitukseen moraalilakia kohtaan”. Tämä kunnioitus on ihmisyydestä kumpuava arvoa tunnustava mielentila, joka tekee toiminnasta moraalisesti arvokkaan. Kun teko tehdään kunnioituksesta moraalilakia kohtaan, tahdon määrää yleinen, satunnaiset halut ylittävä, moraalinen periaate, jota Kant kutsuu kategoriseksi imperatiiviksi. Käytännöllisen imperatiivin lähtökohtana on Kantin mukaan ihmisen erityinen sisäinen arvo tai arvokkuus eikä pelkkä suhteellinen arvo eli hinta, kuten esineillä tai eläimillä on. Käytännöllinen imperatiivi pyrkii vastaamaan kysymykseen, mitä meidän tulee hyväksyä ja se toimii näin ”ylimpänä jokaisen ihmisen toiminnan vapautta rajoittavana ehtona”.

Kirjan neljännessä luvussa, normatiivinen etiikka ja ihmisarvo, täsmennetään eettisiä periaatteita ja sääntöjä, joita ihmisarvoa kunnioittavan yksilön ja yhteisön tulisi arkipäivän eettisissä ristiriitatilanteissa soveltaa. Luku avaa etiikan teorioita (hyve-, hyöty-, oikeusperustainen, velvollisuus- ja periaate-etiikka) käytännön tasolle muistuttaen, ettei mikään niistä saa ohittaa ihmisarvon kunnioittamisen vaatimusta. Mikään yksittäinen teoria ei myöskään riitä eettisten kysymysten käsittelyyn eikä ole olemassa yhtä oikeaa tapaa johtaa niistä periaatteita tai toimintaohjeita. Tarvitaan useita arvoteorioita (eettinen pluralismi), jotka tarjoavat ”objektiivista moraalista asiantuntijuutta”.

Samassa luvussa pureudutaan myös periaate-etiikan neljään keskitason periaatteeseen (itsemääräämisoikeuden ja autonomian kunnioittamisen, vahingon tuottamisen kiellon, hyvän tekemisen ja oikeudenmukaisuuden periaatteisiin), jotka luovat pohjaa arvokkuusetiikalle eli dignitismille. Dignitismin mukaan ihmisarvo on eettistä harkintaa ja päätöksentekoa värittävä ja läpäisevä arvosisältö, jonka avulla keskitason moraaliperiaatteita voidaan tulkita ja niiden normatiivista voimaa suunnata ja rajoittaa. Kirjoittaja kutsuu ihmisarvon kunnioittamisen vaatimusta arvonlähteeksi, joka luo ja synnyttää uutta etiikkaa ja myös oikeuttaa ja kyseenalaistaa jo olemassa olevaa.

Kirjan viides luku, ihmisarvo soveltavassa etiikassa, käsittelee valaisevilla käytännön esimerkeillä rasismia syrjintänä, rokotusohjelman moraalista oikeutusta ja rokotussuojan hankkimisen velvoittavuutta, psykopaatin ihmisarvoa ja eutanasian moraalista oikeutusta. Luvussa paneudutaan myös asenteiden muodostumiseen vaikuttaviin tekijöihin ja pohditaan tiedon esittämistavan vaikutusta tapaan, jolla reagoimme. Pysähdyttävää on kuvaus ihmisarvosta kaltevalla pinnalla. Kaltevalle pinnalle astuminen, esimerkiksi johonkin toimintatapaan sitoutuminen, johtaa vääjäämättä lopputulokseen, jota pidetään yleisesti vääränä tai pahana. Kirja puolustaa ihmisarvon ehdottomuutta. Jos tämän perusarvon kunnioittamisessa lähdetään kompromissien tielle, on vaarana luisua arvomaailmaan, jossa vain tietyin kriteerein valituilla yksilöillä on arvoa ja oikeuksia.

Kirjan kuudennessa luvussa, epilogi ihmisarvosta ja ihmisoikeuksista, kirjoittaja kuvaa ihmisarvon kunnioittamisen moraalista erityisasemaa ja summaa ihmisarvon tehtävää kantilaisen arvokkuusetiikan näkökulmasta.

Kirja luo monipuolisen tieteellisen pohjan kantilaisen arvokkuusetiikan perusteille. Nämä perusteet avaavat tutkijoille mahdollisuuksia hyödyntää arvokkuusetiikkaa tutkimustyössään ja implementoida sitä oman tieteenalansa arvopohjan vahvistamiseen ja käytännön hoitotyön etiikan kehittämiseen. Kirja herättää seuraamaan kriittisemmin yleistä keskustelua eettisistä kysymyksistä yhteiskunnassamme ja suosittelen lämpimästi kirjan lukemista jokaiselle. ■

Jaana Koskenniemi
sh, TtM, tohtoriopiskelija
Turun yliopisto, hoitotieteen laitos

Kivuntutkimusyhdistys

Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry

Föreningen för Smärtforskning i Finland rf

Finnish Association for the Study of Pain

www.skty.org

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

Yhdistys toteuttaa tarkoitustaan

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

SKTY:n hallituksen jäsenten yhteystiedot

Puheenjohtaja **Petteri Koho**
Orton
Tenholantie 10, 00280 Helsinki
pj@skty.org

Sihteeri **Leena Manelius**
Päijät-Hämeen keskussairaala
Keskussairaalankatu 7, 15850 Lahti
siht@skty.org

Rahastonhoitaja **Sarita Aho**
Välimetsäntie 7 D 66, 00620 Helsinki
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.

IASP
International Association for the Study of Pain

EFIC
EUROPEAN PAIN FEDERATION

www.efic.org

SASP

www.sasp.org

Hallituksen jäsenen puheenvuoro

Petteri Koho
Puheenjohtaja

USAn opioidiongelmasta ei suorastaan ole voinut välttyä kuulemasta tai lukemasta. Meillä opioidien käyttöön liittyvät ongelmat eivät ole paisuneet lähellekään samaa tasoa, onneksi. Kipulääkkeiden käyttö, etenkin opioidien ja kannabinoidien käyttö puhututtaa ja mietityttää ammattilaisia käyttöön liittyvien haittojen ja kannabinoidien osalta vähäiseen näyttöön liittyen. Sosiaalisessa mediassa ko. lääkityksiin kriittisesti suhtautuvia lääkäreitä on arvosteltu asiattomasti. Myös kipuklinikoiden toimintatavat ovat olleet lehdistön hampaissa (SK 32/2019). Asiayhteyksistä irrotetuista lauseista saa helposti raflaavia otsikoita, mutta kokonaisuus ei hahmotu tasapuolisesti. Juttua lukiessa tulee mieleen, olisiko meillä kohentamisen varaa kommunikoinnissa potilaiden kanssa erityisesti opioidilääkitykseen liittyvissä kysymyksissä. Ja toisaalta, voisimmeko tehdä yhteistyötä potilasjärjestöjen kanssa lääke- ja lääkkeettömiin hoitoon liittyvän tiedon levittämiseksi?

SKTYn yhteiskunnallisen vaikuttamisen toimikunta on mukana suunnittelemassa ja toteuttamassa Societal Impact of Pain in Finland -tapahtumaa yhteistyössä EFICin ja Suomen Kipu ry:n kanssa. Vastaavia tapahtumia on järjestetty ja järjestetään kuluvan vuoden aikana useissa EU-maissa. Suomen tapahtumassa on tarkoitus saada päättäjät, potilaat sekä kivunhoidon ammattilaiset pohtimaan yhdessä kivunhoitoon liittyviä käytäntöjä ja ongelmia.

Yhteisiä ponnistuksia tarvitaan kivunhoidon oikeaan kohdentamiseen, kehittämiseen ja hyvien hoitokäytäntöjen luomiseen. Päättäjien pitää huolehtia rahoituksen ja resurssien riittävyydestä ja kuulla siinä kivunhoidon asiantuntijoita, joilla on paras tieto tehokkaista ja vaikuttavista menetelmistä. Potilaiden näkökulmaa tarvitaan myös käytäntöjen sujuvoittamiseksi. Vielä liian usein kuulee potilaiden kokevan, etteivät ole tulleet kuulluksi tai ymmärretyksi hoitotilanteissa.

Hyvin onnistuneiden koulutustilaisuuksien johdosta yhdistyksen taloudellinen tilanne on vakaa, vaikka muutamaan vuoteen SKTY:llä ei ollut pääyhteistyökumppanin tukea. Koulutusten tärkein tehtävä on kuitenkin ajantasaisen ja laadukkaan tiedon tarjoaminen jäseniä kiinnostavista aiheista. Tätä tehtävää haluamme edelleen vaalia ja kehittää. Siinä jäsenistön apu on tervetullutta. Hallitus ja toimikunnat ottavatkin mielellään vastaan vinkkejä hyvistä koulutusaiheista ja/tai luennoitsijoista. Toiveita ja ideoita voi lähettää esim. pj@skty.org osoitteeseen tai yhdistyksen FB-sivuille. Talouden tasapainottamisessa ovat auttaneet osaltaan toimikuntien ja hallituksen Skype-kokouksien lisääntyminen sekä myös kirjanpidossa tapahtuneet muutokset, joilla on siirrytty enemmän sähköiseen asiointiin.

Kahden vuosikokouksen malliin siirtyminen muuttaa yhdistyksen toimikuntien työskentelyä. Aikaisemmin toimintakertomus ja -suunnitelma on tehty samaan aikaan ja ne on käsitelty kevään kokouksessa. Siirtymäkausi työllistää toimikuntia hieman aikaisempaa enemmän, kun toimikunnat joutuvat tekemään suunnitelman ensi vuodelle syyskokoukseen, vaikka edellisten tekemisestä tuntuu tapahtuneen aivan äskettäin.

Kuluneella viikolla loppukesän lämmin säätyyppi tuntuu muuttuneen syksyiseksi. Se johtaa ajatukset kohti tulevia syksyn koulutustapahtumia ja syyskokousta Tampereen Aki-Syki päivien yhteydessä. Tavataan siellä. ■

Kivun hoito moniammatillisena yhteistyönä Tampere-talo 7.–8.11 2019

Yliopistonkatu 55, 33100 Tampere

JÄRJESTÄJÄT:
1. päivä: Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry ja Suomen Anestesiologiyhdistys ry
2. päivä: Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry ja Suomen Palliatiivisen lääketieteen yhdistys ry

IASP 2019: Global Year Against Pain in the Most Vulnerable

AKUUTIN KIVUN HOITO, torstai 7.11. 2019

8.30 – 9.00	Ilmoittautuminen ja aamukahvi
9.00 – 9.10	Koulutuspäivän avaus. Akuutin kivun toimikunnan pj Juhani Ojala

AAMUSESSIO, pj Juhani Ojala

9.10 – 9.40	Akuuttigeriatrin näkemys kivun hoitoon. El Riikka Kettunen, KYS
9.40 – 10.10	Kipeä vanhus perusterveydenhuollossa. El Jarkko Tuunanen, KYS
10.10 – 10.25	Paneelikeskustelu
10.25 – 10.45	Jaloittelutauko
10.45 – 11.05	Synnyttäjän kivun hoito. El Terhi Puhto, OYS
11.05 – 11.25	Synnyttäjän lääkkeettömät kivun hoidon menetelmät. Kätilö Päivi Vakkala, OYS
11.25 – 11.35	Paneelikeskustelu
11.35 – 13.00	Lounas ja näyttelyyn tutustuminen

ILTAPÄIVÄSESSIO, pj Marion Wüstefeld

13.00 – 13.30	Lasten toimenpidekivun hoito. El Otto Melkas, HUS
13.30 – 14.00	Lasten kivun arviointi. Apulaisprofessori Anna Axelin, TY
14.00 – 14.15	Paneelikeskustelu
14.15 – 15.00	APS-kyselyn tulokset. Sh Suvi Viljakainen, TAYS, El Juhani Ojala, HUS
15.00 – 15.15	Keskustelu
15.30 – 18.00	Happy Hour Pientä purtavaa ja seurustelua.

15.30	SKTY:n SYYSKOKOUS

SYÖPÄKIVUN HOITO, perjantai 8.11. 2019

07.30 – 08.00 Ilmoittautuminen

08.00 – 08.10 Koulutuspäivän avaus. Syöpäkiputoimikunnan pj Pirkka Rautakorpi

AAMUSESSIO, pj Pirkka Rautakorpi

8.10 – 8.45 Lasten syöpäkivun hoito. LT Markku Taittonen, TYKS
8.45 – 9.30 Lasten syöpäkivun hoidon toteutus. Esh Anette Lemström, HYKS
9.30 – 10.15 Miten psykologi voi auttaa lasten syöpäkivun hoidossa. Psl Riitta Huhta-Hirvonen,TaYS
10.15 – 11.00 Kipulääkkeiden farmakologia lapsilla. Prof Teijo Saari, TYKS
11.00 – 11.15 Keskustelu

11.15 – 12.30 Lounas ja näyttelyyn tutustuminen

ILTAPÄIVÄSESSIO, pj Tiina Tasmuth

12.30 – 13.10 Syöpäkivun hoito päihdeongelmaisilla potilailla. LT Tarja Heiskanen, HYKS
13.15 – 14.00 Miten arvioida kipua kun potilaan kognitio on alentunut. Prof Riitta Suhonen, TY
14.00 – 14.45 Kuolema ja kuolevan potilaan kohtaaminen. Psl Miranda Koskinen, HYKS
14.45 – 15.15 Keskustelua ja tilaisuuden päätös

Koulutukselle anotaan pisteet erikoislääkärikoulutukseen sekä kivun hoidon erityispätevyyteen.

Koulutustilaisuudessa ei jaeta luentomonisteita. Luentolyhennelmät julkaistaan luennoitsijan luvalla koulutuspäivien jälkeen SKTY:n kotisivuilla kuukauden ajan.

Ilmoittautuminen: **https://www.lyyti.fi/reg/Kivun_hoito_moniammattillisena_yhteistyona_0969**

Ilmoittautumisaika päättyy 18.10. 2019

Osallistumismaksut: SKTY:n, SAY:n ja SPLY:n jäseniltä 175 €/1pv ja 250 €/2pv, Ei-jäsenet 225 €/1pv ja 300 €/2pv

Majoitus: Majoittuja varaa itse huoneen, jota varten on tehty kiintiövaraus: Sokos Hotel Ilves; puh 020 1234 647, sokos.hotels@sok.fi. Hinta 135€/1hh ja 155€/ 2hh/vrk kiintiötunnuksella ”SKTY” voimassa 2.10. 2019 asti.

Koulutuksen yhteydessä järjestetään tuote-esittely: Yhteyshenkilöt elina.varjola@hus.fi ja ann-sofi.storbacka@soite.fi
Tiedustelut: ann-sofi.storbacka@soite.fi tai puh. 050-532 1414.

Tulevia koulutuksia ja seminaareja

Kotimaiset

Kivun hoito moniammatillisena yhteistyönä
7.–8.11.2019, Tampere

Uutta ajattelua alaselkäkivun hoitoon – Esimerkkinä Kognitiivisfunktionaalinen terapia (CFT)
22.11.2019, Helsinki

Yhdistyksen pääkoulutustapahtuma ja kevätkokous
19.–20.3.2020, Folkhälsan, Helsinki

Kivun hoito moniammatillisena yhteistyönä, syöpäkivun ja akuutin kivun hoito
5.–6.11.2020, Tampere

Ulkomaiset

SASP
23.–24.4.2020, Tukholma, Ruotsi

11th World Research Congress of the European Association of Palliative Care
14.–16.5.2020, Palermo, Italia

10th World Congress of the World Institute of Pain (WIP)
20.–23.5.2020, Rooma, Italia

18th World Congress on Pain
4.–8.8.2020, Amsterdam, Alankomaat

Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry:n

pääkoulutustapahtuma ja kevätkokous Helsingissä 19.–20.3.2020

Tule kuulemaan kannabiksesta, ketamiinista sekä aivojen glymfaattisen järjestelmän toiminnasta. Lisätietoja tulossa yhdistyksen kotisivuille **www.skty.org** kotvan kuluttua.

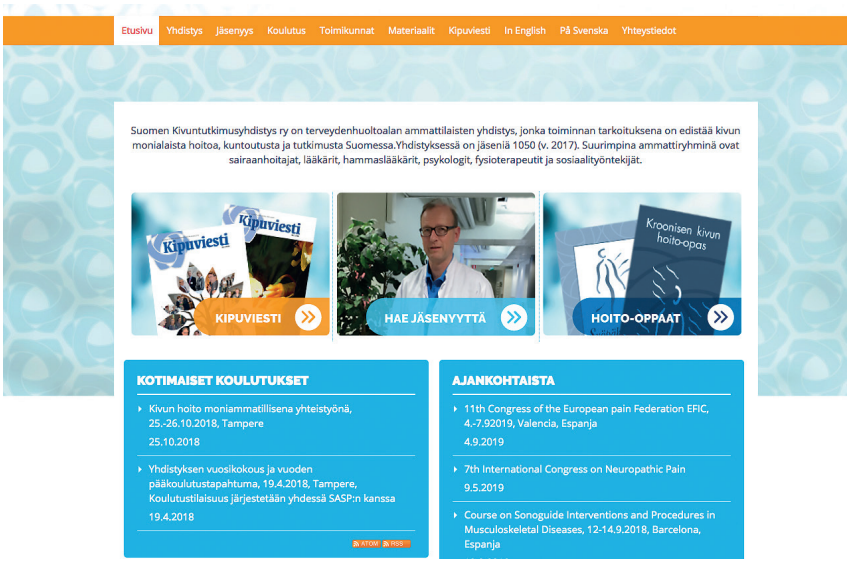
Järjestelytoimikunnan puolesta el Juhani Ojala

Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry

Föreningen för Smärtforskning i Finland rf

Finnish Association for the Study of Pain

www.skty.org



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

HENKILÖJÄSENYYS

Yhdistyksen jäsenyyttä voi hakea henkilö, joka työskentelee ammatissaan kivun parissa tai jonka työ liittyy kivun hoitoon tai tutkimukseen.
Ilmoittautumislinkki ja lisätietoa löytyy: **https://www.skty.org/jasenyys/**

JÄSENEDUT

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

KANNATTAJAJÄSENYYS

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

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