

SUOMEN KIVUNTUTKIMUSYHDISTYS RY:N JÄSENLEHTI

Kipuviesti

Nro 1/2020

Ajassa
I tiden



- 5 Päätoimittajan palsta
- 6 Viestijoukkue vahvistuu

Ajassa

- 7 **Katri Hamunen** Digitaalisia työkaluja kivun hoitoon
- 11 **Arja Hiller** Lasten ja nuorten kipupoliklinikat ja kipukuntoutus Suomessa
- 14 **Hanna-Maria Matinoli, Eero Kajantie** Kroonisen kivun varhainen ohjelmoituminen
- 19 **Saija Inkeroinen, Heli Virtanen** Voimavaraistumista tukeva potilasohjaus kivunhoidossa
- 22 **Jolanda Ehrström** Fysioterapeuters attityder och trosföreställningar om smärta
- 28 **Jussi Kurronen** Kivun hoidossa kaivataan monipuolisia ergonomisia ratkaisuja
- 31 **Helena Miranda** Yhdessä saamme aikaan muutoksen
- 34 **Petteri Koho** Pelko-välttämiskäyttäytyminen ja kipuun liittyvä pelko teoriasta käytäntöön

Tapausselostus

- 39 **Peeter Peil** Nuss ja Horner

Tutkimusraportti

- 41 **Kirsi Malmberg-Ceder, Maija Haanpää, Seppo Soinila** Kipu ja psykososiaaliset riskitekijät suomalaisilla työssäkäyvillä naisilla

Muut artikkelit

- 44 **Tiina-Riitta Vuorjoki-Ranta** Kliinikon kynästä: Kasvokipupotilaan hoito perusterveydenhuollossa
- 49 **Tuula Korhonen** Kivun olemusta etsimässä: Voiko kivulle antaa anteeksi?

Haastattelu

- 51 **Soile Haakana** Eija Kalson haastattelu

Väitöksiä

- 54 **Susanna Rapo-Pylkkö**
- 56 **Katariina Rebane**
- 58 **Kaisa Tolska**



60 Tutkittua

62 Nipistystä

Kirja-arvostelu

63 Karita Palomäki Tapio Ojala: Kivun kanssa

Suomen Kivuntutkimusyhdistyksen sivut



- 67 **Heini Pohjankoski, Tuija Teerijoki-Oksa** Hallituksen jäsenten puheenvuoro
- 68 Verkostoitumispäivä lasten ja nuorten pitkittynyttä kipua hoitaville ammattilaisille
- 71 Tulevia koulutuksia

Kipuviesti

1/2020

23. vuosikerta

Julkaisija

Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry

www.skty.org

ISSN 1796-3141

Päätoimittaja

Reino Pöyhä

kipuviesti@skty.org

Toimituskunta

Soile Haakana, soile.haakana@hus.fi

Riitta Mierokoski, ritemi@utu.fi

Sanna Salanterä, sansala@utu.fi

Kipuviesti-lehden tilaus: Turun Tilikeskus Oy, PL 1234, 20101 Turku tai tiltoimisto@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 valokuva: AdobeStock

Graafinen suunnittelu

Antturi Design Oy

Kirjapaino GRANO, Vaasa
2020

Ilmoitushinnasto vuodelle 2020

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

Ilmoitushankkija: Anette Lemström

HUS, PL 140, 00290 Helsinki

anette.lemstrom@hus.fi

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

Lehden painos on 1500 kpl.

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

Ilmoitusaineisto toimitetaan osoitteella: Antturi Design Oy, sähköposti: eero@antturidesign.com

viestikenttään: Kipuviesti / ilmoitusaineisto

Kopio ilmoituksesta: Anette Lemström

(sähköposti: anette.lemstrom@hus.fi)

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

Ilmoitushinnat

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

Ajassa – i tiden



Reino Pöyhä

Tätä kirjoittaessa lähes joka paikassa lähes kaikki huomio kohdistuu uuden COVID-19 koronaviruksen aiheuttamaan hengitystieinfektioon. Altistuneita ja sairastuneita suljetaan karanteeneihin. Matkustamiskieltoja asetetaan. Työpaikkoja suljetaan. Kohta ihmiset pälyilevät epäilevästi toisiaan: kuka kantaakaan virusta ja uhkaa saastuttaa naapuristonsa? Vaikka kyseessä vaikuttaa olevan ”vain” flunssa! Kohdistuisipa yhtä suuri huomio ja into kivunhoidon tehostamiseen! Ajan tapahtumiin meillä näyttää olevan vain marginaalinen mahdollisuus vaikuttaa.

Tässä numerossa kuitenkin kirjoittajat tarkastelevat kivunhoidon tässä ajassa – ja ottavat reippaasti kantaakin. Luonnollisesti kukin kirjoittaja vastaa itse omasta tekstistään. Niistä voi olla myös toista mieltä. Mutta edistyksen edellytys on epäkohtien esiin ottaminen! Totuttuja ajatusrakennelmia kannattaa välillä pöyhä. Onpa mukaan saatu muutamia tärkeitä ajankoh-
taisia uutisia.

Det här numret är också annorlunda än de tidigare. Nu har vi också något att erbjuda på svenska åt våra svensktalande läsare. Finland är ju ett tvåspråkigt land. Jag hoppas att också vi som talar dagligen mest finska, kan öva upp vår svenska och kanske lära oss eller bli mera vana vid svensk smärterminologi. Jag lovar att göra mitt bästa för att också i framtiden publicera några artiklar på svenska – kanske kunde det uppmuntra svenskspråkiga kolleger att skriva i tidningen.

Lehden toimituksessa on tapahtunut muutoksia. Samalla kun kiitämme ”täysin palvelleita” toimittajia, Hanna Harno ja Anu Vierolaa panoksestaan Kipuviestiin, toivotamme joukkoomme tervetulleeksi uudet toimittajat, Arja Hillerin, Tuula Korhosen ja Tiina-Riitta Vuorijoki-Rannan. Heidät esitellään seuraavalla sivulla tarkemmin ja kukin heistä esittäytyy omine kirjoituksineen. ■



Viestijoukkue vahvistuu

Tätä Kipuviestiä ovat olleet toimittamassa kolme uutta toimituskunnan jäsentä, Arja Hiller, Tuula Korhonen ja Tiina Vuorjoki-Ranta. He ovat monelle lukijalle entuudestaan tuttuja ja esittäytyvät lehdessä omine kirjoituksineen. Tässä kuitenkin pähkinänkuoressa uusien toimittajien esittely:



Arja Hiller on helsinkiläinen anestesioologi ja Helsingin yliopiston anesthesiologian dosentti. Julkaisuluettelo sisältää lukuisia tutkimuksia lasten kivun hoidosta. Arja on kantanut pitkään vastuuta HYKS:n lastenkivunhoidosta ja toiminut vuodesta 2018 osastonylilääkärinä Lasten- ja nuorten sairaalassa. SKTY:n lasten kiputoimikunnan jäsenenä hän palvelu 2011-2018. Dosentti Hiller tykkää matkustamisesta, ja erityisen rakas kohde on Afrikka.



Anestesiologi **Tuula Korhonen** on pitkään toiminut kivun hoidon ylilääkärinä Raahen sairaalassa ja OYS:n eteläisen erä-alueen kivunhoidon vastuulääkärinä. Hänen johtamansa Raahen sairaalan kiputiimi valittiin Suomen kipu ry:n vuoden auttajaksi 2019. Harrastuksiin kuuluvat raviurheilu, maaseutuelämä ja kirjallisuus.



Tiina Vuorjoki-Ranta on helsinkiläinen hammaslääkäri, joka on päteväitynyt suukirurgiaan ja kivunhoitoon. Monipuoliseen työuraan kuuluu myös työ suun limakalvosairauksien kliinisenä opettajana Helsingin yliopiston hammasklinikassa 2014-16. Tutkimustyö on vienyt hammaslääkärin obstruktiivista uniapneaa sairastavien pariin. Luku- ja musiikkiharrastus, show-tanssi, luonto, tennis ja golf tuovat vastapainoa kliiniseen ahertamiseen.

Digitaalisia työkaluja kivun hoitoon



Katri Hamunen
Yliääkäri
HYKS Kipuklinikka

Terveyskylä.fi on yliopistosairaaloiden yhdessä tuottama erikoissairaanhoidon verkkopalvelu potilaille ja terveydenhuollon ammattilaisille. Sen laajasta sisällöstä löytyy tietoa ja työkaluja myös erilaisten kiputilojen hoitoon. Kivun hoidon kokonaisuuteen kuuluu kolme osaa: Kivunhallintatalo, Kivun hoidon virtuaalikeskus sekä Omahoitopalvelun digihoitopolut.

Kivun hoidon verkkopalvelujen rakentamisen tavoitteena on tehostaa erilaisten kiputilojen hoitoa ja parantaa hoidon saatavuutta tuomalla tietoa potilaille, läheisille ja ammattilaisille. Digitaaliset palvelut ovat myös osa Kroonisen kivun ja syöpäkivun hoidon kansallisen toimintasuunnitelman ratkaisuja kivun hoidon laadun ja saatavuuden parantamiseksi koko maassa (<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3850-2>).

Osa TerveyskyläPRO:n ja Omapolku-palvelun sovelluksista on lääkinnällisiä laitteita, joiden laatu ja turvallisuus on varmistettu noudattamalla kehittämisessä ISO 13485 -laatujohtajärjestelmää. Lääkinnällisen laitteen CE-merkintä kertoo, että tuote on kehitetty lääkinnällisten laitteiden standardien mukaisesti.

Kivunhallintatalo.fi

Kivunhallintatalo.fi (kuva 1) on kaikille avoin sivusto, josta löytyy tietoa erilaisista kiputiloista ja niiden hoidosta sekä itsehoito-ohjeita. Omat kokonaisuutensa löytyy pitkäaikaisesta kivusta, akuutista kivusta sekä syöpäkivusta. Itsehoito-osioista löytyy tietoa mm kivun arvioinnista, materiaaleja lääkehoidon tueksi ja lääkkeiden haittavaikutusten hallintaan. Elävyyttä sisältöön tuovat videoklipit, joilla ammattilaiset

kertovat kivusta ja sen hoidosta. Sivuston potilasvideot toimivat myös vertaistukimateriaalina. Itsehoito-osion suosituimmalla sivulla löytyy tietoa rentoutumisesta kivunhallinnan tukena. Tärkeistä potilaita ja heidän läheisiään koskettavista asioista puhutaan myös kappaleissa Tunteiden käsittely kivunhallinnan tukena ja Ihmissuhteet. Ajankohtaista palstalta löytyy kuukausittain tuoreita uutisia kivun hoidon liittyvistä aiheista.

Ammattilaisille Kivunhallintatalon sisältö on hyvä työkalu potilasohjauksen materiaalina. Kivunhallintatalon sisältöön kannattaa tutustua etukäteen, jotta osaa ohjata potilaan juuri häntä koskettavan materiaalin pariin. Tulevissa keskusteluissa on myös hyvä palata ehdotettujen materiaalien potilaalle tuomiin ajatuksiin ("kotiläksy"). Kivunhallintatalon materiaalit on käännetty ruotsiksi ja tämän myötä käyttäjiä on tullut myös Ruotsista. Sivulla on Kuunteletoiminto, jonka avulla tietokone lukee sivut ääneen.

Kivunhallintatalon etusivun Ammattilaisille kohdasta löytyvät pdf-tiedostot Kivunhallintatalon painotuotteista. Näitä ovat mm suomen- ja ruotsinkieliset käyntikortit ja flyerit potilaille jaettavaksi sekä julisteet ja roll upit palvelusta

 Kivunhallintatalo	 Kivun hoidon virtuaalikeskus	 Digihoitopolut
 Potilaille ja omaisille Ammattilaisille potilasohjauksen työkaluksi Kaikille avoin	 Työkaluja ammattilaisille -oppaat -CRPS oirepuntari -konsultaatioyhteystiedot Kaikille ammattilaisille, vaatii kirjautumisen	 Potilashoidon täydentäminen Seurantatiedon kerääminen Tutkimus Sairaanhoitopiiri- tai yksikkökohtainen palvelu

Kuva 1. Kivun hoidon palvelut Terveyskylä.fi -verkkopalvelussa.

tiedottamiseen. Jokainen sairaala voi vapaasti tilata näitä materiaaleja käyttöönsä oman painotuotteiden tuottajansa kautta.

Kivun hoidon virtuaalikeskus

Kivun hoidon virtuaalikeskus (kuva 1) on osa TerveyskyläPRO:ta eli ammattilaisille tehtyä verkkopalvelua. Verkkopalvelun käyttäminen edellyttää ensin rekisteröitymistä VRK-korttia käyttäen.

Kivun hoidon virtuaalikeskuksesta löytyy Pitkäaikaisen kivun hoito ja Syöpäkivun hoito -oppaat. Näissä oppaissa käsitellään mm potilaan kiputilanteen arviointia, hoidon suunnittelua sekä hoidon ongelmatilanteiden selvittämistä. Oppaan materiaalit on tarkoitettu erityisesti perusterveydenhuollon lääkäreiden sekä muiden kuin kivun hoidon asiantuntijoiden käyttöön. Niitä voidaan käyttää myös koulutus- ja perehdytysmateriaaleina erikoistumis- ja kivun

hoidon erityispätevyyskoulutuksessa.

Vuoden 2020 aikana on tulossa Leikkauksen jälkeisen kivun hoito -opas. Oppaassa käsitellään mm leikkauksen jälkeisen voimakkaan ja pitkittyvän kivun riskitekijöiden arviointia, kipulääkityksen purkamista leikkauksen jälkeen sekä hoidon suunnittelua kun leikkauksen jälkeinen kipu pitkittyy. Opas on tarkoitettu erityisesti potilaita leikkaukseen lähettävälle lääkäreille, kirurgeille ja potilaiden jatkoseurannasta vastaaville lääkäreille.

Virtuaalikeskuksessa on tällä hetkellä yksi oirepuntari. Tämä on CRPS-oirepuntari, jossa on digitaalisessa muodossa CRPS:n Budapest-kriteerit. CRPS:n asianmukainen ja varhainen diagnosoiminen on tärkeää potilaan hoidon järjestämiseksi. Tulossa on opioidipuntari, jonka avulla potilasta hoitava lääkäri voi arvioida opioidilääkityksen soveltuvuutta ja turvallisuutta pitkäaikaisesta kivusta kärsivälle potilaalle.

☆ Aloittaisinko opioidin pitkäaikaisen kivun hoitoon?	▼
☆ Jos potilas pyytää kannabista kipulääkkeeksi?	▼
☆ Kannattaako yhdistää kaksi opioidia?	▼
☆ Kun mikään lääke ei tunnu auttavan	▼
☆ Milloin potilas kannattaa lähettää kipupoliklinikalle arvioon?	▼
☆ Miten yhdistää eri lääkeaineryhmien lääkkeitä?	▼
☆ Milloin lähettää potilas takajuoste- tai takajuuriganglion stimulaation ...	▼

Kuva 2. Useimmin kysytyt kysymykset-osio Kivun hoidon virtuaalikeskuksesta.

Muita materiaaleja ovat Konsultaatioyhteystiedot yliopistosairaaloiden kipuklinikoille sekä ammattilaisten Useimmin kysytyt kysymykset, jonne on koottu lyhyitä ohjeita ja linkkejä oppaan materiaaleihin (kuva 2).

Virtuaalikeskuksen nykyisten oppaiden materiaalit on rakennettu HUSin ja TAYSin yhteistyönä. Sairaanhoidopiirien on mahdollista tehdä virtuaalikeskukseen myös omia alueellisiin hoitokäytäntöihinsä liittyviä oppaita. Yliopistosairaanhoidopiirien yhteyshenkilöt löytyvät TerveyskyläPRO:n etusivun Tietoa palvelusta otsikon alta.

Digihoitopolut

Digihoitopolut ovat osa Omapolku-palvelua (kuva 1). Ne ovat sairaanhoidopiiri- tai yksikkökohtaisia palveluja, johon potilaat ohjataan osana muuta kivun hoitoa. Digihoitopolut täydentävät potilaan kliinistä hoitoa. HUSilla on tällä hetkellä käytössä kipuklinikan hoitojaksolle valmentava Kivun hoidon startti-digihoitopolku. Tällä polulla potilas saa tietoa pitkäaikaisen kivun moniammatillisesta hoidosta sekä pohtii omia tavoitteitaan tulevalle hoidolle. Tästä digihoitopolusta on käynnissä on satunnaistettu tutkimus, jossa selvitään digitaalisen palvelun soveltuvuutta vaikeasta pitkäaikaisesta kivusta kärsivien potilaiden hoidossa sekä vaikutusta hoidon tulokseen.

Stimulaattoripolku on rakennettu osaksi

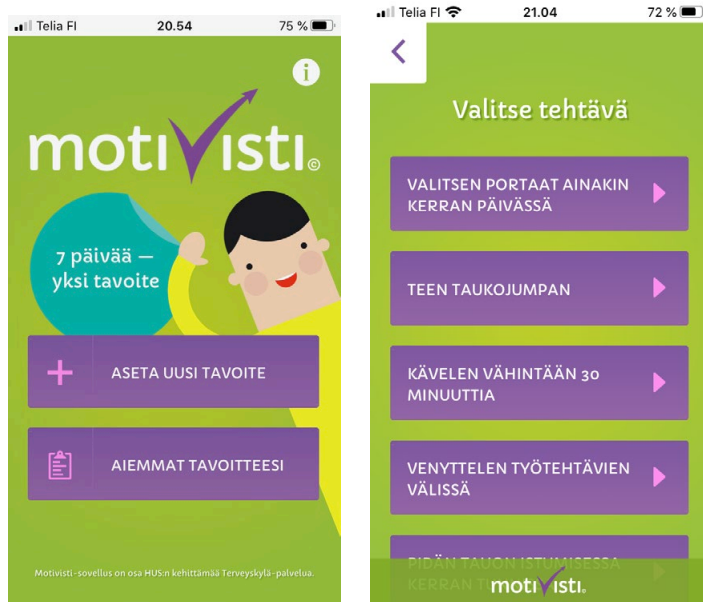
takajuostestimulaatiopotilaan hoitopolkua Kipuklinikalla. Polulla takajuostestimulaattorihoidon arvioon tuleva potilas saa tietoa hoitomuodosta ja voi pohtia omia valmiuksiin tällaiseen hoitoon. Tarjoamalla tietoa digitaalisesti säästetään lääkärin ja sairaanhoitajan työaika, ja tieto on potilaan saatavilla hänelle sopivana aikana, ei ainoastaan vastaanotolla. Takajuostestimulaatio on kajoava ja kallis hoitomuoto ja sen vuoksi hoidon vaikuttavuuden ja potilasvalinnan arvioinnin tulee olla osa yliopistosairaalan toimintaa. Polulla kerätään seurantatietoa hoidon vaikutuksesta stimulaattoripotilaiden kipuun, uneen, mielialaan ja elämänlaatuun.

Tulossa on yhdessä kliinisen neurofysiologian asiantuntijoiden kanssa rakennetteilla oleva rTMS-hoitopolku, jossa potilas saa tietoa rTMS-hoidosta sekä kirjaa hoidon vaikutukset kipuun, uneen, toimintakykyyn ja elämänlaatuun. Potilashoidon tehostamisen ohella tärkeänä tavoitteena tämänkin polun kohdalla on tuottaa tietoa kalliin hoitomuodon vaikuttavuudesta ja auttaa potilasvalinnan kehittämiseksi. Molemmille edellä mainituille poluille on jatkossa mahdollista liittää tutkimus hoidon vaikutusten tarkempaa tutkimista varten. Tutkimuksen tiedote ja suostumuslomakkeet voidaan liittää osaksi polkua.

Tulevaisuuden tavoitteena on kehittää kansalliseen käyttöön soveltuvia digitaalisia hoito-ohjelmia. Jokainen sairaanhoidopiiri voi myös kehittää omia digihoitopolkujaan.

Motivisti-sovellus ja Omaha-hoito-ohjelmat

Terveyskylän Motivisti-mobiilisovellusta (kuva 3), voidaan käyttää potilaan tukemisessa elämäntapamuutoksissa. Sovelluksessa voi valita valmiiksi määritellyistä aihealueista oman tilanteeseen sopivan tai määritellä oman tehtävän. Valmiita tehtäviä on tupakoinnin lopettamisesta, alkoholin käytön vähentämisestä, ruokavaliomuutoksista, liikunnan lisäämisestä



Kuva 3. Motivisti sovellus.

sekä riittävän levon turvaamisesta arkielämässä. Motivisti löytyy ilmaiseksi App Store ja Google Play -sovelluskaupoista.

Terveyskylän Omapolku-palvelun omahoito-ohjelmat kannustavat terveyttä kohentaviin tekoihin. Omahoito-ohjelmien käyttäminen edellyttää potilaalta rekisteröitymistä Omapolku-palveluun. Omahoito-ohjelmaan tallennetut tiedot ovat vain asiakkaan itsensä nähtävissä ja potilas suorittaa omahoito-ohjelman itsenäisesti ilman taustalla olevan ammattilaisen osallistumista. Kipupotilaan hoitoa tukevia Omahoito-ohjelmia ovat esimerkiksi Liikunnan aloittaminen, Syötkö sopivasti? ja Tupakoinnin lopettaminen. Vielä hyödyntämättömiä mahdollisuuksia ovat kivun hoitoon rakennetut chatit, chatbotit, etävastaanotto ja omahoito-ohjelmat sekä etävastaanoton käyttöönotto.

Lopuksi

Nykyisen palveluvalikoiman rakentaminen on ollut yli kuuden vuoden työ. Materiaalien tuot-

tamiseen ja valmiiksi palveluksi saattamiseen on osallistunut suuri joukko terveydenhuollon eri ammattiryhmien asiantuntijoita, epalvelusuunnittelija ja tietotekniikan ammattilaisia. Potilaiden osallistuminen kehittämiseen on yksi Terveyskylän perusperiaatteista. Nykyisten sisältöjen rakentamisessa potilaiden rooli on rajoittunut palautteen antamiseen valmiista tai pilottivaiheesta olevasta palvelusta. Jatkokehittämisen suuri haaste onkin potilaiden osallistaminen palvelun kehittämiseen.

Digitaalisten palvelujen käyttöönottoaminen sekä hoidollisen hyödyn ja henkilökunnan työn säästön saaminen edellyttää kliinisen toiminnan käytäntöjen läpikäymistä ja kehittämistä niin, että kliinisestä ja digitaalisesta hoidosta muodostuu saumaton kokonaisuus. Henkilökunnalle tulee uusia työtehtäviä kuten valmentajana digihoitopolulla toiminen sekä potilaan polulle tallentamien tietojen läpikäyminen. TerveyskyläPROsta löytyy oppaita myös digitaalisten palvelujen kehittämisen ja käyttöönoton tueksi: Potilaan kohtaaminen digitaalisissa palveluissa, Digihoitopolun aloitusvalmennus, Verkkokirjoittamisen ja viestinnän koulutus, Terveyskylän etävastaanotto valmennus sekä Toiminnanmuutos-valmennus.

Palaute kivun hoidon verkkopalvelujen käyttäjiltä ja uudet kehittämisideat ovat tärkeitä, jotta palvelu pysyy ajantasaisena ja vastaa käyttäjien tarpeita. Palautetta ja ideoita voi lähettää sivuilta löytyvällä sähköisellä palautelomakkeella tai sähköpostilla kivunhallintatalo@terveyskyla.fi. ■

Lasten ja nuorten kipupoliklinikat ja kipukuntoutus Suomessa



Arja Hiller

Dos, anestesiaeerikoislääkäri, kivunhoidon erityis-pätevyys

Tammikuussa julkaistiin uutinen, jossa HUS ilmoitti perustavansa Kansallisen lasten ja nuorten kivunhoidon ja tutkimuksen keskuksen Uuteen lastensairaalaan yhteistyössä uuden lastensairaalan tukisäätiön kanssa. Keskukseen on suunniteltu yhdeksän vakanssia. Keskus laatii ohjeistuksia, hoitoprotokollia ja järjestää koulutusta ja osallistuu terveyskylän digihoitosisältöjen tuotantoon (1).

Ennen uuden kipukeskuksen toiminnan alkamista on mielenkiintoista selvittää mikä on tällä hetkellä pitkittyneestä kivusta kärsivien lasten ja nuorten hoidon tarve ja mitä hoitoa ja kuntoutusta on tarjolla. Tiedot on saatu sähköpostitse tammi-helmikuun aikana.

Lasten ja nuorten pitkittyneen kivun esiintyvyys Suomessa

Aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu, että 9–11-vuotiaista lapsista 64 % ilmoitti kokeneensa 3 kuukauden aikana tuki- ja liikuntaelimistön kipuja ja 7 % ilmoitti kokeneensa laaja-alaista kipua. Tuki- ja liikuntaelimistön kivuista yleisimpiä olivat niska- ja hartia-alueen ja alaraajojen kivut. 14–16-vuotiaista 15 % ilmoitti laaja-alaista kipua (2). 11-vuotiaista lapsista 7 %:lla oli vähintään viikottain ilmenevää selkäkipua (3). Nuorilla TULE-kipuja esiintyy lähes yhtä paljon kuin aikuisilla. Päijät-Hämeen keskussairaalan lastenreumapoliklinikalle 2015 138:sta läheteestä vain 11 potilaista sai reumadiagnoosin. Kaikilla muilla oli erilaisia tuki- ja liikuntaelinkipuja (4).

Vatsakipuja esiintyi 8-vuotiailla päivittäin 2–3 %:lla ja viikottain 8–9 %:lla. 13–18-vuotiailla vatsakipuja oli viikottain 6 %:lla (5).

Toistuvasta päänsärystä kärsii noin 10 % lapsista ja 25–35 % nuorista (6).

Suomessa sairastuu syöpään vuosittain n. 150 lasta ja nuorta. Syöpäkasvaimen lisäksi kipua aiheuttavat sytostaatit ja sädehoito (7).

Muutaman viime vuoden aikana huomattavia haasteita lasten ja nuorten pitkittyneen kivun hoitoon ovat tuoneet toiminnallisiin oireisiin kuten krooniseen väsymysoireyhtymään liittyvät kivut. Kroonisen väsymysoireyhtymän esiintyvyys lapsilla ja nuorilla on 0,001 %–2 %. Oireyhtymän kriteereihin kuuluu paitsi pitkäaikaisen väsymyksen ja uupumuksen aiheuttama toimintakyvyn heikentyminen myös lihaskipuja ja nivelkipuja (ei turvotusta) (8).

Kipupoliklinikat ja moniammatilliset kiputyöryhmät

Tällä hetkellä yliopistosairaaloista lasten ja nuorten kipupoliklinikoita on Helsingissä, Turussa ja Tampereella. Helsingin ja Turun kipupoliklinikat ovat anestesialääkärin vetämiä ja Tampereellä vetäjä on fysiatri.

Kuopiossa on luovuttu nimestä kipupoliklinikka. Siellä toimii lasten ja nuorten kiputiimi. Tämä moniammatillinen tiimi kokoontuu keran kuussa käsittelemään oman hoitavan lääkärin esittelemiä kipupotilaita ja käsittelemään kipukuntoutuksessa olevien lasten ja nuorten asioita. Oulussa toimii 5/2017 perustettu moni-oireisten työryhmä. Nimi muuttui kroonisten

Taulukko 1. Lasten ja nuorten kipupoliklinikat ja moniammatilliset kiputiimit Suomen yliopistosairaaloissa

	Helsinki	Turku	Tampere	Kuopio	Oulu
Kipupoliklinikka	X	X	X		
Vastaanottoja	2 x ½ p/kk	2 p/kk	1 p/viikko		
Moniammatilliset kiputiimit	x	x	x	x	x
Kokoontumisia	1 x viikossa	?	1 x kuukausi	1 x kuukausi	1 x kuukausi
Potilaita /vuosi	55	20–25		1–2/kk+15	1–3/kk
Yleisimmät diagnoosit	Raajakivut CRPS Nivel- kivut	Selkäkipu CRPS Syöpäkiput Vatsakivut	Nivelkipu Vatsakipu Päänsärky	Selkäkiput Raajakivut Vatsakivut	

kivun työryhmästä monioireisten ryhmäksi kun havaittiin potilaiden ongelmien monimuotoisuus. Oulussa kipupotilaat hoidetaan kunkin erikoisalan omalla poliklinikalla ja tarvittaessa konsultoidaan monioireisten työryhmää.

Kipupoliklikoiden lisäksi myös Helsingissä, Turussa ja Tampereella toimii moniammatillisia kiputyöryhmiä, joissa käsitellään vaikeampia kroonisia kipupotilaita sekä potilaita, joilla on toiminnallisia oireita (Taulukko 1).

Moniammatillisiin tiimeihin kuuluvia ammattiryhmiä ovat mm anestesia- ja fysiatri, lasten neurologi, lasten reumatologi, lastenkirurgi, yleispediatri, lasten ja nuorten psykiatri ja -psykologi, lasten, kipu ja psykiatrisia sairanhoidaja, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, kuntoutusohjaaja, sosiaalityöntekijä ja erityisopettaja.

Potilaat tulevat vastaanotolle pääasiassa sairaalan sisäisellä läheteellä. Ulkopuolisia läheteitä tulee paljon vähemmän. Poikkeuksena on Oulu, jossa läheteitä tulee myös perusterveydenhuollosta. Tällä hetkellä poliklinikoiden resurssit ovat riittämättömät kysyntään nähden. Helsingissä kipuvastaanotolle on n. 3 kk jono. Monioireiset potilaat tavataan vuodeosastolla. Tampereella ei ole pystytty ottamaan vastaan uusia läheteitä viimeisen 8 kuukauden aikana.

Kipukuntoutus

Helsingissä on ongelmana ollut kipukuntoutuksen puute. Ongelmalliset kipupotilaat ovat olleet tavallisella kirurgisella vuodeosastolla

eri pituisia jaksoja. Toiminnallisista kivuista kärsivien potilaiden on mahdollista olla tarkkailujaksolla osastolla muutaman päivän ajan. Tyks:n lastenkliniikalla on aloitettu hiljattain nk. kipukuntoutusjakso, joiden aikana (yleensä 2 viikkoa osastolla) tehdään laaja-alaiset selvitykset ja tutkimukset, aloitetaan fysio- ja toimintaterapiat jne. Lopuksi pidetään loppupalaveri, jossa kootaan yhteen tehdyt tutkimukset ja laaditaan kuntoutussuunnitelma ja suunnitellaan muu jatkoahoito. Kuopiossa toteutetaan lasten ja nuorten kipukuntoutusviikko 3–4 kertaa vuodessa. Oulussa 3–4 (5) päivän osastojaksot toteutetaan pääasiassa oiretta hoitavalla osastolla. Lopuksi pidettävään hoitoneuvotteluun kutsutaan myös oma opettaja ja oma lääkäri avoterveydenhuollosta. Jatkoahoito suunnitellaan omaan kuntaan.

Päijät-Hämeen keskussairaalassa on käynnistetty vuonna 2012 nuorten kipukuntoutuksen hanke, jonka erityisenä tavoitteena on puuttua pitkittyvään kipuun varhain. Ryhmämuotoinen avokuntoutus on kohdennettu pääasiassa nuoriin (4).

Ortonin sairaalassa Helsingissä on vuodesta 2017 lähtien ollut mahdollisuus hoitaa ja kuntouttaa 11–17-vuotiaita lapsia ja nuoria, joilla on jokin kipuoireyhtymä. Kuntoutuspalvelu on ollut 4–5 vrk:n selvitysjakso, jolloin moniammatillinen tiimi paneutuu kuntoutujan ongelmiin. Kuntoutus on toteutettu hyväntekeväisyssäätiön erityisrahaston varoin.

Lasten ja nuorten kiputoimikunta

Tässä yhteydessä en malta olla kertomatta Suomen Kivunhoitoyhdistyksen lasten ja nuorten kiputoimikunnan työstä pitkittyneestä kivusta kärsivien lasten ja nuorten ja heidän vanhempiensa auttamiseksi. Olin mukana toimikunnassa 2011–2018. Aluksi toimikunta järjesti seminaareja lasten ja nuorten parissa yliopistosairaaloissa työskenteleville ammattilaisille. 9.10.2015 järjestettiin ensimmäinen ensitietopäivä lapsille, nuorille ja heidän vanhemmille. Kipukoulutukselle on paljon tarvetta ja verkostoitumisen muiden ammattilaisten kanssa on todettu tärkeäksi. Myös keskussairaaloista on ollut kysyntää päästä mukaan verkostoitumispäiviin. Toimikunnassa on myös kehitetty Minna Ståhlin johdolla potilaille etukäteen postitettava Kipukyselykaavake, joka on jo laajalti käytössä ainakin yliopistosairaaloissa.

Yhteenveto

Lasten ja nuorten kivut, erityisesti monipaikkakipu, on kolminkertaistunut parinkymmenen viime vuoden aikana. Pitkittynyt kipu on haaste lapselle tai nuorelle itselleen, koko perheelle ja koko yhteiskunnalle.

Mitä siis toivoisin perustettavalta kipukeskuselta?

Erityisen tärkeää olisi mahdollistaa koko perheen tukeminen. Hyvin tärkeää olisi myös yhteistyö aikuiskipupoliklinikan kanssa, jossa jo tuettaisiin pitkittyneestä kivusta kärsivän äidin tai isän perhettä.

Kipukeskus voisi toimia mm kipulääkäreiden, kipufysioterapeuttien ja kipupsykologien erikoistumispaikkana. Erityisesti nuorisopsykologeja tarvitaan kipeästi.

Potilaiden kuntoutuksen ja terapiassa käyntien on kuitenkin hyvä tapahtua mahdollisimman lähellä kotia, jotta turvattaisiin koulunkäynnin jatkuminen.

Pääkaupunkiseudulla yhteistyötä perusterveydenhuollon ja koulujen välillä pitäisi kehittää ja tavoitteena voisi olla Oulun tapaan jatkohoito kotikunnassa.

Kun lapsia ja nuoria haastattelee lähes aina keskeisenä ongelmana nousee esiin unettomuus. Yksi tutkimusprojekti uudessa Kipukeskuksessa voisi olla unen merkitys ja unettomuuden hoito lasten ja nuorten pitkittyneessä kivussa. ■

Kiitos viimeisimmistä tiedoista kuuluu seuraaville: Tuula Manner, Tyks; Kati Markkula-Patjas ja Minna Ståhl, TAYS; Eija Piippo-Savolainen, Jenni Jalkanen ja Veera Eskelinen, KYS sekä Tarja Pölkki ja Anne Mäkelä, OYS.

Kirjallisuutta:

1. Pihlavan Minna. Suom Lääkäril 2020: 75:17.
2. Mikkelsen M, El-Metwally A, Kautiainen H ym. Onset, prognosis and risk factors for widespread pain in schoolchildren: a prospective 4-year follow-up study. Pain 2008;138: 681-687.
3. El-Metwally A, Mikkelsen M, Ståhl M ym. Genetic and environmental influences on non specific back pain in children: a twin study. Eur Spin J 2008;17: 502-508.
4. Pohjankoski H, Vuorimaa H, Leppänen L. Erilaisia nuoria, mutta yllättävän samanlaisia kehityskulkuja. Kipuviesti 2016;19: 46-47.
5. Luntamo T, Sourander A, Sillanmäki L ym. Pain at age eight as a predictor of antidepressant medication used by age 24: finding from Finnish nationwide 1981 birth cohort study. J Affect Disord 2012;138: 153-159.
6. Mirja Hämäläinen: Lasten päänsärky. Kirjassa Kalso E. Kipu, Duodecim, Helsinki 2018 pp. 518-520.
7. Jukka Pouttu. Lasten syöpäkipu. Kirjassa Kalso E. Kipu, Duodecim, Helsinki 2018 pp. 526-529.
8. Helander H, Hovi M, Immonen T, Lähdesmäki T, Mäkelä I, Saarenpää-Heikkilä O. Lasten ja nuorten krooninen väsymysoireyhtymä. Suom Lääkäril 2019;74: 1114-1119.

Kroonisen kivun varhainen ohjelmoituminen



Hanna-Maria Matinoli

TtT, Erikoistutkija
Lastenpsykiatrian tutkimus-
keskus, Turun yliopisto;
Terveiden ja hyvinvoinnin
laitos



Eero Kajantie

LT, professori, tutkimuspääl-
liikö
Oulun yliopisto;
Terveiden ja hyvinvoinnin
laitos

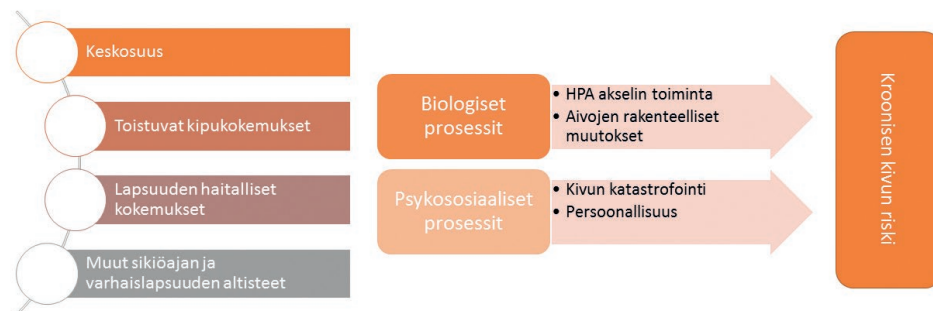
Kroonisen kivun etiologia on monisyinen ja mekanismit sekä ilmeneminen vaihtelevaa. Kroonisen kivun taustalla on kuitenkin tunnistettu olevan tiettyjä yhtäläisiä prosesseja, kivun sijainnista ja alkusyistä riippumatta. Tällaisia ovat muutokset kipuviestejä kuljetavassa järjestelmässä ja alentunut kipukynnys. Viimeisen noin 20 vuoden aikana on alettu pohtia, voiko elämän varhaisvaiheilla olla merkitystä näiden kivun kroonistumista välittävien mekanismien kehittymisen kannalta. Jotta kivun kroonistumista voitaisiin ehkäistä, meidän tulee ymmärtää kroonistumiseen johtavia syitä. Tässä artikkelissa kuvaamme lyhyesti kivun varhaista ohjelmoitumista kuvaavaa tutkimusnäyttöä, mahdollisia taustamekanismeja sekä ilmiön kliinistä merkitystä.

Johdanto

Viimeksi kuluneen 20 vuoden aikana on lisääntyvästi ymmärretty, että sikiökauden ja varhaislapsuuden olosuhteilla on keskeinen merkitys koko elämän terveyttä ja hyvinvointia määrittävänä tekijänä. Tutkimusalan teki tunnetuksi David Barkerin havainto siitä, miten pienempipainoisina syntyneiden riski sairastua aikuisena sydän- ja verisuonitauteihin oli suurempi kuin normaalipainoisena syntyneiden, vaikka esimerkiksi sosiaaliluokka ja aikuisiän elintavat otettiin huomioon (1). Tutkimusala tunnetaan nykyisin nimellä ”Developmental Origins of Health and Disease”. Viime vuosikymmenen aikana tutkimus on laajentunut käsittelemään elämän varhaisvaiheiden altisteita laajalla skaalalla ympäristömyrkyistä varhaiseen stressiin. Näyttöä siitä, miten elämän varhaisvaiheen stressi ja vastoinkäymiset vaikuttavat elinikäiseen terveyteen ja hyvinvointiin on jo runsaasti. Myös tutkimusnäyttö elämän varhaisvaiheiden ja kroonisen kivun esiintyvyyden välillä lisää-

tyy. Tietty elämän varhaisvaiheessa esiintyvät altisteet, kuten toistuvat kipukokemukset, lapsuudenaikaiset haitalliset kokemukset (adverse childhood experiences, ACEs) tai syntyminen ennenaikaisesti lisäävät yksilön riskiä pitkäkestoiseen kipuun (2).

Ohjelmoitumisella viitataan siihen, miten ihmisen elimistö varhaisessa vaiheessa, raskausajan ja varhaisen lapsuuden aikana ”ohjelmoi” toimintaansa siten, että se sopeutuu vallalla oleviin olosuhteisiin myöhemmin elämän aikana (3). Esimerkiksi niukkaa ravintoa saadessaan sikiö ohjelmoi aineenvaihduntaansa ja hormonijärjestelmänsä tulemaan toimeen niukalla ravinnolla. Myös kivun ohjelmoituminen alkaa jo sikiöaikana stressivasteiden kehittyessä. Nykyisin kipukokemusta käsitellään biopsykososiaalisen mallin kautta, mikä tarkoittaa sitä, että kaikkiin kipukokemuksiin vaikuttavat itse kiputunteituksen ja siihen liittyvien biologisten prosessien lisäksi taustalla vaikuttavat tekijät, kuten psyykinen ja sosiaalinen tilanne. Kipu



on siis subjektiivinen kokemus ja sama vamma voi aiheuttaa hyvin eriasteista kipua eri yksilöille. Kroonisen kivun kehittymiseen liittyvä biologisten, psyykkisten ja sosiaalisten tekijöiden yhteisvaikutus ja yksilöllinen ohjelmoitumisprosessi alkavat jo sikiöaikana.

Kroonisen kivun ehkäisyn kannalta olisikin keskeistä selvittää, kenellä kivun kroonistumisen vaara on suuri. Tieto elämän varhaisvaiheiden tapahtumista voisi olla tässä avuksi. Suuremman riskin tiedostaminen helpottaisi näin ehkäisevien toimenpiteiden, kuten varhaisen puuttumisen ja tehokkaan akuuttivaiheen kivunhoidon suuntaamista tarkoituksenmukaisesti. Näyttö siitä, kuka on alttiimpi kivun kroonistumiselle, ei ole kuitenkaan yksiselitteistä.

Tutkimusnäyttö

Sekä eläin- että ihmiskokeiden tarjoama tutkimusnäyttö elämän varhaisvaiheiden yhteydestä erityisesti kipuherkkyyteen on vahvaa. Erityisen paljon tutkittu alue on varhaislapsuuden toistuneiden kipukokemusten yhteys kipuherkkyyteen sekä kipukokemuksiin aikuisiässä. Käymme seuraavaksi tiiviisti läpi tutkimusta ilmiön taustalla käyttäen esimerkkinä ennen-aikaista syntymää, imeväisen koliikkia ja toistuvia korvatulehduksia sekä lapsuudenaikaisia haitallisia kokemuksia.

Ennenaikainen syntymä

Keskosiksi kutsutaan ennen raskausviikkoa 37

syntyneitä lapsia. Suomessa keskosena syntyy vuosittain runsaat 5 % lapsista ja maailmassa noin 10 % (4). Keskokset, etenkin pienimpinä syntyneet pikkukeskoset (syntymäpaino alle 1500g tai raskauden kesto alle 32 viikkoa) kokevat elämänsä varhaisvaiheissa toistuvia stressaavia tilanteita, kuten kivuliaita toimenpiteitä minkä vuoksi elämän varhaisvaiheiden tekijöiden yhteyttä aikuisiän kipuun on tutkittu epidemiologisissa tutkimuksissa etenkin keskosten kohdalla. Tutkimukset viittaavat siihen, että etenkin pienimpinä syntyneiden keskosten riski kärsiä kroonisesta kivusta aikuisiässä on täysiaikaisena syntyneitä ikätovereita suurempi (5). Toisaalta, osassa tutkimuksia ei ryhmien välillä ole löydetty eroja (esim. (6)). Epidemiologisissa tutkimuksissa tulosten tulkintaa vaikeuttavatkin vaihtelevat otoskoot ja käytetyt arviointimenetelmät, joten on vaikeaa arvioida sitä, onko altistavana tekijänä keskosuus sinänsä vai pienimpinä syntyneiden suurempi todennäköisyys altistua toistuville ja toisinaan myös jatkuville kipukokemuksille. Asiaa valaisee lumekontrolloitu tutkimus, jossa keskosenä syntyneet lapset jaettiin kahteen ryhmään, joista toinen sai jatkuvan morfiini-infuusion tehohoidon aikana ja toinen morfiinia vain tarvittaessa. Lapset tutkittiin 8-9 vuoden iässä, ja vastasyntyneenä jatkuvaa morfiinia saaneen ryhmän, jonka kipu pidettiin hallinnassa, todettiin vähemmän ulospäinsuuntautuvaa ongelmakäyttäytymistä ja toiminnanohjauksen

ongelmia kuin vertailuryhmän lapsilla (7). Myöhemmissä kipukokemuksissa ryhmien välillä ei todettu eroja (8). Tämä viittaisi siihen, että juurikin varhaiset kipukokemukset ovat myöhemmän kipuherkkyyden kannalta merkittävä tekijä.

Kokeellisissa kipututkimuksissa, arvioitaessa kokeellisissa tilanteissa keskosena syntyneiden kipuherkkyyttä, erot keskosryhmän ja täysiaikaisten kontrollien välillä näkyvät myös lähinnä pienipainoisimpien ja pisimpiä aikoja sairaa-lahoidossa viettäneiden sekä kontrollien välillä matalampana kivun sietona (9). Nämä ryhmät ovat todennäköisimmin eniten kipua kokeneita.

Lapsuusiän toistuvat kipukokemukset

Neurobiologisten mekanismien yhteyttä myöhemmän iän kipukokemuksiin on tutkittu myös tarkastelemalla elämän varhaisvaiheessa koettujen toistuvien kipujen vaikutusta kivun esiintymiseen lapsuudessa ja nuoruudessa. Esimerkiksi tanskalaisessa noin 30 000 lapsen kohorttitutkimuksessa todettiin, että lapset, jotka olivat kärsineet koliikista tai toistuvista korvatulehduksista ensimmäisen 1,5 elinvuoden aikana raportoivat 11-vuoden iässä enemmän kroonista selkä- tai vatsakipua sekä päänsärkyjä verrattaessa ikätovereihin (10).

Muut lapsuusiän haitalliset kokemukset

Idiopaattisella kivulla tarkoitetaan kiputilaa, jonka taustalta ei ole löydettävissä kipua selittävää selkeää ja yksiselitteistä syytä tai sairautta. Idiopaattisten kiputilojen taustalla toimivia mekanismeja ei vielä ole täysin tunnistettu. Lapsuudenaikaiset haitalliset kokemukset, kuten kaltoinkohtelu, vanhempien kuolema tai vakavat taloudelliset vaikeudet, ovat itsenäisiä riskitekijöitä myöhemmälle psyykkiselle oireilulle ja niiden rooli myös etenkin idiopaattisen kivun taustalla on tunnistettu (11).

Elämän varhaisvaiheen stressitekijöiden merkitystä on tutkittu etenkin vatsan alueen kroonisten idiopaattisten kiputilojen taustalla. Keskeisiksi riskitekijöiksi on tässä yhteydessä nostettu varhaisten kipukokemusten ja tulehdusten lisäksi pitkäaikainen ero äidistä ja sen aiheuttama stressi (12). Muiden varhaisten stressitekijöiden lisäksi myös esimerkiksi ennenaikaisen syntymän ja pienen syntymäpainon on todettu lisäävän riskiä sairastua ärtyneen pak-susuolen oireyhtymään (13). Pidemmälle lapsuusikään ulottuvista tutkimuksista esimerkiksi laajassa britannialaisessa kohorttitutkimuksessa tarkasteltiin seitsemän vuoden ikään mennessä tapahtuneiden haitallisten kokemusten yhteyttä kroonisen kivun esiintymiseen 45 vuoden iässä ja todettiin mm. äidin kuoleman, laitoshoidon ja lapsuusperheessä koettujen taloudellisten vaikeuksien lisäävän kroonisen kivun riskiä (11). Lapsuusiän haitallisten kokemusten on todettu myös lisäävän riskiä mm. aikuisiän toistuviin päänsärkyihin (14).

Mekanismit

Sikiöaikana ja varhaisessa lapsuudessa kehittyvä hermosto on erityisen altis tekijöille, jotka voivat häiritä sen normaalia kehitystä. Toistuva tai pitkittynyt altistuminen stressitekijöille, kuten kivulle vaikuttaa tutkimusten mukaan aivojen toimintaan eri tavoin altisteen ajoituksen mukaan. Toiset ovat myös alttiimpia muutoksille ja sukupuolten välillä on myös todettu eroja. Toistuva altistuminen stressaaville altisteille voi vaikuttaa niin aistijärjestelmän kehitykseen kuin koko stressinsäätelyjärjestelmäänkin. (15)

Keskeinen mekanismi, jonka epäillään olevan sikiöaikaisen ohjelmoitumisen taustalla ovat muutokset hypothalamus-aivolisäke-lisämunuaiskuoriakselin (HPA-akselin) toiminnassa. HPA-akselin kehitys alkaa jo sikiöaikana ja jatkuu läpi varhaisen vauvaiän. HPA-akselin toiminta liittyy keskeisesti elimistön stressi-

vasteeseen ja se on läpi elämän reaktiivinen ympäristön vaikutteille. HPA-akseli tuottaa kortisolihormonia ja sen toiminta aktivoituu stressaavissa tilanteissa, kuten kipukokemuksen aikana. On ajateltu, että mm. äidin raskausaikainen stressi tai toistuva akuutti kipu vaikuttaa tämän mekanismin kautta vauvan stressinsäätelyjärjestelmään kohonneiden kortisolitasojen välityksellä. Myös epigeneettisten mekanismien merkitys kivun kokemuksen ja kivun kroonistumisen säätelyssä on myös tunnistettu ja tiettyjä välittäviä geenejä kuten kortisolin bioaktiivisuuteen vaikuttavaa FKBP5-geeniä on tutkittu aktiivisesti (mm. (16, 17)). Aivojen rakenteellisen kehityksen kiihkein vaihe on sikiökehityksen ja elämän ensimmäisten vuosien aikana, jolloin myös ympäristötekijöillä voi olla merkittävä rooli. Esimerkiksi talamus ja mantelitulmakkeet, jotka osallistuvat aistiärsykkeiden vastaanottamiseen ja tunnereaktioiden käsittelyyn, ovat alttiita ympäristön vaikutteille elämän varhaisvaiheissa (18). Elämän varhaisvaiheiden ja myöhemmän kipuherkkyyden väliset yhteydet voivatkin olla havaittavissa myös aivojen rakenteellisen kehityksen muutoksia tarkastelemalla.

Sikiöaikaisten altisteiden lisäksi myös tietyt syntymää edeltävät ja syntymän jälkeiset tekijät vaikuttavat merkittävästi ohjelmoitumisen taustalla. Biologisten mekanismien lisäksi kipukokemuksen ohjelmoitumista voi tarkastella myös psykologisten ja psykososiaalisten tekijöiden kannalta. Kipuun liittyvällä katastrofoinnilla (pain catastrophizing) tarkoitetaan kipuun liittyviä voimakkaita pelkoja ja kivun negatiivista ennakkointia mitkä voivat johtaa kipua mahdollisesti aiheuttavan toiminnan välttelyyn ja joskus kivun lisääntymiseen. Kroonista kipua sairastavien vanhempien lapset ovat suuremmassa riskissä kroonisen kivun kehittymiselle. Välittäviä mekanismeja on tunnistettu useita (19), yhtenä niistä vanhemman suhtautuminen kipuun. Varhaislapsuudessa vanhem-

pien osallistumisella on tutkitusti kivunhoitoa tehostava vaikutus (20). Vanhempien merkitys myös kivun psykologisissa mekanismeissa onkin merkittävä ja varhaisissa kiintymyssuhteissa rakentuvat myös valmiudet selvittää vaikeista elämäntilanteista, kuten mahdollisista kipukokemuksista (21).

Kliininen merkitys

Kroonisen kivun merkitys niin yksilön kuin yhteiskunnan kannalta on tärkeä. Tutkimusnäyttö etenkin elämän varhaisvaiheen kipukokemusten sekä muiden lapsuudenaikaisen haitallisten kokemusten ja myöhemmän elämän kivun yhteydestä lisääntyy jatkuvasti. Jotta riskiryhmät voitaisiin tunnistaa ja kipuun voitaisiin puuttua mahdollisimman tehokkaasti ennen sen pitkittymistä, kaikkien kipupotilaiden kanssa työskentelevien olisi hyvä tiedostaa näyttö tiettyjen elämän varhaisvaiheiden altisteiden yhteydestä riskiin kivun kroonistumiselle. Vaikka näyttö on vielä hajanaisista, kipupotilaan esitietoja selvitetessä on tärkeää kysyä myös sikiöaikaan ja raskauteen liittyvistä seikoista ja lapsuuden kipu- ja stressikokemuksista. Kipupotilaiden kanssa työskentelevillä terveydenhuollon ammattihenkilöillä onkin tärkeä rooli myös potilaan varhaisvaiheiden altisteiden huomioimisessa ja tarvittavan, mahdollisesti tehostetun, tuen tarjoajana, jotta kivun kroonistuminen voitaisiin välttää. Lisää tutkimusta kuitenkin tarvitaan riskialttiimpien ryhmien löytämiseksi ja parhaiden toimintamallien kehittämiseksi. ■

Kirjallisuutta:

1. Barker DJP, Osmond C, Winter PD, Margetts B, Simmonds SJ. Weight in infancy and death from ischemic heart disease. *Lancet* 1989; 2:577-80. doi:10.1016/S0140-6736(89)90710-1

2. Tan AC, Jaaniste T, Champion D. Chronic Widespread Pain and Fibromyalgia Syndrome: Life-Course Risk Markers in Young People. *Pain Res Manag* 2019; doi:10.1155/2019/6584753
3. Bateson P, Gluckman P, Hanson M. The biology of developmental plasticity and the Predictive Adaptive Response hypothesis. *J Physiol* 2014; 592: 2357-68. doi:10.1113/jphysiol.2014.271460
4. Blencowe H, Cousens S, Chou D, et al. Born Too Soon: The global epidemiology of 15 million preterm births. *Reprod Health* 2013; 10 Suppl 1:S2 doi:10.1186/1742-4755-10-S1-S2
5. Walker SM, Melbourne A, O'Reilly H, et al. Somatosensory function and pain in extremely preterm young adults from the UK EPICure cohort: sex-dependent differences and impact of neonatal surgery. *Br J Anaesth* 2018; 121:623-635 doi:10.1016/j.bja.2018.03.035
6. Evensen KAI, Tikanmäki M, Heinonen K, et al. Musculoskeletal pain in adults born preterm: Evidence from two birth cohort studies. *Eur J Pain* 2019;23:461-471. doi:10.1002/ejp.1320
7. de Graaf J, van Lingen RA, Valkenburg AJ, et al. Does neonatal morphine use affect neuropsychological outcomes at 8 to 9 years of age? *Pain* 2013;154:449-458. doi:10.1016/j.pain.2012.12.006
8. Valkenburg AJ, Van Den Bosch GE, De Graaf J, et al. Long-Term Effects of Neonatal Morphine Infusion on Pain Sensitivity: Follow-Up of a Randomized Controlled Trial. *J Pain* 2015; 16 :926-33. doi:10.1016/j.jpain.2015.06.007
9. Vederhus BJ, Eide GE, Natvig GK, Markestad T, Graue M, Halvorsen T. Pain tolerance and pain perception in adolescents born extremely preterm. *J Pain* 2012; 13 :978-87. doi:10.1016/j.jpain.2012.07.008
10. Joergensen AC, Lucas R, Hestbaek L, Andersen PK, Nybo Andersen A-M. Early-life programming of pain sensation? Spinal pain in pre-adolescents with pain experience in early life. *Eur J Pediatr*. 2019; 178:1903-1911. doi:10.1007/s00431-019-03475-9
11. Jones GT, Power C, Macfarlane GJ. Adverse events in childhood and chronic widespread pain in adult life: Results from the 1958 British Birth Cohort Study. *Pain* 2009; 143:92-6. doi:10.1016/j.pain.2009.02.003
12. Barreau F, Ferrier L, Fioramonti J, Bueno L. New insights in the etiology and pathophysiology of irritable bowel syndrome: Contribution of neonatal stress models. *Pediatr Res*. 2007; 62 :240-5. doi:10.1203/PDR.0b013e3180db2949
13. Bengtson MB, Aamodt G, Vatn MH, Harris JR. Co-occurrence of IBS and symptoms of anxiety or depression, among Norwegian twins, is influenced by both heredity and intrauterine growth. *BMC Gastroenterol*. 2015; 15:9. doi:10.1186/s12876-015-0237-y
14. Anda R, Tietjen G, Schulman E, Felitti V, Croft J. Adverse childhood experiences and frequent headaches in adults. *Headache*. 2010; 50 :1473-81. doi:10.1111/j.1526-4610.2010.01756.x
15. Schwaller F, Fitzgerald M. The consequences of pain in early life: Injury-induced plasticity in developing pain pathways. *Eur J Neurosci*. 2014; 39 :344-52. doi:10.1111/ejn.12414
16. Matthews SG, McGowan PO. Developmental programming of the HPA axis and related behaviours: Epigenetic mechanisms. *J Endocrinol*. 2019; 242 :T69-T79. doi:10.1530/JOE-19-0057
17. Géranton SM. Does epigenetic "memory" of early-life stress predispose to chronic pain in later life? A potential role for the stress regulator FKBP5. *Philos Trans R Soc B Biol Sci*. 2019; 374 :20190283. doi:10.1098/rstb.2019.0283
18. Duerden EG, Grunau RE, Guo T, et al. Early procedural pain is associated with regionally-specific alterations in thalamic development in preterm neonates. *J Neurosci*. 2018; 38 :878-886. doi:10.1523/JNEUROSCI.0867-17.2017
19. Stone AL, Wilson AC. Transmission of risk from parents with chronic pain to offspring: An integrative conceptual model. *Pain*. 2016; 157 :2628-2639. doi:10.1097/j.pain.0000000000000637
20. Filippa M, Poisbeau P, Mairesse J, et al. Pain, parental involvement, and oxytocin in the neonatal intensive care unit. *Front Psychol*. 2019; 10: 715. doi:10.3389/fpsyg.2019.00715
21. Failo A, Giannotti M, Venuti P. Associations between attachment and pain: From infant to adolescent. *SAGE Open Med*. 2019; 7. doi:10.1177/2050312119877771

Voimavaraistumista tukeva potilasohjaus kivunhoidossa



Saija Inkeroinen

TtM, Tutkija, Hoitotieteen laitos, Turun yliopisto



Heli Virtanen

TtT, Yliopisto-opettaja, Hoitotieteen laitos, Turun yliopisto

Voimavaraistumisen tunne edistää kivunhoitoa. Keskeisenä keinona voimavaraistumisen tunteen saavuttamisen tukemisessa on potilasohjaus, jonka avulla voidaan vahvistaa potilaan ymmärrystä kivusta, vähentää kipua ja tukea hyvinvointia. Tässä artikkelissa esittelemme voimavaraistumista tukevaa potilasohjausta kivunhoidossa ja suosittelemme harjitsemaan sitä osaksi kivunhoitoa.

Potilaan voimavaraistuminen kivunhoidon tavoitteeksi

Kivunhoidossa on tärkeää korostaa potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisten välistä yhteistyötä ja vähentää hierarkiaa heidän välillään. Vastavuoroinen ja dialoginen suhde tukee potilaan voimavaraistumista, joka puolestaan edistää potilaan kivun hallinnan tunnetta, parantaa elämänlaatua, tuo toivoa ja lisää arvokkuuden tunnetta (1,2).

Potilaan voimavaraistuminen tarkoittaa potilaan hallinnan tunnetta omasta terveydestä tai terveysongelmasta, kuten kivusta. Voimavaraistumisessa korostetaan potilaan aktiivisuuden, päätöksenteon ja hoitoon osallistumisen merkitystä (3). Se voidaan nähdä joko prosessina tai tuloksena tai näinä molempina. Prosessina voimavaraistuminen on aktiivinen potilaan kasvua ja kehittymistä tukeva oppimisprosessi (4,5). Tuloksena voimavaraistuminen tarkoittaa puolestaan potilaan kykyä ymmärtää ja hallita omaa terveyttään (6).

Voimavaraistuminen edellyttää moniulotteista tietoa. Voimavaraistumiseen liittyvä tieto voidaan jakaa kuuteen osa-alueeseen: bio-fysiologiseen, toiminnalliseen, kokemukselliseen,

eettiseen, sosiaaliseen ja taloudelliseen (6). Islantilaiset tutkijat Ingadóttir ja Zoëga (7) ovat koonneet esimerkinomaisesti, minkälaisia asioita voi käsitellä voimavaraistumiseen liittyvän tiedon osa-alueiden mukaisesti kivun hallinnassa postoperatiivisten potilaiden kanssa. Havainnollistaaksemme voimavaraistumista tukevaa potilasohjausta, esittelemme yhden esimerkin kustakin kuudesta osa-alueesta: mikä aiheuttaa postoperatiivista kipua (bio-fysiologinen), miten kipu vaikuttaa päivittäisiin toimiin (toiminnallinen), miten aiemmat kokemukset liittyvät kivun hallintaan (kokemuksellinen), mikä on potilaan vastuu kivun hallinnassa (eettinen), miten omaiset voivat tukea kivun hallintaa (sosiaalinen) ja mitä kuluja kivun hallinnasta aiheutuu (taloudellinen) (7).

Potilaan voimavaraistumisella on yhteys kivun kokemukseen. Hallinnan tunteen menettäminen saattaa voimistaa kipua (8), kun taas kivun hallinta tukee voimavaraistumista (2). Te Boveldt ja kumppanit (9) ovat esittäneet mallin, jonka mukaan voimavaraistuminen ja kivun hallinta ovat toisiinsa vaikuttavia elementtejä: voimavaraistumisen tunteen kokeminen edistää kivun hallintaa, mikä puolestaan voi vah-

vistaa entisestään voimavaraistumista. Voimavaraistumisen tukeminen on siis keskeinen tekijä kivun hallinnassa (9,10,11).

Voimavaraistumista tukeva potilasohjaus käytännössä

Kivunhoidossa voidaan hyödyntää voimavaraistumista tukevaa potilasohjausta. Ohjauksen avulla ymmärrys kivusta voi kasvaa ja siten lievittää kipuun liittyvää stressiä. Voimavaraistumista tukeva ohjaus saattaa muuttaa potilaan asennetta kipuun esimerkiksi hyväksymällä kivun osaksi elämää (10) ja parantamalla koettua elämänlaatua (11). Se voi myös vähentää kipua (11,12).

Voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen sisältö vaihtelee, sillä siinä korostetaan potilaskeskeisyyttä ja yksilöllisyyttä (7,13). Potilasohjauksen sisältö räätälöidään potilaan odotusten ja ohjauksen tavoitteiden mukaisesti. Siten se soveltuukin hyvin kivunhoitoon, koska kipu on aina yksilöllinen kokemus ja potilas on paras asiantuntija oman kipunsa suhteen (8).

Voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen toteuttamisessa käytetään moninaisia menetelmiä. Menetelmät valitaan yhteistyössä potilaan kanssa hänen yksilöllisen tilanteensa perusteella. Keskeinen menetelmä on ohjauskeskustelu (7). Voimavaraistumista voi myös tukea käyttämällä potilasohjauksessa esimerkiksi käsitekarttoja, tietotestejä, kirjallisia ohjeita ja suunniteltua hoitopolkua. Teknologian tuomia mahdollisuuksia kannattaa myös hyödyntää (7,14). Omaisten huomioiminen potilasohjauksessa voi edistää kivun hallintaa ja tukea voimavaraistumista (10).

Terveystieteiden ammattilaisten ohjausosaaminen on olennaisessa osassa kivunhoidon voimavaraistumista tukevassa ohjauksessa, koska ammattilaisten tiedoilla ja asenteilla kivunhoitoa ja kivun hallintaa kohtaan voi olla merkittävä yhteys tehokkaaseen kivunhoitoon (7,11). Edellä kuvattujen voimavaraistumista tukevien tiedon alueiden lisäksi ohjausosaami-

seen kuuluu ohjauksen vaiheiden hallitseminen: aloitus, eteneminen ja lopetus. Aloituksessa luodaan voimavaraistumisen tukemiselle sopiva ilmapiiri, saavutetaan yhteisymmärrys potilaan ja ammattilaisen kanssa potilaan terveysongelmasta sekä laaditaan yhdessä ohjauskeskustelun tavoite. Etenemisvaiheessa keskiössä ovat potilaan aikaisemmat tiedot ja tiedolliset odotukset ja keskustelun käyminen näiden pohjalta. Tällöin myös tuetaan potilasta osallistumaan aktiivisesti keskusteluun. Lopetusvaiheessa arvioidaan keskustelun tavoitteen saavuttamista ja potilaan voimavaraistumista (14). Ammattilaisten ohjausosaamista voi edistää esimerkiksi opiskelemalla. Turun yliopiston hoitotieteen laitoksella on syksyisin laaja, kansainvälinen ”Empowering Patient Education” -opintojakso, johon terveydenhuollon ammattilaiset sekä maisteri- ja tohtoritason opiskelijat ovat tervetulleita opiskelemaan voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen teoriaa ja käytäntöä.

Suosituksena voimavaraistumista tukeva potilasohjaus osana kivunhoitoa

Kivun hallintaa tukevien piirteidensä vuoksi on perusteltua suositella voimavaraistumista tukevaa potilasohjausta osaksi kivunhoitoa (8). Potilaan voimavaraistumisen merkitys onkin jo huomioitu niin eettisellä (15,16), lainsäädännöllisellä (17) kuin strategisellakin tasolla (18,19). Potilasohjauksen implementointia osaksi kivunhoitoa vaikeuttavat kuitenkin useat potilaisiin, ammattilaisiin ja organisaatioihin liittyvät tekijät (8).

Potilailla saattaa olla ennakkokäsityksiä passiivisesta potilaan roolista hoidossa, ja kaikki potilaat eivät halua tehdä päätöksiä hoitonsa suhteen (8). Terveystieteiden ammattilaisten puutteelliset tiedot ja asenteet voivat olla esteenä voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen toteutukselle (11). Organisaatioiden ohjeistuksissa ja valmiudessa kehittää toimintaa saat-

taa olla kankeutta (8). Resurssien ollessa niukat terveydenhuollon ammattilaisten on tärkeä hyödyntää voimavaraistumista tukevia ohjauksellisia keinoja aina tilaisuuden tullen, esimerkiksi toteuttamalla muiden hoitotoimenpiteiden yhteydessä kipuun liittyvää ohjausta (7).

Kipu on yksilöllinen kokemus, johon vaikuttavat monet sisäiset ja ulkoiset tekijät. Siksi potilaskeskeinen ohjaus, moniulotteinen tieto ja vastavuoroinen suhde potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisen välillä ovat tärkeitä elementtejä kivunhoidossa (11). Voimavaraistumista tukeva potilasohjaus voi olla avain hyvään kivunhoitoon. ■

Lisätietoa voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen opetuksesta ja tutkimuksesta: <https://sites.utu.fi/nursingscienceresearchprogrammes/epe/>

Kirjallisuutta:

1. Weisbeck S, Lind C & Ginn C. Patient Empowerment: An Evolutionary Concept Analysis. *Int j caring sci* 2019; 12: 1148-1155.
2. Yamanaka M. A Concept Analysis of Self-Management of Cancer Pain. *Asia Pac J Oncol Nurs* 2018; 5: 254-261.
3. Gibson CH. A concept analysis of empowerment. *J Adv Nurs* 1991; 16: 354-361.
4. Ellis-Stoll CC & Popkess-Vawter S. A concept analysis on the process of empowerment. *ANS Adv Nurs Sci* 1998; 21: 62-68.
5. Kuokkanen L & Leino-Kilpi H. The qualities of an empowered nurse and the factors involved. *J Nurs Manag* 2001; 9: 273-280.
6. Leino-Kilpi H, Mäenpää I & Katajisto J. Pitkäaikaisen terveysongelman sisäinen hallinta: potilaslähtöisen hoidon laadun arviointiperustan kehittäminen. STAKES, Helsinki 1999.
7. Ingadottir B & Zoëga S. Role of patient education in postoperative pain management. *Nurs Stand* 2017; 32: 50-63.
8. Lovell MR, Luckett T, Boyle FM, Phillips J, Agar M & Davidson PM. Patient education, coaching, and self-management for cancer pain. *J Clin Oncol* 2014; 32: 1712-1720.
9. Te Bovelde N, Vernooij-Dassen M, Leppink I, Samwel H, Vissers K & Engels Y. Patient empowerment in cancer pain management: an integrative literature review. *Psycho Oncol* 2014; 23: 1203-1211.
10. Devan H, Hale L, Hempel D, Saip B & Perry MA. What Works and Does Not Work in a Self-Management Intervention for People With Chronic Pain? Qualitative Systematic Review and Meta-Synthesis. *Phys Ther* 2018; 98: 381-397.
11. ElMokhallati Y, Mulvey MR & Bennett MI. Interventions to support self-management in cancer pain. *Pain Rep* 2018; 3: e690.
12. Collette AM, Spies C, Eckardt R, Wernecke KD, Schmidt M & PERATECS Group. Patient empowerment reduces pain in geriatric patients after gynecologic oncology surgery: Subgroup analysis of a prospective randomized controlled clinical trial. *J Perianesth Nurs* 2018; 33: 281-289.
13. Klemetti S, Leino-Kilpi H, Cabrera E, Copanitsanou P, Ingadottir B, Istomina N, Katajisto J, Papastavrou E, Unosson M & Valkeapää K. Difference between received and expected knowledge of patients undergoing knee or hip replacement in seven European countries. *Clin Nurs Res* 2015; 24: 624-643.
14. Virtanen H. Nursing students' learning about an empowering discourse in patient education. *Annales Universitatis Turkuensis, Medica – Odontologica, Painosalama Oy, Turku* 2015, pp. 43-48.
15. ETENE. Terveystieteiden yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. ETENE-julkaisuja 1. 2001. <https://etene.fi/julkaisut/2001>
16. ETENE. Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. ETENE-julkaisuja 32. 2011. <https://etene.fi/julkaisut/2011>
17. Terveystieteiden laiti. 30.12.2010/1326. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
18. EU. Sweeping changes to upgrade Europe's health systems – EU support for health system efficiency. Consumers, Health, Agriculture and Food Executive Agency, European Commission. 2019. https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/e6c91cd7-e952-11e8-b690-01aa75ed71a1/language-en?WT.mc_id=Selectedpublications&WT.ria_c=19980&WT.ria_f=3171&WT.ria_ev=search
19. WHO. Health 2020 – A European policy framework and strategy for the 21st century. World Health Organization, Regional office for Europe. 2013. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf

Fysioterapeuters attityder och trosföreställningar om smärta



Jolanda Ehrström
fysioterapeut (HYH),
doktorand vid Helsingfors
universitet

I dagens läge vet man att terapeutens trosföreställningar och attityder inverkar på hur terapeuten kommunicerar med patienten och på den vård hen ger åt patienten. Fysioterapeuter har än idag avsevärt biomedicinskt inriktade attityder och trosföreställningar. Patientens vård i enlighet med de nuvarande biopsykosociala riktlinjerna kräver ett anammade av trosföreställningar och attityder som stöder detta perspektiv. Men att förändra terapeutens praxis beteende och därtill hörande vårdresultat har visat sig vara svårt att uppnå.

Smärta ses idag som en dynamisk och komplex erfarenhet som involverar interaktionen av biologiska, fysiska, psykologiska, sociala och omgivningsfaktorer som är specifika för varje individ (1). Ur ett biomedicinskt perspektiv ses smärta och funktionsnedsättning som en följd av en specifik strukturell eller biomekanisk skada och vården riktas mot denna (2). Förståelsen för att den biomedicinska modellen är bristfällig då man förklarar och behandlar smärta, som härstammar från stöd- och rörelseorganen ökar ständigt (3). Speciellt då smärtan progredierar från akut till kronisk konstateras de psykosociala faktorerna ha en större inverkan än de biomedicinska (4). Riskfaktorer som, katastrofisering, nedstämdhet, upplevd funktionsnedsättning och depression ses som viktiga förutsägare för utvecklingen av långvarig smärta och funktionsnedsättning (5). I enlighet med detta följer de nuvarande kliniska vårdlinjerna för smärta som härstammar från stöd- och rörelseorganen, däribland kronisk ländryggssmärta, ett biopsykosocialt perspektiv (6, 7, 8). Vid t.ex. kronisk ländryggssmärta är det välkänt att interaktionen mellan terapeuten och patienten inverkar på vårdresultaten (9).

Vad är attityder och trosföreställningar?

Att definiera orden "attityd" och "trosföreställningar" är utmanande, pga komplexiteten och flödet av de kognitiva processer som bekräftar dem, samt inverkan av omgivningen och den sociala interaktionen (2). Trosföreställningar (eng. beliefs) definieras av Encyclopaedia Britannica (10) som *"en mental attityd av godkännande eller instämmande gentemot ett förslag, utan den fulla intellektuella kunskapen som krävs för att garantera dess sanning"*.

Inom socialpsykologin används termen attityd (eng. attitude) för *"en varaktig inställning som har byggts upp genom erfarenheter och kommer till uttryck i att man är för eller emot något"*. En attityd anses bestå av kognitiva, affektiva och intentionella komponenter. Som exempel kan tas fysisk aktivitet vid kronisk ländryggssmärta. Det kognitiva innehållet består av vad en person tror eller vet om något, t.ex. den fysiska aktivitetens effekter på kroppen, sinnesstämningen och smärtintensiteten. Den affektiva delen står i sin tur för, hur positivt eller negativt man bedömer de olika effekterna av fysisk aktivitet vid kronisk ländryggssmärta. Den intentionella komponenten innebär slutligen beredskap till

handling, en benägenhet att antingen rekommendera eller inte rekommendera fysisk aktivitet vid kronisk ländryggsmärta. (11)

I samband med forskning om fysioterapeuters attityder och trosföreställningar refererar både Jeffrey & Foster (12) och Gardner et al. (2) till "Teorin om planerat beteende" (TPB; The theory of planned behaviour). TPB som utvecklats av Icek Ajzen har använts för att förstå och förutse människans beteende. Enligt teorin är mänsklig handling vägledad av tre sorters överväganden; attityd till beteende (uppfattningar om de eventuella konsekvenserna av beteenden), subjektiva normer (uppfattningar om de normativa förväntningar hos andra) och uppfattad beteendekontroll (uppfattningar av faktorer som kan underlätta eller hindra resultatet av beteende). Dessa tre överväganden bildar avsikten för en handling. (13) Enligt TPB ökar sannolikheten för en viss typ av beteende när individens attityder till detta beteende är positiva, subjektiva normer stöder den typen av beteende och när individens upplevda beteendekontroll är hög (14).

Kvantitativ mätning av attityder och trosföreställningar

Osäkerheten i definieringen av attityder och trosföreställningar reflekteras i svårigheten att mäta dessa. I forskningar har man estimerat behandlingsinriktningar, rädsla-undvikande, samt intolerans för osäkerhet, för att indirekt antyda hälsovårdsprofessionellas attityder och trosföreställningar. (2)

Forskare har utvecklat ett antal kvantitativa mätinstrument, frågeformulär för självrapportering, för att evaluera hälsovårdsprofessionellas attityder och trosföreställningar. Fysioterapeuters attityder och trosföreställningar har undersökts mest för kronisk ländryggsmärta, specifikt gällande patientens smärta och funktionsförmåga i förhållande till terapeutens behandlingsinriktning. De flesta forskningar har indelat attityder och trosföreställningar i

mer eller mindre biomedicinskt och biopsykosocialt orienterade (2, 15). De fem flest använda och mest utvärderade mätinstrument är enligt Bishop et al. (16) kritiska granskning: "Attitudes to Back Pain Scale for musculoskeletal practitioners (ABS-mp)" (17), "Fear Avoidance Beliefs Tool (FABT)" (18), "Fear Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ)" adapterad för hälsovårdsprofessionella (19), "Health Care Providers' Pain and Impairment Relationship Scale (HC-PAIRS)" (20) och "Pain Attitudes and Beliefs Scale for Physiotherapists (PABS-PT)" (15). Av dessa har HC-PAIRS och PABS-PT genomgått den grundligaste validitets och reliabilitets testningen (16). Förutom FABT och HC-PAIRS formulären, konstaterar Moran et al. (21) att "Tampa Scale of Kinesiophobia for Health Care Providers (TSK-HC)" (22) och "Back Pain Attitudes Questionnaire (Back-PAQ)" (23) har utmärkt intern konsistens, test-retest reliabilitet och god begreppsvaliditet.

Gardner et al. (2) utförde en systematisk granskning om hur fysioterapeuters trosföreställningar och attityder om ländryggssmärta inverkar på deras kliniska praxis. De mest använda mätinstrumenten var PABS-PT och ABS-mp. Förutom fem av de tidigare nämnda mätinstrumenten (ABS-mp, FABT, HC-PAIRS, PABS-PT, TSK-HC) ingick tre till i Gardner et al. (2) granskning: "Back Beliefs Questionnaire for Health Care Providers (BBQ-HC)" (22), "Fear of Pain Questionnaire Short Form (FPQ-SF)" (24) och "Intolerance of Uncertainty Scale – Short Form (IUS-12)" (25). Författarna konstaterade att en välkänd utmaning med självrapporterade frågeformulär är att svaren möjligen reflekterar en terapeuts kunskap om vårdlinjer, i stället för hans faktiska beteende. (2) Tabell 1. visar en sammanfattning av de olika mätinstrumenten.

Ovanstående mätinstrument har använts i ett flertal studier. Alla formulär finns tillgängliga på engelska och speciellt HC-PAIRS och PABS-PT har därtill översatts till ett flertal olika språk. ABS-mp formuläret är till författarens kännedom det enda formulär, som officiellt har översatts till fin-

Tabell 1. En sammanfattning av mätinstrumenten, dess utvecklare och utvecklingsland, samt instrumentens syfte.

Instrument	Instrumentets utvecklare och land	Instrumentets syfte
Attitudes to Back Pain Scale for musculoskeletal practitioners (ABS-mp)	Pincus et al. 2006 Storbritannien	Att evaluera inverkan av professionellas attityder på klinisk praxis, behov av träning och vårdresultat.
Fear Avoidance Beliefs Tool (FABT)	Linton et al. 2002 Sverige	Att evaluera rädsla-undvikande trosföreställningar hos hälsovårdsprofessionella och inverkan av dessa på beteendet i det praktiska arbetet.
Fear Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) adapted to health care providers	Coudeyre et al. 2006 Frankrike	Formuläret baserar sig på patientversionen av FABQ, med små ändringar i instruktionerna för ifyllnad. FABQ evaluerar rädsla-undvikande trosföreställningar hos patienter med ländryggssmärta.
Health Care Providers' Pain and Impairment Relationship Scale (HC-PAIRS)	Rainville et al. 1995 USA	Att evaluera attityderna och trosföreställningarna som professionella har om funktionella förväntningar gentemot patienter med kronisk ländryggssmärta.
Pain Attitudes and Beliefs Scale for Physiotherapists (PABS-PT)	Ostelo et al. 2003 Nederländerna	Att evaluera styrkan av två behandlingsinriktningar (biomedicinsk och biopsykosocial) i vården av patienter med kronisk ländryggssmärta.
Tampa Scale of Kinesiophobia for Health Care Providers (TSK-HC)	Houben et al. 2005 Nederländerna	Formuläret baserar sig på patientversionen av TSK, med ändringar i instruktionerna för ifyllnad. TSK evaluerar överdriven, irrationell och försvagande rädsla för fysisk rörelse och aktivitet.
Back Pain Attitudes Questionnaire (Back-PAQ)	Darlow et al. 2014 Nya Zeeland	Att evaluera attityder gentemot ländryggssmärta hos allmänheten, personer med ländryggssmärta och hälsovårdsprofessionella.
Back Beliefs Questionnaire for Health Care Providers (BBQ-HC)	Houben et al. 2005 Nederländerna	Formuläret baserar sig på patientversionen av BBQ, med ändringar i instruktionerna för ifyllnad. BBQ evaluerar trosföreställningar om oundvikligheten av negativa konsekvenser vid ländryggssmärta.
Fear of Pain Questionnaire Short Form (FPQ-SF)	Asmundson et al. 2008 Canada	Att evaluera rädsla för smärta.
Intolerance of Uncertainty Scale – Short Form (IUS-12)	Carleton et al. 2007 Canada	Att evaluera intolerans för osäkerhet.

ska av Valjakka et al. (26). Den finska versionens psykometriska egenskaper har inte evaluerats.

Forskningar som undersökt attityder och trosföreställningar om ländryggssmärta

Forskning visar att terapeutens trosföreställningar och attityder inverkar på hur terapeuten kommunicerar med patienten och på den vården ger åt patienten (27). De facto har forskningar fäst tilltagande uppmärksamhet vid att hälsovårdsprofessionellas (inkluderande fysioterapi) attityder och trosföreställningar om

ländryggssmärta inverkar på det kliniska arbetet och användningen av den bästa evidensen (16, 28).

I den nyligen publicerade systematiska granskningen, om hur fysioterapeuters trosföreställningar och attityder om ländryggssmärta inverkar på den kliniska praxisen, evaluerade Gardner et al. (2) både kvantitativa och kvalitativa studier. Båda studietyperna visade ett förhållande mellan behandlingsinriktning och klinisk praxis. De kvantitativa studiernas resultat var att en stark biomedicinsk inriktning hos

fysioterapeuter är förknippad med råd om att fördröja att återvända till arbete och aktiviteter, samt en föreställning om att återvändandet bildar ett hot för patienten. Fysioterapeuters rädsla-undvikande korrelerade även med en ökad rekommendation för sjukskrivning, samt råd om att undvika att återvända till arbete och normal aktivitet. De kvalitativa studierna framhävde två huvudteman: "behandlingsinriktning" och "patient faktorer". Temat "behandlingsinriktning" hade fem underteman; kronisk ländryggsmärta togs itu med en stark biomedicinsk modell, patienterna klassificerades enligt en biomedicinsk inriktning, terapeuterna upplevde bristande självförtroende i att implementera en biopsykosocial modell, terapeuterna ogillade behandlingen av svåra patienter och hade dålig självförmåga i behandlingen av dessa, och slutligen att utvärderingen av de psykosociala faktorerna inte gällde dem. Temat "patient faktorer" hade tre underteman; patientens trosföreställningar och förväntningar inverkar på behandlingen som gavs, terapeuten valde ofta en behandlingsform som underlättade förhållandet mellan patienten och som tillfredsställde patienten och slutligen baserade sig terapeutens kliniska beslut på den upplevda "passiviteten" av patienten. (2) Gardner et al. (2) resultat korrelerar med tidigare systematiska granskningar (29, 30) som konstaterat att fysioterapeuter upplever brist på självförtroende i att identifiera och ta itu med psykosociala aspekter av kronisk ländryggsmärta.

I Finland har man undersökt sambandet mellan läkares attityder till psykosociala aspekter av ländryggsmärta och rapporterat kliniskt beteende (26). Enligt författarens bästa kännedom har fysioterapeuters attityder och trosföreställningar inte undersökts i Finland.

Sammanfattningsvis kan man konstatera att fysioterapeuter än idag har avsevärt biomedicinskt inriktade attityder och trosföreställningar om smärta som inverkar på det kliniska resonemanget, inkluderat förklaringarna som ges åt patienten. Därmed existerar det fortfarande en bristande överensstämmighet mellan vad

fysioterapeuter borde göra enligt evidensbaserade riktlinjer och vad de egentligen gör (2, 3, 5). Patientens vård i enlighet med de nuvarande biopsykosociala riktlinjerna kräver ett anammande av trosföreställningar och attityder som stöder detta perspektiv.

Att förändra fysioterapeuters attityder och trosföreställningar

Att förändra terapeutens praxis beteende och därtill hörande vårdresultat har visat sig vara svårt att uppnå. Även implementeringen av nya evidensbaserade riktlinjer har förefallit utmanande. (2, 31) Fysioterapeuter bör erhålla träning i att identifiera och behandla psykosociala faktorer (2). Men i strävan att förändra den kliniska praxisen råder det oklarhet om hur den optimalaste träningsprocessen ser ut (32).

Korta undervisningstillfällen (2h – 2 dagar) i enlighet med det biopsykosociala perspektivet har inte lyckats förändra den praxis som terapeuten idkar (3). I Overmeer et al. (3) studie förändrades fysioterapeuternas trosföreställningar och attityder från en biomedicinsk till en mer biopsykosocial inriktning via en 8 dagars kurs. Trots denna förändring ändrade patienterna inte sin syn på terapeuterna (3). Overmeer et al. (3) föreslår att gynnsamma attityder, tidsenlig kunskap och nya färdigheter är förutsättningar för en beteendeförändring hos terapeuten. Gardner et al. (2) konstaterar att både terapeutens och patientens bidrag till den kliniska praxisen bör tas i beaktande i strävan att öka utnyttjandet av de kliniska vårdlinjerna. Den kliniska praxisen borde ses som ett dynamiskt förhållande, där det sker ett ständigt utbyte mellan terapeuten och patienten (2).

En omfattande inblick i fysioterapeuters uppfattning om lärande fås via Holopainen et al. (31) nyligen publicerade systematiska granskning och metasyntes av kvalitativa studier. Studierna utforskade fysioterapeuters uppfattningar om lärandet och implementeringen av en biopsykosocial intervention i behandlingen av smärta som härstammar från stöd- och rörelseorganet. Fyra huvudteman framträdde från

datat: förändrad förståelse och praxis, professionell nytta, kliniska utmaningar och inlärningskrav. Resultaten i granskningen antyder att trots att fysioterapeuterna rapporterade en förskjutning till mera biopsykosociala och personcentrerade tillvägagångssätt och det faktum att de flesta studier inkluderade ett mentorprogram, ledde träningsinterventionerna inte till att fysioterapeuterna kunde självsäkert framföra dess alla aspekter. Författarna konstaterar sammanfattningsvis att träningen av fysioterapeuter i en biopsykosocial inriktning borde fokusera på adekvat träning och individuell mentorskap relaterat till de psykosociala faktorerna, diskussion om yrkesrelaterade roller, patientförväntningar och organisatoriska faktorer, såsom tidsbrist och remitteringsförfaranden. (31)

De flesta studierna i Holopainen et al. (31) granskning rapporterade om både terapeuternas självsäkerhet och osäkerhet, vilket indikerar att skillnaden kanske inte uppstod mellan träningsinterventionerna, utan hade mera att göra med de individuella fysioterapeuternas egenskaper. Vidare konstaterar författarna, att det är även viktigt att erkänna terapeutens ofölsamhet till givna råd, vid strävan att öka användningen av biopsykosociala interventioner (31).

Slutsatser

Hälsovårdsprofessionella bör vara medvetna om att de egna attityderna och trosföreställningarna inverkar på patientens attityder och trosföreställningar, samt på behandlingsinriktningen som terapeuten väljer. Vidare bör det erkännas att fysioterapeuters trosföreställningar och attityder gentemot behandlingsinriktning bör beaktas när nya kliniska behandlingsmodeller introduceras.

Trots anammandet av mera biopsykosociala tillvägagångssätt verkar de former av träning som i dagens läge tillämpas ännu vara otillräckliga för att fysioterapeuterna skall uppnå självförtroende i att behandla patienter ur ett biopsykosocialt perspektiv. Vid planeringen av framtida träning av fysioterapeuter i ett biopsykosocialt synsätt bör det beaktas adekvat trä-

ning och individuell mentorskap relaterat till de psykosociala faktorerna, diskussion om yrkesrelaterade roller, patientförväntningar och organisatoriska faktorer, såsom tidsbrist och remitteringsförfaranden, men även fölsamhet till giva råd för att säkerställa kompetens. (31) ■

Referenser:

1. IASP. IASP Curriculum Outline on Pain for Physical Therapy. 2018. Tillgänglig: <https://www.iasppain.org/Education/CurriculumDetail.aspx?ItemNumber=2055> Ref: 8.2.2020.
2. Gardner T, Refshauge K, Smith L, McAuley J, Hübscher M, Goodall S. Physiotherapists' beliefs and attitudes influence clinical practice in chronic low back pain: a systematic review of quantitative and qualitative studies. *J Physiother* 2017; 63: 132-143.
3. Overmeer T, Boersma K, Main CJ, Linton SJ et al. Do physical therapists change their beliefs, attitudes, knowledge, skills and behaviour after a biopsychosocially orientated university course? *J Eval Clin Pract* 2009; 15: 724-732.
4. Domenech J, Sánchez-Zuriaga D, Segura-Orti E, Espejo-Tort B, Lisón JF. Impact of biomedical and biopsychosocial training sessions on the attitudes, beliefs, and recommendations of health care providers about low back pain: a randomised clinical trial. *Pain* 2011; 152: 2557-2563.
5. Overmeer T, Boersma K, Denison E, Linton SJ. Does teaching physical therapists to deliver a biopsychosocial treatment program result in better patient outcomes? A randomized controlled trial. *Phys Ther* 2011; 91: 804-819.
6. Foster NE, Anema JR, Cherkwin D, Chour R, Cohen SP et al. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. *Lancet* 2018; 391: 2368-2383.
7. Lin I, Wiles L, Waller R, Goucke R, Nagree Y, Gibberd M, Straker L, Maher CG, O'Sullivan PPB. What does best practice care for musculoskeletal pain look like? Eleven consistent recommendations form high-quality clinical practice guidelines: systematic review. *Br J Sports Med* 2020; 54: 79-86.
8. Pincus T, Kent P, Bronfort G, Loisel P, Pransky G, Hartvigsen J. Twenty-five years with the biopsychosocial model of low back pain – is it time to celebrate? A report from the twelfth international forum for primary care research on low back pain. *Spine (Phila Pa 1976)* 2013; 38: 2118-2123.
9. Hall AM, Ferreira PH, Maher CG, Latimer J, Ferreira ML. The influence of the therapist-patient relationship on treatment outcome in physical rehabilitation: a systematic review. *Phys Ther* 2010; 90: 1099-110.

10. Encyclopaedia Britannica, belief. <https://www.britannica.com/topic/belief> (hämtad 8.2.2020).
11. Nationalencyklopedin, attityd. [/uppslagsverk/encyklopedi/1/C3/A5ng/attityd](https://uppslagsverk.encyklopedi.se/1/C3/A5ng/attityd) (hämtad 08.02.2020).
12. Jeffrey JE & Foster NE. A qualitative investigation of physical therapists' experiences and feelings of managing patients with nonspecific low back pain. *Phys Ther* 2012; 92: 226-278.
13. Ajzen I. Attitudes, personality and behaviour. 2nd Edition. Milton-Keynes, England: Open University Press / McGraw-Hill. 2005. 1-178.
14. Ferreira G & Pereira M.G. Physical activity: The importance of the extended theory of planned behavior, in type 2 diabetes patients. *J of Health Psychol.* 2017; 22: 1312-1321.
15. Ostelo RW, Stomp-van den Berg SG, Vlaeyen JW, Wolters PM, de Vet HC. Health care provider's attitudes and beliefs towards chronic low back pain: the development of a questionnaire. *Man Ther* 2003; 8: 214-222.
16. Bishop A, Thomas E, Foster NF. Health care practitioners' attitudes and beliefs about low back pain: A systematic search and critical review of available measurement tools. *Pain* 2007; 132: 91-101.
17. Pincus T, Vogel S, Santos R, Breen A, Foster N, Underwood M. The attitudes to back pain scale in musculoskeletal practitioners (ABS-mp): the development and testing of a new questionnaire. *Clin J Pain* 2006; 22: 378-386.
18. Linton SJ, Vlaeyen J, Ostelo R. The back pain beliefs of health care providers: are we fear-avoidant? *J Occup Rehabil* 2002; 12: 223-232.
19. Coudeyre E, Rannou F, Tubach F, Baron G, Coriat F, Brin S, Revel M, Poiraudou S. General practitioners' fear-avoidance beliefs influence their management of patients with low back pain. *Pain.* 2006; 124: 330-337.
20. Rainville J, Bagnall D, Phalen L. Health care providers' attitudes and beliefs about functional impairments and chronic back pain. *Clin J Pain* 1995; 11: 287-295.
21. Moran RW, Rushworth WM, Mason J. Investigation of four self-report instruments (FABT, TSK-HC, Back-PAQ, HCPAIRS) to measure healthcare practitioners' attitudes and beliefs toward low back pain: Reliability, convergent validity and survey of New Zealand osteopaths and manipulative physiotherapists. *Musculoskelet Sci Pract* 2017; 32: 44-50.
22. Houben RM, Ostelo RW, Vlaeyen JW, Wolters PM, Peters M, Stomp-van den Berg SG. Health care providers' orientations towards common low back pain predict perceived harmfulness of physical activities and recommendations regarding return to normal activity. *Eur J Pain* 2005; 9: 173-183.
23. Darlow B, Perry M, Mathieson F, Stanley J, Melloh M, Marsh R, Baxter GD, Dowell A. The development and exploratory analysis of the Back Pain Attitudes Questionnaire (Back-PAQ). *BMJ Open.* 2014; 4: e005251.
24. Asmundson GJ, Bovell CV, Carleton RN, McWilliams LA. The Fear of Pain Questionnaire-Short Form (FPQ-SF): factorial validity and psychometric properties. *Pain* 2008; 134: 51-58.
25. Carleton RN, Norton MA, Asmundson GJ. Fearing the unknown: a short version of the Intolerance of Uncertainty Scale. *J Anxiety Disord.* 2007; 21: 105-117.
26. Valjakka AL, Salanterä S, Laitila A, Julkunen J, Hagberg NM. The association between physicians' attitudes to psychosocial aspects of low back pain and reported clinical behaviour: A complex issue. *Scand J Pain* 2013; 4: 25-30.
27. Nijs J, Roussel N, Paul van Wigen C, Köke A, Smeets R. Thinking beyond muscles and joints: therapists' and patients' attitudes and beliefs regarding chronic musculoskeletal pain are key to applying effective treatment. *Man Ther* 2013; 18: 96-102.
28. Darlow B, Fullen BM, Dean S, Hurley DA, Baxter GD, Dowell A. The association between health care professional attitudes and beliefs and the attitudes and beliefs, clinical management, and outcomes of patients with low back pain: A systematic review. *Eur J P* 2012; 16: 3-17.
29. Synnott A, O'Keeffe M, Bunzli S, Dankaerts W, O'Sullivan P, O'Sullivan K. Physiotherapists may stigmatise or feel unprepared to treat people with low back pain and psychosocial factors that influence recovery: a systematic review. *J Physiotherapy* 2015; 61: 68-76.
30. Driver C, Kean B, Oprescu F, Lovell GP. Knowledge, behaviors, attitudes and beliefs of physiotherapists towards the use of psychological interventions in physiotherapy practice: a systematic review. *Disabil Rehabil.* 2017; 39: 2237-2249.
31. Holopainen R, Simpson P, Piirainen A, Karppinen J, Schütze R, Smith A, O'Sullivan P, Kent P. Physiotherapists' perceptions of learning and implementing a biopsychosocial intervention to treat musculoskeletal pain conditions: a systematic review and metasynthesis of qualitative studies. *Pain.* 2020 Jan 16. (Epub ahead of print)
32. Foster NE, Delitto A. Embedding psychosocial perspectives within clinical management of low back pain: integration of psychosocially informed management principles into physical therapist practice-challenges and opportunities. *Phys Ther* 2011; 91: 790-803.

Kivun hoidossa kaivataan monipuolisia ergonomisia ratkaisuja



Jussi Kurronen

Fysioterapeutti, Terveystalo
Puheenjohtaja, United MSK
Professionals of Finland ry.

Kansainvälisen ergonomiajärjestön (IEA) määritelmä ergonomialle on: Ergonomia on tieteenala, joka tutkii ihmisten ja järjestelmän välistä vuorovaikutusta ja ammattiala, joka soveltaa teoriaa, periaatteita, dataa ja metodeja suunnitteluun ihmisten hyvinvoinnin ja järjestelmän suorituskyvyn optimoimiseksi. Ergonomia luokitellaan kolmeen osa-alueeseen: **Fyysinen ergonomia** käsittelee ihmiskehon vastauksia fyysisiin kuormiin, **kognitiivinen ergonomia** tutkii älyllisiä prosesseja, kuten havaitsemista, tarkkaavaisuutta, kognitiota, motorista kontrollia ja muistivarastoja sekä niiden vaikutusta suhteessa muihin ihmisiin ja systeemiin ja **organisatorinen ergonomia** tai makroergonomia käsittelee sosioteknisten järjestelmien, kuten organisaatiorakenteiden, käytäntöjen ja prosessien optimointia.

Suurimmalle osalle ihmisistä ergonomia kuitenkin tarkoittaa ainoastaan fyysistä ergonomi-aa, työasentojen tarkastelua ja esimerkiksi joka suuntaan säädettäviä pöytiä ja tuoleja. Yritykset ympäri maailman käyttävät jatkuvasti satoja miljoonia euroja tuoleihin, pöytiin, näppäimistöihin ja muihin ergonomisiin ratkaisuihin. Yritysten tarkoitus on tietenkin tukea työntekijöidensä työterveyttä ja vähentää tuki- ja liikuntaelinongelmia näyttöön ja tutkimukseen perustuvilla ratkaisuilla. Yllättävää kuitenkin on, että perinteiset fyysisen ergonomian ratkaisut eivät perustu tieteeseen tai tutkimukseen. Itse asiassa tutkimus on osoittanut, etteivät ergonomiset ratkaisut auta vähentämään kipuja tai sairaspäiviä.

Ergonomiaratkaisujen markkinointia yrittävät edistää alan yritykset, joilla on selkeä tavoite tehdä voittoa aina vain kalliimmilla ja ergonomisemmilla tuotteilla. Yritykset eivät kuitenkaan ole ainoita, jotka näiden tuotteiden menekkiä yrittävät edistää, sillä myös työterveyslaitoksen sivut ja ergonomiaoppaat sisältävät näitä ratkaisuja. Cochrane-tutkimusryhmä on tehnyt fyysisestä ergonomiasta useita katsauksia laihoihin tuloksiin. Cochrane-tutkijat ovat

tutkineet ergonomiaratkaisujen vaikutusta rannekanava oireyhtymään (1) eivätkä tulokset olleet ergonomiateollisuuden kannalta suotuisia. Cochrane-tutkimusryhmä tutki myös ergonomisten ratkaisuiden merkitystä työssä esiintyvien käsi-, niska- ja olkapäävaivojen ennalta ehkäisyyn (2) tulokset olivat yhtä laihoja. Kohdalaista näyttöä toimivuuden kannalta on ainoastaan, että kyynärtuen ja ergonomisen hiiren käyttö yhdessä vähensi jonkin verran niska- ja olkapääkipuja, kumpikaan näistä ei kuitenkaan toiminut yksistään. Minkään muun fyysisen ergonomisen intervention tehoa he eivät onnistuneet todistamaan. Heikkoa näyttöä on siitä, että työpisteen säätäminen ja asennonharjoittelu ei vähennä työperäisiä niskakipuja (3). Myös British Medical Journalissa 2015 julkaistussa katsauksessa todettiin, etteivät työpisteen säädöt auta vähentämään yläraajavaivoja (4).

Uusi tutkimus saattaa osoittaa ergonomiaratkaisut jopa haitallisiksi. Idea siitä, että huono tuoli, pöytä tai vääränlainen hiiri aiheuttavat kipuja saattaa olla haitallista ja lisätä kipuja. Tämä uskomus edustaa ajatusta, että olisi jokin oikea asento oleskella ja se on osoitettu paikkansa pitämättömäksi. Me emme tiedä, mikä meille kul-

lekin on se ”oikea” asento. Tuotteiden markkinointi ergonomisena on harhaanjohtavaa, koska ei voi olla mitään yleispätevää ergonomista tuotetta. Määrittääkseen kullekin työntekijälle ergonomisen ratkaisun, vaaditaan tietoa ihmisen fysiikasta, rakenteista, asentotottumuksista, tavoista ja historiasta, sekä tietysti työnvaatimuksista, eli ergonominen ratkaisu on varmasti yksilöllinen jokaiselle. Mikäli vähän liikkuvan toimistotyöläisen selkäkipua yritetään hoitaa ainoastaan penkkiä nostamalla ja lanneselän tuennalla, osoittaa se ymmärtämättömyyttä sekä selkäkivusta että toimivasta ergonomiohjauksesta. hetkellä näyttö ei viittaa siihen, että ergonomisiin ratkaisuihin kannattaisi sijoittaa tai työpisteen säädoistä kannattaisi maksaa.

Fyysinen ergonomia tutkii kehon vastauksia fyysisiin kuormiin. Suomessa aikuisväestöstä 11 % liikkuu terveysliikuntasuositusten näkökulmasta riittävästi. Kaikissa ikäryhmissä, myös nuorissa 20-24-vuotiaissa, alle neljännes täytti terveysliikuntasuositukset (5). Vähäinen liikunta, huono lihaskunto ja ylipaino ovat myös monien tuki- ja liikuntaelinoireiden taustalla. Vähäisen liikunnan ja aikuisten heikentyneen kunnan takia myös kehon vastaukset näihin työn aiheuttamiin fyysisiin kuormiin ovat heikentyneet. Mikäli työnantajat haluavat sijoittaa rahoja fyysiseen ergonomiaan, kannattaa ne rahat sijoittaa liikuntaan ja lihaskunnan kasvattamiseen, harjoittelun toimivuudesta tuki- ja liikuntaelinvammojen ennaltaehkäisijänä ja hoitona on näyttöä (4,5,6). Jos esimerkiksi toimistotyöläisen ongelma on, että ruokavuorian nostaminen uuniin aiheuttaa olkapääkipua, vanhakantainen ergonomiakatsanto on, että hankitaan jakkara tai toisenlainen uuni. Se saat-
taa kuitenkin olla tämän keittiötyöläisen ainoa fyysinen aktiviteetti, joka vaatii edes pientä lihasvoimaa. Jos sellaista toimintaa helpotetaan tai se korvataan kokonaan jollain helpommalla, lopputuloksena on sen vähäisenkin lihasvoiman heikkeneminen entisestään. Ihmisiä pitäisi kannustaa liikkumaan ja pitämään itsestään huolta niin, etteivät ne työn asettamat vaatimukset ole lähelläkään työntekijän maksimikapasiteettia. Sitä kautta työn aiheuttamaa fyysistä

ylikuormittumista voitaisiin vähentää.

Nopealla Google-haulla ”ergonominen työtuoli” kallein löytämäni työtuoli maksoi 1940 euroa. Jos työntekijällä on oikeasti esimerkiksi selkäkipuja, saisi tällä summalla keskimäärin 25 yksilötapaamista fysioterapeutin kanssa. Fysioterapiassa työntekijän fyysistä, psykologista ja sosiaalista kuormitusta olisi mahdollista purkaa ja löytää avaimia selkäkivun hallintaan. Jos näin kalliin työtuolin tarkoitus on ennaltaehkäistä tuki- ja liikuntaelinkipuja, niin fiksumpaa ja parempaan näyttöön perustuvaa on sijoittaa rahat esimerkiksi neljän vuoden kuntosalikorttiin tai kolmeen kymmeneen yksilötapaamiseen personal trainerin kanssa. Työpisteen tärkein ominaisuus tämän hetkisen ymmärryksen mukaan on se, että työpisteessä on mukava olla – niin fyysisesti kuin psyykkisestikin. Smartum tarjosi vuoden 2019 alusta työntekijöilleen mahdollisuuden liikkua 3 tuntia viikossa työajalla, tämä kokeilu vähensi Smartumin työntekijöiden sairauspoissaoloja 18 prosenttia edellisvuodesta, samalla tuottavuuden raportoitiin kasvaneen. Ihmisen terveyteen ja liikuntaan panostetut varat näyttäisi maksavan itsensä takaisin parantuneena hyvinvointina, terveytenä ja tuottavuutena. Smartumin kaltaisia ratkaisuja toivoisi näkevän yrityskentällä laajemminkin, se on järkevää resurssien käyttöä. Liikunnan merkityksestä kipujen ennaltaehkäisijänä on näyttöä, muun muassa työpaikalla tapahtuvan voimaharjoittelun on todettu vähentävän työntekijöiden niskakipuja. (10)

Kognitiivisesta ja organisatorisesta ergonomiasta ymmärretään myös koko ajan enemmän. Kiputiede on osoittanut kipukokemukseen vaikuttavan monen muunkin asian kuin nosisepation. Tyytymättömyyden työhön on todettu olevan merkittävä riskitekijä selkäkivun synnylle sekä raskasta työtä tekevillä, että toimistotyöläisillä. Käypähoito suosituksessa ongelmat työssä ja tyytymättömyys työhön on listattu selkäkivun toipumista estäviksi tai hidastaviksi tekijöiksi (6). Työtyytyväisyyteen ja ilmapiiriin panostaminen on siis vaikuttavaa työergonomi-
aa. Lancetin selkäkipunumerossa alaselkäkivun suurimmiksi riskitekijöiksi arvioitiin fyysisesti

raskas työ, fyysiset ja mentaaliset sairaudet, tupakointi ja ylipaino, lisäksi alaselkävun todettiin olevan yliedustettua matalan sosioekonominen statuksen ryhmissä. (8)

Ammatillisella jumittumisella tarkoitetaan sitä, että työntekijä on jäänyt työpaikkaan tai asemaan, joka ei enää tarjoa haastetta tai ole motivoiva. Epättydyttävään työtilanteeseen liittyy jaksamishuolia, selittämätöntä oireilua, huonoksi koettua terveydentilaa, sekä lisääntyneitä sairaslomia. Aiheesta on tehty ainakin yksi laaja tutkimus, jossa seurattiin lähes 3 500 ruotsalaista kahden vuoden ajan. Ammatillinen jumittuminen (Locked-in) heikensi ihmisten koettua terveyttä ja korosti mielialaoireita. Jumittumisen laukeaminen taas paransi terveydentilaa ja vähensi mielialaoireita. (9) Työnkuvan muutosten pohtiminen tulee yleensä ajankohtaiseksi muuttuneen tai heikentyneen terveydentilan myötä. Perinteisesti fyysisissä töissä fyysistä kuormaa pyritään vähentämään ja mielialaongelmissa työn vaativuutta ja työaika pyritään vähentämään. Mikäli heikentyneen terveydentilan taustalla on ”locked-in” ilmiö, työn keventäminen ei välttämättä ole tilanteeseen toimivien ratkaisu, vaan saattaa rapauttaa entisestään työnteon motivaatiota ja pahentaa tilannetta. Terveydentilan selvittelyjen lisäksi tarvittaneen uudenlaista työurälähtöistä näkökulmaa, jossa ratkaisuja haetaan ennen kaikkea työn mielekkyys edellä, jolloin ammatillista identiteettiä ja osaamista voidaan vahvistaa. Monesti tilanne todennäköisesti johtaa uudelleen koulutukseen ja mahdollisesti ratkaisuja joudutaan etsimään oman organisaation ulkopuolelta, mutta onhan mahdollista, että työn mielekkyys löytyy myös oman organisaation sisästä.

Ergonomiateollisuus on päässyt liian pitkään liian helpolla. Meidän on lopetettava ongelmien ulkoistaminen helppoihin kaupasta saataviin ratkaisuihin ja ryhdyttävä tarkastelemaan kasvavaa tuki- ja liikuntaelinongelmaa kokonaisuutena, johon liittyy keskeisesti kunkin työntekijän voimavarat. Mikäli olemme fyysisesti koko ajan huonommassa ja huonommassa kunnossa tai meillä on psyykkisesti ja sosiaali-

sesti voimavarat vähissä, voimme odottaa kipuepidemian kasvavan. Meidän terveydenhuollon ammattilaisten tulee kannustaa ihmisiä ottamaan itse vastuuta omasta hyvinvoinnistaan ja tarjottava siihen monipuolisia ja kokonaisvaltaisia ratkaisuja ja työkaluja. Ergonomiassa on aika kääntää sivua. ■

Kirjallisuutta:

1. O'Connor D, Page MJ, Marshall SC, Massy-Westropp N. Ergonomic positioning or equipment for treating carpal tunnel syndrome. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 1.
2. Hoe VCW, Urquhart DM, Kelsall HL, Zamri EN, Sim MR. Ergonomic interventions for preventing work-related musculoskeletal disorders of the upper limb and neck among office workers. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 10.
3. Aas RW, Tuntland H, Holte KA, Røe C, Lund T, Marklund S, Møller A. Workplace interventions for neck pain in workers. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 4.
4. Van Eerd D, et al. Effectiveness of workplace interventions in the prevention of upper extremity musculoskeletal disorders and symptoms: an update of the evidence. *Occup Environ Med* 2016;73:62-70.
5. Husu P, et al. Suomalaisten objektiivisesti mitattu fyysinen aktiivisuus, paikallaanolo ja fyysinen kunto. Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja 2018:30
6. Alaselkäkipu. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Fysiatriyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017 (viitattu 02.03.2020). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi
7. Niskakipu (aikuiset). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Medicinæ Physicalis et Rehabilitationis Fenniae ry:n ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017 (viitattu 02.03.2020). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi
8. Hartvigsen, et al. What low back pain is and why we need to pay attention. *The Lancet* Volume 391, Issue 10137, 9-15 June 2018, Pages 2356-2367
9. Stengård J, et al. Stuck in a job: being "locked-in" or at risk of becoming locked-in at the workplace and well-being over time. *Work & Stress*, 30:2, 152-172
10. Chen X, et al. Workplace-Based Interventions for Neck Pain in Office Workers: Systematic Review and Meta-Analysis. *Physical Therapy* Volume 98 Number 1

Yhdessä saamme aikaan muutoksen



Doris Saluski

Helena Miranda

lääk.tri, työterveyden
dosentti, MSc

Syöpä, sydän- ja verisuonitaudit ja diabetes ovat kaikki kansantaloudellisesti kalliita sairausryhmiä. Krooninen kipu maksaa silti enemmän kuin nämä kolme edellä mainittua sairausryhmää yhteensä. Suurin osa kustannuksesta tulee kivun aiheuttamasta työkyvyttömyydestä, jonka vuosittaiset kustannukset ovat Suomessa miljardiluokkaa. Tästä – ja kivun aiheuttamasta inhimillisestä kärsimyksestä – huolimatta rakentava yhteiskunnallinen keskustelu kivunhoidosta ja sen vaikutuksista mm. työkykyyn on Suomessa puuttunut lähes täysin.

Tätä keskustelua lisäämään Suomessa käynnistettiin vuonna 2019 ”Kivun yhteiskunnallinen vaikutus” -toimintamalli eli Societal Impact of Pain, SIP. SIP on kansainvälinen foorumi, joka luotiin vuonna 2009 European Pain Federation’in EFIC:n ja lääkeyhtiön Grünenthal yhteisellä aloitteella. SIP:n tavoitteena on lisätä kaikissa Euroopan unionin jäsenvaltioissa tietoisuutta kivun merkityksestä yhteiskunnassa, kansanterveydessä ja -taloudessa sekä työelämässä, ja tarjota alusta tutkimustiedon ja parhaiden käytäntöjen jakamiselle. Lisäksi SIP pyrkii olemaan tukena Euroopan laajuisten poliittisten strategioiden kehittämisessä ja edistämässä, jotta kivuntutkimuksen ja -hoidon laatu ja saatavuus saataisiin paranemaan Euroopassa. SIP tarjoaa myös keskustelufoorumin terveydenhuollon ammattilaisille, kipupotilasjärjestöille, poliitikoille, sairausvakuutus- tarjoajille, terveysviranomaisten edustajille, lainsäätäjille ja budjetinhaltijoille. Toiminta on aitoa yhteistyötä kivun tutkimuksen ja -hoidon ammattilaisten ja kipua potevien kansalaisten välillä.

SIP-alustan tieteellisestä kehiksestä vastaa European Pain Federation EFIC. SIP:n yhteis-

työkumppaneita ovat Pain Alliance Europe ja Active Citizenship Network. Grünenthal vastaa taloudellisesta ja muusta tuesta, mutta ei pyri vaikuttamaan toiminnan sisältöön. SIP Europe tukee eri jäsenmaissa tapahtuvaa yhteiskunnallista vaikuttamista ja kivunhoidon kehittämisprosessia kokoamalla yhteen esimerkkejä muista maista, toimimalla siltana kansallisten organisaatioiden ja ulkoisten sidosryhmien välillä sekä tarjoamalla työkaluja jäsenmaiden SIP-toiminnan käynnistämiseen ja kehittämiseen. Se järjestää mm. kerran vuodessa symposiumin, jossa eri maiden kipuammattilaiset ja potilasjärjestöjen edustajat sekä päättäjät keskustelevat kivun yhteiskunnallisista vaikutuksista ja esittelevät poliittisia strategioita ja käynnissä olevia toimia kivunhoidon parantamiseksi Euroopassa.

SIP Europan tähänastisia virstanpylväitä

Vuonna 2011 luotiin SIP Road Map (toimintasuunnitelma) ja allekirjoitettiin SIP-kumppaneiden kesken julkilausuma (Call), joka toimitettiin Euroopan valtioiden hallituksille sekä EU:n toimielimille, ja jossa kehoitettiin asettamaan poliittisiin toiminta-

ohjelmiin yhdeksi painopistealueeksi kivun yhteiskunnalliset vaikutukset.

Vuonna 2014 silloinen EU:n puheenjohtajavaltio Italia nosti kivunhoidon epävirallisen EU:n terveysministerien kokouksen asialistalle ja kokouksen seurauksena 28 EU:n terveysministeriä sitoutui edistämään kivunhoitoa EU:n jäsenvaltioissa.

Vuonna 2016 Euroopan parlamentissa Brysselissä yli 220 terveydenhuollon ja sidosryhmien järjestön edustajaa yli 28:sta maasta koontui yhteen symposiumiin, jonka teema oli 'Aika toimia'. Symposiumi tuotti 8 poliittista suositusta, ja suosituksia kannatti yli 160 kipualalla toimivaa organisaatiota.

Vuonna 2017 Maltan EU-puheenjohtajakaudella SIP-foorumi laati Maltalla pidetyssä symposiumissa, joka oli nimetty "Structured Cooperation between Health Care Systems tackling the societal impact of pain!" keskeiset suositukset, jotka on suunnattu Euroopan unionin instituutioille ja kansallisille hallituksille. Suositusten tekemiseen osallistui yli 300 eurooppalaista terveydenhuollon sidosryhmien jäsentä yli 20 maasta. Tämän seurauksena EU:n terveysministerit sisällyttivät 16.6.2018 Brysselissä kroonisen kivun Eurooppa-neuvoston päätelmiin, jotka annetaan neuvoston kokouksissa ja joissa määritellään EU:n erityiset huolenaiheet. Terveysministereiden mukaan on syytä arvioida kroonista kipua potevien kohdalla hoidon saatavuus. He asettivat tavoitteeksi löytää tasapaino kivunhoidon riittävän saatavuuden ja kohtuuhintaisuuden välillä ilman, että tutkimusta ja hoidollisten innovaatioiden kehittämistä vaarannettaisiin.

Vuonna 2018 SIP-toiminta valittiin yhdeksi kolmesta teemaverkosto-ohjelmasta. Osana tätä ohjelmaa SIP kävi laajaa vuoropuhelua eurooppalaisten kipualan sidosryhmien kanssa, jonka jälkeen SIP julkaisi kehysasia-

kirjan ja yhteisen lausunnon. Ne sisälsivät konkreettisia suosituksia poliittisiksi toimiksi seuraavista aiheista:

Suosituks:

1. Kipu indikaattorina:

Euroopan komissio liittää kroonisen kivun EU:n keskeisiin terveysmittareihin.

Euroopan komissio ja OECD liittävät kivun Health at Glance- raportin keskeisiin mittareihin.

Euroopan komissio toistaa ja laajentaa vuoden 2016 terveysbarometrinsa liittäen mukaan kysymyksiä tuki- ja liikuntaelinten kivusta.

Jäsenvaltiot ottavat käyttöön päivitetyn diagnoosiluokituksen ICD-11, jossa on ensimmäistä kertaa mukana myös krooninen kipu itsenäisenä diagnoosina.

2. Kipututkimus:

Jäsenvaltiot ja Euroopan parlamentti tukevat resurssienjakamista lainsäädäntöprosessissa.

Euroopan komissio tukee kipuun erikoistuneiden keskusten perustamista eri puolille Eurooppaa ja näiden keskusten verkostoitumista.

Euroopan komissio sisällyttää kivun yhtenä aiheena tutkimuksen ja innovoinnin puiteohjelmiin, esimerkkinä Horizon Europe.

3. Työllisyys:

Euroopan komissio ja jäsenvaltiot työskentelevät yhdessä edistääkseen käytäntöjä, jotka huomioivat kivun ja työllisyyden välisen yhteyden

Euroopan komissio tukee CHRODIS Plus:n kaltaisia projekteja kivun liittämiseksi osaksi kaikkia koulutussisältöjä.

Euroopan komissio ja jäsenvaltiot huomioivat PATHWAYS-projektin suositukset kroonisiin sairauksiin ja työllisyyteen liittyvissä strategioissa.

4. Koulutus:

Euroopan komissio tukee kansallisia hallituksia kivunhoidon parhaiden käytäntöjen koordinoinnissa.

Euroopan komissio ja parlamentti sekä jäsenvaltiot tukevat kipuasian tunnettavuutta lisääviä toimintoja ja kouluttavat erilaisia sidosryhmiä tuntemaan kivunhoitoa ja -hallintaa.

Euroopan komissio ja jäsenvaltiot huomioivat kivunhallinnan tarpeen suunnitellessaan tulevaisuuden työvoimaa.

Jäsenvaltiot tarjoavat terveydenhuollon ammattilaisille lisää koulutusta.

SIP Finland käynnistyi Suomen Kivuntutkimusyhdistyksen (edustajana yhteiskunnallisen vaikuttamisen toimikunnan puheenjohtaja Helena Miranda), Suomen Kipu Ry:n (hallituksen jäsen Liisa Jutila, toiminnanjohtaja Kaisa Hirn) ja Tules Ry:n (toiminnanjohtaja Marja Kinnunen) yhteistyönä. Keväällä 2019 alkoi toiminnan suunnittelu ja ensimmäisenä toimintana järjestettiin Pikkuparlamentissa Eduskunnassa 29.3.2019 vaalitulaisuus, jonne oli kutsuttu kuusi eduskuntavaaliehdokkaita kivunhoitoaiheeseen paneelikeskusteluun. Tilaisuuden emännöi edustaja Sari Sarkomaa. Vuoden 2019 aikana Suomen SIP-tiimi tapasi (tai oli yhteydessä puhelimitse) SIP Europen edustajia useamman kerran ja 6.-7.11.2019 SIP tiimi lähti Brysseliin ensin lobbaamaan Suomen EU-edustajia, mm. Sirpa Pietikäistä ja sitten osallistumaan vuositaiseen SIP Europe -symposiumiin, jossa he saivat tilaisuuden esitellä Suomen tilannetta sekä verkostoitua muiden eurooppalaisten kipualan toimijoiden kanssa.

29.11.2019 SIP Finland järjesti yhden päivän avausseminaarissa Helsingissä ja sitä edeltävänä iltana verkostoitumisillallisen. Seminaarissa kuultiin kotimaisia ja ulkomaisia asiantuntijapuheenvuoroja, käytännön näkökulmia

sekä potilaan ääntä lasten ja nuorten kivusta, työikäisten työssä jatkamismahdollisuuksista sekä kuntoutuksen uusista tuulista. Mukana seminaarissa koko päivän ollut europarlamentaarikko Sirpa Pietikäinen esitti 10-kohtaisen teesinsä kroonisen kivun vaikutusten vähentämiseksi kansallisesti sekä EU:n tasolla. Pietikäinen korosti erityisesti työpaikkojen ja esimiesten tietoisuuden lisäämistä kroonisesta kivusta. Hänen mukaansa eurooppalainen referenssi-keskus, joka keräisi tietoa kroonisesta kivusta ja sen toimivista hoito- ja tukikeinoista, ja loisi yhteistyöverkostoja Euroopan maiden välillä, olisi merkittävä askel eteenpäin. Seminaariin osallistui myös kipuammattilaisia ja potilasjärjestön edustajia Ruotsissa, jossa ollaan suunnittelemassa oman SIP-toiminnan käynnistämistä.

Vuodelle 2020 SIP Finland tarvitsee rahoitusta ja lisävoimia. Tarkoituksena on hakea toiminnalle rahoitus yhden työntekijän palkkaamista varten. Lisäksi on suunnitteilla mm. eduskunnassa vierailu ja kipuasian lobbaus, mm. STM:n tuottaman Kroonisen kivun ja syöpäkivun hoidon kansallisen toimintasuunnitelman esiinnosto. Ensi vuonna SIP Suomi tavoittelee näkyvyyttä Suomi Areenalla Porissa.

Hyvä kivunhoidon ammattilainen - panostasi tarvitaan kivunhoidon kehittämiseksi Suomessa! Tule mukaan tukemaan SIP Finlandin toimintaan pienemmällä tai isommalla panoksella laittamalla sähköpostia toiminnanjohtaja Kaisa Hirnille (kaisa.hirn@suomenkipu.fi) ■

www.sip-platform.eu/sip-national/initiatives/finland



Pelko-välttämiskäyttäytyminen ja kipuun liittyvä pelko teoriasta käytäntöön



Petteri Koho

FT, fysioterapeutti OMT
ORTON

Perinteinen, vahvasti rakenteellisiin löydöksiin ja muutoksiin sekä biomekaanisiin tekijöihin nojaava biolääketieteellinen malli selittää huonosti erilaisten TULE-kipujen kroonistumista ja niihin liittyvää toimintakyvyn haittaa. Bio-psykososiaalinen viitekehys huomioi laajemmin edellisten lisäksi psykologisten ja yksilöön vaikuttavien sosiaalisten tekijöiden vaikutuksen.

Pelko-välttämismalli (fear-avoidance model) on osoittautunut sekä käytännön potilastyössä että teoreettisesti kelvolliseksi kivun ja toimintakyvyn vaikuttavien tekijöiden ja niiden välisen vuorovaikutuksen kuvaajaksi. Lintonin ym. 1995 esittämä kehämäinen ”kipu – liikkumisen / uudelleen loukkaantumisen pelko – välttely – toimintakyvyn haitta / vajaa käyttö / masentuneisuus – kipu” -malli selittää erityisen hyvin akuutin kivun kroonistumista ja toimintakyvyn haitan kehittymistä. Sitten mallia on täydennetty ja muokattu lisäämällä siihen katastrofointi ja ylivalppaus (hypervigilance) sekä korvaamalla termi ’liikkumisen pelko’ kipuun liittyvällä pelolla.

Malli kuvaa yksilön suhtautumista kipuun ja kivun merkityksen tulkinnan vaikutusta kivun kroonistumiseen ja toimintakyvyn haittaan. Kun akuutti kipu ei muodosta uhkaa yksilölle tai hänen terveydelleen, yksilö kykenee kohtaamaan kivun, jatkamaan päivittäisiä toimiaan tilanteesta huolimatta ja aikaa myöten toipumaan. Kivun katastrofointi kuvaa kivun kokemiseen liittyvää uhkaa, keinottomuutta tai avuttomuutta sekä negatiivista suhtautumista

tilanteeseen. Kipu itsessään koetaan vaaralliseksi tai terveyttä ja hyvinvointia vaarantavaksi. Tähän liittyy usein väärinkäsityksiä ja virheellistä tietoa tai tulkintaa kivun aiheuttamasta vaivasta. Seurauksena voi olla negatiivisen itse itseään ruokkivan noidankehän syntyminen. Kivun, liikkumisen tai uudelleen loukkaantumisen pelko johtaa helposti siihen, että varmuuden vuoksi vältetään aktiivisuutta riippumatta siitä, aiheuttaako se kipua vai ei.

Välttämisen näkyminen ja taustatekijät

Välttäminen tai varominen voi ilmetä fyysisenä passiivisuutena tai korostuneena itsensä tarkkailuna tai tarpeettomana lihasjännityksenä. Liikkumisen ja fyysisen aktiivisuuden välttely johtaa alikäyttöön, toimintakyvyn haitan lisääntymiseen ja mielialan muutoksiin, jotka edelleen lisäävät katastrofiajatuksia ja varomista.

Välttämiskäyttäytymisen taustalla on useita eri tekijöitä, joiden keskinäisiä suhteita ei vielä tunneta läpikotaisin, ja on hyvin todennäköistä, että tekijöiden keskinäinen vaikutus ja vaikutuksen merkitys vaihtelee ihmisten välillä.

Välttämiskäyttäytymisen kehittyminen liittyy ainakin oppimiseen ja kivun aiheuttaman uhan tulkintaan. Tilanteessa, jossa kipu koetaan uhkaavaksi tai sen uskotaan olevan haitallista tai tarkoittavan kudosvaurioita, voi lepääminen tai liikkumisen tai fyysisen aktiivisuuden välttäminen lyhyellä aikajänteellä olla palkitsevaa, kun kipua ja sen aiheuttamaa haittaa voidaan välttää tai vähentää tilapäisesti. Vähitellen opitaan toimintamalli, jossa liikkumisen ja fyysisen aktiivisuuden välttäminen on hyödyllistä. Jos vaiva kuitenkin jatkuu, tilanteesta muodostuu ongelmallinen. Mitä enemmän levätään ja vältellään aktiivisuutta, sitä herkemmin reagoidaan negatiivisesti kuormituksen aiheuttamiin fysiologisiin tuntemuksiin. Potilaan voi olla vaikea erottaa toisistaan esim. oiretta tai kipua kuormituksen aiheuttamasta lihasten väsymisestä. Tilannetta voi korostaa entisestään korostunut itsensä ja vaivojen tarkkailu. Jatkuessaan välttelyn positiivinen palaute, kivuttomuus, kuitenkin vaikuttaa negatiivisesti omiin hallintakeinoihin ja pystyvyyden tunteeseen selviytyä tilanteesta sekä ruokkii edelleen passiivisia hallintakeinoja.

Tutkittua tietoa

Tutkimusasetelmissa kivun pelon ja liikkumisen pelon on havaittu ennustavan akuutin kivun pitkittymistä muun muassa selkä- ja niskakipuisilla sekä toimintakyvyn haitan kehittymistä ja leikkauksista toipumisen hidastumista. Liikkumiseen liittyvä pelko voi lisätä tai ylläpitää toimintakyvyttömyyttä sekä olla merkittävä este tai hidaste kuntoutumiselle. Liikkumisen pelolla on todettu olevan yhteys koettuun toimintakyvyn haittaan, kivun voimakkuuteen, katastrofijatuksiin, depressioon ja pelkoihin. Liikkumisen tai kivun pelolla on välttämiskäyttäytymisen ja toimintakyvyn haitan lisäksi melko suora vaikutus fysiologiseen toimintaan ja vartalon kuormittumiseen. Pelko lisää vartalon taivutuksiin liittyvää lihasaktiivisuutta ja vähentää rangan liikkuvuutta, mikä puolestaan

lisää rangan biomekaanista kuormitusta. Esimerkiksi pelokkailla selkälihasten aktiivisuus on kävellessä suurempi, jolloin rentoutumisvaihe jää lyhyemmäksi ja lihasten kokonaistyömäärä on suurempi, jolloin kävelyn rentous ja luontevuus häiriintyvät. Pelko toisaalta myös inhiboi lihastoimintaa ja alentaa voimantuottoa lihasvoimatesteissä. Lisäksi kipuun liittyvä pelko vaikuttaa suoraan myös kivun kokemukseen häiritsemällä kivun endogeenistä inhibitiota kivun heikomman modulaation vuoksi. Välttämiskäyttäytymisen ja liikkumisen pelko eivät koske pelkästään potilaita. Suomalaisessa väestötöoksessa liikkumisen pelko on yhteydessä vähentyneeseen vapaa-ajan liikunta-aktiivisuuteen.

Osalla potilaista pelko-välttämiskäyttäytymisen synty tai ylläpysyminen johtuu iatrogeenisistä syistä. Terveystieteiden alan ammattilaisuus ei tee meistä täysin neutraaleja tai vapaita haitallisista liikkumiseen liittyvistä peloista. Tämä voi olla käytännön potilastyössä ongelmallista annettaessa potilaille akuuttiin vaivaan, leikkauksen jälkeiseen kuntoutukseen, liikuntaan tai harjoitteluun liittyviä ohjeita. On näyttöä siitä, että pelkovälttämiskäyttäytymiseen taipuvaisen terapeutin asenteet lisäävät potilaan liikkumisen pelkoa. Lisäksi tällaiset terapeutit pyrkivät asettamaan rajoituksia työntekoon ja fyysiseen aktiivisuuteen eli käytännössä suosittelivat lepäämistä ja aktiivisuuden välttelyä akuutissa ja kroonisessa selkäkivussa. Potilaalle voi tehdä karhunpalveluksen asettamalla rajoja vedoten siihen, että ”selkäsi ei ehkä kestä” tai ”liikunnan kanssa pitää olla varovainen” kun terapeutti-empää olisi neuvua aloittamaan pienellä annoksella ja lisäämään kestoja ja tehoa maltillisesti. Meidän tulisi olla selvillä myös omasta viitekehkestämme ja omista ajattelutavoistamme erityisesti silloin kun annamme potilaille neuvoja ja ohjeita fyysisen toiminnan rajoittamiseen. Pahimmillaan voi käydä niin, että kivun välttämiseksi potilas karttaa kivuliaita asentoja

ja toimintoja mutta tulee samalla varoneeksi myös sellaisia asentoja sekä sellaista liikkumista ja tekemistä, jotka eivät aiheuta kipua. Fyysisen aktiivisuuden välttelyn myötä liikkumisen terveyshyödyt voivat jäädä saamatta tai sairauksissa, joissa liikkuminen/ harjoittelu on keskeinen osa hoitoa (TULE-vaivojen lisäksi mm. diabetes sekä sydän- ja verenkiertoelimistön sairaudet), osa hoidosta jää puutteelliseksi tai toteutumatta kokonaan.

Ongelmien tunnistaminen

Ongelman tunnistaminen voi olla haasteellista, vain osa potilaista tunnistaa itse pelon välttelyn ja vähäisen liikkumisen taustalla. Usein pelko-välttämiskäyttäytymisen ja kivun tai liikkumisen pelon mahdollisuuteen havahdutaan, kun löydökset selittävät huonosti koettua kipua tai haittaa tai kun biomekaanisen toiminnan kohentumisesta (rangan tai nivelten liikkuvuus, kestävyys tai voima) huolimatta itse oireessa, kivussa tai toimintakyvyssä ei tapahdu muutosta tai harjoittelussa eteneminen on hyvin hidasta tai on vaikea löytää sopivia harjoitteita. Liikkumisen pelkoa arvioivan Tampa Scale of Kinesiophobia (TSK) tai kipuun liittyviä uskomuksia arvioivan Fear Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) -kyselylomakkeiden käyttäminen voi auttaa tunnistamisessa ja niiden yksittäisten vastausten sisällöllinen tarkastelu avaa hyvin potilaan ajatustapoja ja asenteita. Kysymykset ”Mitä tarkoitat tällä vastauksella?” tai ”Mikä saa sinut ajattelemaan näin?” auttavat hahmottamaan tilannetta potilaan näkökulmasta. Toisaalta myös päivittäisen toiminnan tai harrasteiden rajoituksien selvittämisen yhteydessä on luontevaa kysyä, miltä potilaasta tuntuu tehdä kivuliaita liikkeitä tai ylläpitää kivuliaita asentoja. Tässä yhteydessä potilas tulisi johdatella kertomaan omista kipuun liittyvistä ajatuksistaan, esimerkiksi näillä kysymyksillä: ”Onko liikkuminen tai harjoittelu turvallista?”

tai ”Pelkäätkö jonkin pettävän tai vaurioituvan elimistössä?”

Miten hoidetaan?

Pelko-välttämiskäyttäytymisen vähentämisen ja toimintakyvyn kohentamisen lähtökohta on pelkoa ja huolta aiheuttavien liikkeiden tai toiminnan tunnistaminen sekä pelon kohtaaminen. Siinä voidaan käyttää asteittaiseen altistamiseen tai asteittaiseen aktiivisuuden lisäämiseen perustuvia hoitomalleja. Klassiseen ehdollistumiseen perustuvassa asteittaisessa altistamisessa potilas hiljalleen siedätetään kohtaamaan pelkoa aiheuttavaa tekemistä pilkkomalla pelkoa aiheuttava liike tai toiminta pienempiin osiin, joita sitten käsitellään altistamisprosessin aikana yksi kerrallaan niin kauan kunnes ko. tekemistä ei enää koeta pelkoa aiheuttavaksi ja voidaan siirtyä eteenpäin seuraavaan osaan. Asteittainen aktiivisuuden lisäys perustuu operanttiin ehdollistumiseen, jossa palkitsemisen avulla pyritään ohjaamaan ja vahvistamaan potilaan toimintaa kohti haluttua suuntaa. Harjoittelulle luodaan aika- tai kuormitusperusteinen tavoite, jonka saavuttamisen jälkeen potilaalle annetaan positiivista palautetta ja siirrytään seuraavaan tavoitteeseen. Molemmat tavat vaativat potilaalta valmiutta mentaaliseen työskentelyyn ja epämukavuuden sietämiseen; joutuuhan siinä kohtaamaan itselleen pelkoa, huolta ja ahdistusta aiheuttavia asioita ja konkreettista fyysistä harjoittelua.

Potilaan on oleellista tiedostaa harjoitteluun ja liikkumiseen liittyvän kivun merkitys. Kroonisissa TULE-vaivoissa harjoitteluun liittyvä kipu on hyvin harvoin merkki kudosaivurioiden syntymisestä tai tilanteen pahenemisesta. Asteittainen altistaminen ja aktiivisuuden lisääminen ovat tavoitteellista toimintaa, jossa tavoitteet liittyvät ensisijaisesti toimintakyvyn paranemiseen. Kivun väheneminen olisi tietysti hyvä ja merkityksellinen tavoite, on kui-

tenkin todennäköistä, että harjoitteluun liittyy epämiellyttävyyden ja/tai kivun tuntemuksia. Tällöin kivuttoman harjoittelun ollessa tavoitteena, kivun tuntuminen voi vahvistaa haitallisia ajatuksia ja pelkoa ”minä tiesin, etten voi liikkua ilman kipua” ja lisätä välttämiskäyttäytymistä. Kipurajoitteinen harjoittelu voi lisäksi kiinnittää liikaa potilaan huomiota kivun tunteen alkamiseen ja pitää ajatukset kivussa.

Kipurajoitteisen harjoittelun sijaan harjoittelu toteutetaan aika- tai kuormitusrajoitteisesti. Harjoittelussa sallitaan siis tietoisesti lievä kipu tai epämukavuuden tunne, mutta kivun tunteen ei anneta rajoittaa harjoittelua, vaan se toteutetaan etukäteen päätetyn toistomäärän tai ajan mukaisesti. Kivun lisääntyminen ei ole itsetarkoitus, vaan aika- tai kuormitusrajoitteisella harjoittelulla pyritään sopeuttamaan ja opettamaan potilaan herkistynyttä kipujärjestelmää pois jatkuvasta tilanteen ja kivun tarkkailusta. Harjoittelu pyritään annostelemaan niin, että kipu lievittyy tai palautuu lähtötasolle mielellään puolessa tunnissa, viimeistään 24 tunnin kuluessa. Harjoittelun aikaisen kivun salliminen näyttää olevan täysin kivutonta harjoittelua tuloksellisempaa. Kuinka kivun provosointi ei ole itsetarkoitus ja etenkin raajoihin säteilevän kivun provosointia on syytä välttää. Harjoittelulle laaditaan tavoitteet, joiden pitää olla potilaalle merkityksellisiä, helposti mitattavia ja realistisesti saavutettavia. Tavoitteena on, että potilas tuntee olonsa turvalliseksi eikä koe kipua uhkaavana tai terveyttä vaarantavana. Harjoitteiden pitää olla potilaalle merkityksellisiä, niiden pitää tuntua turvallisilta, hyödyllisiltä ja tarpeellisilta, muutoin ne jäävät tekemättä ja saattavat vain vahvistaa pelkoa ja välttämiskäyttäytymistä.

Aika- tai kuormitusrajoitteisessa harjoittelussa potilaan harjoituksiin liittyviä kokemuksia ja käsityksiä pitää kohdata ja käsitellä ennen harjoittelua, harjoittelun aikana ja sen jälkeen.

Potilasta pitää valmistella hahmottamaan tilanne ja ymmärtämään krooninen kipu enemmän aivojen ongelmana kuin perifeerisenä ongelmana. Oleellista on selvittää harjoittelun aiheuttamaan kipuun liittyvät ajatukset ja niiden aiheuttama huoli. Terapeutin tehtävä on johdatella ennen konkreettiseen harjoitteluun ryhtymistä ja sen aikana potilasta käsittelemään pelkoon liittyä ajatuksia: ”Osaatko sanoa, miksi tämä liike tai mikä tässä liikkeessä pelottaa sinua?” ”Mitä ajattelet elimistössä tai selässä tapahtuvan liikkeen aikana tai kun tunnet kipua?” Tavallista on epämukavuuden, epävarmuuden ja kivunkin tuntuminen altistuksen aikana. Potilaan tuntemuksia pitää kuulostella ja niihin tulee vastata ja myös haastaa potilaan ajattelutapoja. Se voi herättää vastarintaa, mutta on tehokas keino ajatusten muokkaamiseen: ”Voisiko kipu johtuakin tottumattomuudesta ja käyttämättömyydestä eikä kulumasta?”

Harjoittelun tavoitteena on kipuun ja sen havainnointiin herkistyneen järjestelmän toiminnan normalisointi, systemaattinen desensitisointi, ja maladaptiivisten, liikkumiseen liittyvien kivuliaiden muistijälkien korvaaminen uusilla, turvallisilla muistijäljillä. Tietoisuus kivun johtumisesta enemmän käyttämättömyydestä tai tottumattomuudesta tai kipua välittävän järjestelmän epätarkoituksenmukaisesta toiminnasta auttaa sietämään ja hyväksymään kipua.

Yhteenveto

Pelko-välttämiskäyttäytymisen taustalla on usein potilaan oppima malli harjoittelun tai fyysisen aktiivisuuden liittymisestä kipuun tai kivun pahenemiseen. Taustalla voi olla myös potilaan tulkinta kivun haitallisuudesta tai vaarallisuudesta. Ilman pelkoa ja huolta aiheuttavien liikkeiden ja aktiviteettien tunnistamista ja niiden käsittelemistä on vaara, että potilas jää negatiiviseen kivun, pelon ja toimintakyvyn haitan noidankehään, josta hänen on omatoi-

misesti vaikea päästä irti.

Pelko-välttämiskäyttäytymisen huomioon ottaminen ja menestyksellinen hoitaminen vaatii myös laaja-alaista terapeutin perehtyneisyyttä. Pitää ymmärtää kipumekanismien toiminta ja pelko-välttämismalliin liittyvien tekijöiden, erityisesti katastrofionnin ja kivun tai liikkumisen pelon, vaikutus kipuun ja toimintakyvyn haittaan, ja on myös tiedostettava ihmissuhde- ja vuorovaikutustaitojen merkitys kroonisten vaivojen hoidossa. Lisäksi pitää hallita kivun erilaisten hallintamenetelmien (mm. asteittainen altistaminen, kivun hyväksyntä) käyttö eri tilanteissa sekä hallita harjoittelun annostelu erilaisissa vaivoissa. ■

Kirjallisuutta:

Fordyce WE, Fowler RS, Jr., Lehmann JF, ym. Operant conditioning in the treatment of chronic pain. *Arch Phys Med Rehabil* 1973; 54(9): 399-408.

Engelhard IM, van Uijen SL, van Seters N ym. The Effects of Safety Behavior Directed Towards a Safety Cue on Perceptions of Threat. *Behav Ther* 2015; 46(5): 604-610.

Koho P, Aho S, Kautiainen H, ym. Test retest reliability and comparability of paper and computer questionnaires for the Finnish version of the Tampa Scale of Kinesiophobia. *Physiotherapy* 2014; 100(4): 356-362

Lakke SE, Soer R, Krijnen WP, ym. Influence of Physical Therapists' Kinesiophobic Beliefs on Lifting Capacity in Healthy Adults." *Phys Ther* 2015; 95(9): 1224-1233.

Linton SJ. An overview of psychosocial and behavioral factors in neck-and-shoulder pain. *Scand J Rehabil Med Suppl* 1995; 32: 67-77.

Lotze M ja Moseley GL. Theoretical Considerations for Chronic Pain Rehabilitation. *Phys Ther* 2015; 95(9): 1316-1320.

Luque-Suarez A, Martinez-Calderon J ja Falla D. Role of kinesiophobia on pain, disability and quality of life in people suffering from chronic musculoskeletal pain: a systematic review. *Br J Sports Med* 2019; 53(9): 554-559.

Malfliet A, Coppieters I, Van Wilgen P, ym. Brain changes associated with cognitive and emotional factors in chronic pain: A systematic review. *Eur J Pain* 2017; 21(5): 769-786.

Nijs J, Roussel N, Van Wilgen PC, ym. Thinking beyond muscles and joints: therapists' and patients' attitudes and beliefs regarding chronic musculoskeletal pain are key to applying effective treatment. *Man Ther* 2013; 18(2): 96-102.

Terho H, Haapea M, Paananen M, ym. Translation and validation of the Finnish version of the Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ). *Scand J Pain* 2016; 10: 113-118.

Thomas JS, France CR, Sha D, ym. The influence of pain-related fear on peak muscle activity and force generation during maximal isometric trunk exertions. *Spine (Phila Pa 1976)* 2008; 33(11): E342-348.

van Vliet CM, Meulders A, Vancleef LMG (2018). "The Opportunity to Avoid Pain May Paradoxically Increase Fear." *J Pain* 2018; 19(10): 1222-1230.

Nuss ja Horner



Peeter Peil

LL, anestesiologian ja tehohoidon erikoistuva lääkäri, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, Meilahden sairaala, Helsinki

Kaksissakymmenissä oleva opiskelijamies hakeutui pitkän harkinnan jälkeen kuopparinnan korjaukseen. Pituutta oli 194 cm ja painoa 78 kg. Perussairauksia ei ollut ehtinyt kertyä. Alkoholia kului arvionsa mukaan noin 8 annosta viikossa eikä tupakka maistunut. Leikkaustekniikaksi oli valittu Nussin mukainen toimenpide ja leikkausta edeltävällä poliklinikkakäynnillä anestesia­lääkäri oli arvioinut potilaan anestesiariiskiesteeksi ASA 1. Esilääkkeeksi määrättiin talon tavan mukaan pregabaliini ja tematsepaami. Postoperatiivisen kivun hoidoksi suunniteltiin epiduraalialgesiaa. Epiduraalikatetri laitettiin kokeneen erikoislääkärin toimesta edeltävänä iltana kuudennen ja seitsemännen rintanikaman välistä. Epiduraalitila tavoitettiin 7 cm syvyydessä ja katetriä uitettiin siitä vielä 8 cm syvemmälle. Odotetun pitkäaikaisen kipuhaasteen vuoksi katetri tunnettiin. Katetrasta aspiroimalla ei saatu selkäydinnestettä eikä sykenoussut koeannoksena annetun 5 ml 10 mg/ml lidokaiinin ja 5 mikrogramma/ml adrenaliinin yhdistelmän vaikutuksesta. Noin 10 minuutin päästä oli todettavissa odotetusti kylmätunto alentuneeksi rintakehällä symmetrisesti Th3-Th10 dermatoomien alueella merkinä epiduraalikatetrin oikeasta sijainnista. Mitään muuta poikkeavaa ei todettu.

Leikkaus suoritettiin suunnitelman mukaisesti ja potilas pysyi kivuttomana jo leikkauksen aikana epiduraalikatetriin 6 ml tuntinopeudella aloitetun 0,125 % levobupivakaiinin ja fentanylin yhdistelmällä sekä leikkauksen lo-

pussa annetulla parasetamolilla. Pahoinvointia kylläkin esiintyi, mutta se hoitui suonensisäisellä ondansetronilla. Potilas siirtyi normaalin heräämöseurannan jälkeen rinta­elinkirurgian vuodeosastolle toipumaan. Kipulääkityksenä jatkui parasetamoli 3 gramman vuorokausiannoksella ja pregabaliini 75 mg aamuisin ja 100 mg iltaisin. Pregabaliiniin liittyi aluksi lievää heitehuimausta, mutta tämä vähentyi tottumuksen myötä. Myöhemmin potilas kertoi havainneensa jo heti leikkauksen jälkeen vasemman käden olleen hieman heikko, mutta yhdisti tämän aikaisemminkin esiintyneeseen niska­hartiaseudun lihaskäykkyyteen eikä ottanut oiretta hoitohenkilökunnan kanssa puheeksi.

Kolmantena leikkauksen jälkeisenä päivänä todettiin epiduraali-infuusion vähentämisen aiheuttavan lisääntyviä kipuja ja kipulääkitystä tehostettiin ibuprofeenilla. Toivomuksena oli kuitenkin päästä epiduraalipuudutuksesta eroon. Epiduraali-infuusio tauotettiin ja siirryttiin lihaksensisäisesti ja suun kautta annettavaan oksikodoniin. Tämä aiheutti kipujen dramaattisen pahenemisen ja yhteistyössä APS-tiimin kanssa päätettiin aloittaa neljäntenä leikkauksen jälkeisenä päivänä epiduraali-infuusio uudelleen, mutta tällä kertaa fentanylin tilalle lisättiin klonidiini lisäämään levobupivakaiinin tehoa. Pregabaliinin annosta nostettiin myös ja tarvittavana kipulääkkeenä aloitettiin suun kautta annettava esketamiini. Näillä keinoilla kivut helpottuivatkin.

Seuraavana päivänä osastolla potilasta hoitanut sairaanhoitaja oli kuitenkin huomannut,

että potilaan ilmeessä oli jotain vialla. Myös potilasta muutaman kerran tavannut APS-hoitaja huomasi, että potilaalle oli kehittynyt vasemman yläsilmäluomen roikkuminen, saman silmän mustuainen oli pieni ja vasemmassa kädessä oli oikeaa vähemmän voimaa. APS-lääkäri totesi samat löydökset ja niiden lisäksi vasemman silmän punoituksen. Mitään muita neurologisia puutosoireita ei todettu ja puutumisrajatkin olivat ennallaan. Peruselin-toiminnot olivat vakaat eikä potilasta häirinnyt kipukaan. APS-lääkäri muisti hämärästi muutama vuosi aiemmin kuulleen koulutuksessa samankaltaisesta tapauksesta ja nopean kirjalisuushaun tuloksena heräsi epäily epiduraalipuudutuksen aiheuttamasta Hornerin oireyhtymästä. Pitkään jatkuneen epiduraali-infuusion jälkeen kehittyneen oirekuvan vuoksi heräsi lisäksi epäily katetrin mahdollisesta uimisesta subduraaliselle ja sen käyttö päätettiin lopettaa. Kahden tunnin kuluttua kaikki oireet olivat hävinneet eikä jatkoselvittelyä tarvittu. Kaikkien harmiksi lähes infernaaliset kivut olivat kuitenkin palanneet. Rintaelinkirurgi oli potilaan kivun hoidossa jatkuvasti tiivistä mukana eikä toimenpiteeseen liittyviä komplikaatiota arvioitu todennäköiseksi.

Kun kivut eivät hellittäneet tarvittaessa otettavilla esketamiinilla ja oksikodonilla, yhteisymmärryksessä potilaan kanssa päädyttiin aloittamaan oksikodoni-PCA. Kohtuullisilla annosmäärillä kivut helpottuivat, mutta oksikodoni aiheutti sekavaa oloa ja pahoinvointia, jotka potilas kuitenkin päätti kestää, ja ondansetronistakin oli apua. Kolme päivää PCA-annostelijan käytön aloittamisesta, kahdeksantena leikkauksen jälkeisenä päivänä, siirryttiin pitkävaikutteiseen oksikodoniin. Tästä oli pregabaliinin, parasetamolin ja ibuprofeenin kanssa riittävä apu kipuihin eivätkä vähäiset sivuvaikutukset haitanneet potilasta. Kahden päivän kuluttua potilas kotiutui hyvävointisena ja -tuulisena. Lääkityksen alasajo järjestettiin APS-jälkipoliklinikan turvin ja se on edistynyt suunnitelman mukaisesti.

Hornerin oireyhtymä eli ptoosi, mioosi ja enoftalmus on epiduraalipuudutuksen aiheuttama harvinainen komplikaatio. Siihen voi liit-

tyä samanpuoleista kasvojen punoitusta, kasvojen hikoilemattomuutta, sidekalvon punoitusta ja/tai nenän tukkoisuutta. Muina oireina on epiduraalipuudutukseen liittyen kuvattu toispuoleista yläraajan sensorista tai motorista puutosta, toispuoleista näön sumenemista, silmäkipua, pään ja/tai kaulan särkyä, kyynelvuotoa ja nuhaa, kolmoishermon- ja kielen liikehermon halvausta (1). 439:ää torakaaliepiduraalipuudutuksella hoidetun mastektomiapotilasta käsitelleen tutkimuksen mukaan esiintyvyydeksi on arvioitu 1,4 %. Samassa tutkimuksessa käden heikkous todettiin vain yhdellä potilaalla. Patofysiologiseksi mekanismiksi on arvioitu puudutusaineen leviäminen kraniaalisuunassa ja C8-Th2 tasolta lähtevien sympaattisten pre-ganglionaaristen B-säikeiden salpaus (2). Samoilla potilailla puudutustasoa testatessa ovat puutumisrajat kuitenkin rajoittuneet huomattavasti matalampaan tasoon. Tätä on selitetty B-säikeiden suuremmalla puuduteaineherkkyydellä. Erotusdiagnostisina vaihtoehtoina tulee muistaa aivoverenkiertohäiriöt, pre-eklampsia, keskushermoston ja keuhkojen yläosien kasvaimet, kirurginen vaurio, arteria carotis internae dissekaatio tai aneurysma, siinustromboosi (1).

Epiduraalipuudutukseen liittyvä Hornerin oireyhtymä on harvinainen löydös, joka klinikon kannattaa kuitenkin pitää mielessä. Tämä on pääsääntöisesti itse rajautuva tilanne, joka helpottuu nopeasti aiheuttavaa tekijää eli puudutusta tauottamalla. Näin voidaan välttää turhilta lisäselvittelyiltä ja rauhoittaa potilasta, joka voi olla oireista hyvinkin huolissaan. Mikäli oireet eivät kuitenkaan häviä tai esiintyy Hornerin oireyhtymälle epätyypillisiä oireita, kannattaa herkästi teettää lisäselvittelyjä muiden mahdollisten syiden poissulkemiseksi. ■

Kirjallisuutta:

1. Chambers DJ, Bhatia K. Horner's syndrome following obstetric neuraxial blockade - a systematic review of the literature. *Int J Obstet Anesth*. 2018 Aug;35:75-87
2. Park SY et al. Transient Horner's syndrome following thoracic epidural anesthesia for mastectomy: a prospective observational study. *Can J Anesth* 2015, 62:252-257

Kipu ja psykososiaaliset riskitekijät suomalaisilla työssäkäyvillä naisilla



Kirsi Malmberg-Ceder
neurologian erikoislääkäri,
tohtorikoulutettava TY



Maija Haanpää
neurologian dosentti, ylilää-
käri, vakuutusyhtiö Ilmarinen



Seppo Soinila
neurologian professori
(emer.) TY, ylilääkäri, Tyks
Neurotoimialue

Euroopan väestöstä noin kolmasosalla on krooninen kiputila (1). 10 %:lla se on laaja-alainen (2) ja lopuilla paikallistuu useimmiten alaselkään tai ilmenee päänsärkynä. Työikäisen väestön nuorimmassa, 15-24-vuotiaiden ikäluokassa kolmasosalla on joko alaselän tai niskan/yläraajan pitkäaikainen kiputila. Vanhimmissa työikäisillä (55-64 v) näitä kiputiloja esiintyy yli puolella, naisilla hieman enemmän kuin miehillä (3). Suomen perusterveydenhuollossa 41-48 % työikäisten lääkäriissä käyneistä tehdään kivun vuoksi (4). Noin puolessa tapauksista kyseessä on tuki- ja liikuntaelinperäinen (tules-) kipu, tavallisimmin alaselkään paikallistuva ongelma. Päänsärlyn osuus on työikäisen väestön nuoremmissa puoliskossa 15% ja vanhemmassa vajaa 10%. Joka viidennellä potilaalla kipu on kroonistunut. Kipu on siis tavallinen työkyvyn heikentymisen syy työikäisillä, ja joka neljäs työikäisistä kipupotilaista on saanut kivun vuoksi sairauslomaa.

Vaikka kipuoireet ovat yleisiä, niin on varsin tavallista, että kivusta huolimatta ollaan töissä. Miksi samantyyppinen ja -asteinen kipu saa yhden jäämään työhön ja toisen hakeutumaan sairauslomalle? On viitteitä siitä, että sekä henkilökohtaisilla että työhön liittyvillä tekijöillä, ei niinkään kivulla sinänsä, on merkittävä vaikutus kipupotilaan kokemaan työkykyyn (5). Psykkinen stressi, henkilön heikko käsitys omasta pystyvyydestään ja kivun aiheuttama pelokkuus näyttävät selittävän kivun ja toimintakyvyn välistä negatiivista korrelaatiota (6). Sen sijaan kivun ja työkyvyn välinen korrelaatio on monimutkaisempi ja huonommin tunnettu.

Tutkittaessa kivun vaikutusta työkykyyn kes-

keinen mittari on työhyvinvointia kuvaava käsite työn imu (work engagement) (7,8). Se on ammatista riippumaton työssä koettava myönteinen tunne- ja motivaatiotila, joka ilmenee esimerkiksi niin, että työntekijä lähtee aamulla mielellään töihin, kokee työnsä mielekkääksi ja nauttii siitä. Työn imun mittaamiseksi on kehitetty validoitu kyselylomake. Se sisältää kolme päätekijää, tarmokkuus (vigor), omistautuminen (dedication) ja uppoutuminen (absorption). Lukija voi mitata oman työn imunsa Työterveyslaitoksen verkkosivulta löytyvällä testillä (<https://www.ttl.fi/tyon-imu-testi>). Tutkimusten mukaan 2/3 suomalaisista työntekijöistä kokee työn imua vähintään kerran viikossa. Työn imu heijastelee ammatillista tyytyväisyyttä, asosioituu koettuun työkykyyn ja vahvan työn imun katsotaan ennustavan kroonisesta kivusta kärsivän työntekijän parempaa työkykyä.

Kirjoittajia kiinnostaa neurologena erityisesti päänsärlyn ja psykososiaalisten riskitekijöiden välinen yhteys työikäisillä potilailla (9). Työterveyshuollon vastaanotolla hoidettavista päänsärkypotilaista suurin osa kärsii ajoittaisesta kivusta. Pitkittyvää päänsärkyä potevat lähetetään erikoissairaanhoidon arvioon, ja sen jälkeen työterveyshuollon tärkeä tehtävä on hoidon ja vasteseurannan ohella tunnistaa päänsärlyn kroonistumisen riskitekijät ja toteuttaa ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä.

Työikäisten yleisin päänsärky on lihasjännityspäänsärky (20-40%), mutta valtaosa päänsärkytutkimuksista on kohdistunut migreeniin, joka sekin on työikäisessä väestössä erittäin yleinen, esiintyvyydeltään 20-30%. Aikaisempien tutkimusten perusteella tiedetään, että psyko-

sosiaaliset tekijät, mukaan lukien stressi ja vihamielisyys, ovat päänsärkypopulaatiossa yleisempiä kuin vertailujoukossa (10). Migreenin yhteys depression ja ahdistuneisuuteen on kaksisuuntainen: päänsärky lisää psyykkisten oireiden esiintyvyyttä ja toisaalta ahdistuneisuus ja masennus lisäävät päänsärlyn esiintyvyyttä (11). Työkyvyn näkökulmasta näitä kahta yleisintä primaaripäänsärkyä on tarkoituksenmukaista arvioida yhdessä, koska erityisesti päänsärlyn pitkeytyessä useimpien potilaiden päänsärkyssä on molempien kiputyyppien piirteitä.

Oma tutkimus

Tutkimus perustuu Porin kaupungin työntekijöistä vuosina 2015-16 kootun PORTAAT (Pori To Aid Against Threats)-tutkimusaineiston naispuolisiin osallistujiin (N=732). Validoiduilla kyselykaavakkeilla mitattiin työn imua (Utrecht work engagement scale 9, UWES-9), tules-kivun aiheuttamaa taakkaa ja kivun kroonistumisriskiä (Örebro musculoskeletal pain screening questionnaire, ÖMPSQ9) sekä päänsärlyn aiheuttamaa taakkaa (Headache impact test 6, HIT-6). Psykososiaalisia riskitekijöitä arvioitiin ydinkysymyksin tai käyttäen validoituja haastattelulomakkeita, jotka mittaavat ahdistuneisuutta, masennusta, sosiaalista eristäytynisyyttä, kyynisyyttä/vihamielisyyttä tai työ- ja perhe-elämän stressiä. Käytettävissä oli tutkittavien sairauskertomustiedot. Poimimme aineistosta kivuttomat (N=101) ja tules-kipua (N=601) tai päänsärkyä (N=469) edeltävän vuoden aikana kokeneet työntekijät.

Tavoitteena oli analysoida tules-kivun vaikutusta työhyvinvointiin vertaamalla työn imua kivuttomilla ja tules-kipuisilla (7). Selvitimme myös tules-kipuun liittyvän toimintakyvyn heikkenemisriskin assosiaatiota työn imuun. Lisäksi tutkittiin, miten psykososiaaliset tekijät (ahdistuneisuus, depressio, sosiaalinen eristäytyminen, työ/perhe-elämän stressi) ja tietyt per-

soonallisuuden piirteet (vihamielisyyks, tyyppin D persoonallisuus) assosioituvat työn imuun. Aineiston päänsärkypotilailla arvioitiin HIT-6 mittarin käyttökelpoisuutta ja korrelaatiota psykososiaalisiin tekijöihin ja oireisiin (9).

86%:lla naisista oli ollut tules-kipua edeltävän vuoden aikana, ja 77%:lla kipu oli kroonista (> 3 kk). Ahdistuneisuus, depressio, tyyppin D persoonallisuus ja vihamielisyys olivat kipuoireisilla yleisempiä kuin kivuttomilla. Kivuttomien elämänlaatu ja koettu työkyky olivat parempia. Useiden tekijöiden (ikä, koulutuksen kesto, BMI, työn määrä tunteina viikossa, taloudellinen tyytyväisyys) suhteen vakioidussa aineistossa ryhmien välinen ero säilyi merkitseväenä lukuun ottamatta kivuttoman ja vähäisen kiputaakan (matalat ÖMPSQ pisteet) ryhmien välistä eroa. Kivun taakan (ÖMPSQ) kasvaessa työn imu väheni merkitsevästi. Logistisessa regressioanalyysissä tules-kipu ei korreloinut työn imuun. Sen sijaan matala BMI, tyytymättömyys omaan taloudelliseen tilanteeseen, kivun aiheuttama sairausloma, vapaa-ajan vähäinen fyysinen aktiivisuus, tyyppin D persoonallisuus ja stressi osoittautuivat työn imun vähenemistä selittäviksi tekijöiksi.

Päänsärkypotilaiden HIT-6 testiin kuuluu kuusi semikvantitatiivisesti arvioitavaa kysymystä, jotka käsittelevät kovan päänsärlyn frekvenssiä, päänsärlyn vaikutusta jokapäiväiseen toimintaan, tarvetta olla makuulla päänsärlyn vuoksi, päänsärlyn aiheuttamaa väsymystä, ärtyneisyyttä ja keskittymiskyvyn heikkenemistä. Kolme ensimmäistä kuvaavat päänsärlyn voimakkuutta ja sen aiheuttamaa toimintakyvyn laskua ja kolme viimeistä taas päänsärkyyn liittyviä psyykkisiä tekijöitä ja kivun vaikutusta elämänlaatuun. Kaikkien kysymysten välillä oli vahva keskinäinen korrelaatio. Positiivinen korrelaatio todettiin HIT-6-testin kokonaispistemäärän ja ahdistuneisuuden, depressio-oireiden ja stressin välillä ja negatiivinen korrelaatio sosiaalisen

eristäytyneisyyden välillä. Nämä korrelaatiot olivat tilastollisesti merkitseviä mutta heikkoja.

Pohdinta ja johtopäätökset

Työn imu korreloi odotetusti negatiivisesti tules-kivun kanssa. Yllättävää oli, että tarkasteltaessa tuloksia logistisella regressioanalyysillä kipu sinänsä ei selittänyt työn imun vähenemistä. Sen sijaan heikkoa työn imua selittävinä tekijöinä nousivat esiin stressi, tyypin D persoonallisuus sekä kivun vuoksi pidetty sairausloma. Taloudellinen tyytyväisyys, kohtalainen tai korkea liikunnallisuus vapaa-ajalla sekä korkea BMI näyttivät liittyvän parempaan työn imuun. Yhteenvedona voidaan todeta, että työikäisillä naisilla, joilla on tuki- ja liikuntaelinperäisiä kipuoireita, psykososiaaliset ja elämäntapatekijät korreloivat merkitsevästi työn imuun, kipu itessään sen sijaan ei.

Päänsärkyaineistossamme HIT-6 korreloi vain heikosti joskin merkitsevästi psykososiaalisiin tekijöihin. Selityksenä voi olla tutkimuspopulaatiomme luonne: kyseessä olivat työssäkäyvät, työkykynsä säilyttäneet naiset, joilla päänsärynoireet ovat pääosin satunnaisia. Tästä johtuneen HIT-6-tuloksissa näkyvä selkeä ns. floor effect. Suuri osa arvioista sijoittuu matalien pistemäärien kategoriaan, jolloin ryhmien väliset pienet erot eivät tule tilastoanalyysissä merkitseviksi. Tutkimuksemme osoitti kuitenkin, että HIT-6 mittaa työssä käyvillä naisilla varsin spesifisti itse päänsäryn aiheuttamaa taakkaa. Se soveltuu helppokäyttöisenä hyvin yleislääkärin ja työterveyslääkärin käyttöön lyhyelläkin vastaanottoajalla.

Jatkotutkimuksissa olisi mielenkiintoista selvittää HIT-6:n ja psykososiaalisten tekijöiden välistä suhdetta myös työikäisillä naisilla, joilla on krooninen päänsärky ja joiden työkyky on sen vuoksi uhattuna. ■

Kirjallisuutta:

1. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain* 2006;10:287-333.
2. Mansfield KE, Sim J, Croft P, Jordan KP. Identifying patients with chronic widespread pain in primary care. *Pain* 2017;158:110-19.
3. Farioli A, Mattioli S, Quagliari A, Curti S, Violante FS, Coggon D. Musculoskeletal pain in Europe: role of personal, occupational and social risk factors. *Scan J Environ Health* 2014;40:36-46.
4. Mäntyselkä P, Kumpusalo E, Ahonen R, Kumpusalo A, Kauhanen J, Viinamäki H, Halonen P, Takala J. Pain as a reason to visit the doctor: a study in Finnish primary health care. *Pain* 2001;89:175-80.
5. de Vries HJ, Reneman MF, Groothoff JW, Geertzen JH, Brouwer S. Workers who stay at work despite chronic nonspecific musculoskeletal pain: do they differ from workers with sick leave? *J Occup Rehabil* 2012;22:489-502.
6. Lee H, Hübscher M, Moseley GL, Kamper SJ, Traeger AC, Mansell G, McAuley JH. How does pain lead to disability? A systematic review and meta-analysis of mediation studies in people with back and neck pain. *Pain* 2015;156:988-97.
7. Malmberg-Ceder K, Haanpää M, Korhonen PE, Kautiainen H, Soinila S. Relationship of musculoskeletal pain and well-being at work - Does pain matter? *Scand J Pain*. 2017;15:38-43.
8. Schaufeli WB, Salanova M, Gonzalez-Roma V, Bakker AB. The measurement of engagement and burnout: a confirmatory analytic approach. *J Happiness Stud* 2002;3:71-92.
9. Malmberg-Ceder K, Haanpää M, Korhonen PE, Kautiainen H, Veromaa V, Soinila S. The role of psychosocial risk factors in the burden of headache. *J Pain Res*. 2019 May 28;12:1733-141.
10. Schramm SH, Moebus S, Lehmann N ym. The association between stress and headache: A longitudinal population-based study. *Cephalalgia* 2015;35:853-63.
11. Breslau N, Lipton RB, Stewart WF, Schultz LR, Welch KM. Comorbidity of migraine and depression: investigating potential etiology and prognosis. *Neurology* 2003;60:1308-12.



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

Kasvokipupotilaan hoito perusterveydenhuollossa



Tiina-Riitta Vuorjoki-Ranta

hammaslääkäri, tohtorikoulutettava, kivunhoitolääketieteen erityispätevyysopinnot
Kalasataman terveys- ja hyvinvointikeskus

Tässä kirjoituksessa haluan välittää Kipuviestin lukijoille käsityksen siitä, millaista on kasvokipuhammaslääkärin työ terveyskeskuksessa. Esimerkkitapauksena kerron kipuvastaanotolleni päätyneestä potilaasta. Olen saanut potilaalta luvan kertomukseen ja röntgenkuvaan.

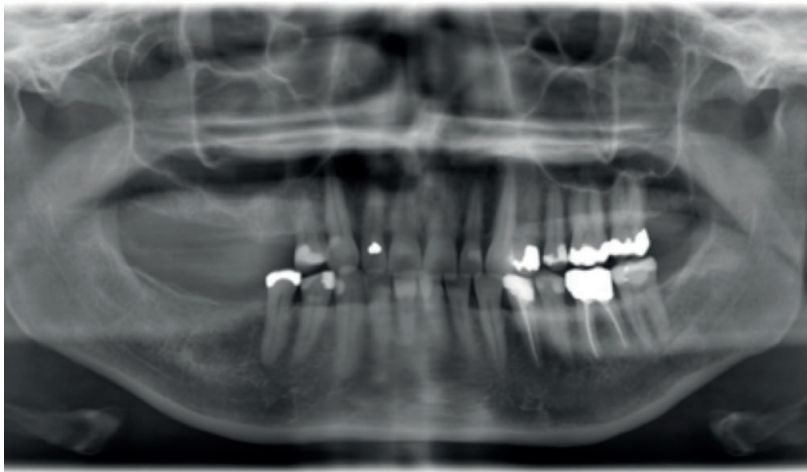
Kyseessä on noin 50-vuotias nainen, jolla vuodesta 2014 alkaen oli lukuisia käyntejä yksityis- ja julkisen puolen hammaslääkäripäivystyksissä. Käyntihistoria julkisen puolen hammaslääkäreillä alkaa vuonna 2014. Ajanjaksolla 11.6.2014–7.1.2016 hänellä oli yhteensä 22 päivystyskäyntiä Helsingin kaupungin Suun terveydenhuollossa. Näillä käynneillä häntä hoiti yhteensä 18 eri hammaslääkärinä. Tämän lisäksi hän oli käynyt myös yksityishammaslääkäreiden vastaanotoilla, mutta näistä käynneistä minulla ei ole tietoja.

Kesällä 2015, eli noin vuosi oireiden alkamisen jälkeen, potilas oli saanut lähteen yksityishammaslääkäriltä HYKsin kipuklinikalle syynä oikean puolen kasvokipu, johon hammasstatuksessa selittävää tekijää ei ollut löytynyt. Potilasta ei otettu kipuklinikan jonoon, sen sijaan lähetettävää hammaslääkärinä ohjeistettiin ohjaamaan potilas terveyskeskuslääkärin vastaanotolle tilannearvioon. Kipuklinikan asianmukainen ohjeistus: 'Jos on viitteitä neuropaattisesta kivusta, voi potilaalle aloittaa trisyklisen tai kaksoisvaikutteisen antidepressantin ja harkita mukana gabapentinoidia. Potilaaseen perehtynyt terveyskeskuslääkäri voi tarvittaessa mielellään konsultoida Kipuklinikkaa puhelimitse.' Syyskuussa

2015 potilas oli tutkittu terveyskeskuslääkärin vastaanotolla syynä hammashaavan paranemattomuus. Poistokuoppa oli näyttänyt siistiltä ja potilasta oli kehoitettu ottamaan yhteyttä hammaslääkariin. Näiden tekstien perusteella voidaan päätellä, ettei varsinainen ongelma, kroonistumassa oleva kipu, tullut käsitellyksi.

Potilas tuli kollegan lähettämänä ensikäynnille kipuvastaanotolleni 22.3.2016. Haastattelin häntä tunnin ensikäynnillä huolellisesti. Hänen kertomuksestaan voin jo epäillä kyseessä olevan neuropaattisen kasvokivun: kipu ei häirinnyt yöunta, kipu oli luonteeltaan jomottavaa ja paikallistui oikealle puolelle kasvoja ylä- ja alaleukaan. Hän kertoi, ettei selvää syytä kipuun ollut aiemmilla hammaslääkärikäynneillä löytynyt eikä puudutus ollut oikein tehonnut hoidettaviin hampaisiin. Edellisillä hammaslääkärikäynneillä hän oli toivonut hampaiden poistoa, kipu oli ollut niin voimakasta (NRS vaihteli 7-10 välillä, asteikolla 0-10). Loppujen lopuksi potilaalta oli puolentoista vuoden aikana ensin juurihoidettu ja lopulta poistettu kasvojen oikealta puolelta yhteensä viisi hammasta: yläleuasta dd 17,16,15 sekä alaleuasta dd 46,47.

Potilaan kliinisessä tutkimuksessa tein tuntostatuksen trigeminushermon hermottamalla alueella: terävällä, tylpällä, kylmällä ja kuumalla puoliero oli selkeä: potilaalla oli voimakas allodynia (normaalisti kivuton ärsyke aiheutti kivun) oikean puolen trigeminiuksen maxillaris- ja mandibularishaarojen alueella. Lisäksi tein hänelle, kuten aina kasvokipupotilaille, aivohermojen neurologisen statuksen: mustuai-



Alla panoraamaröntgenkuva hampaiden poistojen jälkeen tilanteesta vuoden 2016 alussa.

set olivat kooltaan saman suuruiset (n.opticus, n.oculomotorius), ne olivat valoherkät ja adekvaatit (n.oculomotorius), silmien liikkeet olivat konjugoidut, ei nystagmusta (n.oculomotorius, n.trochlearis, n.abducens, n.vestibulocochlearis), näkökenttä sormiperimetrialla normaali (n.opticus), kasvojen mimiikka toimi normaalisti (n.facialis), nielun lakikaaret kohosivat symmetrisesti (n.glossopharyngeus, n.vagus), kielen motoriikka normaali (n.hypoglossus), hartiakohosivat symmetrisesti ja hyvävoimaisina (n.accessorius). Lisäksi pikkuaivojen motoriikka sormi-nenänpää-testillä normaali, sormien puristusvoima symmetrinen. Rombergin kokeessa ei huojumista, peruskokeessa kädet eivät laskeutuneet. Kasvojen ja kaulan lihasten palpoinnissa (m. masseter, sternocleidomastoideus, temporalis, niskalihakset, digastricus, pterygoideus lateralis/medialis) ei arkuutta. Näkö-, haju- ja makuaistissa ei potilaan kertoman mukaan ollut muutoksia. Kliinisen tutkimuksen perusteella sain vahvistuksen potilaan kasvokivun neuropaattisesta luonteesta. Kivun alku lienee liittynyt ensimmäiseen juurihoitoon ja sitä seuranneet muut toimenpiteet pahensivat tilannetta.

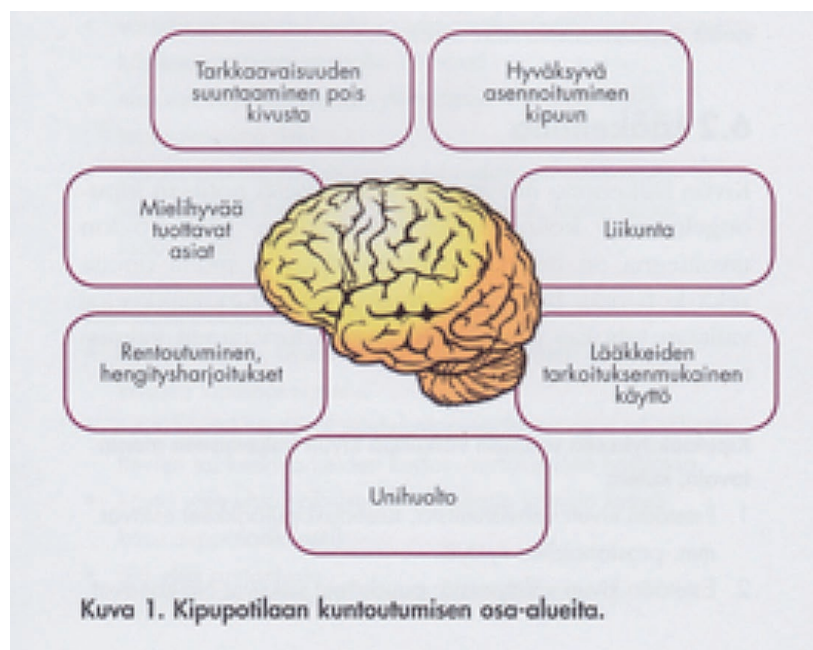
Ensimmäisen käynnin lopussa saatoinkin kertoa potilaalle diagnoosin ja loppuajan käytin potilaan informaatioon: kerroin mitä on her-

moperäinen eli neuropaattinen kipu, mitä on keskushermoston herkiminen, sensibiliateetti, ja muovautuminen, plastisuus. Kerroin myös, miten aivojen plastisuutta hyväksi käyttäen voi ikään kuin opettaa aivoja uudelleen. Annoin hänelle kopion kuvasta, jossa on havainnollisesti kirjattuna ne asiat, joihin potilas itse voi opetella vaikuttamaan.

Ensimmäisellä käynnillä potilas toivoi myös kipulääkityksen aloittamista. Hänellä oli toistuvien keuhkoembolioiden vuoksi pysyvä varfariinilääkitys, joten aloimme pregabaliinin alkuun annoksella 75mg iltaisin ensimmäiset kolme iltaa, sen jälkeen 75mg aamuin illoin. Kontrollisoiton tein jo viikon kuluttua ensitapaamisesta. Tästä eteenpäin on hoitosuhteemme jatkunut. Pääasiassa olen hoitanut kontrollit ja lääkeannoksen arvioinnit puhelimitse – tätä kirjoittaessa potilas pärjää 300mg:n vuorokausiannoksella pregabaliinia, 150mg aamulla ja 150mg illalla. Hän on tutustunut Helena Mirandan Ota kipu haltuun -kirjaan sekä Terveyskylä.fi:n Kivunhallintatalo-sivustoon. Hampaita ei ole enää juurihoidettu eikä poistettu. Potilaalla on ollut ajoittain voimakastakin kipua vasemman puolen kahden hampaan kohdalla – hän on silloin ottanut suoraan minuun yhteyttä. Kliinillä, natiiviröntgen- ja kartiokeilatutkimuksella olemme aina saaneet kipukohdan luotettavasti tutkituksi, todenneet kivun olevan hermo-peräistä luonteeltaan ja säästäneet hampaan. On haastavaa ja tärkeää erottaa hammasperäinen oireilu hermoperäisestä – siinä auttaa pitkäaikainen potilassuhde. Soitan potilaalle kontrollisoiton säännöllisesti 2-3 kuukauden välein; hänellä on kuitenkin minun puhelinnumeroni siltä varalta, että kasvokipu vaikeutuu.

Mistä kaikki alkoi

Urani kivunhoitolääketieteen parissa alkoi pienestä ilmoituksesta Hammaslääkärilehdessä 2000-luvun alussa. Siinä kerrottiin Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry:n vuosikokouksesta



Kuva on SKTY ry:n Kroonisen kivun hoito -oppaasta.

Kuopiossa ja ilmoituksessa toivotettiin tervetulleeksi myös kivusta kiinnostuneet hammaslääkärit. Ohjelma näytti mielenkiintoiselta ja päätin lähteä kokoukseen. Paikalla ollut hyvä ystäväni, liian aikaisin edesmennyt, anestesiologi, kipulääkäri Päivi Ruismäki oli siellä ainoa tuttuni ja hän sai minut tuntemaan oloni tervetulleeksi. Koulutuspäivän aikana sain valtavasti tietoa kroonisesta ja neuropaattisesta kivusta – ensimmäisen kerran työurani aikana – ja tämän innoittamana halusin oppia asiasta enemmän. Otin yhteyttä Hammaslääkäriliittoon kysyäkseni kivunhoidon koulutuksesta hammaslääkäreille ja erityispatvevyyteen liittyvistä asioista. Liiton toimistossa puhelimeen vastannut henkilö tyrmäsi ajatukseni saman tien: voit unohtaa kivunhoidon opinnot ja erityispatvevyyden, koska et ole erikoishammaslääkäri.

Hieman tämän jälkeen luin dosentti Heli Forssellin artikkelin kasvokivusta ja rohkaistu in soittamaan hänelle Turkuun. Hän vastasi ystävällisesti, kertoi olevansa ilahtunut siitä, että kipu kiinnostaa minua ja toivotti minut tervetulleeksi vetämään kipurvymään Turkuun. Tästä alkoivat mielenkiintoiset vuodet kipukoulutuksessa Helin johdolla; sain tutustua fiksuihin kasvokipukollegoihin ympäri Suomea, verkostoiduin ja sain syventyneen tiedon antamaa

itseluottamusta. Heli Forssellin ja kumppaneiden kanssa kävimme IASPin ja EFICin järjestämissä kongresseissa ulkomailla ja osallistuimme SKTY:n koulutuksiin kotimaassa. Kivunhoitolääketieteen erityispatvevyyso-pintoihin kuuluvan lopputentin suoritin 2011. Ensimmäinen kosketukseni tutkimustyöhön oli Heli Forssellin johtama suupoltetutkimus, josta julkaistiin artikkeli Journal of Orofacial Pain -lehdessä vuonna 2012. Tämän kaiken koulutuksen avulla olin edennyt niin pitkälle, että sain Heli Forssellin tuen hoitaa kasvokipupotilaita itsenäisesti työpaikassani, Helsingin kaupungin terveyskeskuksessa, Suun terveydenhuollossa. Sillä, etten ollut erikoishammaslääkäri, ei enää ollutkaan niin suuri merkitys – sain kokea luottamusta ja arvostusta sekä supertutoriltani Heliltä, kipukollegoilta että hoitamiltani potilailta.

Kivunhoito perusterveydenhuollossa

Sosiaali- ja terveysministeriön kroonisen kivun ja syöpäkivun hoidon kansallinen toimintasuunnitelma vuosille 2017–2020 julkaistiin helmikuussa 2017. Kroonisen, ei-syöpäkivun hoidossa terveyskeskuksissa todettiin olevan suuria alueellisia eroja. Kaikkiaan 151 terveyskeskuksesta ainoastaan viidessä oli kivunhoitolääketieteen erityispatvevyyden omaavia lääkäreitä ja kahdessa erityispatvevyyden omaavia hammaslääkäreitä. Hammaslääkäriliiton tiedon mukaan Suomessa on tätä kirjoittaessa työelämässä yhdeksän kivunhoitolääketieteen erityispatvevyyden saavuttanutta hammaslääkäriä – suurin osa heistä työskentelee erikoissairaanhoidossa. Muita terveyskeskuksissa työskenteleviä, kivunhoitoon lisäkoulutusta saaneita ammattilaisia oli vuonna 2017 myös lohduttoman vähän; psykologeja 5 % ja fysioterapeutteja 9 %. Kiputyöryhmiä, jossa oli saatavilla moniammatillista osaamista, oli 4-5 terveyskeskuksessa. Konsultaatiomahdollisuus yliopisto- tai keskussairaaloihin arvioitiin kyselyn perusteella olevan keskiarvoltaan 5,3 arvioituna numerolla asteikolla 0-10.

Selvityksen antaman tiedon perusteella tuli näytetyksi, että kivunhoito perusterveydenhuollossa vaatii lisää tekijöitä ja asiantuntemusta.

Kroonisista kasvojen alueen kiputiloista yleisin on purentaelimistön toimintahäiriö eli TMD-kipu, joka on yksi TULES-kivun muodoista. Monet muut kasvokipuhammaslääkäreiden hoitamat kiputilat ovat luonteeltaan kroonisia ja neuropaattisia, esim. suupolte ja kolmoishermon vaurioista johtuvat kivut. Kasvojen alueella iatrogeenisista syistä johtuvat neuropaattiset kivut ovatkin tavallisia – useiden erikoisalojen lääkärit tekevät tällä alueella ahkerasti toimenpiteitä: KNK-lääkärit, hammaslääkärit ja plastiikkakirurgit. Raportissa todetaankin resurssien olevan riittämättömät pitkäaikaisen kasvokivun hoidon tarpeeseen nähden. Ongelman helpottamiseksi STM:n raportissa ehdotetaan koulutuksen, hoitokäytäntöjen ja hoitoketjujen parantamista. Kivunhallintaryhmiä esitetään perustettavaksi myös perusterveydenhuoltoon. Erikseen raportissa mainitaan tärkeänä perusterveydenhuollossa työskenteleville suunnattu koulutus kivun kroonistumisen riskitekijöistä. Samanlaiseen päätelmään päätyy myös American Academy of Orofacial Pain (AAOP) vuonna 2019 ilmestyneessä tuoreessa raportissa.

Perusterveydenhuollossa tapahtuva asianmukainen kivunhallinnan hoitaminen vähentäisi erikoissairaanhoidon valtavaa potilasruuhkaa; jos saisimme akuutin kivun hoidon hyvälle tasolle, välttyisivät potilaat kivun kroonistumiselta. Lisäksi – jos saisimme kivun kroonistumisessa olevat potilaat hoidetuksi perusterveydenhuollon keinoin, olisimme osaltamme avuksi erikoissairaanhoitoa tarvitsevien kipupotilaiden määrän vähentämisessä, ruuhkat helpottaisivat.

Käytännön työssä perusterveydenhuollossa ongelmana on resurssien puute: potilaita ei saada ohjattua kivunhoidon asiantuntijoille ja kivunhoitoa tarvitsevia potilaita on paljon suhteessa hoitavaan henkilökuntaan.

Teen päivätyöni Helsingin kaupungin Suun

terveydenhuollossa Kalasataman uudessa terveys- ja hyvinvointikeskuksessa. Suun terveydenhuollossa, toisin kuin avoterveydenhuollon puolella, ei ole väestövastuuta – potilas voi pyrkiä vastaanotolle mistä tahansa Helsingin alueelta. Näin väestöpohjana ovat kaikki helsinkiläiset, noin 650 000 asukasta. Kalasataman thk on terveysasema, jossa saman katon alle on järjestetty avoterveydenhoitopalvelut (lääkärit, hammaslääkärit, fysioterapeutit), psykiatri- ja päihdepalvelut sekä sosiaali- ja laboratoriopalvelut. Henkilökunnassa on siis jo melko hyvin moniammatillista osaamista ja pian keskuksen avaamisen jälkeen aloimmekin suunnitella kivunhoidon tiimiä. Vetäjänä toimii psykoterapeutin koulutuksen saanut yleislääketieteen erikoislääkäri, ryhmään kuuluvat edustajat psykiatrisesta sairaanhoidosta, fysioterapiasta sekä hammaslääketieteen edustajana allekirjoittanut. Tiimi on tähän mennessä kokoontunut muutama kerran ja olemme saaneet asemalle luennoimaan Hyvinkään sairaalan anestesiologian apulaisylilääkärin, LT Elina Tiippanan. Hänen esityksensä 'Krooninen kipu – ennalta ehkäisy ja läikehoito' keräsi henkilökunnasta innokkaita kuulijoita kaksi täyttä salillista. Kalasataman kiputiimin tarkoituksena on kouluttaa ensin asemalla työskenteleviä eri ammattiryhmiä ja sen jälkeen järjestää erikseen valituille potilasryhmille kivunhallintaan liittyviä iltoja. Tiimin jäsenten kokema ongelma on kuitenkin potilasmäärä – on vaikea järjestää kipupotilaille aikaa kun kaikkea muutakin hoidettavaa on hurjasti. Tiimin jäsenten jaksaminen on vaarantunut.

Helsingin kaupungin Suun terveydenhuollossa toimii myös oma kiputiimi. Sitä vetää SKTY:n kasvokiputoimikunnan jäsen, suu- ja leukakirurgian erikoislääkäri, HLT Marina Kuhlefelt. Toiminnassa mukana on kivusta kiinnostuneita hammaslääkärikollegoita sekä akupunktihoitajia. Toiveena olisi saada kipupsykologin palveluita osaksi tiimiä edes osa-aikaisesti. Tarkoituksena tässäkin tiimissä on lisätä tietämystä

kroonisesta kivusta Helsingin kaupungin Suun terveydenhuollossa toimivan, melkein 250 hammaslääkärikollegan keskuudessa.

Suuri osa perusterveydenhuollon kipuhammaslääkärin vastaanotolle päätyvistä kasvokipupotilaista kärsii kivusta myös kehon muilla alueilla ja monet kasvokipupotilaat ovatkin erikoissairaanhoidon kipupoliklinikan entisiä potilaita. Monissa kiputiloissa esiintyy sensitisaatiota: potilaat, joilla on taustalla jokin muu kiputila - esimerkiksi fibromyalgia, migreeni, ärtyneen suolen oireyhtymä, whiplash-vamma, alaselän krooninen kipu, nivelkipuja tai muun kuin kasvojen alueen neuropaattinen kipu – ovat riskissä saada myös kasvojen alueen kroonistunut, neuropaattinen kipu. Kipurata on vaurioitunut ja plastisuus on muovannut keskushermostoa epätoivottuun suuntaan. Tästä syystä kipuhammaslääkärin kuuluu tunnistaa myös muualla kehossa olevien kroonistuneiden kipujen mekanismit. Lisäksi – me perusterveydenhuollossa työskentelevät ammattilaiset olemme potilaiden kanssa jatkuvasti; hoitojakso ei terveyskeskuksessa voi päättyä vaan meidän tehtävämme on kannattaa ja auttaa potilaita niin kauan kuin he itse kokevat meitä tarvitsevana.

Kipuammattilaisten koulutus onkin tärkeä osa kipupotilaiden hoitoa – ilman koulutusta ja tietojen jatkuvaa päivittämistä emme selviä. Toisaalta on nähtävissä se, että kipulääkäreitä ja -hammaslääkäreitä valmistuu liian vähän. Yhtenä tärkeänä muutoksena positiiviseen suuntaan olisi se, että lääkärit ja hammaslääkärit, myös ilman erikoistumista, olisivat oikeutettuja osallistumaan kivunhoitolääketieteen opintoihin ja ehkä myöhemmin myös saamaan erityispätevyyden. Tiedän, että arvovaltaiset kivunhoidon ammattilaiset kuten professori Eija Kalso ja professori Seppo Soinila, tukevat tällaista ajatusta.

Asun ja toimin Helsingissä, jossa onnekseni taajaan järjestetään laadukasta ja monipuolista kivunhoidon koulutusta. Olen hammaslääkäri, mutta tarvitsen kivunhoidon koulutusta monel-

la eri lääketieteen alalla: kipufysiatria ymmärtääkseni TULES-kipujen taustaa kipuneurologiaa oppiakseni ymmärtämään erityyppisten päänsärkyjen monimuotoisuutta ja trigeminusneuralgian syitä. Neurologin poliklinikkaa on minun myös ymmärrettävä herkästi konsultoida, jos potilaan kipu ei ole neuroanatomisesti loogista ja herättää epäilyn jostain vakavasta kivun taustalla; neurologian konsultaatio auttaa myös kroonisen kivun lääkityksen pulmissa; opetusta kroonisen ja neuropaattisen kivun lääkityksessä; kipupsykiatria päästäkseni kurkistamaan kidutettujen kivunhoidon erityispiirteisiin sekä temperamentin vaikutusta kivun kokemiseen; kipupsykologiaa pystyäkseeni neuvoamaan käytännön työssä edes joitain helposti toteutettavia, ei-lääkkeellisiä perustaitoja kivun hallintaan; kipufysioterapeuttien taitoja ja neuvoja potilaan fyysisen kuntouttamisen tueksi.

Tämä kaikki tieto on tärkeää perusterveydenhuollon kipuhammaslääkärille – meillä ei ole käytettävissämme erikoissairaanhoidon moniammatillista hoitotiimiä, joten potilaita Käypä hoidon mukaisesti ja adekvaatisti hoitaaksemme meidän on tärkeää tietää kivunhallinnasta mahdollisimman laaja-alaisesti. Verkostoituminen onnistuu vain osallistumalla; meitä ei kukaan tule vastaanotolta hakemaan vaan on uskallettava mennä itse. Konsultaatiossa ja yhteistyössä on voimamme. ■

Voiko kivulle antaa anteeksi?



Tuula Korhonen

anestesiologi, kipulääkäri,
Breathworks teacher

Imassa on käsin kosketeltavaa jännitystä, kyräilyä ja ystävällisen uteliaita katseita kulmien alta. Aloitlemme kivunhallintaryhmää. Kaikki ovat toisilleen tuntemattomia: eri ikäisiä naisia ja miehiä, mukanaan oma kärsimyshistoriansa, oma kipunsa. Kokoonnumme iltapäivisin viikottain 8 kertaa ja käymme läpi mindfulness kivunhallintaohjelman. Mikä ihmehen mindfulness tai tietoisuustaito? Meditaatiota eli keskittymisharjoituksia kipulääkkeeksi? Mihin olemmekaan tulleet?

Aluksi pareittain keskustellaan ja selvittää kuka olen, miksi olen täällä ja mitä tavoitteita minulla on oman kivunhallintani parantamiseksi. Pari esittelee kaverinsa. Tämä on ensimmäinen tietoisuustaito harjoitus: tarkkaavainen kuuntelu ja läsnäolo tässä hetkessä, ei ilta-päivän kauppaostoksissa eikä eilisissä tutkimustuloksissa. Keskustelussa selviää, että yhteisenä tavoitteena on kivun helpottuminen ja kivun hyväksyminen. Samassa veneessä olevien kanssa saa jakaa kokemuksia kivun kanssa elämisestä. Osa toivoo lääkehoidon vähentymistä ja tilalle lääkkeettömiä keinoja kivunhallintaan. Hyviä tavoitteita, joka ryhmässä toistuvia. Eräs mies sanoo hiljaa: haen anteeksiantoa, armoa. Mitä tarkoitatkaan? Kipu on tullut ja pyyhkäisyt kaiken elämästä, kaikki on muuttunut, en ole enää entiseni. Haen anteeksiantoa ja armoa.

Viikkojen kuluessa keskustelu kivusta ja sen

tuomista kärsimyksistä hiljenee. Olemme oppineet, että jatkuvalla pohtimisella ja surkuttelulla emme saa kivun ongelmaa ratkottua. Aina ei tarvitse selittää ja analysoida kipua ja sen (mahdollisia) seurauksia. Harjoituksissa käännyimme kokemuksellisesti kohti kipua, epämiellyttävää aistimusta, hengitys hengitykseltä. Miltä aistimus tuntuu, miltä tuntuu pehmetä aistimuksen ympärillä? Kipua ei tarvitse paeta eikä vastustaa. Tämä hengitys, tämä aistimus, tämä hetki. Havainnoimme kipuaistimuksen muuttuvan hetki hetkeltä, niin kuin hengitys ja kaikki aistimukset muuttuvat. Miltä tuntuu tuoda kokemukseen mukaan lempeyttä ja ystävällisyyttä itseä kohtaan? Onko se armoa?

Käytyämme kohtaamassa ensin epämiellyttävää aistimusta, suuntaamme huomion miellyttäviin aistimuksiin ympäristössämme. Aivomme havainnoivat ensin uhat ja vaarat ja vasta sitten on "aikaa" miellyttävien asioiden tunnistamiselle. Tämä on eloonjäämisen edellytys. Nyt viritämme aivomme havainnoimaan asioita, jotka ovat usein piilossa kipujen ja kärsimyksen murjomassa elämässämme. Mitä ihmeitä löydämme omalta pihamaaltamme ja työmatkan varrelta, kun avaamme kaikki aistimme vastaanottamaan hyviä asioita. Pihan tutut linnut, joiden ohi olemme kiireellä kävelleet huolien painaessa hartioitamme. Ke-vään ensimmäiset kukat ja se muhkea mullan



AdobeStock

tuoksu, joka kutittelee sieraimia. Annamme itsellemme luvan antautua hyvinvointi-asioiden puolelle. Ja nämä ovat ilmaisia, pieniä aarteita. Samalla tavoin opettelemme etsimään ja löytämään kärsivässä kehossamme jotain miellyttävää. Se voi olla pientä, mutta merkittävää: lämpimät kädet, pehmeä iho, tuulenvire kasvoilla, kivun puuttuminen toiselta puolelta kehoa, mitä tahansa. On riemullista löytää kehossaan myös hyvää ja antaa sen olla. Mitään ei tarvitse muuttaa.

Ryhmä etenee. Kuinka löytää tasapaino, kun maailma ympärilläni myllertää ja kipu kiertää kehossa, paikkaansa vaihdellen? Opettelemme havainnoimaan kehoamme hetki hetkeltä ja hengitys hengitykseltä: epämiellyttävät ja miellyttävät aistimukset vaihtelevat. Annamme niiden tulla, olla ja mennä. Annamme hengityksen kulkea luonnollisesti ja pehmenemme kivuliailla aistimuksilla. Kohtaamme kipua samanlaisella myötätunnolla, kuin lohduttaisimme toista ihmistä, jolla on kipu tai hätä. Tunnistamme miellyttävät aistimukset antaen niiden olla, ilman että yritämme niitä suurentaa tai vahvistaa.

Mielentyyneyden vertauskuvana käytämme

valtamerta: olkoon se kokemusten myrskyvä meri. Jos olemme kuin pieniä puun palasia meren pinnalla, olemme aallokon heiteltävänä sinne tänne. Jos olisimmekin ylväs valtamerialus, jolla on syvyyttä, korkeutta ja vakautta ja jolla on suunta. Kulkisimme aallokossa vakaasti suuntamme säilyttäen ja meillä olisi näkymä eteenpäin.

Ryhmä lähenee loppuaan. Aiheena on vielä yhteys muihin. Kipu eristää muista ihmisistä. Koemme ympäristöstämme paineita ja vaatimuksia, joista osa voi olla itsemme asettamia. Kuinka löytää tie takaisin ihmisten luo ilman, että kokee joutuvansa pinnistelemään tai teeskentelemään tervettä. Tai ilman, että tarvitsee paeta, eristäytyä tai selitellä. Omien voimavarojen tunnistaminen ja kehon kuuntelu auttaa. Annan muille sen verran kuin minussa on voimia ja otan vastaan apua, jos sitä tarvitsen.

Mitä ryhmästä on jäänyt meille käteen? Suurin osa kokee tutuksi tulleen ryhmän merkittäväksi. Olemme yhdessä jakaneet kokemuksiamme ja tehneet löytöjä itsestämme ja muista. Ryhmälle on syntynyt oma huumori, osin mustakin, mutta lempeä. Konkreettisena muutoksena moni on alkanut jaksottaa arjen tekemisiä ja opetellut pitämään taukoa ennen kuin tarvitsee taukoa. Keskittymisharjoittelusta on tullut osa elämää. Omasta luonnollisesta hengityksestä on tullut kipulääke ja rauhoittava lääke. Osalla kipulääkityksen tarve on vähentynyt. Pilleripurkin rinnalle on löytynyt monia käytännön keinoja kivun hallintaan.

Tärkein löytö on ollut armollisuus itseä kohtaan. Lopultakin hyväksymme sen osan kivusta ja kärsimyksestä, mitä emme voi muuttaa. Kipu on osa elämää, mutta olemme paljon muutakin. Jos kivun takia on täytynyt luopua jostakin, avautuu toisia mahdollisuuksia.

Voiko siis kivulle antaa anteeksi? ■

Eija Kalso: ”Kliiniset tutkimukset johtavat parhaimmillaan uusiin klinisiin käytäntöihin”

Teksti ja kuva:

Soile Haakana



Minkälainen on taustasi?

Olen Kuusankoskella kasvanut ja Helsingissä lääkäriksi opiskellut anestesiologian erikoislääkäri. Innostuin kivun tutkimuksesta ja hoidosta erikoistumisvuosinani Kirurgisessa sairaalassa ja ollessani ensimmäisen väitöskirjan jälkeisen vuoden Oxfordin yliopistossa. Palattuani Helsinkiin jatkoin erikoistumisopintojani ja toimin apulaisopettajana.

Kliininen työni ja tutkimukseni suuntautui-

vat enenevässä määrin akuuttiin leikkauksen jälkeiseen kipuun ja syövästä aiheutuvaan kipuun. 1980-1990-luvuilla lähes kaikki oli pioneerityötä. Innostus ja kehitys olivat huikeita. Dosentti Irma Tigerstedt oli erinomaisen innostava ja tutkimusmyönteinen esimies, kuten myös väitöskirjani ohjannut professori Per Rosenberg. Professori Tapani Tammisto ja Irma veivät minut mukanaan skandinaaviseen kivun tutkimukseen SASPin myötä. SASP oli erittäin

tärkeä minulle ja muille kivun tutkimuksen ja hoidon pioneereille.

SASPia seurasi Suomen Kivuntutkimusyhdistys, joka pantiin pystyyn myöskin suurella innolla. Maija Haanpää oli loistava sihteeri ja puheenjohtajan sparraaja. Koko hallitus työskenteli innolla ja vimmalli. Saimmekin paljon aikaan. Hauskaakin meillä oli. Olen ollut useampaan otteeseen ulkomaille tutkijana ja opettajana, Oxfordissa, Lontoossa, Bostonissa ja Tukholmassa, mutta palannut aina uusin ajatuksin Suomeen. Ulkomaille pitempään ollessa alkaa aina arvostaa kotimaataan entistä enemmän.

Monialaisen kipuklinikan rakentaminen oli mielenkiintoinen prosessi. Periaatteenani oli innostaa eri alojen lääkäreitä sekä psykologeja kehittämään kivun ammattilaisiksi väitöskirjatutkimuksen kautta. Tutkimustyö on erityisesti kroonisen kivun alalla erityisen tärkeää ja antoisaa. Antaahan se mahdollisuuden yhdistää eri alojen kysymyksiä ja uusia menetelmiä ongelmien ratkaisemiseksi. Tutkimusalueestani onkin muodostunut varsin laaja.

Onnittelut Pohjolan lääketieteen palkinnosta, joka sinulle myönnettiin tammikuussa. Mikä on Pohjolan lääketieteen palkinto?

–Pohjolan ja Suomi-yhtiön lääketieteen palkinto on Suomen Lääketieteen Säätiön vuodesta 1981 alkaen jakama palkinto, joka myönnetään suomalaiselle lääkärielle huomattavasta kansallisesta ja kansainvälisestä elämäntyöstä lääketieteen alalla.

Sinulle on myönnetty aiemminkin merkittäviä palkintoja lääketieteen alalta. Pystytkö näitä palkintoja arvottamaan?

Arvostan kaikkia suuresti. Ne on annettu erilaisista ansioista.

Teet paljon tutkimusta ja sinulla on valtava määrä tieteellisiä julkaisuja. Mikä on tällä hetkellä kiinnostuksesi kohteena tutkimustyössäsi?

Olen aina ollut kiinnostunut farmakologiasista. Sen tutkiminen jatkuu edelleen niin peruskuin kliiniselläkin puolella. Farmakologien kanssa on erittäin mukava tehdä yhteistyötä. Tänäpä olen osallistunut pian hammaslääkäriksi valmistuvan lahjakkaan tohtorikoulutettavan toisen julkaisun revision pohdintaan. Käsikirjoitus liittyy perifeeristen opioidireseptorien osuuteen opioidianalgesiassa ja toleranssin kehittämisessä.

Tänäpä sovittiin skype-kokous toisen erinomaisen väitöskirjatyöntekijän, tällä kertaa psykologin, ja oululaisten hammaslääkäreiden kanssa. Analysoimme edelleen SKTY:nkin tukemaa KROKEITA-tutkimusta, josta on tullut useampia mielenkiintoisia tuloksia.

Viimeisessä koneoppimista hyödyntäneessä projektissa nousi unihäiriö keskeiseksi kroonisen kivun monisyyssä ongelmapöyhdyissä. Uni onkin erityisen mielenkiinnon kohteena juuri nyt. Aloitamme toivottavasti aivan pian uneen kohdistuvan intervention kipuklinikan potilailla.

Perjantaina lounastin luottogeneetikoni kanssa. Pohdimme suuren tutkimusaineistomme seuraavia analyysivaiheita. Perjantaina käytiin myös läpi kahta postoperatiiviseen kipuun liittyvää EU-hanketta, joissa pyrimme syväluotaaman postoperatiivisen kivun pitkittymiseen vaikuttavia tekijöitä sydän- ja endometriosisikirurgian jälkeen.

Viime viikolla tapasin myös Aalto-yliopiston tutkijoita, jotka kehittävät yhteisessä projektissamme lääkkeille ja biomarkkereille vierimittauksia. Tässä projektissa on aloittanut uusi aivan erinomainen ja innostunut tohtorikoulu-

tettava anestesiologi. Tässä lyhyesti viime päivien tutkimuskuulumisia.

Miten tutkimustulokset saadaan mielestäsi integroitua kliiniseen työhön?

Kliiniset tutkimukset johtavat parhaimmillaan suoraan uusiin kliinisiin käytäntöihin ja lisäävät ymmärrystämme mm. kroonisen kivun olemuksesta. Esimerkiksi pian alkavan unitutkimuksen osana koulutamme kipuklinikan sairaanhoitajat antamann uniedukaatiota potilaillemme sekä tuomme kliiniseen käytäntöön HUSin Psykiatrikeskuksen kehittämän unen hoidon kännykkäsovelluksen.

Terveyskylän Kivunhallintatalon avulla tehtävä esivalmennusprojekti tähtää myös uusiin hoitokäytäntöihin. Olemme tehneet pitkään yhteistyötä neurologien ja KNF-lääkäreiden sekä BioMagin kanssa kehittääksemme erityisen hankalien kiputilojen (sentraalinen aivotapahtuman jälkeinen kipu ja CRPS) hoitoon aivokuoren magneettistimulaatiota (TMS). Teemme CRPS-projektia yhdessä turkulaisten tutkijoiden kanssa. Hermovaurion jälkeisen kivun syväfenotyyppityksellä pyrimme löytämään jopa aivan uusia hoidollisia mahdollisuuksia ja kohteita neuropaattiselle kivulle. Lopuksi otaisin vielä esille elämänlaatuun liittyvät tutkimukset. Niiden avulla on voitu arvioida Kipuklinikkamme toiminnan vaikutusta potilaiden terveyteen ja luoda kohteet ja mittarit hoidon jatkuvalle kehittämiselle

Millaisena näet kivunhoidon tilan Suomessa nykyisellään?

Se on hyvin vaihteleva. Potilaat ovat maassamme kovin eriarvoisessa asemassa.

Olet Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry:n perustajajäsen, yhdistyksemme ensimmäi-

nen puheenjohtaja ja kunniajäsen. Minkälainen merkitys yhdistyksellä on mielestäsi ollut suomalaisessa kivunhoidossa?

Sillä on ollut erittäin suuri merkitys kipuun liittyvän koulutuksen järjestäjänä ja yhteiskunnallisena vaikuttajana. Jonkun verran yhdistys on myöskin edistänyt tutkimusyhteistyötä. Olen huolissani yhdistyksen tämänhetkisestä tilasta. Sen vaikuttavuus ja näkyvyys ovat laimentuneet.

Miten näet yhdistyksen tulevaisuuden? Minne suuntaan yhdistyksen tulisi mielestäsi edetä?

Yhdistyksen tulisi edelleen vahvistaa koulutusta ja toimia aktiivisesti sekä euroo

ppalaisen että skandinaavisen yhdistyksen kanssa. Tämä on erityisen tärkeää paitsi koulutuksen myös erityisesti tutkimuksen osalta. EFIC ja SSAI järjestävät erinomaista koulutusta. Suomalaisen kannattaa osallistua näihin aktiivisesti kotimaisen koulutuksen ohella.

Teollisuuden kanssa tehtävä yhteistyö on useasta syystä vähentynyt. Tämän vuoksi koulutettavien ja heidän työnantajensa osuus koulutuksen tukemisessa on aiempaa tärkeämpää. Voisimme varmasti lisätä kansallista yhteistyötä esimerkiksi videovälitteisten koulutustilaisuuksien järjestämisessä. Näin saisimme kaikki kansainväliset ja kotimaiset hyvät luennot useampien nautittaviksi.

SKTY:n vuotuiset koulutustapahtumat ovat puolestaan edelleen tärkeitä verkostoitumisen mahdollistajia. Tulevan vuosittaisen koulutustapahtuman ohjelma on avian erinomainen. Myös SASPin ohjelma Tukholmassa on mainio. Kumpaankin kannattaa osallistua! ■



Itsenäisten iäkkäiden krooninen ja neuropaattinen kipu perusterveydenhuollon näkökulmasta

Susanna Rapo-Pylkkö

Chronic pain and neuropathic pain among community-dwelling older adults in primary health care settings
11.10.2019 Helsingin yliopisto

Vastaväittäjä: dosentti Nora Hagelberg
(Turun yliopisto)

Ohjaajat: Professori Helena Liira, Dosentti Maija Haanpää (Helsingin yliopisto)

Tarkastajat: Professori Eija Lönnroos (Itä-Suomen yliopisto), professori Markku Sumanen (Tampereen yliopisto)

Tausta

Krooninen kipu on yleinen vanhus-
ten perusterveydenhuollon käyntisyys.
Krooninen kipu liittyy usein monisai-
rastavuuteen ja uhkaa yksilön itsenäi-
syyttä ja elämänlaatua. Neuropaattinen
kipu on vaikutuksiltaan vielä kroonista
nosiseptiivista kipua vaikeampaa. Ki-
vun diagnosoiminen ja arviointi on
usein haasteellisempaa ikääntyneillä, ja
kivun tunnistaminen useiden terveys-
ongelmien joukosta haastaa klinikon.
Kroonisen kivun ja neuropaattisen
kivun ennustetta iäkkäillä ei tunneta.
Kuitenkin vanhus-ten kroonisen kivun
seuraukset ja sen aiheuttamat kustan-
nukset kasvavat väestön ikääntymisen
myötä.

Tutkimuksen tavoitteet

Tutkimuksen tavoitteena oli kartoittaa
kroonisen kivun esiintyvyyttä, piirtei-
tä ja seurauksia itsenäisillä 75-, 80- ja
85-vuotiailla vanhuksilla. Eriyisenä
kiinnostuksen kohteena oli neuropaat-
tisen kivun esiintyminen, etiologia,
diagnostinen varmuus ja hoito iäkkäil-
lä. Lisäksi tutkittiin yksilö-
otteisten kipumittareiden (VAS ja NRS)
sekä moni-
ötteisten mittareiden (BPI ja Pain-
DETECT) käytön help-
poutta. Vuoden
kuluttua tutkimuskäynnistä tehtiin

seuranta postikyselynä, jossa selvitet-
tiin kipua, mielialaa ja elämänlaatua.

Menetelmät

Ennaltaehkäisevillä kotikäynneillä sel-
vitettiin itsenäisten vanhus-ten kroonis-
ta (vähintään 3 kk kestänyttä) kipua ky-
symällä heidän kipunsa voimakkuutta
ja häiritsevyyttä. Jos henkilöllä oli ollut
tutkimusta edeltäneen viikon aikana
kipua, jonka keskimääräinen voimak-
kuus tai haittaavuus oli vähintään 4
NRS-asteikoilla, hänet kutsuttiin ki-
pututkimukseen. Ennaltaehkäiseviltä
kotikäynneiltä kerättiin potilaita tut-
kimukseen vuosina 2009-2013 Kirk-
konummen kunnassa, ja kaikkiaan
106 henkilöä osallistui tutkimukseen.
Tutkimuskäynnin alussa tutkimushoi-
taja kartoitti potilaiden kiputilannetta.
Sen jälkeen potilaat arvioivat kipuaan
ja sen vaikutuksia käyttäen VAS-astei-
koa sekä viittä kyselylomaketta (BAI,
BPI, GDS-15, painDETECT ja SF-36).
Tämän jälkeen geriatri tutki potilaat, ja
he arvioivat kipunsa myös NRS-astei-
kolla. Kliinisen tutkimuksen perusteel-
la geriatri luokitteli kivun ja konsultoi
tarvittaessa kipuasiantuntijaa. Neuro-
paattisen kivun diagnoosi luokiteltiin
varmaksi, todennäköiseksi tai mahdol-
liseksi suositeltujen diagnostisten kri-

teerien mukaisesti. Tutkimuskäynnin lopuksi potilaita pyydettiin arvioimaan VAS- ja NRS-asteikkojen sekä BPI- ja PainDETECT-lomakkeiden käytön helppoutta 7-portaisella sanallisella asteikolla. Seuranta toteutettiin vuoden kuluttua tutkimuskäynnistä postikyselyynä, jossa tiedusteltiin potilaiden kivun voimakkuutta, kipulääkitystä sekä mahdollisia uusia kiputiloja, ja lisäksi potilaita pyydettiin täyttämään neljä kyselylomaketta (BPI, GDS-15, BAI ja SF-36).

Tulokset

Ennaltaehkäiseviltä kotikäynneiltä saatujen tietojen perusteella kroonista kipua raportoineet vanhukset kokivat terveydentilansa ja liikkumiskykynsä huonommaksi ja tunsivat itsensä surullisemmaksi, yksinäisemmäksi ja väsyneemmäksi kuin kivuttomat ikätoverinsa. Kuitenkin he olivat yhtä tyytyväisiä elämäänsä kuin kivuttomat vanhukset.

Suurimmalla osalla tutkimuspotilaista oli useampi kuin yksi kiputila (viidellä henkilöllä oli vain yksi kiputila), ja pahin kipu oli muskuloskeletaalista 83 prosentilla. Pahin kipu oli nosiseptiivista kipua 58 prosentilla potilaista

ja sekamuotoista eli yhdistelmä nosiseptiivista ja neuropaattista kipua 40 prosentilla potilaista. Pahin kipu oli kestänyt vähintään viisi vuotta puolella potilaista, ja kipu oli päivittäistä 80 prosentilla potilaista. Säännöllistä kipulääkitystä käytti 77 prosenttia potilaista, suurin osa heistä parasetamolia tai tulehduskipulääkkeitä. Lääkkeetömiä hoitojen käyttö oli yleistä; 75 prosenttia potilaista käytti ainakin yhtä lääkkeitä kivun hoitoa.

Neuropaattinen kipu (joko pahimpana tai toiseksi pahimpana kipuna) diagnosoitiin 51 (48 %) potilaalla, ja 43 potilasta arvioi neuropaattisen kivun vaikeimmaksi kivukseen. Neuropaattisen kivun diagnoosi oli varma 75 prosentissa ja todennäköinen 25 prosentissa neuropaattisista kiputiloista. Neuropaattisen kivun yleisin etiologia oli selkärangan degeneratiivinen sairaus, johon liittyi radikulopatia. Neuropaattisen kivun voimakkuus ja haittaavuus olivat vaikeammat kuin nosiseptiivisen kivun. Hoitosuositusten mukainen neuropaattisen kivun lääke oli käytössä vain viidesosalla neuropaattista kipua raportoineista potilaista.

Moniulotteiset kipumittarit (PainDETECT ja BPI) olivat potilaiden mie-

lestä helpompia käyttää kuin yksikulotteiset (NRS ja VAS). Kaikki neljä kipumittaria olivat kuitenkin potilaiden mielestä kohtalaisen helppoja käyttää. Krooninen kipu ei ollut heikentänyt potilaiden itsenäisyyttä vuoden seurannassa. Keskimäärin kivun voimakkuus ja haittaavuus, mieliala ja elämänlaatu eivät muuttuneet seurannan aikana. Muutoksia havaittiin kuitenkin yksilötasolla.

Johtopäätökset

Itsenäisten vanhusten krooninen kipu koostui usein monista eri kiputiloista. Krooninen kipu heikensi koettua terveyttä ja liikuntakykyä, mutta tyytyväisyys elämään säilyi. Neuropaattinen kipu oli yleistä itsenäisillä vanhursilla, ja sen voimakkuus sekä haittaavuus olivat suuremmat kuin muiden kroonisten kipujen. Tutkimukseen osallistuneet arvioivat, että VAS, NRS, PainDETECT ja BPI olivat kohtalaisen helppoja käyttää. Krooninen kipu pysyi keskimäärin samanlaisena vuoden seuranta-aikana. Väestöpohjaisia pitkitäistutkimuksia tarvitaan kuvaamaan kroonisen kivun merkitystä ja hoitoa iäkkäillä. ■



Kipu lastenreumaa sairastavilla lapsilla ja nuorilla aikuisilla

Katariina Rebane

Pain in children and young adults with juvenile idiopathic arthritis
Helsingin yliopisto 17.1.2020
Vastaväittäjä: Professori Brian Feldman (Toronton Yliopisto)

Ohjaajat: Dosentti Visa Honkanen ja dosentti Kristiina Aalto (Helsingin Yliopisto)

Tarkastajat: Professori Tuulikki Sokka-Isler (Itä-Suomen Yliopisto) ja Laura Pirilä (Turun Yliopisto)

Tausta

Lastenreuma eli juveniili idiopaattinen artriitti (JIA) on krooninen tauti, jonka oireet ilmaantuvat lapsuusiässä alle 16 vuotiaalla, mutta tautiin liittyvä kipu, kivun aiheuttama haitta, alentunut toimintakyky, psyykinen vointi sekä sosiaalinen osallistuminen näkyvät usein myös aikuisiällä. Lastenreumapotilaiden kipu voi pitkittyä tehokkaasta reumalääkityksestä huolimatta eikä välttämättä liityy taudin aktiivisuuteen. Selviytyminen kroonisen taudin kanssa on haastavaa, jossa myös vanhempien ja perheen rooli on tärkeä.

Tavoitteet, aineisto ja tulokset

Väitöskirjan tavoitteena oli selvittää miten psykososiaaliset, terveyteen ja elämänlaatuun liittyvät tekijät ovat yhteydessä lastenreumaan liittyvään kipuun. Väitöskirjatyössä tutkittiin myös kipulääkkeiden käyttöä lastenreuman varhaisvaiheessa: vuosi ennen ja jälkeen reumalääkkeiden aloituksen.

Väitöskirjatyö koostuu neljästä osatyöstä, jotka on tehty kolmen potilasaineiston pohjalta. Tutkimuksen ensimmäisen osatyön aineisto koostuu 8-15 vuotiaista lastenreumaan sairastuneista lapsipotilaista (142 potilasta) ja heidän vanhemmista, toisessa ja kol-

mannessa osatyössä tutkittiin lapsena reumaan sairastuneita 18-30 vuotiaita nuoria aikuisia (yhteensä 195 potilasta). Neljäs osatyö perustuu Kelan rekisteritietoihin vuosien 2010-2014 ajalta ja siinä on mukana 1507 tuoretta lastenreumapotilasta sekä 4511 verrokkihenkilöä kaltaistettuna iän, sukupuolen ja asuinpaikan mukaan. Käytettiin kansainvälisesti validoituja ja standardoituja kyselylomakkeita kivun, masennuksen, ahdistuksen, kipu-ahdistuksen, toimintakyvyn, somaattisten oireiden, minä-pystyvyyden, elämänlaadun, ja itsetunnon arvoimiseksi. Lisäksi arvioitiin vanhemman kykyä käsitellä lapsen sairautta. Terveyskäyttäytyminen sekä työ- ja muu elämäntilanne kartoitettiin. Aktiivisten nivelten lukumäärä rekisteröitiin. Korrelaatio kivun ja aktiivisten nivelten lukumäärään välillä lastenreumaa sairastavilla lapsipotilailla ei ollut tilastotieteellisesti merkittävä, mutta somaattiset oireet, masentuneisuus, yleinen ahdistuneisuus, toimintakyky sekä sosiaalinen minä-pystyvyys, samoin kuin vanhemman masentuneisuus olivat yhteydessä potilaan kipuun. Lisäksi todettiin, että lastenreumapotilaan kipua ennustivat itsenäisesti sekä lapsen että vanhemman arvio lapsen toimintakyvystä, lapsen psyykinen

vointi sekä lapsen pystyvyyskäsitys somaattisten tekijöiden osalta.

Lastenreumaa sairastavien nuorten aikuisten aineistosta erottui ryhmä, joka oli sosiaalisesti syrjäytynyttä. Taudin alatyypin, sairastumisikä tai sairauden kesto ei ollut yhteydessä syrjäytymiseen. Syrjäytyneillä nuorilla aikuisilla oli alhaisempi koulutustaso ja osallistuminen harrastuksiin oli vähäisempää. Lisäksi heillä oli alhaisempi elämänlaatu, itsetunto ja toimintakyky verrattuna ei-syrjäytyneisiin potilaisiin.

Lisäksi nuorten aikuisten aineistossa todettiin, että kivun voimakkuus liittyi selkeästi kivun aiheuttamaan haittaan. Kivun aiheuttama haitta oli yhteydessä alentuneeseen toimintakykyyn, voimakkaampaan kipuun liittyvään ahdistuneisuuteen sekä alentuneeseen vapaa-ajan fyysiseen aktiivisuuteen ja osallistumiseen muihin harrastuksiin.

Lastenreuma diagnosoitiin saanneilla lapsipotilailla reseptillä määrättyjen kipulääkkeiden (tulehduskipulääkkeet, parasetamoli ja opioidit) käyttö nousi lineaarisesti viimeisen vuoden aikana ennen diagnoosin asettamista ja laski jyrkästi antireumaattisen lääkityksen aloittamisen jälkeen, mutta jäi silti korkeammaksi verrattuna verrokkeihin. Tutkitussa aineistossa opioidien käyttö lastenreumaa sairastavilla lapsilla oli vähäistä (1-2 %).

Johtopäätökset Tämän väitöskirjan tulokset osoittavat, että lastenreumaa sairastavat potilaat selviävät varsin hyvin sekä lapsuudessa että nuorena aikuisena. Vanhemman ja lapsen psyykinen vointi sekä pystyvyyden tunne sairauteen liittyvissä asioissa ovat oleellisia kroonisen taudin kuten lastenreuman sekä erityisesti lastenreumaan liittyvään kivun hoidossa. Myöhemmin

nuorena aikuisena on riski tulla sosiaalisesti syrjäytyneeksi, joten meidän pitäisi pystyä ajoissa tunnistamaan nämä potilaat. Lastenreumaa sairastavan potilaan koulutukseen, elämänlaatuun ja toimintakykyyn pitäisi keskittyä jo ennen aikuistumista ja transiitiotia aikuispuolelle. Tutkimuksen perusteella kivun aiheuttamaa haittaa liittyy alentuneeseen toimintakykyyn, fyysiseen aktiivisuuteen sekä osallistumiseen muihin harrastuksiin. Tutkimuksen kautta saatiin uutta tietoa kivun aiheuttamasta haitasta nuorilla lastenreumaa sairastavilla aikuisilla, määriteltiin mitkä terveyteen liittyvät alueet ovat yhteydessä syrjäytymiselle sekä tutkittiin kipulääkkeiden käyttöä lastenreumaa sairastavilla lapsilla verrattuna verrokkeihin. ■



Pain and postoperative hemorrhage after tonsillectomy

Kaisa Tolska

Pain and postoperative hemorrhage after tonsillectomy.

26.10.2019 Helsingin yliopisto

Vastaväittäjä

Dosentti Minna-Liisa Niskanen, Itä-Suomen yliopisto

Ohjaajat

Annika Takala, Helsingin yliopisto

Vesa Kontinen, Helsingin yliopisto

Tarkastajat

Dosentti Maija-Liisa Kalliomäki, Tampereen yliopisto

Dosentti Ilpo Kinnunen, Turun yliopisto

Tausta

Akuutti leikkauksen jälkeinen kipu on edelleen alihoidettua monissa pienkirurgisissa toimenpiteissä kuten nielurisaleikkauksessa (tonsillektomia) mahdollisesti siksi, että kipu jää huomaamatta jokapäiväisessä työssä. Tonsillektomia on yleinen toimenpide, joka tehdään Suomessa noin 7 900 potilaalle, ja esim. Yhdysvalloissa yli 500 000 potilaalle vuosittain, yleensä päiväkirurgisesti. Jälkiverenvuodot (post-tonsillectomy hemorrhage, PTH) jaetaan primaarisiin (< 24h leikkauksesta) ja sekundaarisiin (< 24h leikkauksesta, liittyy yleensä peitteiden irtoamiseen noin viikon kohdalla leikkauksesta), ja ne saattavat olla jopa hengenvaarallisia. Muita ongelmia ovat postoperatiivinen pahoinvointi ja oksentelu (PONV) ja dehydraatio etenkin lapsilla, jos nielemiskipu estää syömisen ja juomisen.

Tavoitteet, aineisto, tulokset

Väitöskirjan tavoitteena oli selvittää välittömien postoperatiivisten komplikaatioiden esiintyvyyttä, kivun voimakkuutta ja kipulääkkeiden tehoa tonsillektomiassa. Retrospektiivisissä tutkimuksissa selvitettiin PTH:n esiintyvyyttä aikuisilla osatyössä I ja lapsilla osatyössä II myös muiden välittömien postoperatiivisten komplikaatioiden esiintyvyyttä. Molemmista selvitettiin

lisäksi, oliko perioperatiivisesti annetuilla lääkkeillä yhteyttä komplikaatioiden esiintyvyyteen. Aineisto koostui vuoden aikana (5/2007–4/2008) HUS korvaklinikalla päiväkirurgisesti leikatusta 1533 potilaasta. Osatyössä III selvitettiin systemaattisen katsauksen ja meta-analyysin avulla, mikä on tämänhetkinen näyttö kipulääkkeiden ja dekametasonin tehosta postoperatiiviseen kipuun aikuisilla ja murrosikäisillä potilailla. Sisäänottokriteerien perusteella mukaan valittiin 29 satunnaistettua, kaksoissokkoutettua, lumekontrolloitua tutkimusta. Meta-analyysi tehtiin, mikäli aineisto kipulääkeryhmissä oli riittävän homogeenista. Prospektiivisessä kaksoissokkoutetussa plasebo-kontrolloidussa tutkimuksessa (osatyössä IV) selvitettiin pinnallisen ropivakaiinin tehoa postoperatiiviseen kipuun 156:lla päiväkirurgisella potilaalla. 1 % ropivakaiiniin kastetut puuvillasykeröt asetettiin 5 minuutin ajaksi nielurisakuoppiin leikkauksen loputtua, ja kivun voimakkuutta ja haittavaikutuksia seurattiin 2 viikon ajan päivittäin sähköpostiin lähetetyn kyselylomakkeen avulla.

Retrospektiivisissä tutkimuksissa PTH oli yleisin komplikaatio. PTH:n esiintyvyys aikuisilla oli 14,5 % ja lapsilla 7,1 %. Lapsilla suunnittelemtomien kontaktien yleisyys oli 14 % (päivystyskäynnit 10 %, readmissio

8 %, kipu 3 %, kuume 2 %, PONV 1 %). Parasetamolin, tulehduskipulääkkeiden, deksametasonin tai oksikodonin perioperatiiviseen käyttöön ei liittynyt lisääntyneitä postoperatiivisten komplikaatioiden riskiä. Peritonsillaarinen lidokaiini+adrenaliini puudutus lapsilla (130 potilasta) assosioitui lisääntyneeseen sekundaarisen jälkivuodon riskiin (14 % vs. 4 %, $p < 0,001$, OR 4). Systemaattisen katsauksen päälöydös oli tutkimusten vähäisyys toimenpiteen yleisyyteen nähden, sekä seuranta-aikojen lyhyys kivun kestoon nähden (yleensä 1-2 vrk). Parasetamolilla, tulehduskipulääkkeillä, deksametasonilla, gabapentinoideilla ja deksrometorfaanilla oli heikko tai kohtalainen kipulääketeho leikkauspäivänä, ja deksametasonilla

yli vuorokauden, mikäli potilaat saivat monta annosta. Kivun keskimääräinen voimakkuus oli kohtalaista tai voimakasta 1-2 viikon ajan kipulääkityksestä huolimatta (osatöissä III ja IV). Pinnallinen 1 % ropivakaiini ei vähentänyt kipua ensimmäisellä postoperatiivisella viikolla, mutta vähensi parasetamolikodeiinin tarvetta toisella viikolla.

Pohdinta

Aiemmin raportoitua suurempaa esiintyvyyttä saattaa selittää se, että sairaskertomuksista poimitut tiedot sisälsivät myös lievemmat vuodot. Peritonsillaarisen lidokaiini+adrenaliinipuudutuksen käyttö assosioitui suurempaan sekundaarisen PTH:n riskiin lapsipotilailla. Syy löydökselle on epäselvä, mutta lidokaiinin antiproliferatiivinen vai-

kutus voi hidastaa haavan paranemista, jolloin sekundaarisen jälkivuodon riski kasvaa, kun peitteet irtoavat noin viikon kohdalla leikkauksesta. Vaikka kyseessä on uusi löydös, jonka paikkaansa pitävyys tulee varmistaa prospektiivisessä tutkimuksessa, niin puudutuksen käyttöä tonsillektomiassa tulisi harkita tarkkaan. Tutkimus vahvisti kliinisessä työssä havaitun asian, että postoperatiivinen kipu koetaan yleensä kohtalaisena tai voimakkaana viikon ajan, jonka jälkeen se alkaa vähentyä. Koska yksittäiset kipulääkkeet eivät ole riittävän tehokkaita, potilaat tarvitsevat multimodaalista kivunhoitoa 1-2 viikon ajan. Pinnallinen ropivakaiini ei vähentänyt postoperatiivista kipua ensimmäisen viikon aikana, mutta näytti moduloivan kipua toisella viikolla. ■

Paksut myeliinitupelliset ääreishermosyyt mekaanisen kivun nopean vasteen välittäjinä

Ruotsalaisvetoinen kansainvälinen työryhmä osoitti psykofyysisia ja mikroneurografisia tekniikoita käyttäen ihmisillä, että paksut ja nopeasti johtavat myeliinitupelliset hermosyyt ($A\beta$ -hermosyyt), jotka oppikirjojen mukaan osallistuvat pelkästään kosketuksen ja proprioseptiikan välittämiseen, vastaavat mekaanisen kivun nopean vasteen välityksestä. Mikroneurografiarekisteröinneissä 12% ihon $A\beta$ -hermosyiksi luokitelluista ääreishermosta oli mekaanisesti aktivoitavissa vain korkealla (noksisella) ärsykevoimakkuudella, mutta ei kuuma- tai kylmäärsykkeillä. Korkean mekaanisen kynnyksen omaavien $A\beta$ -hermosyiden sähköinen mikroärsytys aikaansai kipuaistimuksen, jota kuvattiin teräväksi ja neulanpistomaiseksi. Potilasryhmällä, jonka $A\beta$ -hermosyyt olivat tuhoutuneet, sekä kosketustunto että mekaaninen kipuvaste olivat vaimentuneet. Sen sijaan potilasryhmällä, jolla ohuet hermosyyt olivat tuhoutuneet, kosketustunto ja mekaaninen kipuaisti toimivat normaalisti. Tutkimusryhmä osoitti myös, että PIEZO2-ionikanava, jonka on osoitettu osallistuvan

mekaanisten kipuärsykkeiden koodaamiseen hiirillä, ei ole keskeinen mekaaniselle kipuaistimukselle ihmisillä, koska mekaaninen kipuaisti toimi normaalisti potilailla, joilla geenimutaation vuoksi puuttui PIEZO2-ionikanavan toiminta.

Nagi SS, Marshall AG, Makdani A ym. *Sci Adv* 2019;5:eaaw1297.

Antti Pertovaara

Krooniseen kipuun liittyvän depression mekanismi

Kiinalainen työryhmä selvitti krooniseen kipuun liittyvän depression mekanismia käyttäen rinnan koe-eläinmalleja ja toiminnallista magneettikuvausta kipupotilailla. He osoittivat, että krooniseen kipuun liittyvässä depressiossa on mukana säätöpiiri, johon kuuluvat lateraalinen habenula, dorsaalinen keskitemake, ja mantelitumakkeen keskustumake. Kroonisen kipuärsyksen aktivoima habenula inhiboi dorsaalisen keskitemakkeen serotonergisia soluja, joilla on 5-HT1A-reseptorivälitteinen inhiboiva yhteys mantelitumakkeen keskustumakkeen somatostatiinia ilmentäviin soluihin. Nämä puolestaan lähettävät palautekytkennän takaisin habenulaan. Työryhmä osoitti, että tässä säätöpiirissä dorsaalisen kes-

kitumakkeen ja mantelitumakkeen keskustumakkeen välisen inhiboivan yhteyden vaimeneminen oli keskeinen tekijä depressiokäyttäytymisen ilmenemiseen kroonisen kivun yhteydessä. Tämän vaimentuneen serotonergisen inhibition kokeellinen aktivointi kroonisessa kipumallissa vähensi kipuun liittyvää depressiokäyttäytymistä. Kroonisesta kivusta kärsivillä potilailla tehdyt magneettikuvaukset tukivat koe-eläintuloksia osoittamalla, että depressiosta kärsivien kipupotilaiden magneettikuvauksissa ilmeni dorsaalisen keskitemakkeen ja mantelitumakkeen keskustumakkeen välillä vähemmän toiminnallista konnektiivisuutta kuin kipupotilailla, joilla ei ilmennyt depressiota.

Zhou W, Jin Y, Meng Q ym. *Nat Neurosci* 2019;22:1649-58.

Antti Pertovaara

Hoitokeinona aistipalaute amputoidusta alaraajasta

Aistipalautteen puutetta on pidetty aaveraajakipua edistävänä tekijänä. Sveitsiläisvetoinen monikansallinen tutkijaryhmä selvitti, mitä hyötyä on amputoidusta alaraajasta tulevalle aistipalautteella potilailla, joille amputaatio on tehty reiden tasolla ja joilla on alaraaja-proteesi. Tutkijat asettivat

proteesin jalkapohjaan sekä keinopolviniveleen anturit, jotka lähettivät säärihermon tynkään sähköisiä viestejä jalan varaamisesta ja polven liikkeestä. Proteesista tuleva aistipalaute vähensi huomattavasti aaveraajakipua. Tämän lisäksi aistipalautteella oli muitakin terveyshyötyjä. Aistipalaute lisäsi kävelynopeutta ja vähensi kävelyn aikaista hapen ja energian kulutusta. Aistipalaute myös vähensi kävelyn vaatimaa henkistä kuormitusta. Tämä ilmeni niin, että aistipalaute paransi kykyä suoriutua kävelynaikaisesta tarkkaavaisuutta vaativasta laskutehtävästä. Koska tutkimukseen osallistuneita potilaita oli vain kaksi, joita tosin tutkittiin lukuisia kertoja usean viikon ajan, niin tämä lupaava tutkimustulos on vasta suuntaa antava soveltuvuusselvitys (proof of concept), joka vaatii varmistusta suuremmalla potilasmäärällä.

Petrini FM, Bumbasirevic M, Valle G ym. *Nat Med* 2019;25:1356-63.

Antti Pertovaara

Epäitsekäs auttaminen vähentää kipua

Kiinalainen tutkijaryhmä osoitti, että kipuvaste kokeellisille kipuärsykkeille väheni koehenkilöiden suorittaessa altruismia (epäitsekkyyttä ja uhrautuvuutta) vaativia koetehtäviä (esim. koehen-

kilö hankki koetilanteessa rahaa maanjäristyksen uhreille sen sijaan, että olisi hankkinut sitä itselleen). Sama ilmiö tuli esiin myös klinikassa. Syöpäkipu oli vähäisempää potilailla, jotka saivat tehtäväkseen siivota sairaalaosaston yleiset tilat kuin potilailla, joiden tehtävänä oli siivota vain oma huoneensa. Toiminnallinen magneettikuvaus osoitti, että altruistisen tehtävän aikana vaste kipuärsykeille vaimentui pihtipoimun etuosassa, aivosarekkeessa ja tuntoaivokuorella, jotka kaikki ovat aivokuoren ”kipualueita”. Sen sijaan mediaalisen etuaivolohkon ventraalialue aktivoitui altruistisen tehtävän aikana ja oli mahdollisesti käynnistämässä altruismiin liittyvää kivun muuntelua. Mitä merkityksellisemmäksi koehenkilö koki altruistisen toimintansa, sitä voimakkaammin aktivoitui altruismiin liittyvä etuaivolohkon alue ja sitä voimakkaammin vaimeni kipuaistimus sekä aivokuoren kipuvaste.

Wang Y, Ge J, Zhang H ym. PNAS 2020;117:950-8.

Antti Pertovaara

Lopullinen naula remifentaniiliin arkkuun?

Remifentaniili on ultra-lyhytvaikutteinen vahva myy-agonisti, jota annostellaan

pääsääntöisesti infuusiona laskimoon leikkausten aikaisen kivun hoitoon. Sen käyttö on lisääntynyt erityisesti TIVA:n (total intravenous anesthesia) opioidikomponenttina. Tässä rekisteritutkimuksessa saksalaiset tutkijat analysoivat retrospektiivisesti 55693 anestesiaa selvittämiseen remifentaniiliin käyttöä intra-abdominaaliseen kirurgian yhteydessä. Havaintoja tehtiin postoperatiivisen kivun voimakkuudesta, kipulääkkeiden käytöstä leikkauksen jälkeen, pahoinvointilääkkeiden tarpeesta, ekstubaatioajasta ja heräämön seuranta-ajan kestosta. Primaarijoukosta inklusiokriteerit täytti 14423 potilasta, joista 3652 oli saanut remifentaniilia. Näitä verrattiin 3318 potilaaseen, jotka eivät saaneet remifentaniilia anestesian aikana. Lisäksi tutkijat analysoivat alaryhminä epiduraali- ja yleisanestesia-kombinaatit saaneet potilaat vastaavasti remifentaniilin kanssa ja ilman. Kaikissa ryhmissä remifentaniilia saaneet potilailla oli tilastollisesti merkittävästi enemmän kipua ja he saivat enemmän kipulääkkeitä kuin ne potilaat, joille ei annettu remifentaniilia. Ero säilyi samana, vaikka käytettiin epiduraalialgesiaa. Remifentaniiliryhmissä kuitenkin ekstubaatio- ja heräämöseuranta ajat olivat lyhyempiä ja pahoinvoinnin

määrä pienempää kuin verrokkiryhmissä. Tutkimus vahvisti aikaisempia havaintoja. Remifentaniilin vaikutus loppuu infuusion päätyttyä nopeasti, jolloin on huolehdittava leikkauksen jälkeisen kipulääkityksen riittävydestä. Remifentaniili niin ikään assosioituu postoperatiiviseen hyperalgesiaan, johon tämäkin tutkimus viittaa. Vaikka tutkimus lieene otoskooltaan suurin aineisto remifentaniilin käytöstä, ongelmana on retrospektiivinen metodologia. Lopullista naulaa tuskin vielä arkkuun on lyöty, vaan laajemmat prospektiiviset satunnaistetut ja kontrolloidut tutkimukset ovat tarpeen.

Niedermayer S et al. Remifentanyl for abdominal surgery is associated with expectedly unfavourable outcomes. Pain 2020; 161: 266-273

Reino Pöyhä

Tarua vai totta D-vitamiinista ja kivusta?

Amerikkalaiset tutkijat halusivat selvittää D-vitamiinin puutteen vaikutusta traumakipuun amerikkalaisessa väestössä, jolla on afrikkalainen tausta. Aiemmasta tutkimuksesta on ilmennyt, että afrikkalaistaustaiset kärsivät muskuloskeletaalisesta kivusta enemmän kuin eurooppalaistaustaiset kivun etiologiasta riippumatta. Väestötutkimuksissa on myös osoitettu D-vitamiinin

puutteen olevan yleisempää (24-86 %) tummaihoisilla kuin vaalea ihoisilla (2-40 %). D-vitamiinivajeen ja kivun suhdetta selvitettiin monikeskustutkimuksessa, johon otettiin 133 liikenneonnettomuuden uhria. Peräti 84 % potilaista kyettiin seuraamaan 1 vuoden ajan. Kliinisten tutkimusten lisäksi tehtiin geenitutkimuksia, joissa testattiin erityisesti proteiineja NLRP3 ja IL-10 proteiineja koodaavia geenejä. Molempien proteiinien on aikaisemmin osoitettu assosioituvan kivun aistintaan. Interaktiota D-vitamiinivajeen, kivuliaisuuden ja proteiinien välillä ei kuitenkaan nähty. Sen sijaan D-vitamiinin puutteesta kärsivillä potilailla (N = 103) oli merkittävästi kovempia kipuja kuin muilla (N = 30) vielä vuoden kuluttua onnettomuudesta. Pienen otoskoon ja rajatun väestöryhmän takia tuloksia ei voi kritiikittömästi laajentaa. Kausaliteetin osoittaminen ei liioin onnistu tutkimusasetelman takia. Tutkimuksessa kuitenkin löytyi mielenkiintoinen assosiaatio, jota kannattaa tutkia tarkemmin, päättelivät tutkijat itse.

Mauck MO et al. Vitamin D insufficiency increases risk of chronic pain among African Americans experiencing motor vehicle collision. Pain 2020; 161: 274-280

Reino Pöyhä

Tuleva kokemusasiantuntija työkeikalla



Anneli Vainio

Huomasin eräänä päivänä, että työurani lääkärinä on osunut historiallisesti samaan kohtaan, jossa sijaitsee Suomen sosiaali- ja terveysjärjestelmän nousu ja tuho. Työurani alkoi juuri Kansanterveyslain tultua voimaan, ja se tulee todennäköisesti loppumaan, kun nykymuotoinen järjestelmä väistyy.

Palasin Suomeen kahdenkymmenen Kanadassa, Ranskassa ja Kambodžassa vietetyn vuoden jälkeen. Sain täällä tilaisuuden työskennellä kotisairaалassa, jossa yhdistyvät avo- ja erikoissairaanhoidon mielenkiintoisella tavalla. Ensimmäinen kotikäyntini teemat liittyivät satumaisiin vahvasti viime vuosina käydyn julkisen keskustelun teemoihin.

Lähiön vanha, hieman nuhjuinen ostoskeskus tarjoaa halpahallin, kampaamon ja valokuvausliikkeen palveluja. Kylki kyljessä sen kanssa nököttää 1970-luvun kerrostalo. Finninaamainen posteljoonipoika päästää minut ulko-ovesta sanoen pyytämättä: – Tämä on sitten siivoton paikka, eiks olekin? Ihan kaamee rotankolo! Kohottelen hieman kulmakarvojani, mutta kiittelen vain oven avaajaa ja toivotan mukavaa päivää.

Ulko-oven takana avautuu pitkä, melko ahdas ikkunaton käytävä, ovia molemmin puolin. Seinät, lattiat ja ovet ovat vanhanaikaisen näköisiä ja maalikin kulunut. Mutta rotankolo? Kaikki on silti ehjää ja siistiäkin. Mozir. Soitan ovikelloa. Oven avaa tummatukkainen, hieman pyylevä keski-ikäinen mies, jonka hiukset ovat alkaneet jo harventua otsalta. Esittelen itseni. – Ahmad Mozir, sanoo mies. Asunto on melko valoisa kaksio. Oikealla keittiön kaappien ovet ovat auki, alakaapissa täpötäysiä roskapusseja. Tiskipöydällä astioita, keittiön pöydällä ruokapakkauksia ja lisää astioita. Ruudulliset verhot. Vasemmalla hyllyillä ja ikkunalaudoilla sekalaisia koriste- ja käyttöesineitä. Asunnossa on lämmin.

Ahmad pyytää minua astumaan peremmälle.

Perähuoneessa istuu vuoteella noin kahdeksankymmenen vuoden ikäinen, tummasilmäinen nainen yllään yöpaita ja vaaleanpunainen vil-latakki. Nainen on paljain jaloin. Hän katselee minua tyynesti, mutta ei vastaa tervehdykseeni. Kysyn hänen vointiaan. Nyt nainen katsoo poikaansa kysyvästi. – Kuinka äitinne on voinut viime aikoina?

– Hyvin, hän on suurimman osan aikaa omis-sa maailmoissaan.

– Tekeekö hän mitään päivisin?

– Joskus hän tekee ruokaa.

– Entäs uni?

– Äiti nukkuu ja valvoo yöllä ja päivällä noin kahden tunnin jaksoja. Me veljeni kanssa annamme hänen elää omassa rytmissään. Ahmad näyttää minulle matkapuhelintaan, jossa veli seuraa työpaikaltaan käsin keskusteluumme auki olevan skype:n välityksellä. Tervehdin veljeä, joka vastaa hyvällä suomen kielellä.

Kyselen äidiltä hänen voinnistaan, kivuista, vatsan toiminnasta, liikuntakyvystä. Ahmad kääntää arabiaksi, ja äiti vastailee välillä hiljaisella äänellä. Välillä hän ei sano mitään. Veli osallistuu keskusteluun. Kuuntelen äidin keuhkot ja sydämen ja mittaan verenpaineen, tunnustelen kainalot ja vatsan. Kysyn, onko äidin voinnissa tapahtunut mitään muutoksia viime aikoina. – Ei ole, vastaa Ahmad. – Äiti on ollut samanlainen siitä lähtien, kun häneltä leikattiin aivokasvain noin kaksi vuotta sitten.

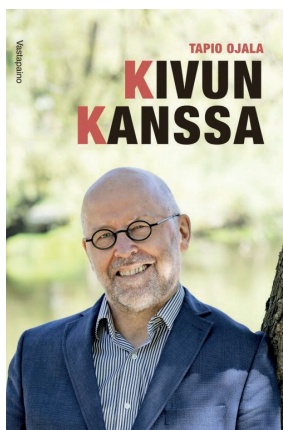
Keskustelen Ahmadin kanssa hoidosta ja suunnitelmista.

– Meistä jompikumpi on äidin kanssa aina, joka hetki, kaksikymmentäneljä tuntia vuorokaudessa.

Kiittelen heidän äidilleen antamaa hyvää huolenpitoa ja hyvästelen äidin ja pojat. Matkalla seuraavaan paikkaan ajatukset kulkeutu-vat omaan tulevaisuuteeni. Nainen ei ole kovin-kaan paljon minua vanhempi. Toivon mielessäni, että minuakin joku hoitaisi aikanaan yhtä hyvin sitten, kun hoitoa tarvitsen. ■

Kivun kanssa

KIVUN KANSSA
Tapio Ojala, 2018.
Vastapaino, Tampere.
Sid., 258 s.
ISBN: 978-951-768-684-6



Kivun kanssa -teos on suunnattu kroonista, pitkittynyttä kipua poteville ihmisille. Takakansitekstin mukaan kirjan tarkoitus on avata ymmärrystä siitä, mitkä kaikki tekijät vaikuttavat kipukokemukseen. Aiemmin kipu on ymmärretty ja selitetty siten, että kivun taustalla on aina jokin vamma tai toimintahäiriö. Tämä tieto päteekin useimmiten akuuttiin kipuun. Kroonisen kivun kohdalla fyysistä syytä ei kuitenkaan läheskään aina löydetä, silti kipu on kokijalleen aina totta.

Kirjassa terveystieteiden tohtori ja OMT-fysioterapeutti Tapio Ojala tarkastelee kipua laaja-alaisesti, erityisesti sitä kautta, miten kipunsa hyväksymällä voi helpottaa elämää kivun kanssa. Kirjoittajan mukaan krooninen kipu ymmärretään tällä hetkellä niin, ettei siitä voi parantua. Silti elämään ja elämisen laatuun on mahdollista suuntautua uudella myönteisemmällä tavalla kivusta huolimatta. Kipu ei ole elämässämme ainoa syy kärsimykselle, vaan asioiden uudelleen määrittelemisen voi auttaa tuomaan iloa ja nautintoa elämään.

Kipu on aina biopsykososiaalinen ilmiö, johon vaikuttavat yksilölliset sekä elämänhistorialliset että ajankohtaiset elämäntilannetekijät. Mielellä, stressaavilla ja kuormittavilla tunteilla on yhteys siihen, miten koemme kipua. Ajatuksemme, tunteemme ja kehoreaktiomme vaikuttavat välittömästi toisistaan, joka suunnasta. Lisäksi elinympäristöömme ja sosiaalisiin suhteisiimme liittyvät kuormitustekijät vaikuttavat kipuun.

Kipuun liittyviä kuormittavia tunteita ovat muun muassa kärsimys, ahdistus, huolestuneisuus, alakulo, turhautuneisuus, yksinäisyys, itsensä tarpeettomaksi ja hyödyttömäksi kokeminen ja toivottomuus. Lisäksi kipu aiheuttaa useimmille pelkoa ja välttämiskäyttäytymistä.

Nämäkin kielteiset tunteet kuuluvat elämään inhimillisinä kokemuksina ja reaktioina vaikeaan tilanteeseen. Tiedämme kuitenkin, että ne vaikuttavat negatiivisesti kipuun hankaloittaen kipukierrettä.

Univajeen ja huonon unenlaadun yhteys kipujen hankaloitumiseen on selkeä. Unihaasteet yleensä kielivät pitkittyneestä stressistä, joka voi myös olla joidenkin kipujen merkittävä taustatekijä. Unihäiriöt eivät kuitenkaan ole kroonisen kivun syy, vaikkakin pitkittynyt univaje ja syvän unen puute voivat altistaa kipujen pitkittymiselle. Kipu herättää öisin, huonosti nukkuva tyypillisesti murehtii tilannettaan, mikä entisestään herkistää hermostoa ylivirittävyyteen ja sitä kautta myös kipuihin.

Kipuun ja omiin selviytymismahdollisuuksiin liittyviä uskomuksia on tärkeää tiedostaa ja tutkia, myös muuttaa mahdollisuuksien mukaan. Osan kipuun liittyvistä uskomuksista olemme saattaneet periä vanhemmiltamme ja suvusta, osa tulee omista aiemmista kipukokemuksistamme. Uskomukset hankalimmillaan voivat liittyä katastrofijatteluun, jolloin alamme pelätä kaikessa pahinta: joudumme pyörätuoliin, menetämme työpaikkamme, puoliso haluaa eron jne. Saatamme myös jäädä kiinni menneeseen, esimerkiksi tilanteessa, jossa kipu on saanut alkunsa onnettomuudessa vammautumisen vuoksi. Ojala jaottelee selkeästi kipua potevan tyypillisiä uskomuksia seuraavasti: kipua ei voi selittää, kipu on katastrofi, kipu on samaa jatkuvasti, näin tulee aina olemaan ja olen itse syyllinen kipuuni.

Psykososiaalisilla tekijöillä on suuri merkitys kipujen pitkittymisessä. Työhön liittyviä riskitekijöitä ovat muun muassa liiallinen työkuorma, ristiriitaiset vaatimukset, huonosti toimiva organisaatio ja johtamisessa ilmenevät haasteet.

Omiin läheis- ym. suhteisiin liittyvät ristiriidat voivat myös vaikuttaa kipujen pitkittymiseen. Lisäksi kipukierrettä saattavat hankaloittaa korvauksiin, etuuksiin tai eläkkeeseen liittyvä jatkuva epävarmuus ja taistelu.

Ojala panostaa syvällisesti kivun syntymekanismin kuvaukseen sekä kipukokemuksen määrittelyyn. Tämä on tärkeää sen vuoksi, jotta kipua poteva pystyisi ymmärtämään omaakin tilannettaan mahdollisimman laaja-alaisesti. Kivun hoitamisen eri suuntauksia on myös tärkeää avata, koska edelleen kroonisen kivun hoito tuntuu olevan pääosin lääkkeellistä. Ojala korostaa myös sitä, että mieluummin tulisi hoitaa kokonaista ihmistä kipuihin kuin pelkkää kipua. Kivunhoidon ammattilaisen tulisi ymmärtää turvallisen ja arvostavan kohtaamisen merkitys, ottaen huomioon juuri nuo edellä mainitut stressiä aiheuttavat tunteet ja uskomukset sekä psykososiaaliset haasteet.

Suhde kipuun muuttuu sen myötä, kun kipu ei alakaan itsestään ajan myötä parantua. Kipua poteva saattaa tuntea, että kipu hallitsee häntä, hänen kehoaan, työtään, ihmissuhteitaan, koko elämänsä. Kivusta ei niin vain voi sanoa itseään irti. Turhautuminen sekä epäluottamus omaa kehoa kohtaan alkaa vallata mieltä. Kipu on aina kokemus, joka vaikuttaa koko ihmiseen sekä tavalla tai toisella myös hänen lähiympäristöönsä.

Kivun ja oman elämäntilanteensa hyväksymiseen Ojala esittää seuraavat kysymykset: ”Olet taistellut pitkään kipuasi vastaan ja olet ehkä luvanut itsellesi, että et luovuta missään vaiheessa vaan jatkat taistelua niin kauan, kunnes voitat kivun. Miten taistelu kipua vastaan on helpottanut elämääsi? Onko se tullut paremmaksi? Perimmäinen kysymys kuuluu: haluatko elää vai taistella?” Nämä ovat tärkeitä kysymyksiä ihmiselle, joka on ajautunut taistelemaan kipuaan vastaan ja joka on saattanut tämän vuoksi myös uhriutua tilanteeseensa.

Hyväksyminen on osa kipua potevan prosessia, joka voi alkaa sairastumisen kriisistä, edeten taisteluun, luovuttamiseen ja lopulta uhriutumiseen. Sen vuoksi on tärkeää, että hyväksymisen määrittelyä uudelleen, esimerkiksi tilaksi ja prosessin vaiheeksi, jossa tunnustetaan se mitä itselle on tapahtunut ja aletaan vähitellen suuntautua niihin elämän alueisiin, joista saa voimaa ja iloa. Hyväksymistä ei pidä ajatella kaikesta luovuttamisena, vaan se on parhaimmillaan huomion suuntaamista itse elämään ja sen kirjoon, ei pelkästään kipuun ja sen mukana tuomiin negatiivisiin asioihin.

Samalla kun kipua poteva voi kohdata tämän hetken sellaisena kuin se on, hyväksyminen on sitä, että ottaa vastaan kaikki ajatuksensa, tunteensa ja kehon tuntemuksensa sellaisina kuin ne tulevat. Kun saa rauhan olla kaikkine kokemuspuolineen tässä ja nyt, suhde kipuunkin muuttuu. Kolikolla on aina kaksi puolta: suuntaanko huomioni siihen, mitä minulta puuttuu ja mitä olen menettänyt vai siihen, mitä minulla juuri nyt on ja mistä voin kaikesta huolimatta iloita ja olla kiitollinen. Pitkittyneiden kipujen kanssa elävän olisi hyvä löytää sopivaa sosiaalista tukea itselleen, on se sitten läheisten tai vertaisten kautta tulevaa. Myös terveydenhuollon ammattilaisilta, muilta auttajilta ja eri viranomaisilta tuleva ymmärrys ja tuki on tärkeää.

Lopulta hyväksyminen tuo mukanaan henkistä, sisäistä kasvua ja parempaa kykyä myönteiseen ajatteluun. Silti on kohdattava elämään kuuluva inhimillisuus; jokaisen elämässä on ylä- ja alamäkiä, on sitten kipua tai ei. Hyväksymisestä huolimatta kipua poteva voi välillä tuntea elämässään voimattomuutta ja keinottomuutta. Kun on itse kokenut kuormittavia asioita elämässään, ymmärtää myös paremmin muita kärsiviä. Toisten auttaminen omat voimavarat huomioiden auttaa suuntautumaan uudella tavalla omiin kykyihin, kivusta huolimatta.

Myönteiset tunteet eivät paranna kroonista,

pitkittynyttä kipua, mutta ne auttavat löytämään elämään merkitystä. Tunteilla ja ajatuksilla on yhteys: myönteiset tunteet luovat myötätuntoisempaa ajattelua, kun taas kielteiset tunteet vahvistavat pelkoja, toivottomuutta ja avuttomuutta. Fysiologisesti myönteiset tunteet myös vaimentavat kipuratoja endogeenisten opiaattien erittymisen kautta.

Onnellinen voi olla kivusta huolimatta. Filosofin Frank Martelan mukaan onnellisuus on sisäinen olo ja rauha itsensä ja ympäristönsä kanssa, sekä henkinen tasapaino, jossa ei koe mitään ulkoisia uhkia tai pelkoja. Onnellisuus on samalla jokaisen itsensä määriteltävissä oleva mielentila. Onnellisuuden jahtaaminen ei useinkaan tuo lisää onnen tunteita. Samoin voimme ajatella, että taistelemisen kipua vastaan ei tuo onnellisuutta sen enempää tai vähempää kuin sitä lähtökohtaisesti on.

Lopussa Ojala rohkaisee kipuja potevaa päästämään irti menneestä sen vuoksi, että mennyt ei enää pysty sellaisenaan muuttamaan, ainoastaan omaa suhtautumistaan menneeseen. Tulevaisuuteen voi silti vaikuttaa; on tärkeää löytää merkitystä omalle elämälleen ja pohtia omia elämän arvojaan sekä luoda myös uusia realistisia tavoitteita itselleen. Oman elämänsä käsikirjoituksen on mahdollista kirjoittaa uudelleen, samalla valmistautuen siihen, ettei sekään ole viimeinen versio.

Tapio Ojalan kirja on tärkeä täydennys viime vuosina ilmestyneille vastaavantyyppisille teoksille. Sekä kipuja potevien että meidän kivunhoidossa työskentelevien ammattilaisten tulisi pysähtyä sen äärelle, miten voimme parhaalla mahdollisella tavalla ymmärtää kipua, ja osittain jopa uudelleen määritellä varsinkin kroonistuneen kivun merkityksen. Oman tilanteensa hyväksymisen kautta lopulta on mahdollista avautua elämän eri mahdollisuuksille ja tunteiden kirjolle.

Itse kielen metamerkitä opiskelleena olen

vuosien varrella havainnut sanojen voiman. Ainoa asia, jota itse kirjassa muuttaisin, on kipukroonikko-identiteetin vahvistaminen. Vaikka itsekkin ymmärrän samoin sen, että useimmiten krooninen kipu ei kokonaan parane, moni pitkittyneitä kipuja poteva on tullut aivan turhaan leimatuksi kipukroonikoksi. Tämä leimaaminen on saattanut saada alkunsa ammattilaisen käyttämästä kielestä, ja sen jälkeen vahvistuneen potilaan omassa kielenkäytössä. Kysynkin monesti omilta potilailtani, miten olisi viisainta määritellä itsensä: kipukroonikoksi vai ihmiseksi, jolla on pitkittyneitä kipuja? Vuosien varrella olen saanut olla todistamassa kymmenien kipukroonikkojen toipumista kivuttomiksi kokonaisvaltaisen biopsykososiaalisen hoidon ja tuen sekä potilaan oman elämän vastuunoton ansiosta. ■



Karita Palomäki

Psykofyysiseen kivunhoitoon erikoistunut fysioterapeutti, työnohjaaja, tietokirjailija.

Bodysense Coaching Oy



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 **Seppo Mustola**

Huopatehtaankatu 1-3 E 40, 53900 Lappeenranta

talous@skty.org

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



www.efic.org



www.sasp.org

Yhteistyö kantaa



Tuija Teerijoki-Oksa



Heini Pohjankoski

Muutaman vuoden työskentely yhdistyksen hallituksen jäsenenä on osaltamme päättynyt. On retrospektiivisen tarkastelun paikka. Tavoitteena on omien muistikuvien pohjalta arvioida mitä yhdessä saatiin aikaan, vai saatiinko mitään?

Kuten tiedämme, yhdistyksen asioita hoitaa hallitus, johon kuuluu puheenjohtaja ja jäseniä eri ammattiryhmistä. Hallitus siis hyvin edustaa koko yhdistyksen moniammatillista jäsenistöä. Kokoustimme kahdeksan/yhdeksän kertaa vuodessa, useimmiten ”ruokapalkalla” Helsingissä tai vaihtoehtoisesti aikaa ja rahaa säästääkseen joskus myös SKYPE-yhteydellä. Vuosien aikana puheenjohtajat, sihteeri ja taloudenhoitajat ovat vaihtuneet, mutta yhteistyö on mielestämme aina toiminut hyvin, hallitus on pystynyt tekemään päätöksiä ja olemme myös työn tekemisen lomassa viihtyneet toistemme seurassa.

Hallituksen aitiopaikalta on nähnyt toimikuntien ja työryhmien kunnianhimoisen ja ahkeran suunnittelu- ja toteutustyön koulutustapahtumien järjestämisessä. Illallinen Turun linnassa ja hyvin järjestetty tieteellinen ohjelma sen lisäksi jäi ainakin hallitustaivaltaan aloittelevan lastenlääkärin mieleen. Akuutin kivun ja syöpäkivun toimikunnat ovat olleet vuosittain helteessä Tampereen moniammatillisen koulutustapahtuman järjestäjänä, vaihtuvat pääkoulutustapahtuman työryhmät tehneet ohjelmansa IASP:n teemavuotta muistaen ja muut toimikunnat luoneet koulutuksia itselle läheisistä aiheistaan. Mielenkiintoiset ohjelmat ovat vuosia taanneet riittävän osallistujamäärän, mutta terveydenhuollon taloudelliset haasteet ovat tuoneet uhkakuvia myös koulutusten järjestämiselle. Huolestuneena seurasimme syksyllä osallistujien vähyyttä Tampereella, mutta toivottavasti tämä oli vain väliaikainen notkahdus ja kevään pääkoulutustapahtumassa Helsingissä tupa on jälleen täynnä. Koulutuksista tiedottamisesta meistä jokainen voi auttaa informoimalla ainakin omaa viiteryhmäänsä.

Viime vuosina hallitus on tukenut eri ammattiryhmien verkostoitumiskokouksia, jotka

toivottavasti ovat omalta osaltaan tukeneet kipuammattilaista työssään. Myös kipututkijoiden verkostoitumiskokouksen järjestämistä toivotaan, edellisestä on jo aikaa. Ilolla seurasimme myös sitä, miten yhteiskunnallisen vaikuttamisen toimikunta puhallettiin taas uuteen toimintaan.

Rahoituksen saaminen tutkimukseen käy vuosi vuodelta niukemmaksi ja vähäisemmäksi. Taloudellisista haasteista huolimatta hallitus on vuosittain jakanut tutkimus- ja koulutusapurahoja jäsenilleen ja tästä olemme ylpeitä. Tutkimustoimikunta on ansiokkaasti kahlannut apurahahakemukset läpi ja ehdottanut parhaille tutkimuksille tukea. Kipututkimuksen tukeminen on hallitukselle ollut aina tärkeää.

Viime vuosina hallitus on tehtaillut myös erilaisia hallinnollisia ehdotuksia, jotka vuosikokous on sittemmin hyväksynyt. Yhdistyksen säännöt uusittiin ja niiden mukaan yhdistyksen jäseneksi voidaan nykyisin hyväksyä myös opiskelija, joka tulevassa ammatissaan työskentelee kivun parissa. Nuorisossa on kivunhoidonkin tulevaisuus. Siirryttiin myös kahden kokouksen, kevät- ja syyskokous, malliin. Uskomme tämän selkeyttävän toimintaa kun seuraavan toimintakauden suunnitelmat hyväksytään ennen kuin toimintakausi alkaa. Lisäksi mm. kotisivut uudistettiin ja talousohjesääntö luotiin.

Hallituksessa oleminen vaatii yhteistyötä, joten hyvät ja arvokkaat jäsenemme, ehdotukset koskien toimintaamme, palaute teiltä ja ihan mikä tahansa vuorovaikutus on arvokasta, odotettua ja toivottavaa. Ottakaa jatkossa yhteyttä hallitukseen, jos pienikin ideanpoikanen vilauttaa mielessänne. Mielellämme kuulumme/kuulemme toiveitanne, vuorovaikutus on kuitenkin yhdistyksessämme kaiken a ja o.

Yhteenvetona toteamme, että työ yhdistyksen hallituksessa on ollut mielenkiintoista, inspiroivaa ja tärkeää. Parhaimpana muistona säilyvät kuitenkin uudet ystävät vuosien varrelta, joihin ei olisi tullut samalla tapaa tutustuttua ilman hallitustyötä. Kukaan ei voi tehdä kaikkea, mutta jokainen voi tehdä jotain ja jos jokainen tekee jotakin, kaikki tulee tehdyksi. ■

Verkostoitumispäivä lasten ja nuorten pitkittynyttä kipua hoitaville ammattilaisille

Lasten ja nuorten kiputoimikunta järjesti 15.3.2019 kolmannen verkostoitumispäivän Helsingissä Uuden lastensairaalan Hattivatti-salissa. Tällä kertaa yliopistosairaaloiden lisäksi mukaan otettiin keskussairaalat ja yksityisellä sektorilla työskentelevät. Osallistujia oli lähes kaikista sairaanhoitopiireistä; fysioterapeutteja, lääkäreitä, psykiatreja, psykologeja, sairaanhoitajia ja toimintaterapeutteja. Osanotto oli runsasta, paikalla oli 80 eri ammattilaista. Tilanpuutteesta johtuen kaikki halukkaat eivät edes mahtuneet mukaan.

Kolmannessa verkostoitumispäivässä keskityttiin toiminnallisista oireista kärsivien potilaiden hoitoon. Aamupäivällä kuunneltiin asiantuntijaluentoja ja iltapäivällä verkostoiduttiin ammattiryhmittäin. Jatkoimme myös keskustelua kipukyselylomakkeesta, joka on ollut pilottina syksyn 2018 aikana muutamissa yliopisto- ja keskussairaloissa. Tämä keskustelu jatkuu edelleen. Tavoitteena on saada yhtenäisen kipukyselylomake koko Suomeen lapsille ja nuorille.

Asiantuntijaluennoilla käsiteltiin lasten ja nuorten toiminnallisia oireita lastenneurologin, fysiatrin ja lastenpsykiatrin näkökulmasta.

LT Outi Saarenpää-Heikkilä luennoi lastenneurologin näkökulmasta tuoden esille toiminnallisten oireiden yleisyyden, esiintyvyyden kaikissa ikäryhmissä ja oireiden moninaisuuden. Lastenneurologit tapaavat mm. erilaisista ei-epileptisistä kohtausoireista kärsiviä lapsia ja nuoria. Luennoitsija esitteli

nykyiseen tutkimustietoon perustuvaa käsitystä neurologisten toiminnallisten oireiden patofysiologiasta. Kyseessä ajatellaan olevan keskushermoston hermoverkkojen ohjelmointihäiriö. On näyttöä siitä, että stressin yhteydessä aivokuori ei johda tapahtumia vaan aivojen syvemmät osat tuottavat kohtauksellisia oireita. Laukaisevina tekijöinä voi olla niin fyysisiä sairauksia kuten infektiot tai ulkoisia stressitekijöitä. Ylläpitäviä tekijöitä voivat puolestaan olla esim. persoonallisuuden piirteet. Toiminnallisten häiriöiden hoitoa käsiteltiin lyhyesti. Koska unen puute pahentaa muita oireita kuten kipua ja mielialan laskua, todettiin ensiarvoisen tärkeäksi unihäiriöiden korjaaminen. Luennoitsijalla on aiheesta runsaasti sekä kliinistä että tieteellistä kokemusta unitutkimukseen suuntautuneen tutkimustyönsä tiimoilta.

LT Minna Ståhl puhui fysiatrin näkökulmasta painottuen krooniseen kipuun, joka on yleistynyt erityisesti murrosikäisillä tytöillä. Luennoitsija on tutkimustyössään todennut niskakivun yleisimmäksi epäspesifin TULE-kivun syyksi. Yhden paikan kipu useimmiten rauhoittuu itsestään, mutta kivun leviäminen laaja-alaiseksi sekä unen ja mielialan ongelmat ennustavat oireiden pysyvyyttä ja toimintakyvyn laskua. On tärkeää pyrkiä selvittämään, mistä kaikki alkoi ennen kuin tapahtui hermoston herkistymistä ja kipu levisi laaja-alaiseksi. Luennoitsija totesi yllättävän usein havainneensa nivelen liikehäiriön tai liikekontrollin häiriön aiheuttamaa mekaanista kipua. Diag-

nosointi on haasteellista, mutta voi korjaamattomana altistaa kivun leviämiselle ja ylläpitää oirekuvaa. Pitkittynyt kipu voi muistuttaa neuropaattista kipua ja siihen liittyy usein autonomisen hermoston liitännäisoreita. Potilaalla saattaa olla oireidensa taustalla samanaikaisesti useita kiputyyppisiä. Kiputyyppien ja oireistoa mahdollisesti ylläpitävien tekijöiden kartoitus on tärkeää parhaan mahdollisen hoitosuunnitelman laatimiseksi. Toiminnallisten oireiden patofysiologian selvittäminen potilaalle ja perheelle sekä muu kipuedukaatio ovat ensiarvoisen tärkeitä hoitomyöntävyyden ja hoitoon kiinnittymisen saavuttamiseksi.

LT Leena Pihlakoski esitti vielä lastenpsykiatrin näkökulman. Hän totesi eri erikoisalojen nimenneen ja diagnosoineen toiminnallisia oireita eri tavoin. Kyseessä on vaikeaksi koettu potilasryhmä, joka herättää ristiriitaisia tunteita ammattilaisissa. Luennolla käsiteltiin mm. psykiatrisia käsitteitä ja erotusdiagnoosiikkaa sekä toiminnallisina oireina näyttäytyviä psyykkisiä häiriöitä. Riittävän kattava psykiatrin tutkimus kuuluu toiminnallisen oireen tutkimukseen ja hoidon suunnitteluun. Lasten- tai nuorisopsykiatrin tulisi olla automaattisesti mukana hoitotiimissä, jolloin myös perheet tämän lähestymistavan yleensä parhaiten hyväksyvät. Tärkeintä on kohtaaminen ja kuulluksi tuleminen. Luennoitsija suositteli biopsykososiaalisen mallin käyttöä perheen psykoedukaation tukena. Psykoterapeuttiset hoidot kuten kognitiivinen käyttäytymisterapia vaa-



Verkostopäivän järjestäjät; SKTY lapsijaoston toimikunta, (vas.) Kati Markula-Patjas, Miia Kokkonen, Heidi Mäenpää, Minna Ståhl ja Anette Lemström. Kuvasta puuttuu Leena Halonen

tivat halukkuutta hoitoon ja yhteistyökykyä perheeltä. Toiminnallisiin oireisiin perehtyneitä psykoterapeutteja on vähän, mikä tulisi huomioida terapia-koulutuksissa.

Yhteenvetona luennoitsijat painottivat, että vaikka toiminnallisten oireiden syyksi ei voida osoittaa somaattista tai psykiatrista sairautta, potilaiden oireet ovat todellisia ja saattavat uhata vakavasti lapsen tai nuoren toimintakykyä, aiheuttaen koko perheelle suurta kärsimystä ja avun tarvetta. Ongelman varhainen tunnistaminen säästäisi mm. turhilta tutkimuskierteiltä ja hoitokokeiluilta. Haasteena on yksilöllisen moniammatillista osaamista vaativan hoitostrategian laatiminen ja toteuttaminen. Sekä tietoa, osaamista että resursseja tarvittaisiin enemmän sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuoltoon toimivien hoitoketjujen luomiseksi.

LT Minna Ståhl esitteli lasten ja

nuorten kipulomakkeen ja huoltajien kipulomakkeen. Fysioterapeutti Heidi Mäenpää kävi läpi lomakkeiden pilottijakson jälkeisen palautteen. Palautetta saatiin kaikkiaan varsin niukalti, mutta verkostopäivässä lomaketta läpikäydessä syntyi hyvää keskustelua, jonka pohjalta lomakkeita voidaan vielä hieman muokata.

Palaute lomakkeista oli hyvää; lomakkeet ohjaavat keskustelua ja huomioivat kipuun vaikuttavia tekijöitä laaja-alaisesti. Erityisen tyytyväisiä oli oltu mielialaa ja ahdistuneisuutta kartoittaviin kysymyksiin. Lasten ja nuorten täyttämistä kohdista kipupiiirros, kivun yleisyys ja voimakkuus sekä kivunhallintakeinot olivat olleet erityisen hyödyllisiä ohjaamaan työskentelyä.

Lisäksi lomakkeet kokoavat hyvin taustan, mm. mitä tutkimuksia on tehty ja mitä hoitomuotoja kokeiltu. Lomakkeista saatu hyöty oli erinomais- ta,

mikäli lomakkeet oli palautettu täytettyinä hyvissä ajoin ennen vastaanottoa. Lisäksi moniammatillisen tiimin jäsenet olivat ehtineet käydä lomakkeet tahoillaan läpi ja keskustelleet tiimissä hoitosuunnitelmasta. Tarkennuksia toivottiin erityisesti kofeiiniin ja nuuskan käytön kysymyksiin, omaan tavoitteen asetteluun sekä vanhempien lomakkeessa taulukkokysymyksiin. Jatkossa toivottiin lomakkeista elektronisia versioita ja ruotsin- ja englanninkielistä käännöstä.

Verkostoitumispäivän iltapäivä oli varattu ryhmätyölle, jossa jakauduttiin ammattiryhmittäin pohtimaan hoidon optimaalista järjestämistä. Keskustelun lopuksi käytiin purku ryhmittäin.

Fysioterapeutit kertoivat, että diabetestöryhmän toimintaa oli kehitetty ulkopuolisen konsulttifirman avulla (Finndiabkids-projekti), ja projekti oli onnistunut. Pohdittiin, toimisiko sama malli myös kivunhoidon saralla. Yhteistyö koulujen kanssa nähtiin tärkeänä ja ehdotettiin erityisiä ”koulutsempareita”. Moniammatillisissa ryhmissä eri ammattiryhmien toimenkuvaa pitäisi vielä selkeyttää. Vaarana nähtiin myös, että osalle ammattiryhmistä tulee paljon vastuuta sekä vastuita sellaisilta osa-alueilta, joihin ei ole erityistä ammattitaitoa. Koulutusta pitäisi lisätä ja nimenomaan ammattikorkeakoulu- puolelle. Nykyiset ammattikohtaiset koulutukset ovat kalliita, mikä karsii osallistumista.

Toimintaterapeutti keskittyy työsään lapsen tai nuoren kanssa arjen asioihin. Toiminta on hyvin konkreettista. Toimintaterapeutti pääsee usein hyvin vuorovaikutukseen kiinni, ja toimintaan keskittyminen ”avaa usein hyvin lukkoja”. Avopuolen terapiajaksot koettiin hyvinä ja tärkeinä.

Lääkärit toivoivat, että kipuongelmista ja toiminnallisista häiriöistä kärsivät lapset ja nuoret saataisiin nopeasti ”kiinni” ja lähetettyä moniammatillisen tiimin hoitoon. Suomessa on alueellisia eroja, ja joissakin paikoissa on helpompi saada esimerkiksi psykiatrin puoli mukaan hoitoon. Lääkärikunnalle kaivattiin lisää omista yksiköissä tapahtuvia koulutuksia. Koulutusta kaivattiin kaikille lapsia ja nuoria hoitaville lääkäreille, jotta tietoisuus häiriöistä lisääntyisi. Nämä potilaat ovat usein kuormittavia ja toivottiin, että potilaalla olisi sama hoitava lääkäri. Hoitavana lääkärinä jatkaisi se, joka oli diagnosoinut toiminnallisen häiriön eikä siirtäisi hoitovastuuta esimerkiksi neurologille. Jos kaikki toiminnallisista häiriöistä kärsivät potilaat ohjautuvat pienelle määrälle lääkäreitä, he kuormittuvat liikaa.

Lääkäriryhmissä oltiin myös huolissaan resurssivajeesta, koska uusia toiminnallisista häiriöistä kärsiviä potilaita tulee koko ajan lisää. Ryhmässä toivottiin KELA:n tiiviimpää osallistumista kuntoutukseen. Lisäksi tarvitaan manuaalisen tutkimuksen koulutusta. Yksi tärkeä työkalu voivat olla kotikäynnit: yksi käynti voi ”avata koko pakeitin”. Sairaalakoulun opettaja käy myös lapsen tai nuoren koulussa. Verkostopalavereita pitäisi pitää mahdollisim-

man varhaisessa vaiheessa ja erityisesti silloin kun nuori siirtyy aikuispuolelle. Työryhmään pitää valita ihmisiä, jotka ovat motivoituneita ja haluavat hoitaa näistä häiriöistä kärsiviä. Nuoret tarvitsevat myös pidemmän seuranta-ajan. Useat ammattiryhmät korostivat hyvän työnohjauksen merkitystä, koska työ on kuormittavaa.

Psykiatrit, psykologit ja psykiatriset sairaanhoitajat kaipasivat hoitopolun yhtenäistämistä. Eri paikoissa oli eroja missä vaiheessa psykiatrin puoli tulee mukaan hoitoon. Osassa paikoista tultiin mukaan vasta, kun somaattinen puoli oli tutkittu ”loppuun”, osassa tultiin jo varhaisemmassa vaiheessa. Varhaisempi malli todettiin paremmaksi. Myös vanhempien ohjaus on tärkeää. Resurssien lisääminen saattaa olla utopiasa, mutta pohdittiin, pitäisikö nykyinen resurssi järjestää uudelleen.

Kuopiolaiset esittelivät oman mallinsa kuntoutusjaksosta. Toiminnallisista oireista kärsiville toteutetaan neljän päivän kuntoutusjakso kylpylässä. Mukana ovat terapeutit ja hoitava lääkäri. Jaksolla on mukana neljä 10-18 -vuotiaasta nuorta. Kustannuksiltaan kylpylajakso oli jopa halvempi kuin osastojakso. Jaksolle tehdään lukujärjestys ja iltatoimintaa järjestetään nuorten ehdoilla. Jakson aikana tehdään jatkuvaa arviointia, lopuksi loppuarviointi ja jatkosuunnitelma. Vanhemmat ovat paikalla vain alkutapaamisessa ja loppuarvioinnissa. Ensimmäisen jakson jälkeen on tapaaminen 3, 6 ja 12 kuukauden kuluttua.

Lahdessa järjestetään ensitapaaminen ja selvitetään myös sitä, miten perheet ovat sitoutuneet kuntoutukseen.

Lahdessa järjestetään kolmen päivän sairaalajaksoja. Jakson lopussa nuori tekee omat tavoitteensa. Kontrollit ovat 6, 12 ja 24 kuukauden kohdalla. Kun nuoret lähtevät erikoissairaanhoidosta, perusterveydenhuollosta järjestetään heille oma valmentaja ”coach”, joka on yleensä fysioterapeutti.

Verkostoitumispäivälle toivottiin taas kovasti jatkoa. Seuraavassa verkostoitumispäivässä voitaisiin miettiä esim. ryhmätöin kuntoutusjaksojen sisältöä, esitellä jo käytössä olevia kuntoutusjaksoja ja kipupotilaiden kohtaamista käytännönläheisesti. Seuraava verkostoitumispäivä järjestettäneen vuonna 2021.

Haluamme kiittää Orionin tuotepäällikköä Tarja Niemikoskea, joka mahdollisti ihanan aamupalakahvin osallistujille sekä kaikkia osallistujia vilkkaasta ja mielenkiintoisesta keskustelusta. ■

Lasten ja nuorten kiputoimikunta

Leena Halonen

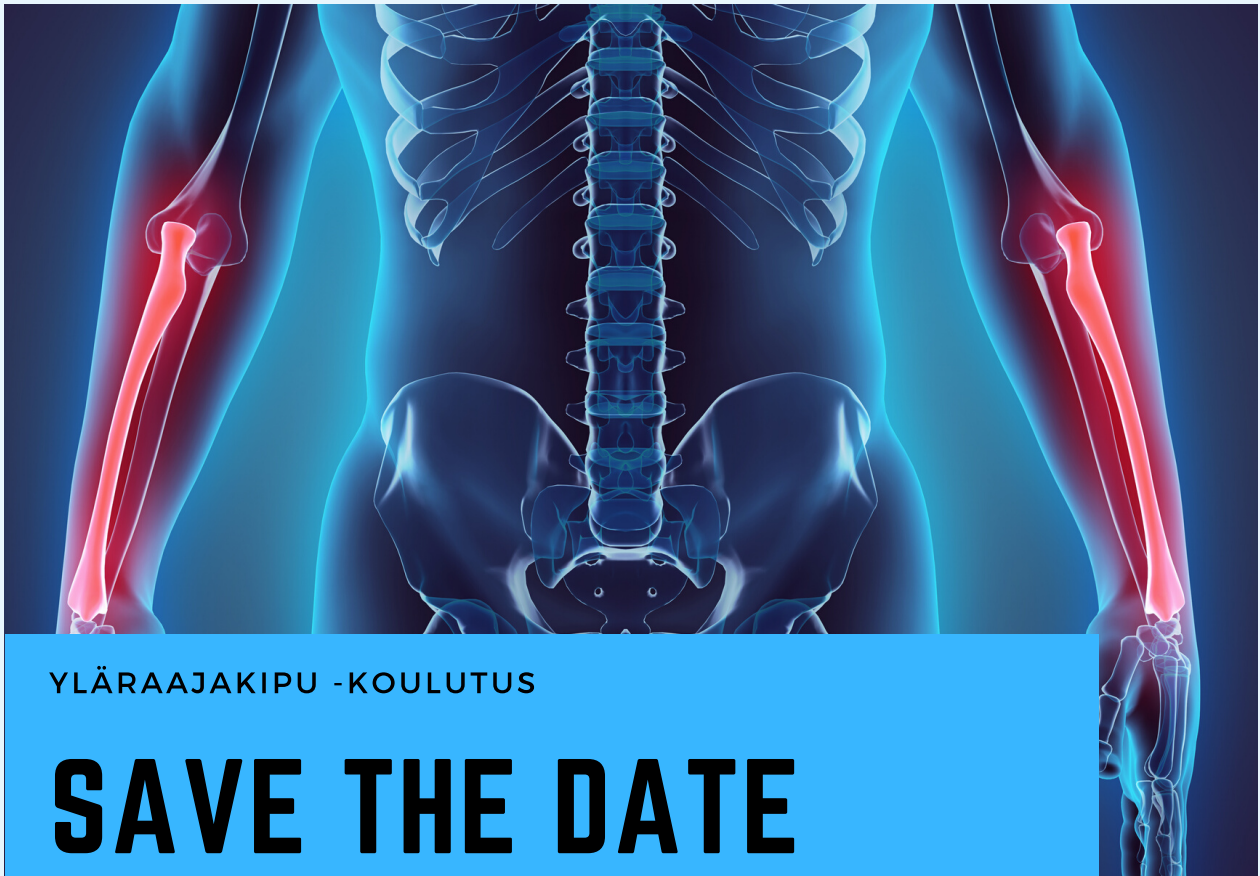
Miia Kokkonen

Anette Lemström

Kati Markula-Patjas

Heidi Mäenpää

Minna Ståhl



YLÄRAAJAKIPU -KOULUTUS

SAVE THE DATE

TORSTAI 23.4.2020 PFIZER, HELSINKI

Suomen Fysiatriryhdistyksen, Suomen Neurologisen yhdistyksen, Suomen Työterveyslääkäriyhdistyksen ja Pfizerin järjestämä koulutus käsittelee yläraajakipua. **Koulutus järjestetään torstaina 23.4. klo 9 Pfizerin toimitalolla Helsingissä. Voit osallistua myös verkon kautta!**

Koulutuksen ohjelma ja ilmoittautumisohjeet tulossa pian.

Lisää koulutus jo kalenteriin!

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

Topeliuksenkatu 20, 00250 Helsinki

19.3. Suomen Kivuntutkimusyhdistyksen Kevätkokous

Torstai 19.3.2020

Aamupäivän puheenjohtajana Juhani Ojala
Iltapäivän puheenjohtajana Hanna Von Plato

08:30–09:00	Ilmoittautuminen
09:00–09:15	Tervetuloa! SKTY PJ
09:15–10:00	Kannabis Tanskassa. Merete Petersen, Anesthesiology, Rikshospitalet, Tanska
10:00–10:45	Kannabiksen käytännöt ja suositukset Suomessa, Hamunen, Dos., anest el., HUS
10:45–11:15	Onko cannabis päihde? Pekka Laine, psyk el., Oulu
11:15–11:45	Keskustelu ja kahvi
11:45–12:15	Kivun mittaaminen teknologian avulla, Riitta Mieronkoski, ft, tohtoriopiskelija TY
12:15–12:45	Virtuaalisen kivunhallinnan mahdollisuudet, Elina Kiehelä, psl, HUS
12:45–13:45	Lounas ja näyttely
13:45–14:00	Apurahat
14:00–14:30	Opioidiongelma Suomessa, Margareeta Häkkinen, yl, LL. A-klinikka
14:30–15:00	Onko opioideilla vielä sijaa kroonisen kivun hoidossa? TBA
15:00–15:15	Keskustelu
15:15–15:30	Näyttely ja jaloittelu
15:30	Kevätkokous
18:00	Iltajuhla

Perjantai 20.3.2020

Aamupäivän puheenjohtajana Reetta Sipilä
Iltapäivän puheenjohtajana Outi Saarelainen

08:30–09:15	Glymfaattinen järjestelmä, Tuomas Lilius, Dos., kl farm el.
09:15–09:45	Unen ja kivun yhteydet, Anu-katriina Pesonen, Prof., psl, HY
09:45–10:15	Keskustelu ja Tauko
10:15–11:00	Unihäiriöiden internet-pohjaiset hoidot. Tuula Tanskanen, YAMK, sh, HUS
11:00–11:15	Kipuklinikan sairaanhoitajan antama ohjaus unen huoltoon. Kirsi Leikoski, sh, HUS
11:15–11:30	Keskustelu
11:30–12:30	Lounas ja näyttely
12:30–13:00	APS-polikliniikka kevyt malli, Elina Tiippana, LT, anest.el, Hyvinkää
13:00–13:30	Kivun Kera – kivunhoitoa terveyskeskuksessa, Maiju Marttinen, LT, Keravan tk
13:30–13:45	Keskustelu ja jaloittelu
13:45–14:15	Kivun hoitoa hoivakodeissa, Juho Murtomäki, anest el, Espoon sairaala
14:15–14:45	Pillerit puuroon vai suuhun? Lääkehoidon oikea toteuttaminen lisää tehoa ja turvallisuutta. Markus Karttunen, TtT, Oulun ammattikorkeakoulu
14:45–15:00	Keskustelu
15:00	Kiitos ja loppusanat

Koulutuspaikka: Folkhälsan, Topeliuksenkatu 20, 00250 Helsinki

Pisteet: Koulutukselle haetaan erikoistumispisteitä Helsingin yliopistosta ja erityispätevyyden teoriakoulutuspisteitä erityispätevyystoimikunnalta

Materiaalit: Tilaisuudessa ei jaeta luentomonisteita. Luentolyhennelmät julkaistaan tilaisuuden jälkeen yhdistyksen kotisivuilla (skty.org)

Tulevia koulutuksia ja seminaareja

Kotimaiset

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



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

EUROPAIN – SUMMER SCHOOL
15.–19.6.2020, Heidelberg, Saksa

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

European Pediatric Psychology Conference
16.–18.9.2020, Tukholma, Ruotsi



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



Save the date!

Lasten pitkittynyttä kipua ja toiminnallisia oireita hoitavien verkostotapaaminen 11.9.2020

Tervetuloa jatkamaan lasten pitkittyneen kivun hoidon kehittämistä aiemmat verkostoitujat, sekä lämpimästi tervetuloa joukkoon perusterveydenhuollon edustajat, erityisesti koululääkärit, jotka hoitavat pitkittynyttä lasten ja nuorten kipua tai toiminnallisia oireita!

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

Aika: 11.9.2020 klo 8.30 – 15.30

Hinta: SKTY jäsen 50 € ja muille 70 €, sisältäen lounaan ja kahvit

Verkostoitumispäivän ohjelma tarkentuu luennoitsijoiden varmistumisen myötä.

Mukaan mahtuu 90 ensiksi ilmoittautunutta, ensisijaisesti julkisen terveydenhuollon työntekijät, jotka kohtaavat työssään pitkittynyttä kipua tai toiminnallisia oireita sairastavia lapsia ja nuoria. Osallistujien toivotaan muodostuvan moniammatillisista tiimeistä, esim. fysiatri, toimintaterapeutti, neurologi, psykologi, kuntoutusohjaaja jne., kunhan työalueella hoidetaan lasten ja nuorten pitkittynyttä kipua tai toiminnallisia oireita. Perusterveydenhuollosta mukaan toivotaan koululääkäreitä. Koululääkäreille varattu 20 paikkaa.



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



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

HENKILÖJÄSENYYS

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

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

JÄSENEDET

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

KANNATTAJAJÄSENYYS

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

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