

SUOMEN KIVUNTUTKIMUSYHDISTYS RY:N JÄSENLEHTI

Kipuviesti

Nro 1/2025

**Teknologian mahdollisuudet kivun
hoidossa**

Keho-mielitietoisuutta kuntoutukseen

Kipu muuttaa suhteemme maailmaan

**Keskushermostovaikutteiset
lääkitykset ja ajokyky**



LIITY JÄSENEKSI!



Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry

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



Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry

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

[Etusivu](#) [Yhdistys](#) [Toimikunnat](#) [Jäsenyys](#) [Koulutus](#)
[Materiaalit](#) [In English](#) [På Svenska](#) [Yhteystiedot](#)
[Kipuviesti](#) [Jäsenivut](#) [Hallituksen sivut](#) [Tapahtumat](#)

Hae

Tavoitteenamme on edistää kivun monialaista hoitoa, kuntoutusta ja tutkimusta.

[Lue lisää](#)



Jäsenyys



Koulutukset



Kipuviesti

Teemu
Zetterman

Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry on terveydenhuoltoalan ammattilaisten yhdistys, jonka toiminnan tarkoituksena on edistää kivun monialaista hoitoa, kuntoutusta ja tutkimusta Suomessa. Yhdistyksessä on jäseniä noin 730 (v. 2024). Suurimpina ammattiryhminä ovat sairaanhoitajat, lääkärit, hammaslääkärit, psykologit, fysioterapeutit ja sosiaalityöntekijät.

HENKILÖJÄSENYYS

Yhdistyksen jäsenyyttä voi hakea henkilö, joka työskentelee ammatissaan kivun parissa tai jonka työ liittyy kivun hoitoon tai tutkimukseen. Jäsenyyttä voi hakea myös opiskelija, joka tulevassa työssään tulee toimimaan kivun tutkimuksen ja hoidon parissa. Henkilöjäsenmaksu on 40 €

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

JÄSENEDET

Jäsenet saavat jäsenpostina Kipuviesti- jäsenlehden kahdesti vuodessa sekä lisäksi jäsenkirjeitä. Yhdistys järjestää jäsenille edullisia koulutuksia. Kutsut paikallisiin koulutustilaisuuksiin lähetetään kunkin koulutustilaisuuden kohderyhmän mukaisesti. Jäsenet voivat tehdä aloitteita yhdistyksen toimintatavoista. Jäsenistö on etusijalla yhdistyksen julkaisujen jakelussa.

KANNATTAJAJÄSENYYS

Yhdistyksen kannattajajäseniksi voivat liittyä oikeustoimikelpoiset yhteisöt, jotka haluavat tukea kivun tutkimuksen ja hoidon hyväksi tehtävää työtä. Yhdistyksen kokouksissa kannattajajäsenillä on puheoikeus muttei äänioikeutta. Kannattajajäsenmaksu on 800 €. Kannattajajäseneksi liittyttäessä on ilmoitettava yhteys henkilön nimi ja osoitetiedot jäsenpostin toimittamista varten.

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

- 5 **Teresa Autio** Pääkirjoitus

Teknologia

- 6 **Heidi Haromo** Teknologia kipukuntoutuksen tukena
8 **Heidi Alanen, Hanna Väärälä** Virtuaalitodellisuus lasten hoitotyössä

Muut artikkelit

- 11 **Sirpa Lind-Terävä, Anne Mattila** Keho-mielitietoisuutta kuntoutumiseen
15 **Aleksi Sarkkinen** Kipu muuttaa suhteemme maailmaan
19 **Jani Mikkonen** Todennäköisesti lyhyin, luotettavin ja oleellimpaan keskittyvä kipu-unimittari
22 **Elisa Nevalainen** Keskushermostovaikutteiset lääkitykset ja ajokyky
30 **Annukka Kallio** Terveyskylän digitaaliset ratkaisut tukevat lääkäriä kipupotilaan opioidilääkityksen arvioinnissa ja seurannassa
32 **Riitta Rosio, Reetta Mustonen, Mirka Toivonen, Sanna Salanterä** Kivun hoitotyön uusi ohjeistus julkaistu Terveysportin hoitotyön tietokannassa
34 **Hanna Kaijankoski et al.** Kokonaisuus on enemmän kuin osiensa summa – kuntoutusta lähes neljä vuosikymmentä

Työharjoittelu

- 40 **Anette Lemström** Kipuhoitaja työharjoittelussa Norjassa: Uusia näkökulmia ja oivalluksia Oslost

Palkittu

- 44 **Helena Olkinuora** Vuoden 2024 palliatiivisen lääketieteen palkinto professori Reino Pöyhälle

Kipuviesti-lehti

- 45 **Heli Forssell, Riitta Rosio** Kipuviestiä toimittamassa

Väitös

- 48 **Teemu Zetterman** Fibromyalgian oireista sen mekanismeihin

Nipistyksiä

- 50 **Anneli Vainio** Musiikkikasvatuksesta

Suomen Kivuntutkimusyhdistyksen sivut

- 53 **Maiju Marttinen** Hyvinvointialueiden pitkittyneen kivun potilaiden hoitoa voitaisiin parantaa
54 **Essi Grén, Hanna Hakomäki, Reetta Keränen, Maj-Kristine Lindgren, Ulla Salo, Tanja Pihlaja, Hanna Pohjola, HannaVuorimaa** Taiteiden kivun kanssa – verkostoitumista taideterapioiden kentällä
56 **Maarit Pekkala, Riitta Huhta-Hirvonen, Miia Kokkonen, Tuula Korhonen** Akuutin ja syöpäkivun hoito moniammatillisena yhteistyönä
59 **Koulutusta**



Kipuviesti

1/2025

28. vuosikerta

Julkaisija

Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry

www.skty.org

ISSN 1796-3141

Päätoimittaja

Riitta Rosio

kipuviesti@skty.org

Toimituskunta

Teresa Autio, terasa.autio@gmail.com

Hanna Hakomäki, hanna.hakomaki@

musiikkiterapia.fi

Heidi Haromo, heidi.haromo@premium.fi

Tuula Korhonen, tuula.korhonen@pohde.fi

Katja Luostarinen, katja.luostarinen@pshyvinvoin-
tialue.fi

Riitta Rosio, riitta.rosio@utu.fi

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

Kipuviesti-lehden tilaus: TietoAkseli Group Oy

PL 1234, 20101 Turku tai reskontrat@tutke.fi

Tilauksen yhteydessä on ilmoitettava tilattava tuote ja
määrä sekä toimitus- ja laskutusosoitteet.

Vuosikerran hinta on 50 €.

Osoiterekisteri

TietoAkseli Group Oy

PL 1234, 20101 Turku

puh. 010 347 2800

reskontrat@tutke.fi

Kannen valokuva: Premium kuntoutus

Graafinen suunnittelu

Eero Antturi

Kirjapaino GRANO, Vaasa

2025

Ilmoitushinnasto vuodelle 2025

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

Ilmoitushankkija: Tuula Korhonen

tuula.korhonen@pohde.fi

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

Lehden painos on 1500 kpl.

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

Ilmoitusaineisto toimitetaan osoitteella: Antturi Design Oy,

sähköposti: antturi@antturidesign.com

viestikenttään: Kipuviesti / ilmoitusaineisto

Kopio ilmoituksesta: Tuula Korhonen

(sähköposti: tuula.korhonen@pohde.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	800 €	1 400 €
2. ja 3. kansi	600 €	1 100 €
Sisäsivut	500 €	900 €
Sisäsivu 1/2	250 €	450 €
Sisäsivu 1/4	150 €	275 €

Teknologian mahdollisuudet kivunhoidossa – haasteet ja edistysaskeleet



Teresa Autio

Kipuviestin toimituskunnan jäsen

Teknologian hyödyntäminen terveydenhuollon palveluissa on kasvussa, tuoden uusia ulottuvuuksia myös kivunhoitoon. Hyvinvointialueet ovat kohdanneet tilanteen, jossa säästöjen löytäminen on välttämätöntä. Tämän vuoksi digitaalisten palveluiden tarjontaa lisätään. Tämä mahdollistaa sen, että kipupotilas voi saada terveysalan ammattilaisen palvelut etänä ilman, että hänen tarvitsee lähteä vastaanotolle. Vaikka tämä on merkittävä edistysaskel, on tärkeää varmistaa, että palvelut soveltuvat sähköiseen muotoon ja vastaavat potilaiden yksilöllisiä tarpeita.

On varmistettava, että palveluiden uudistuessa ne pysyvät yhdenvertaisesti kaikkien saatavilla. Kaikilla ei ole välttämättä tarvittavia laitteita tai osaamista digitaalisten palveluiden käyttämiseen. Kipupotilaiden kannalta on elintärkeää, että moniammatillinen osaaminen ja vaikuttavat hoidot säilyvät palvelutarjonnassa. Säästötalkoissa on tärkeää huolehtia, että keskeiset palvelut säilyvät, eikä ketään jää eriarvoiseen asemaan.

Tämän lehden yksi aiheista keskittyy teknologian tarjoamiin mahdollisuuksiin kivunhoidossa. Aihetta lähestytään teknologian tuomien uusien mahdollisuuksien näkökulmasta, tutustumalla robotiikan hyödyntämiseen kuntoutuksessa sekä VR-teknologian mahdollisuuksiin lasten kivunhoidossa. Kevätnumeron muu anti on myös monipuolista: lukijoille tarjotaan tietoa mm. PKV-lääkkeiden turvallisesta määräämisestä ja niiden vaikutuksesta ajokykyyn, sekä tietoa uudesta kivun hoitotyön ohjekokonaisuudesta.

Tätä lehteä saimme suunnitella toimituskunnan kanssa kasvotusten, kun tapasimme vuosittain järjestetyssä kehityspäivässä. Ideoimme myös lehden tulevaisuutta, ja pohdintaa aiheutti mm. lehden mahdollinen siirtäminen sähköiseen muotoon. Asia jäi vielä selvitystilaan ja jatkossa tulemme kartoittamaan myös SKTY:n jäsenten mielipidettä asiasta. Olen kiitollinen siitä, että saan olla osa tätä upeaa toimituskuntaa, ja ilokseni olemme saaneet vahvistuksia mukaan. Kipuviesti kaipaa kuitenkin uutta päätoimittajaa. Päätoimittajan pestistä voit lukea lisää tämän numeron sivuilta, josta löydät myös rekrytointi-ilmoituksen.

Toivon lukijoille yhtä antoisia hetkiä tämän lehden lukemisessa kuin meillä oli sen tekemisessä.

Aurinkoista ja lämmintä kevättä kaikille! ■

Teknologia kipukuntoutuksen tukena



Heidi Haromo

fysioterapeutti
fysioterapian palvelu-
taava
Lokomat- ja kipukuntou-
tuksen tiimivastaava
Premius kuntoutus,
Tampere

Kuntoutus perustuu toimintakyvyn kohentumiseen ja perinteisten menetelmien rinnalle on tullut lääkinällinen teknologia yhä vahvemmin mukaan. Teknologia mahdollistaa usein tehokkaamman kuntoutuksen ja parantaa kuntoutujien elämänlaatua.

Teknologian käyttö on yleisintä neurologisessa kuntoutuksessa, mutta se on lisääntynyt myös tuki- ja liikuntaelinkuntoutuksessa sekä kivun parissa työskentelevien kuntoutusalan ammattilaisten keskuudessa. Teknisavusteinen kuntoutus voi olla esimerkiksi aivokuntoutusta, virtuaalista kuntoutusta, robotiikan käyttöä tai näiden yhdistelmiä.

Yläraajakuntoutuksen alkuvaiheessa haasteena on usein vaikeus tuottaa liikettä. Tällöin robotiikka on apuna mm. keventämässä raajan painoa, tuottamassa liikettä sekä motivoimassa. Tässä artikkelissa keskitytään kuitenkin kävelyrobotiikan hyötyihin kipukuntoutuksessa.

Pitkittyneen kivun kuntoutus

Yksi yleisesti tunnetuista kipusairauksista on CRPS (monimuotoinen kipuoireyhtymä), joka voi saada alkunsa lievästä tai kohtalaisesta kudosvauriosta. Aina syytä ei kuitenkaan saada selville. Pitkittyneestä kivusta johtuvat keskushermoston rakenteelliset ja toiminnalliset muutokset aiheuttavat lihasvoiman heikoutta, raajan liikkeen vähenemistä sekä raajan hahmottamishäiriöitä. Hyvin usein CRPS kuntoutujilla on myös sentraalista sensitiisaatiota eli kipuhemoradan herkistymistä.

Pitkittyneestä kivusta kärsivillä henkilöillä tavataan usein myös liikkumisen pelkoa, kivun pelkoa sekä toiminnallisia häiriöitä. Lääkitys on tärkeässä osassa pitkittyneen kivun hoitoa, mutta vielä tärkeämpää on lääkkeetön hoito. Tässä kohtaa moniammatillinen kuntoutus nousee esiin ja ideaalitalanteessa kuntoutustii-

miin kuuluu lääkärin lisäksi psykologi, fysio- ja toimintaterapeutti. Kipu- ja psykoedukaation sekä kivun omahoidon lisäksi fysio- ja toimintaterapeutit vastaavat asteittain etenevästä sensorisesta altistamisesta ja liikkeen lisäämisestä. Näiden lisäksi terapeutit hyödyntävät erilaisia apuvälineitä ja painetekstiileitä. Kuntoutusteknologia on yhä enenevissä määrin yksi terapeuttien työväline ja siten osa kokonaiskuntoutusta.

Robotiikan hyödyntäminen

Raajan liikuttaminen ja sen käyttäminen osana arkisia askareita on kuntoutuksessa tärkeää. Toiminta pyritään palauttamaan aktiivisella raajan liikuttamisella, mutta aina se ei heti onnistu. Kuntoutuksen alkuvaiheessa hyödynnetään mm. mielikuvaharjoittelua ja asteittain siirrytään peiliterapian kautta aktiiviseen terapeuttiseen harjoitteluun. Teknologian avulla päästään usein nopeammin aktiivisen liikkeen hyödyntämiseen. Erityisesti robotiikan avulla saadaan raajaan liikettä suurilla toistomäärillä samalla, kun virtuaalinäyttö vie huomion pois kivusta.

Lokomat-kävelyrobotti osana elämänlaatua parantavaa kuntoutusta

Lokomat-kävelyrobotti kehitettiin Sveitsissä vuonna 1995 alun perin aivohalvauksen ja selkäydinvaurion jälkeiseen kuntoutukseen. Suomeen ensimmäisen Lokomat tuli vuonna 2011 ja nyt niitä on yhteensä 20 kappaletta. Suurin osa Lokomateista on sairaaloissa ja muutama



kuntoutuslaitoksissa tai yksityisissä kuntoutusalan yrityksissä. Suomessa kahdessa yksityissektorin paikassa on myös lapsille sopivat ortoosit (pääkaupunkiseudulla ja Tampereella).

Lokomat-kävelyrobotti sisältää kävelymaton, dynaamisen painokevennysjärjestelmän, robotisoidut kävelyortoosit sekä ohjausyksikön. Laitteeseen integroitu painokevennysjärjestelmä mahdollistaa kävelyn eri vaiheisiin mukautuvan kevennyksen, jolloin kävely on dynaamista. Tavallisessa painokevennetyssä kävelyssä kevennys pysyy vakiona. Dynaamisuuden lisäksi Lokomatin hyötyjä verrattuna tavalliseen kävelyharjoitteluun on turvallisuus, laadukkuus, nopeampi kävelyvauhti sekä askelten suuri määrä. Kävelyrobotin käyttämiseen riittää vain yksi fysioterapeutti.

Lokomat-kävelyrobotti sopii hyvin erilaisille kuntoutujille ja kuntoutuksen eri vaiheissa. Alussa turvallisuus, painokevennys, liikkeen säätömahdollisuudet ovat avainasemassa, kun taas pidemmällä olevilla kuntoutujilla vähennetään ortoosien ja painokevennyksen apuja,

lisätään askelpituutta ja haastetaan kävelyä pelien ja grafiikan avulla. Lokomat kävelyrobotilla voi myös juosta dynaamisesti ilman ortooseja. Kuntoutuja kiinnitetään laitteeseen valjailla sekä leveillä manseteilla, jotka saadaan asennettua niin tukevasti, että moni herkistyneestä kiputunnosta kärsivä pystyy laitteessa harjoitteluun.

Kävelyrobotilla harjoittelu parantaa tutkusti lihasvoimaa, tasapainoa, nivelliikkuvuutta sekä mielialaa. Harjoittelu on aktiivista pystyasentoharjoittelua, jossa toteutetaan hengästyttävää liikuntaa, mikä puuttuu usean pitkittyneestä kivusta kärsivän kuntoutujan arjesta. Yksityissektorilla Lokomatissa kävellään keskimäärin 40–45 minuuttia ja sinä aikana askelia tulee yli 3 000, jotka ovat laadukkaita. Palaute kävelystä tulee liike- ja tuntoaistin sekä visuaalisesti peilin kautta.

Kävelyrobotissa kävely on symmetristä, joka auttaa hahmottamishäiriöissä. Pitkittyneen kivun aiheuttamissa toiminnallisissa häiriöissä opetellaan kävelyä uudelleen niin, että kuntoutuja pääsee pyörätuolista takaisin käveleväksi tai pääsee kyynärsauvoista eroon ja palaa takaisin normaaliin elämään.

Fysioterapeutin rooli kävelyrobotin käytössä on aktiivinen: hän ohjaa kuntoutujaa suullisesti tai mallintamalla kävelyä sekä vastaa ohjausyksikön käytöstä. Fysioterapeutin tehtävänä on haastaa oikeissa kohdissa ja kannustaa, vaikka kävelyrobotin virtuaalipelit sitä tekevätkin omalla tavallaan. ■

Kirjallisuutta:

1. Nordic Healthcare Groupin raportti, 2019
2. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2016;132(11):1075-6, Hanna Harno
3. Hocoma 2018
4. Marchal-Crespo & Riener 2018

Virtuaalitodellisuus lasten hoitotyössä



Heidi Alanen

Koordinoiva tutkimushoitaja, sh amk, Tays Lasten lääketutkimuskeskus PeeTU

Hanna Väärälä

tutkimushoitaja, sh amk, Tays Lasten lääketutkimuskeskus PeeTU

Virtuaalitodellisuus (VR, virtual reality) on noussut mielenkiintoiseksi työkaluksi lasten hoitotyössä, erityisesti tilanteissa, joissa hoitoprosessit voivat olla lapselle stressaavia, kuten kanylointien tai lääkepistosten yhteydessä. Tampereen yliopistollisen sairaalan (Tays) Lasten Lääketutkimuskeskus PeeTUssa on ollut käynnissä tutkimuksia, joissa on tutkittu Tampereen yliopistossa kehitettyä sovellusta virtuaalilaseille. VirNE (Virtual Natural Environments) tarjoaa rauhoittavan luontomaiseman, yhdistettynä syvähengitys- tai rentoutusharjoitukseen. Virtuaalilasit ovat olleet tutkimuksen ohella käytössä Taysin lastentautien yksiköissä parin vuoden ajan.

Tutkimushankkeet lasten terveyden tukena

Ensimmäisenä PeeTUssa toteutettiin tutkimus, jossa lapset katselivat VR-laseilla virtuaaliteknikalla ohjattua syvähengityksen tai rentoutumisen harjoittelua kanyloinnin yhteydessä. Näiden lisäksi osa lapsista katsoi VR-laseilla luontomaisemaa ilman ohjattua harjoittelua kanyloinnin aikana ja verrokkiryhmä kanyloitettiin ilman VR-interventiota. VR-sovellusta on tutkittu myös suolistosairauksia (IBS, IBD) sairastavilla lapsilla. Tavoitteena on selvittää, auttaako sovelluksen käyttö lievittämään heidän oireitaan syvähengitys- tai rentoutusharjoituksilla. Viime vuosina VR-tutkimukset ovat laajentuneet myös psykiatrian puolelle. Tavoitteena on selvittää, voiko virtuaalitodellisuus lievittää ahdistuneisuushäiriöistä kärsivien lasten ja nuorten oireita.

VR-sovelluksen käytön vaikutukset lasten stressiin

PeeTUn kautta on saatu käyttöön Taysin lastentautien yksiköihin VR-laseja Virne-sovelluksella. Niitä on käytetty esimerkiksi kanylointitilanteissa tai lääkepistosten yhteydessä. VR-lasien käyttö on osaltaan auttanut vähentämään lasten kokemaa stressiä ja ahdistusta. Monet lapset, joilla oli aiemmin neulakamoa, kertoivat VR-harjoitusten jälkeen, että pistot eivät tuntuneet enää yhtä pelottavilta tai kivuilailta.

VR-harjoitusta katsoessaan lapsi ei näe neuloja eikä pistohetkeä, jolloin tilanne on lapselle helpompi.

Kokonaisvaikutukset ja potilaspalaute

Virtuaalilasit on otettu pääsääntöisesti positiivisesti vastaan lastentautien yksiköissä. Hyvää palautetta on tullut niin lapsilta ja perheiltä kuin hoitohenkilökunnaltakin. Lapset ovat kommentoineet muun muassa, että luonto oli mieluisa ympäristö ja että he tunsivat olonsa rentoutuneeksi harjoitusta katsellessaan. Moni lapsi ilmoitti kokevansa harjoituksen mukavaksi ja haluavansa suositella sitä ystävilleen.

Toisaalta, kuten kaikissa hoitomenetelmissä, on myös tässä ollut haasteita. Osa lapsista ei ole kokenut harjoitusta miellyttäväksi. Osan mielestä harjoitus oli liian rauhallinen. Erityisesti näin kokivat usein ne, joilla oli aiempaa kokemusta VR-laseilla pelaamisesta. Lasit itsessään ovat painavat ja tämä saattaa aiheuttaa pienimmille lapsille haasteita. Osalla pistopelko on niin voimakasta, että se esti lasta uskaltamasta edes kokeilla laseja ja harjoitusta. Uuden hoitomenetelmän käyttöönotto on vaatinut henkilökunnan kouluttautumista ja uskallusta ottaa käyttöön uusi menetelmä.

Virtuaalitodellisuus ja hoitotilanteiden sujuvuus

VR-lasien käytön on havaittu vaikuttavan myös



hoitotilanteiden sujuvuuteen. VR-lasien kanssa kanyloinnit onnistuvat useammin ensimmäisellä pistolla eli pistojen määrä on vähentynyt. Tämä on merkittävä etu, sillä se vähentää lapsen stressikuormaa ja voi parantaa hoitokokemusta pitkällä aikavälillä. Lisäksi henkilöstöresurssia ei tarvitse sitoa niin paljon yksittäisiin kanylointitilanteisiin, kun kanylointi saattaa sujua VR-lasien kanssa yhden hoitajan toimesta. Pahimmillaan vaikeat kanylointitilanteet ovat vaatineet esimerkiksi neljä hoitajaa, vanhemman ja anestesia-ääkäriä. Lasten kohdalla nämä lasta vähemmän kuormittavat hoitotilanteet ja onnistuneet kanyloinnit tarkoittavat myös isoa pitkäaikaishyötyä. Lapset saavat hyvän kokemuksen kurjien kokemusten jälkeen tai ehkä jo ensimmäisellä kerralla, ja sairaalakäynnit muuttuvat kokonaisuudessaan helpommiksi ja stressittömämmiksi. VR-laseilla on pystytty auttamaan osaa äärimmäisen pistopelkoista lasta voittamaan pelkonsa ja helpottamaan tulevia sairaalakäyntejä ja pistotilanteita.

Lääkkeetön vaihtoehto ja mahdollinen lääkkeiden vähentäminen

Virtuaalitodellisuus tarjoaa lääkkeettömän vaihtoehdon hoitojen tueksi. Tähänastisen käyttökokemuksen mukaan sen avulla voidaan vähentää esimerkiksi ilokaasun tai rauhoittavien lääkkeiden käyttöä kanyloinneissa ja lääkepistoksien antamisessa. Puudutevoi-

teen käyttö ennen kanylointia virtuaalilasien kanssa on ollut hyödyllistä, sillä lapsi keskittyy VR-interventioon, eikä huomaa kanylointia. Lapsen ollessa rentoutuneena suonet ovat myös helpompi löytää ja kanyloida.

Tulevaisuuden näkymiä

Virtuaaliset luontoympäristöt voivat tarjota merkittävän lisän lasten sairaanhoidon tukemiseen, mutta jatkotutkimukset ovat tarpeen. Virtuaalitodellisuus on jo nyt osoittanut potentiaalinsa lasten hoitotyössä ja sen kehittäminen tarjoaa mahdollisuuksia entistä parempien hoitotilanteiden luomiseen, mikä tukee lasten hyvinvointia sairaanhoidossa. Tulevaisuudessa virtuaalitodellisuus tarjonnee paljon mahdollisuuksia terveydenhuollossa. ■

Lasten lääketutkimuskeskus PeeTU
Suomen ensimmäinen lääketutkimuskeskus
Perustettu 2017
Käynnissä sekä lääke- että laitetutkimuksia
www.pirha.fi/peetu

Kirjallisuutta:

- Case Report: Virtual natural environment solution helped a child cope with a painful procedure <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fped.2024.1355046/full>
- Virtuaalitodellisuus helpottaa lasten hoitoahdistusta <https://www.mustread.fi/artikke-lit/virtuaalitodellisuus-helpottaa-lasten-hoitoahdistusta/>
- Design and User Experience of VirNE Application: Deep Breathing Exercise in a Virtual Natural Environment to Reduce Treatment Anxiety in Pediatrics <https://doi.org/10.3390/healthcare11243129>
- Effects of Using Guided Deep Breathing Exercises in a Virtual Natural Environment to Reduce Stress during Pediatric Treatment <https://www.mdpi.com/2227-9032/11/24/3140>
- Design and User Experience of VirNE Application: Deep Breathing Exercise in a Virtual Natural Environment to Reduce Treatment Anxiety in Pediatrics <https://www.mdpi.com/2227-9032/11/24/3129>

Keho-mielitietoisuutta kuntoutumiseen



Sirpa Lind-Terävä

Toimintaterapeutti (amk)
PSHVA KYS fysiatria



Anne Mattila

HuK, Toimintaterapeutti
(amk)
PSHVA KYS fysiatria

Keho-mielitietoisuuden (psykyfysiisyyden) merkitys lisääntyy kuntoutujan kohtaamisessa. Sen tulisi olla kipukuntoutuksessa yhtenä lähestymismallina niin lääkärillä, hoitajalla kuin terapeutilla.

Erilaiset keho-mielitietoiset tekniikat vaativat ammattilaisilta uuden tiedon hakemista ja kouluttautumista. Eri menetelmät laajentavat ammattilaisen työkalupakkia, jolloin erilaisille persoonille ja erilaisista oireista kärsiville voidaan löytää keino, joilla kuntoutuja itse voisi vaikuttaa tilanteeseensa. Psyko-fyysinen lähestyminen sopii myös ryhmämuotoisen kuntoutuksen pohjaksi.

Useat keho-mielitoiminnot soveltuvat myös etävastaanotoilla käytettäväksi.

Tutkimustieto keho-mieli menetelmien käytöstä kuntoutumisessa on suuntaa antavaa ja rohkaisevaa, otannat ovat kuitenkin usein pieniä tai seuranta lyhytaikaista, siis pä lisätutkimusta tarvitaan. Avainsanat: kuntoutus, pitkittynyt kipu, psyko-fyysisyys, toimintaterapia

Kuntoutuksen haasteet

Suhtautuminen kipupotilaan kuntoutusta kohtaan voi olla edelleen rajoittunutta. Fragmentoituneessa (pirstaleisessa) terveydenhuoltojärjestelmässä potilas tulee oireen perusteella usein ohjatuksi eri alojen erikoislääkäreille, jolloin kokonaiskuva potilaan ongelmista ei säily hallussa kenelläkään. Somaatiikan alojen asiantuntijat eivät ole ensisijaisesti koulutettuja ymmärtämään ihmisen psyyketä, vaan painopiste on kehon hoitamisessa. Tämän takia mielen rooli oireiden synnyssä ja juurisyynä voi jäädä huomiotta ja ymmärtämättä. Mikä taas voi johtaa siihen, että potilas diagnosoidaan väärin, hoidosta tulee oireenmukaista, eikä todellista

ja pysyvää toipumista tapahdu. (1)

Uusimmat hoitosuositukset suosittelevat biopsykososiaalista lähestymistapaa tuki- ja liikuntaelinvaikeiden (tule) hoitoon, mutta sen soveltamisessa on vielä haasteita. Potilaat jäävät edelleen tyhjän päälle, jos terveydenhuolto ei mahdollista hoidon jatkuvuutta tulevaisten hoidossa. Moni selkäkipuinen kokee, ettei tule kuulluksi ja ymmärretyksi terveydenhuollossa. Toisaalta yksikin merkityksellinen kohtaaminen voi kääntää suunnan. Myös ammattilaiset tarvitsevat riittävästi koulutusta ja tukea toteuttaakseen biopsykososiaalista lähestymistapaa kivun hoidossa. (2)

KELAn tilaamassa kirjallisuuskatsauksessa todetaan, että pitkäaikaista kipua kokevan aikuisen kuntoutukseen ohjautuminen on Suomessa sattumanvaraista. KELAn kirjallisuuskatsauksessa tarkasteltiin psykologisia, liikuntaharjoitteluun perustuvia moniammatillisia interventioita. Tutkimuksissa tiedon antamisella ja kognitiiviseen viitekehykseen perustuvilla interventioilla on havaittu enemmän vaikutuksia kipuun ja toimintakykyyn kuin esimerkiksi tavanomaisella hoidolla. Fyysisellä aktiivisuudella on havaittu enemmän vaikutuksia toimintakykyyn kuin passiivisuudella. Tässä pitkäaikaista kipua kärsivien kuntoutuksen kirjallisuuskatsaukseen pohjautuvassa suosituksessa korostetaan toimivan vuorovaikutuksen tärkeyttä sekä psykologisten seikkojen huomiointia kivun hoidossa ja kuntoutuksessa. (3)

Pitkittynyt kipu

Krooninen kipu saa aikaan monenlaisia fyysisiä ja psyykkisiä reaktioita. Se on aina keholle stressaavaa vetäen sen eräänlaiseen suojakoteloon. Kipu vaikuttaa tietoisuuteemme kapeuttaen havaintojen ja huomioiden tekemistä. Se jähmettää toimintoja ja estää luonnollisen energian liikkumisen kehon ja mielen välillä. Pitkittynyt kipu saa aikaan epäluottamuksen tunnetta omaa kehoa kohtaan, koska keho

Kuva 1. Mieli-kehoyhteyden huomiointia arjen askareissa.



tuntuu itselle vieraalta. Tämä johtuu siitä, että kroonistuneessa kivussa lähes kaikki kehon tuntemukset on tulkittu aivoissa pelottaviksi tai kärsimystä aiheuttaviksi (4).

Pitkittyneeseen kipuun liittyy usein sentraalinen sensitisatio eli keskushermoston herkistytminen. Tämän prosessin selkiyttäminen edellyttää kroonisen kivun syntymekanismien selittämistä sekä kipuun vaikuttavien tekijöiden läpikäyntiä kuntoutujan kanssa. Vaikka kivun aistiminen on yleisinhimillistä, sen kokeminen on aina yksilöllistä. Kipukokemus muodostuu monista tekijöistä, joiden yhteisvaikutus saa aikaan kipukynnyksen ylittymisen. Tämän vuoksi myös kivunhallintakeinot ovat yksilöllisiä. Kroonisen kivun määritelmän ja vireystilojen merkityksen selkiyttäminen auttavat kuntoutujaa ymmärtämään kivun luonnetta sekä löytämään minäpystyvyyttä kuntoutumisen tueksi.

Psykofyysisyyden keskiössä on keho-mielitietoisuus, tämän vuoksi psykofyysiseen toimintaan ohjaus soveltuu erittäin hyvin kuntoutukseen potilailla, jotka kokevat pitkittynyttä kipua. Kroonisessa kipuoireyhtymässä hallitseva oire on sitkeä, vaikea ja kärsimystä tuottava kipu, jota ei täysin selitä mikään fysiologinen prosessi tai fyysinen häiriö (5). Psykofyysisten toimintojen avulla saamme välineitä kehon joskus monimutkaistenkin viestin havaitsemiseen ja käsittelemiseen. Eletyt ihmissuhteet, kokemukset ja kehon toiminta muokkaavat minäkuvaa. Aiemmat kokemukset vaikuttavat käyttäytymiseen, valintoihin, ihmissuhteisiin ja tapaan elää ainutkertaista elämää (6).

Psykofyysisyys toimintaterapiassa

Psykofyysisyys sisältyy toimintaterapian viitekehyksiin siinä missä biopsykofyysinen ja kognitiivis-behavioraalinen mallikin. Psykofyysisyys on aina toimintaterapiassa läsnä hengityksen huomioimisesta mielikuvaharjoitteisiin, ergonomiaohjauksesta rentoutumiseen. Au-



Kuva 2. Perhostaputus.

tenttisen toimintaterapian käsityksen mukaan toimintaterapian tarkoituksena on tuottaa asiakkaalle oivalluksia omasta realistisesta sosiaalisesta, fyysisestä ympäristöstä sekä psyykkisestä itsestä. Toimintaterapian ainutlaatuisuus on siinä, että asiakas ottaa aktiivisesti osaa omaan terapiaansa omilla valinnoillaan, itsestä lähtevällä toiminnalla, todellisuusorientaatiolla sekä tarkoituksenmukaisuudella (7). Billiard kumppaneineen (2022) kannustaa ammattilaisia ottamaan kehon roolia korostavia menetelmiä ammatillisiin tutkimuksiin ja toimintatapoihin sekä pohtimaan aikaisemmin hyväksytyjä olettamuksia uudelleen, jotta mieli-keho dualismi voisi lisääntyä. (8)

Terapeutin rooli kehotietoisuuden ohjaamisessa on auttaa sanallistamaan tunneilmaisua, siirtämään huomiota pois kivun tarkkailusta sekä johdattaa kuntoutujaa keskittymään kehon positiivisiin/toimiviin kohtiin. Kehotietoisuutta voi ohjata esim. demostroiden eli yhdessä tehden. Asiakkaan kokemuksen kommentointi tapahtuu tilanteen mukaan, joko kysellen tai vaihtoehtoisesti kosketuksella. Kysymyksiä voivat olla: Onko toiminto helppo vai vaikea? Millainen tunne herää? Mitä/missä/miten kehossa tuntuu ja mitä ajatuksia herää? Kuinka voisin toimia toisin? Sanallistaminen ei

kuitenkaan ole aina välttämätöntä, joskus voi reflektoida kehotuntemusta tarpeen vaatiessa myöhemminkin. Konkreettisimmillaan omia reagointimalleja ja toimintatapoja voidaan tarkastella toimintaterapiassa päivittäisten toimintojen kautta. Harjoituskeittiössä arkitoiminnan yhteydessä havainnointi voi avata oivalluksia omille kehotuntemuksille ja uusille toimintatavoille.

Tietoisien läsnäolon merkitys

Toimintaterapia sisältää psykofyysisiä toimintoja kuntoutujan oman kontekstin ymmärtämisen tueksi. Kehotuntemusten havainnointi tuo ihmisen nykyhetkeen. Yksinkertaisimmillaan kehotietoisuutta voi toteuttaa hengityksen havainnoinnilla. Et voi hengittää menneisyydessä tai tulevaisuudessa, hengitys tapahtuu juuri nyt läsnä olevassa hetkessä. Siksi sen havainnointi ankkuroi meidät tehokkaasti aikaan ja paikkaan. Kehotietoisuuden harjoittelu edistää tunteiden tunnistamista, sillä tunne on aina myös kehollinen kokemus. Tuntematta jäänyt tunne voi jäädä kehoomme koputtamaan fyysisenä kipuna: niskajäykkyytenä, migreeninä, vatsakipuna tai hyvinkin paikallisena särkynä. Kehomme reaktio kertoo siitä, mitä mielessämme tapahtuu. (9)

Tietoisien läsnäolon tilassa havainnoimme kaikkea aivan erityisellä tavalla: tarkoituksella, nykyhetkessä ja ilman arvostelua. Nämä kolme tekijää kuvaavat hyvin tietoisien läsnäolon keskeiset piirteet ja antavat samalla jo viitettä myös siitä, mikä tekee tietoisesta läsnäolosta kaikessa yksinkertaisuudessa usein myös vaikeaa. (10). Tietoisuustaitojen on osoitettu lievittävän ahdistusta ja masennusta. Yksilön tarkkaavaisuuden ja tunteiden säätelykyvyn kehittyminen mahdollistaa näkökulman muutoksen itseä kohtaa. Mielen ja kehon interventioiden käyttäminen ennen toimintaterapiassa tehtäviä toimenpiteitä, esimerkiksi ennen kirurgisen

Kuva 3. Jooga on hyvä mieli-
kehotoiminto.



paketin purkua tai ortoosin valmistusta, johti merkittävään stressin vähenemiseen. (11)

Hermoston säätelemää fyysistä ja psyykkistä aktiivisuutta voidaan kuvata jäsentämällä se vireystiloiksi. Vireystilojen vaihtelut ovat luonnollinen osa vuorokautta, arkea ja sen rytmiä. Iltaa kohden vireystila laskee ja valmistautuu nukkumiseen, minkä aikana keho ja mieli palautuvat ja aivot puhdistuvat (12). Ylivirittynyttä olotilaa voi tasoittaa huomion suuntaamisella ulkoiisiin aisteihin, jolloin tarkoituksena on jarruttaa mielen kierroksia kohdistamalla huomio ympäristöön. Hengitys on silta kehon ja mielen välillä; se muuttuu joka hetki sen mukaan mitä kohtaamme, aistimme, tunnemme ja koemme hetkestä toiseen. Rauhallisessa rentoutuneessa olotilassa hengitys on luonnollisesti syvää ja hidasta, kiputilanteessa hengitys muuttuu stressireaktion seurauksena, sillä aivot käskyttävät elimistöä tuottamaan enemmän happea taistelu-pakovalmiutta varten. Joskus tunnestressi on iso osa koko kipukokemuksta, ja tällöin hengityksen rauhoittuminen voi lieventää kipua merkittävästi (13). On kuitenkin huomioitava, että sisäisten tuntemusten havainnointi voi olla kuntoutujalle vierasta ja

haastavaa, jolloin se voi myös lisätä ahdistuneisuutta ja kipua. Tämän vuoksi kehotietoisuuden ohjaaminen vaatii terapeutilta ymmärrystä vuorovaikutuksellisesta toimintaan sitoutumisesta. Hengityksen tarkkailun sijaan huomio voidaan suunnata johonkin konkreettiseen toimintoon, kuten perhostaputukseen.

Kehotietoisuutta voidaan harjoittaa kehollisten ja kokemuksellisten menetelmien kautta, korostaen koettua ja havaittua kehoa. Tällaisia menetelmiä ovat mm. jooga, mindfulness myös EFT (emotional freedom technique). Kroonisen kivun monimutkaisen luonteen vuoksi parhaan kuntoutumisen saavuttamiseksi tarvitaan kokonaisvaltainen interventio. Schmid & ym. mukaan joogainterventio huomioi kehon ja mielen komponentit (14). Anheyerin ym. meta-analyysissä todetaan, että jooga on tilastollisesti tehokkaampaa kipuun, elämälaatuun ja fyysiseen toimintakykyyn kuin ei harjoittelu (15). Church kumppaneineen on käyttänyt jäätynneen olkapään kuntoutuksessa EFT:tä (16). 2024 valmistuneessa tutkimuksessa on havaittu verkossa tehdyn EFT:n vaikutusten olevan samaa luokkaa kuin terapeutin vastaanotolla tekemän intervention. (17)

Tarjotakseen merkityksellistä terapiaa ja saadaakseen siitä tuloksia, on tärkeää tutkia ja arvioida, kuinka kuntoutujat kokevat pitkäaikaisen kivun ja sen aiheuttamat haitat. COPM (Canadian Model of Occupational Performance) on hyödyllinen tulostamari, kun kuntoutuksessa on tavoitteena vähentää toiminnallisia ongelmia ja toiminnan rajoitteita (18). Muita seurannassa käytettyjä mittareita ovat esimerkiksi DASH, VODAS 2.0, WRI tai Weis. Lifestyle redesign sisältää valmiita moduuleita käyttäytymisen muutoksen toteuttamiseen päivittäisissä rutiineissa (19).

Ryhmämuotoinen kuntoutus tuo kuntoutujille uuden tiedon sekä tavoitteellisen ja jäsennellyn toiminnan ohella myös vertaistukea, vaikka ryhmässä korostetaan yksilön omaa vaikuttamisen mahdollisuutta. Ryhmämuotoinen kuntoutus on kustannustehokasta (20). Tulee tuntuma, ettei ryhmämuotoista kuntoutusmallia ole hyödynnetty riittävästi, kustannustehokkuuden ja kuntoutujien vertaistuen hyödyistä huolimatta. ■

Kirjallisuutta:

1. Anttila V-M. 2020: Fyysinen kipu- mielen ja kehon yhteys. Teoreettinen viitekehys ja terapeuttinen hoito. My.
2. Holopainen R. 2021: Exploring the meaning of the biopsychosocial of musculoskeletal conditions. Patients' and physiotherapists' perspective. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-8652-0>.
3. KELA. 2021: Pitkäaikaista kipua kokevien aikuisten kuntoutus. Kartoittava kirjallisuuskatsaus. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2021120158208>
4. Palomäki, K. Psykyfysiä harjoituksia kivunhoitoon. Psykyfysiinen fysioterapia, harjoitukset. www.mieliliike.fi
5. Kipu, käypähoitosuositus 2015. DUODECIM. WWW.kaypahoito.fi.
6. Herrala, H., Kahrola, T., Sandström, M. 2009. Psykyfysiinen ihminen. Helsinki: WSOYpro Oy.
7. Yerxa, E. J. Authentic occupational therapy. 1966 Eleanor Clarke Slagle Lecture. The American Journal of Occupational Therapy. United States, v. 21, n. 1, p. 1-9, 1967. PMID:6037915
8. Bailliard A., Agostine S., Syu Y-C. 2022. From embodiment to emplacement: Toward understanding occupation as body-mind-environment. Journal of Occupational Science. Vol 30, 2023-issue <https://doi.org/10.1080/1447591.2022.2031261>
9. Svennevig, H. 2005. Kehon mieli. Kehotuntemuksesta itsetuntemukseen. Helsinki. WSOY.
10. Wihuri, A-J. 2014. Mindfulness työssä. Tietoinen läsnäolo auttaa onnistumaan. Helsinki. Talentum.
11. Roll S& Hardison M. 2020. Mindful body scans and sonography biofeedback as preparatory activities to address Patient psychological states in hand therapy: A pilot study. Hand Therapy 25(3):175899832093075.
12. OAMK Journal 47/2022 – Oulun ammattikorkeakoulun julkaisuja. Vireessä. Vireysoapas nuorille ja heidän kanssaan toimiville
13. Siira, J. & Palomäki, K. 2016. Kehon viisaat viestit. Vaapaaksi kivusta, stressistä ja kuormittavista tunteista. Helsinki: Kirjapaja.
14. Schmid A. 2020. Yoga improves occupational performance, depression and daily activities for people with chronic pain. Randomized controlled trial. National Library of Medicine
15. Anheyer D. et al.2022. Yoga for treating low back pain: a systematic review and meta-analysis. Meta-analysis. Pain. 2022 Apr 1;163(4):e504-e517.doi: 10.1097/j.pain.0000000000002416
16. Church D.& Nelms J. 2016. Pain, range of Motion, and psychological symptoms in population with frozen shoulder: a randomized controlled dismantling study of clinical EFT (emotional freedom techniques), Archives of scientific psychology, 4(1),38-48.
17. Stepleton P. Wilson C. et al. 2024. A randomized clinical trial of emotional freedom techniques for chronic pain: Live versus self-paced delivery with 6-month follow-up. EJP. 2024; 00:1-14. DOI: 10.1002/ejp.4740
18. Persson E. Lexell J. Rivano-Fischer M. Eklund M. 2013: Everyday occupational problems perceived by participants in a pain rehabilitation programs. Original Article. Scandinavian Journal of Occupational Therapy 20:306-314.
19. Simon A. & Collins C. 2017. Lifestyle redesign for chronic pain management: A retrospective clinical efficacy study. American Journal of Occupational therapy 71(4) 1-7. doi:10.5014/ajot.2017.025502.
20. Geneen L. et al. 2017. Physical activity and exercise for chronic pain in adults: an overview of Cochrane Reviews (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews, 4. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011279.pub3/epdf/full>
- Devan D. 2014. A Review of Current Therapeutic Practice for the Management of Chronic Pain. South African Journal of Occupational Therapy,44,1. http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2310-38332014000100010

Kipu muuttaa suhteemme maailmaan



Aleksi Sarkkinen
TtM, Väitöskirjatutkija

Käsittelen tässä artikkelissa sitä, miten kipu voi ilmetä kehoillisena kokemuksena, mihin erilaisiin kokemuksen ulottuvuuksiin se saattaa vaikuttaa ja miksi juuri näistä syistä kivun objektiivinen arvioiminen on haastava tai mahdoton tehtävä. Kivun kokemuksen kuvailu ja ymmärrys voi avartaa näkemyksiä siitä, miksi se vaikuttaa ihmisen elämään ja subjektiiviseen kokemukseen niin voimakkaasti ja kokonaisvaltaisesti. Tämä artikkeli nojaa fenomenologiseen filosofiaan eli siihen, miten kokemus ihmiselle itselleen ilmenee. Artikkelin fenomenologinen tausta vaikuttaa myös siihen, miten tässä artikkelissa käsitetään ihminen kehoillisena kokonaisuutena. Fenomenologisessa filosofiassa ei eroteta kehoa ja mieltä toisistaan, sillä elävän ja kokevan ihmisen katsotaan sisältävän molemmat erottamattomana kehoillisena kokonaisuutena (1). Kehollisuus tarkoittaa, että kehoni on väyläni ja tapani kokea ja ymmärtää maailmaa. En voi ainoastaan kokea omaa kehoani materiaalisena kokemusteni kohteena, vaan keho kätkee myös kokemuksen subjektiivisella puolella proprioseptiiviset ja kinesteettiset kaavat, jotka tekevät henkilön kokemuksista ylipäänsä mahdollisia (2).

Johdanto

Kipu on ollut läpi koko tutkimushistoriansa vaikeasti määriteltävissä ja siten myös hankalasti tutkittavissa oleva ilmiö. Jo vuonna 1957 ilmestyneessä artikkelissa todetaan, ettei kipua voi määritellä tyydyttävästi muuten kuin itselleen introspektion kautta (3). Artikkelissa todetaan myös, että klinikoilla ja kliinisillä tutkijoilla on vahva taipumus etsiä ”objektiivisia” kivun mittareita, jotka eivät kuitenkaan pysty kuvaamaan kipua kokemuksena. Sama kivun selittämisen kokemuksellisen ulottuvuuden ongelma on tullut esiin myös useita kertoja myöhemmin, sillä kivun biologia tai kivun sosiologinen kuvaus eivät pysty tavoittamaan kivun kokemusta sen kokijan näkökulmasta (4, 5). Keskeistä näissä huomattavien tutkijoiden avaamissa kivun kokemuksen määritelmällisissä ongelmissa on kivun voimakkaasti subjektiivinen ja kokemuksellinen luonne (6). Kivun tapauksessa ihminen tietää kokemuksessaan, mitä kipu on, mutta sen selittäminen ja merkityksellistäminen on selvästi vaikeampi tehtävä.

Kivun kuvailemisen määritelmälliset vaikeudet tulevat käytännöllisesti esiin siinä tavassa, jolla kipua pyritään kuvailemaan. Kivun kuvailu lainaa terminologiansa muista kokemuksellisista yhteyksistä esimerkiksi pistävänä, polttavana, viiltävänä tai sähköiskun tapaisena, eli kivun kuvailu ja merkityksellistäminen ymmärrettävästi vaatii mielikuvitusta (6, 7).

Kivun kokemuksen kuvailun haastavuuden vuoksi fenomenologinen lähestymistapa voi tarjota paljon kivun kanssa työskenteleville ihmisille. Fenomenologia voidaan yleisesti ymmärtää filosofiana tai tieteellisenä metodologiana, jolla pyritään kuvailemaan kokemusta ja niitä erilaisia tapoja, joina jokin ilmiö ilmenee eletyssä kokemuksessa (5). Nimenomaan eletty kokemus on se tapahtuma, mikä liittää meidät maailmaan ja tekee siitä merkityksellisen.

Ihminen on kehonsa kautta yhteydessä maailmaan eli kehomme on se nollapiste, josta suuntaudumme havaitsemaamme ympäröivään todellisuuteen ja ympäristömme tarjoamiin mahdollisuuksiin eli siihen, miten toi-



Kuva: Pexels

mijuutemme voi toteutua siinä ympäristössä, jossa kulloinkin olemme (8,9). Tämä tarkoittaa sitä, että suuntaudumme toimintamme ja mahdollisuuksiemme kautta siihen oletettavaan tulevaisuuteen, jonka kuvittelemme intentionaalisella toiminnallamme saavuttavamme (10). Yleisesti voidaan ajatella, että kipu ja pitkittynyt kipu ovat keskeisesti kehollisia tunteuksia tai kokonaisvaltaisia kehollisia olotiloja. Kipukokemus voi näin muuttaa tavan, miten ihminen orientoituu kehoonsa ja sitä kautta myös maailmaan ja mahdollisuuksiinsa maailmassa.

Kipua kokeva ihminen ympäröivässä maailmassa

Kognitiotieteelliset tutkimukset ja fenomenologinen filosofia viittaavat siihen, että jo vastasyntynyt suuntautuu maailmaan ensisijaisesti kehonsa kautta (11, 12). Kognitiotieteen tutkimustulokset ja fenomenologinen filosofia ovat näin yhdenmukaisia siinä mielessä, että ihminen on merkityksellisesti kehonsa kautta kokeva olento (4). Tunnetta, toimimme, vaikutamme ja liikumme kehollamme.

Ihmisen keho asettuu maailmassa toimimisen yhteydessä kuitenkin tietoisuuden taka-

alalle, kun taas itse toiminto on useimmiten tiedostettu tapahtuma (13). Oma kehomme on meille kokemuksellisesti subjekti, ”minä”, elettyssä maailmassa, jossa muut asiat ilmenevät meille havainnossa objekteina (1). Kipu kääntää huomionamme itseemme subjektin asemesta objektina, joudumme kohtaamaan oman kehomme kaikessa materiaalisuudessaan ja huomionamme kääntyy tähän objektiin, joka samalla on minä itse ja suhteen muutoksen myötä vieras (7, 13). Voidaan siis ajatella, että kipu vieraannuttaa ihmisen omasta kehostaan (2), sillä keho ei tässä tilanteessa enää tarjoa sitä välitöntä kokemuksellista pohjaa, jonka kautta olemme yleensä kiinnittyneenä ympäristöömme.

Tämä on ilmeistä, jos kuvittelemme esimerkiksi tarttumista kahvikuppiin. Tällaisessa tilanteessa ihminen miettii hyvin harvoin intentionaalisesti, miten hänen kehonsa kuuluu toimia, mitkä nivelet liikkuvat, minkä lihaksen kuuluu aktivoitua tai rentoutua tai miltä se tuntuu. Keskeistä on enemmänkin tarttua kuppiin ja tuoda se lähelle suuta, jotta siitä voi juoda. Vasta siinä vaiheessa, jos toiminto keskeytyy esimerkiksi kivun vuoksi, koko suhtautuminen tilanteeseen muuttuu. Voidaan kuvitella, että

ensin toiminto häiriintyy jotenkin, liikkeessä tapahtuu jokin muutos, keskittyminen ei ole enää kupissa tai toiminnossa, vaan siinä kohdassa kehoa, jossa kipu on tuntunut. Tiedollinen suuntautuneisuus juomisesta ja kupista, kehon ulkopuolisesta maailmasta ja sen mahdollisuuksista kääntyy näin nopeasti itseen ja kehon sisään, sille alueelle, jossa kipu on.

Tämä tapahtuma voidaan kuvailla kivun kokemuksellisten ominaisuuksien kautta. Kivulla on luonteenomaisen taipumus ilmetä muiden tuntemusten ylitse (13), mikä voi johtua sen roolista ihmisen biologisessa selviytymisessä eli kipua esiintyy silloin, kun jotakin sensorista ärsykettä on liiaksi ja keho tulkitsee, että sitä tulee suojata (6). Pitkittyneen kivun tapauksessa kivun kehoa suojaava rooli kuitenkin hämärtyy (14).

Toinen keskeinen kivun piirre on sen ajallinen luonne. Kivuttomassa tilanteessa normaali tuntemukset ovat normaaleja nimenomaan siksi, että ne jatkuvat useimmiten pitkään, kun taas kipu alkaa usein yhtäkkiä ja odotusarvoisesti myös loppuu kohtalaisen nopeasti (13). Tästä syystä kipu vaatii kokijansa huomiota. Ajallisuus vaikuttaa myös toimintamme suuntautumiseen. Toiminta perustuu usein jonkinlaiseen suunnitelmaan tai ajatukseen tulevaisuudesta, eli toiminnalla on tarkoituksensa. Toiminnan keskeyttävä kipu on nyt ja vaatii huomiotamme nyt. Se ei poista ajatustamme tulevaisuudesta, mutta se saattaa vaikeuttaa tai sekoittaa mainittua tulevaisuuteen suuntautumista merkityksellisesti.

Kolmas merkittävä tekijä Lederin (13) mukaan on se, että kipu sattuu, kipu on näin epämukavuuden ja epämiellyttävyyden konkretisoituma ihmiskehon sisällä. Ennen kipua ja näitä kivun luonteelle ominaisia piirteitä ihminen on ollut vapaa toimimaan ympäristössään haluamallaan tavalla, keho on ollut kokemuksellisesti taustalla, mutta nyt huomio

on kääntynyt sisään päin itseemme. Kun koemme kipua jonkin aktiviteetin aikana pitkään tai toistuvasti, siitä tulee tuntemuksen asemesta osa tuota aktiviteettia itseään (2). Kivusta tulee ikään kuin verho, joka voi samentaa kaikkea muuta kokemuksellisuutta tai toimintaa (5).

Koska kipu kääntää huomiomme sisään päin itseemme, kivun kokemukseen liittyy myös elävän kehon intersubjektiivinen luonne, sillä aiemmassa tilanteessa mahdollisesti mukana olleet ihmiset väistyvät toiminnan ohella takalalle kivun vaatiessa huomiota ja kivun kokemuksen ollessa jakamaton, kun taas meneillään ollut toiminta oli mahdollisesti vähintään havaintona jaettua. Koska kehomme on nollapistä (”tässä”), se viittaa siihen, että kaikki havaitsemamme on ”tuolla” suhteessa kehoomme (8). Tämä pitää sisällään luonnollisesti myös toiset ihmiset eli elämämme intersubjektiivisen ulottuvuuden ja sosiaalisen luonteen.

Kipuun saattaa liittyä pelkoja ja muita tunteita (14) sen syistä ja syiden mahdollisista seurauksista, jolloin pelon intentionaaliset objektit sijaitsevat sekä nykyisyydessä että tulevaisuudessa. Samalla kipu saattaa myös vaikuttaa kokemukseemme menneisyydestä, joka voi ilmetä nykyhetkeä tai oletettua tulevaisuutta valoisampana ja parempana, koska menneisyys oli kivuton. Implisiittisesti voidaan ajatella, että suuntautuminen kääntyy menneeseen, koska mennyt aika oli kivutonta ja tulevaisuus vaikuttaa pelottavalta.

Kipuun assosioitujen negatiivisten tunteiden tarkastelussa on merkityksellistä todeta myös se, että aversiiviset tunnekokemukset liittyvät useimmiten johonkin oman itsen ulkopuolelta tulevaan uhkaan tai epämiellyttävään intentionaaliseen objektiin (15). Kivun tapauksessa on kuitenkin mahdollista, että omasta itsestä, joka ei esimerkiksi kykene enää toimimaan halutulla tavalla, tai kuten ennen, tulee näiden negatiivisten tunnekokemusten kohde ja lähde.

Johtopäätökset

Olen tässä artikkelissa pyrkinyt perustelemaan, miksi kipu ei ole vain fyysinen tuntemus, vaan kokonaisvaltainen kokemus, joka muuttaa meidän maailmassa olemisemme tapaa, kokemustamme itsestämme maailmassa, eikä sitä sellaisenaan voida miettiä ainoastaan biologian tai ärsykkeen voimakkuuden ilmentymänä (2). Kivuttomassa tilanteessa, ennen kivuliasta kokemusta, kehomme on se keskipiste, josta koemme maailman ja olemme maailmassa toimijana (8). Juuri tämän kokemuksen kivulias kokemus sekoittaa. Toimiminen tutussa ympäristössä muuttuu ihmisen toiminnan mahdollisuuksien muuttuessa.

Kipu vaikuttaa näin ollen käsityksiimme itsestämme, käsitykseemme ajasta ja käsityksiimme toimintamme mahdollisuuksista. Näistä syistä esimerkiksi kivun parissa työskentelevien ammattilaisten olisi mahdollisuuksiensa mukaan pystyttävä ottamaan kipua kokeva henkilö huomioon kokonaisuutena ja ennen kaikkea kuunneltava avoimesti, mikä juuri tämän henkilön kokemus hänen kokemastaan kivusta ja sen vaikutuksista hänen elämäänsä ovat. ■

Kirjallisuutta:

1. Bernet R. Force, Drive, Desire. 2020. Northwestern University Press Evenston, Illinois.
2. Sveaneus F. The phenomenology of chronic pain: embodiment and alienation. *Cont Philos Rev.* 2015; 48:107–122.

3. Beecher H.K. The measurement of pain. *Pharmacological Reviews.* 1957; 9:59–209.
4. Ojala T. The Essence of the Experience of Chronic Pain – A Phenomenological Study. 2015. *Studies in Sport, Physical Education and Health* 217. Jyväskylän yliopisto.
5. Geniusas S. The Phenomenology of Pain. 2022. Ohio University Press.
6. Wright A. A Criticism of the IASP's Definition of Pain. *Journal of Consciousness Studies.* 2011; 18:19–44.
7. Miglo N. & Stanier J. Beyond Pain Scales: A Critical Phenomenology of the Expression of Pain. *Frontiers in Pain Research.* 2022; 3.
8. Merleau-Ponty M. *Phenomenology of Perception.* 2012. Routledge. London and New York.
9. Taipale J. The Anachronous Other: Empathy and Transference in Early Phenomenology and Psychoanalysis. *Studia Phenomenologica* XV 2015; 331–348.
10. Gallagher S. & Zahavi D. *The Phenomenological Mind.* 2021. NY: Routledge.
11. Meltzoff A.N. & Moore M.K. Imitation, memory, and the representation of persons. *Infant Behavior & Development* 1994; 17:83–99.
12. Zahavi D. *Fenomenologia ja kognitiotiede: mahdollisuuksia ja vaaroja.* Ajatus 64: 2007. Suomen Filosofisen Yhdsityksen vuosikirja 2007.
13. Leder D. *The Absent Body.* 1990. The University of Chicago Press.
14. Raffaeli W. ym. Chronic Pain: What does it mean? A review on the use of the term chronic pain in clinical practice. *Journal of Pain Research* 2021;14, 827–835.
15. Kolnai A. The Standard Models of Aversion: Fear, Disgust and Hatred. *Mind* 1998; 107:581–595.

Todennäköisesti lyhyin, luotettavin ja oleellisimpaan keskittyvä kipu-unimittari



Jani Mikkonen

DC, BSc (Hons),
DACNB, PhD Kirop-
raktikko, erikoistumi-
nen neurologiseen
kuntoutukseen, filo-
sofian tohtori

Pitkittyneen kivun ja unen kaksisuuntaisen yhteys

Pitkittyneen, yli kolme kuukautta jatkuneen kivun ja unihäiriöiden kaksisuuntainen yhteys on laajasti tunnistettu (1). Tutkimusten mukaan 60–90 % pitkittyneestä kivusta kärsivistä kokee myös erilaisia unihäiriöitä (2). Kipu voi vaikeuttaa unen saantia, lisätä heräilyä ja lyhentää unijaksojen pituutta. Huonontunut, katkeileva ja pinnallinen uni puolestaan voivat lisätä kivun voimakkuutta ja osaltaan edesauttaa kivun pitkittymistä (3, 4). Suomen sairaaloiden kipuklinikoilta kerätystä aineistossa tehdyssä koneoppimisanalysissä päädyttiin lopputulemaan, että unen laatu vaikuttaisi olevan merkittävin tekijä vaikeimmissa kiputapauksissa (5).

PROM-mittareiden (patient-reported outcome measure) eli vointimittareiden kysymykset antavat täyttäjän arvion oirekuvasta, oireiden voimakkuudesta, pärjäämisestä oireiden kanssa ja mahdollisen hoidon vaikuttavuudesta (6). Pitkittyneen kivun ja unen yhteyttä on kansainvälisesti tutkittu kahdellatoista eri PROM-mittarilla, joista mikään ei ole erityisen hyvin validoitu tai noussut laajasti käytetyksi pitkittyneen kivun yhteydessä (7). Validointien köykäisyys on valitettava todellisuus PROM-mittareiden käytössä, koska merkittävää osaa tutkimuksien tulostuloksista ei ole validoitu, validoinnin menetelmissä tai tuloksissa on selviä puutteita ja/tai soveltuvuus tutkittavaan potilasryhmään on heikko tai olematon. Toinen suuri haaste validointipuutteiden lisäksi on PROM-mittareiden suuri määrä, jolloin paperilla samaa asiaa mittaavien eri kyselyjen tulokset ovat hyvinkin vaihtelevasti vertailukelpoisia

keskenään johtuen eri kysymyksistä (8, 9).

Kolmen kohdan kipu ja uni -kyselyn suomenkielinen käännös (PSQ-3-FI)

Kolmen kohdan kipu ja uni -kysely (The Pain and Sleep Questionnaire three-item index, PSQ-3) on yksi aiemmin validoiduista kyselyistä pitkittyneestä tuki- ja liikuntaelinkivusta kärsivillä (10). PSQ-3 on alun perin lyhennetty versio Chronic Pain Sleep Inventory -kyselystä, josta on jätetty pois kysymykset unilääkityksen käytöstä sekä 0–100-kokonaisarviosta omasta unen laadusta (11).

PSQ-3-FI:n käännös ja kulttuurinen soveltaminen toteutettiin kansainvälisen protokollan mukaisesti edestakaisella käännösprosessilla (12). Kysely kartoittaa kivun vaikutusta uneen pyytämällä vastaajia muistelevaan viikon ajalta kokemuksiaan kolmella kysymyksellä:

1. Kuinka usein sinulla on ollut vaikeuksia nukahtaa kivun vuoksi?
2. Kuinka usein heräsit kivun vuoksi yön aikana?
3. Kuinka usein heräsit kivun vuoksi aamulla?

Kysymysten kliinistä arvoa lisää se, että aiempi meta-analyysi on polysomnografian ja unipolygrafian kaltaisilla parhaimmilla mittalaitteilla osoittanut pitkittyneestä kivusta kärsivillä olevan eniten vaikeuksia juuri näissä samoissa kolmessa asiassa, joita PSQ-3-kysely kartoittaa (13).

Vastaukset jokaiseen kysymykseen arvioidaan numeroasteikolla 0–10, jossa 0 tarkoittaa "ei ikinä" ja 10 "aina". Näin kyselyn minimipistemäärä on 0, jolloin kipu ei vaikuta uneen lainkaan, ja maksimi 30, jolloin kipu vaikuttaa uneen käytännössä voimakkaasti kokoajan.

PSQ-3-FI on ladattavissa osoitteesta <https://selkakuntoutus.fi/kolmen-kohdan-kipu-ja-unikysely/>.

Menetelmät

Validointitutkimukseen osallistui 229 tutkimushenkilöä yksityisvastaanotolta. Tutkimushenkilöt olivat iältään 18–65 vuotta, joista 42 oli kivuttomia kontrolleja, 79 yksittäisen alueen kivusta kärsivää ja 108 laaja-alaisesta pitkittyneestä yli kolme kuukautta jatkuneesta kivusta kärsivää, jolloin tutkimushenkilömäärät olivat riittävät kyselyn validointiin (14).

PSQ-3-FI -tutkimuksessa erilaisia psykometrisistä ominaisuuksista arvioimme sisäistä johdonmukaisuutta Cronbachin alfalla, testi-uusintatiluotettavuutta ja kokonaispisteiden mittausvirhettä. Rakenteellista validiteettia tutkittiin konfirmatiivisella faktorianalyysillä (CFA).

Konvergenttia validiteettia arvioitiin korrelaatiolla kivun jatkumiseen, huimauksen esiintyvyyteen viimeisen 12 kuukauden aikana sekä itsearviointiin perustuviin PROM-mittareihin. Näitä mittareita olivat keskushermoston herkistymisen kysely (Central Sensitization Inventory), liikkumisen pelkokysely (Tampa Scale of Kinesiophobia), depressioseula (Depression Scale), viisiportainen elämänlaadun kysely (EuroQol 5D-5L) sekä Roland–Morrisin toimintakykyhaittakysely (Roland–Morris Disability Questionnaire).

Mittarin ryhmäerottelukykyä tutkittiin kivun esiintyvyyden perusteella. Lisäksi arvioitiin PSQ-3-FI:n kokonaispistemäärän yhteyttä seisomatasapainoon neljällä testillä, jotka toteutettiin tasapainolevyllä 'Modified Clinical Test of Sensory Interaction in Balance' -protokollan mukaisesti (15). Lisäksi tarkasteltiin vuorokauden aktigrafia-ranneketutkimuksen avulla aktiivisuuden perusteella yönunen määrää ja laatua, vuorokausirytmisiä sekä päiväaktii-

visuutta (16). Aktigrafiatutkimukseen osallistui 40 tutkimushenkilöä.

Tulokset

PSQ-3-FI:n psykometriset ominaisuudet olivat kautta linjan hyväksyttäviä. PSQ-3-FI:lla oli hyvä sisäinen johdonmukaisuus, erinomainen testiuusintaluotettavuus ja pieni mittausvirhe. Konfirmatiivinen faktorianalyysi vahvisti, että yhden faktorin malli sopi aineistoon erinomaisesti. Konvergentti validiteetti osoitti kohtuullisen-hyvän korrelaation kipuhistorian ja kipuun liittyvien PROM-mittareiden kanssa.

PSQ-3-FI:n kokonaispisteet erottelivat onnistuneesti ryhmät, joilla ei ollut kipua, joilla kipu rajoittui yhteen kehon alueeseen, ja joilla oli laaja-alueista kipua. Korkeammat PSQ-3-FI-pisteet olivat yhteydessä suurempaan huimauksen esiintyvyyteen, heikompaan tasapainokykyyn seisoma-asennossa ja yleiseen taipumukseen kohti huonompaa unen laatua. Tasapainokontrollin epävakaasi oli selvimminkin havaittavissa silmät auki tehdyissä testeissä sekä vakaalla että epävakaalla alustalla seisoen.

Kipu-unikyselyjen soveltaminen käytäntöön Unen laadun parantamiseen liittyviä interventioita suositellaan enenevässä määrin myös kivun hoidossa (17). PROM-mittareilla arvioitu unen laadun parantuminen näyttäisi vaikuttavan sekä kipuun että toimintakykyhaittaan (18). Tarkempaa yhtä tai useampaa mekanismia kivun ja unen vaikutuksesta toinen toisiinsa ei tarkasti tunneta, vaikka mekanismeista on useita erilaisia teorioita (2).

Unen rakenteen tarkempi objektiivinen mittaaminen vaatii laitteita, jotka vaikeuttavat unta. Tällöin pitkäaikaissuranta itsessään lisää potilaan kuormaa ja mahdollisesti myös oirekuvaa (2). Lisäksi haasteena on, että objektiivisten mittauksien ja PROM-mittarien löydöksillä on vaihteleva ja yleisesti varsin heikko yhteys (8). Kipu-uni PROM-mittarit ovat varsin yksinker-

taisia käyttää vastaanotto- ja tutkimustyössä. Niillä pystyy hahmottamaan yksilöllisen ja sen hetkisen tilanteen. Aiemmasta kipu-uni PROM-mittari tutkimuksesta on helppo vetää johtopäätös, että olisi ollut paras keskittyä yhden lyhyen, luotettavan ja oleellimpaan keskittyvän mittarin käyttöön, jolloin pitkittyneen kivun ja unihäiriöiden kaksisuuntainen yhteyden tutkimus edistyi tältä osin parhaiten. ■

Kirjallisuutta:

1. Van Looveren, E., et al., The Association between Sleep and Chronic Spinal Pain: A Systematic Review from the Last Decade. *J Clin Med*, 2021. 10(17).
2. Klyne, D.M. and M. Hall, Is sleep the new treatment for pain? Two issues need resolving before deciding. *Sleep*, 2024. 47(6).
3. Finan, P.H., B.R. Goodin, and M.T. Smith, The association of sleep and pain: an update and a path forward. *J Pain*, 2013. 14(12): p. 1539-52.
4. Finan, P.H., Sleep, pain, and the problem with treating sleep to relieve pain. *Sleep Med*, 2018. 52: p. 211-212.
5. Miettinen, T., et al., Machine learning suggests sleep as a core factor in chronic pain. *Pain*, 2021. 162(1): p. 109-123.
6. Holmes, M.M., et al., The impact of patient-reported outcome measures in clinical practice for pain: a systematic review. *Qual Life Res*, 2017. 26(2): p. 245-257.
7. Phelps, C., et al., Measurement properties of Patient-Reported Outcome Measures used to assess the sleep quality in adults with high prevalence chronic pain conditions: a systematic review. *Sleep Med*, 2020. 74: p. 315-331.
8. Pevernagie, D., F.A. Bauters, and K. Hertegonne, The Role of Patient-Reported Outcomes in Sleep Measurements. *Sleep Med Clin*, 2021. 16(4): p. 595-606.
9. Alebouyeh, F., et al., Psychometric properties and domains covered by patient-reported outcome measures used in trials assessing interventions for chronic pain. *J Clin Epidemiol*, 2024. 170: p. 111362.
10. Ayearst, L., Z. Harsanyi, and K.J. Michalko, The Pain and Sleep Questionnaire three-item index (PSQ-3): a reliable and valid measure of the impact of pain on sleep in chronic nonmalignant pain of various etiologies. *Pain Res Manag*, 2012. 17(4): p. 281-90.
11. Kosinski, M., et al., Psychometric testing and validation of the Chronic Pain Sleep Inventory. *Clin Ther*, 2007. 29 Suppl: p. 2562-77.
12. Beaton, D.E., et al., Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine (Phila Pa 1976)*, 2000. 25(24): p. 3186-91.
13. Mathias, J.L., M.L. Cant, and A.L.J. Burke, Sleep disturbances and sleep disorders in adults living with chronic pain: a meta-analysis. *Sleep Med*, 2018. 52: p. 198-210.
14. Mokkink, L.B., et al., The COSMIN checklist for assessing the methodological quality of studies on measurement properties of health status measurement instruments: an international Delphi study. *Qual Life Res*, 2010. 19(4): p. 539-49.
15. Horn, L.B., et al., Measurement Characteristics and Clinical Utility of the Clinical Test of Sensory Interaction on Balance (CTSIB) and Modified CTSIB in Individuals With Vestibular Dysfunction. *Arch Phys Med Rehabil*, 2015. 96(9): p. 1747-8.
16. Sadeh, A., The role and validity of actigraphy in sleep medicine: an update. *Sleep Med Rev*, 2011. 15(4): p. 259-67.
17. Nijs, J., et al., Sleep Disturbances in Chronic Pain: Neurobiology, Assessment, and Treatment in Physical Therapist Practice. *Phys Ther*, 2018. 98(5): p. 325-335.
18. Chang, J.R., et al., Are Changes in Sleep Quality/Quantity or Baseline Sleep Parameters Related to Changes in Clinical Outcomes in Patients With Nonspecific Chronic Low Back Pain?: A Systematic Review. *Clin J Pain*, 2021. 38(4): p. 292-307.

Keskushermostovaikutteiset lääkitykset ja ajokyky



Elisa Nevalainen

LT, yleislääketieteen erl,
tenttiä vaille valmis kipu-
lääkäri, päihdelääketieteen
pätevöityjä
Kuopion pääterveysasema
IAS päihdepoliklinikka ja
päihdeosasto
KYS ajopoliklinikka, ajoraati
KYS kipupoliklinikka

Pitkäaikaisesta kivusta kärsivillä potilailla esiintyy usein kivun lisäksi uniongelmia ja psyykenvoinnin haasteita. Näiden hoitoon käytettävät lääkkeet ovat usein keskushermostovaikutteisia. Jo yksittäinen tällainen lääke mutta etenkin useampi rinnakkain käytetty voi heikentää kognitiota ja ajokykyä.

Työssäni kipu- ja päihdepoliklinikoilla näen kollegoideni kanssa paljon potilaita, joilla on varsin massiiviseksi muotoutunut keskushermostoon vaikuttava lääkitys – päällekkäisiä monensorttisia opioideja, bentsodiatsepiineja (bzd), gabapentinoideja, z-lääkkeitä ja monia muita sedatoivia tai kognitioon merkittävästi vaikuttavia lääkkeitä, kuten antipsykootteja. On kenties unohdettu arvioida interaktioita tai lopettaa aiemmat lääkitykset uusien tieltä, jolloin kokonaislääkekuorma muodostuu potilaan terveyttä ja turvallisuutta sekä kognition toimintoja uhkaavaksi, vaikka potilas käyttäisi lääkitykset kiltisti ohjeen mukaan.

Vielä haastavampi tilanne on silloin, kun potilaalla on lääkkeiden väärinkäyttöä eli lääkkeiden käyttöä reseptin ohjeesta poikkeavin määrin, poikkeavaan indikaatioon tai ilman reseptiä. Tosin reseptikään ei ole aina tae siitä, että indikaatio tai annostus olisi asianmukainen. Reseptoinnille voi olla poikkeava indikaatio, kuten bzd määrääminen tavanomaisiin kipuihin tai pitkäaikaisena ahdistuneisuuden ja unettomuuden hoitona, vaikka lääketieteellinen näyttö on tätä vastaan (1, 2). Samoin vahvojen opioidien määräämistä ennen moniammatillista kokonaisarviota kroonisiin hyvinlaatuisiin kipuihin tai kipuherkistymätiloihin näkee paljon, vaikka suositukset ovat myös tällaista käytäntöä vastaan (3, 4). Potilaan kipu ja toimintakyky voivat tämänkaltaisen käytännön myötä jopa hankaloitua (5). Reseptien annos-

ohjeet voivat olla haitallisen suuria tai saman ryhmän eri lääkeaineita on lääkityksessä päällekkäin lisäten riskikasaumaa.

Lääkityksistä aiheutuvat haitat esimerkiksi motoriikan ja kognition heikentymiseen heijastuvat väistämättä lääkkeitä käyttävän henkilön ajokykyyn. Traficom eli liikenne- ja viestintävirasto, tai tuttavallisemmin Trafi, antaa ohjeita ajoterveyden suhteen. Ohjeistuksessa todetaan ajokognition keskeisten osatoimintojen olevan toiminnanohjaus, näköhavainnointi ja tarkkaavaisuuden säätely. Ajoneuvon kuljettaminen turvallisesti rakentuu näiden osatoimintojen perustalle, ja ajokokemuksen myötä toimintamallit ajajana harjaantuvat. Ajaminen vaatii kykyä tehdä havaintoja ja prosessoida niitä sekä tehdä moniosaisia ja nopeita valintoja ja päätöksiä toiminnan suhteen. Trafi toteaa myös, että riittävä vireys ja vakaa tajunnantaso ovat ajamisessa tarvittavien kognitiivisten toimintojen perusedellytyksiä, raajojen motoriikan toimivuus taas määrittää tehtyjen päätösten toteuttamista.

Päihde- ja kivunhoitotyössä tavattavat potilaat voivat toki valtaväestöön verraten olla ääriesimerkkejä lääkitystensä suhteen. On silti tiedostettava, että he ovat vain jäävuoren huippu – teilläämme liikkuu paljon kuljettajia, joiden lääkitys on ajoterveyttä vaarantava ainakin ilman hyvää opastusta ja ymmärrystä riskeihin liittyen.

”Voitaneen kuitenkin aiheellisesti kysyä, kuinka usein todellisuudessa säännöllinen ajokyvyn arvio toteutuu ja miten?”

Mitä viranomaistahot ja ohjeistukset sanovat keskushermostovaikuttavista lääkkeistä liittyen ajokykyyn?

Kansalaisille suunnatut ohjeistavat tahot antavat ymmärrettävästi varsin ympäröivä ohjeita liittyen lääkityksiin ja ajokykyyn. Liikenneturvan sivustolla todetaan, että lääkkeet voivat heikentää arviointi-, huomio- ja koordinaatiokykyä, väsyttää, hidastaa havaintojen tekemistä, huonontaa suorituskkyä ja aiheuttaa huimausta ja heikkoa oloa. Liikenneturva muistuttaa, että punainen varoituskolmio lääkepakauksessa viittaa todettuihin haittoihin ajokyvyn suhteen, ja lääkeyhteisvaikutukset voivat olla liikenteessä haitallisia. Liikenneturva suosittelee keskustelemaan lääkärin kanssa ja tarkkailemaan omaa vointiaan sekä välttämään alkoholinkäyttöä, mikäli kolmiolääkettä käyttäessä on tarve autoilla. Terveyskylän ohjeistus on samansuuntainen. Myös muut kuin kolmiolääkkeet voivat vaikuttaa ajokykyyn, eikä pitkäaikaisessa väsyttävän lääkkeen käytössä normaaliin tarkkaavaisuuteen välttämättä päästä. Terveyskylän ohjeissa korostetaan oman voinnin ja toimintakyvyn tarkkailua. Viisaasti mainitaan, että vaikka toimintakyky tuntuisi normaalilta, voivat tarkkaavaisuus ja reaktiokyky todellisuudessa olla heikentyneet. Toteamus itsearvioidun ajo- tai kognitiokyvyn epäsuhdasta todellisuuteen saa tuen useista tutkimuksista – ihmiset usein yliarvioivat ajokykyään ja ajamisensa turvallisuutta, mikä voi johtaa heikentyneeseen tilante- ja riskinarviointiin liikenteessä. Itsearviointi ajokyky ei ole verrannollinen todettuihin kognition, näkökyvyn tai motoriikan ongelmiin (6, 7). Lisäksi lääkityksiin liittyvistä ajokykyhaitoista varoitellusta huolimatta valtaosa keskushermostovaikuttavista lääkkeistä käyttävistä raportoivat ajavansa säännöllisesti (8).

Trafi ohjaa Suomen sote-ammattilaisten suorittamaa ajokyvyn arviointia. Trafi toteaa

ajoterveyden arviointiohjeissaan, että monet lääkkeet vaikuttavat vireyteen ja jaksamiseen, ja lääkärin kannanotto ajamisen kognitiivisiin edellytyksiin on tärkeää mm. aivotointoihin vaikuttavan monilääkityksen tilanteissa. Mikäli keskushermostoon vaikuttava lääkitys hoitoa aloitettaessa aiheuttaa esim. väsymystä tai alenuttua huomiokykyä, ajoterveysvaatimukset eivät täyty niin kauan kuin haittavaikutuksia ilmenee. Ajoterveysvaatimusten voidaan katsoa täyttyvän, jos henkilö käyttää lääkkeitä lääkärin ohjeen mukaisesti, eikä lääkitys vaikuta haitallisesti tarkkaavaisuuteen tai muuhun suorituskkyyn. Pitkäaikaisen lääkityksen ollessa kyseessä lääkärin on arvioitava lääkityksen vaikutusta ajokykyyn yksilöllisesti ja säännöllisesti, ottaen huomioon henkilön ajokorttiluokan ja terveydentilan. Voitaneen kuitenkin aiheellisesti kysyä, kuinka usein todellisuudessa säännöllinen ajokyvyn arvio toteutuu ja miten? Kuten todettu, potilaan arvio omista kognitiivisista ja psykomotorisista kyvyistään ei suinkaan aina ole pätevä, eikä arvion tekeminen ole lääkärillekään helppoa. Käytämme seulontatesteinä esim. kellotaulun piirtämistä ja TMT-testejä, mutta nämä testaavat vain osaa oleellisista kognition osa-alueista. Terveysperusteinen ajokyvyn arvio voi olla luotettava keino arvioida ajokykyä, jos arvioon tehty lähete on riittävän hyvä. Lähetessä tulee kuvata riittävän tarkasti ne toimintakyvyn osa-alueet, joihin liikenneopettajan toivotaan kiinnittävän huomiota. Arvion aikana tulee testata myös monimutkaisempia ja nopeampaa reagointia vaativia liikennetilanteita. Tosielämässä potilaat näyttävät toisinaan läpäisseen terveysperusteisen ajokyvyn arvion, vaikka neuropsykologin testauksessa edeltävästi on todettu, että ajoterveyden näkökulmasta kognition edellytykset eivät millään muotoa enää täyty. Ajopoliklinikoiden testaus ja arviointi toki on kattavaa, mutta myös aikaa vievää ja hinnakasta. Ajopoliklinikoiden erityisosaaminen lienee jär-

kevintä ottaa käyttöön vain epäselvissä ja monimutkaisissa tilanteissa.

Tavanomaisissa tapauksissa hoitavan lääkärin olisi noustava suosituksen tasolle ja arvioitava tilannetta itse, mutta se ei ole aina yksinkertaista. Ei haittaisi, jos olemassa olisi selkeitä näyttöön perustuvia suosituksia turvallisista lääkeannoksista ja -yhdistelmistä. Tilannetta on helpompi arvioida, mikäli potilaalla on lääkkeiden haitallista käyttöä tai mikäli on kehitynyt riippuvuus käytettyyn lääkkeeseen. Trafi toteaaakin yksiselitteisesti, että ajoterveysvaatimukset eivät täyty, mikäli henkilö väärinkäyttää keskushermostoon vaikuttavia lääkkeitä tai jos lääkkeiden väärinkäytöstä on aiheutunut pysyväisluonteisia ajokykyä haittaavia tai ajoturvallisuutta vaarantavia terveydentilan muutoksia, jotka vaikuttavat yleiseen toimintaan, havainnointi-, arvostelu- tai reagoitokykyyn tai käyttäytymiseen. Tämä tarkoittaa esim. lääkewäärinkäytön seurauksena tulleita pysyviä keskushermostomuutoksia, kuten kognitiivisten toimintojen heikkenemistä, persoonallisuuden tai käyttäytymisen muutoksia.

Mitä seurauksia keskushermostovaikeuksien lääkkeitä käyttäessä on ajokyvylle?

Vuonna 2019 julkaistussa Duodecim-lehden artikkelissaan kollegat Tervo ja Kalsi mainitsivat noin joka 10. henkilön Suomessa käyttävän ajokykyä heikentävää lääkitystä tilapäisesti tai jatkuvasti ja noin joka 10. kuolonkolarissa lääkitys oli yksi taustatekijöistä (9). Tilanne ei näytä sittemmin juuri muuttuneen. Onnettomuustietoinstituutin tilastotietojen mukaan vuonna 2023 tapahtui 121 kuolemaan johtanutta moottoriajoneuvo-onnettomuutta. Näissä onnettomuuksissa pääaiheuttajana olleista kuljettajista 30 % oli tapahtumahetkellä päihneiden vaikutuksen alaisena. Päihdelöydöksistä alkoholi oli yleisin (20 %), huumeet 8 % ja ajo-

kykyyn vaikuttavat lääkkeet 8 %.

Lääkkeiden vaikutuksia ajokyvyn on tutkittu lukuisilla eri tavoilla. Epidemiologisesti voi lähestyä asiaa tarkastelemalla moottoriajoneuvo-onnettomuuteen joutuneiden henkilöiden lääkityksen korrelaatiota onnettomuusriskiin. Toinen keino tutkia asiaa on arvioida kunkin lääkkeen aiheuttamia vaikutuksia ajokyvyn osalta kriittisiin kognition osa-alueisiin, ajosimulaatiosuoriutumiseen tai tosielämän ajosuoriutumiseen, joko akuutin tai pidempiaikaisen lääkeannostelun yhteydessä. Kuvaan alla lääkeryhmittäin lyhyesti tutkimuslöydöksiä.

Kannabinoidien käytön aiheuttamat annos- sekä THC-pitoisuusriippuvaiset vaikutukset ulottuvat laajalti kognitiivisiin ja motorisiin taitoihin, joita vaaditaan ajamisessa – reaktiokyky, tarkkaavuus, prosessointinopeus, muistitoiminnot, ajan ja matkan arviointi, koordinaatiokyky, vaarantaju (10,11). Kannabinoidien osalta Trafin kanta on varsin selvä, eli lähtökohteisesti kannabisvalmisteen säännöllinen käyttö lääkityksenäkin on este ajamiselle, samoin yksittäisen käyttökerran jälkeen tulisi pidättäytyä ajamisesta 24 tunnin ajan.

Bentsodiatsepiinien (bzd) suhteen ohjeistusten tulisi olla mielestäni yhtä selkeät. Tutkimustulokset ovat varsin yksimieliset sen suhteen, että bzd heikentävät merkittävästi useita kognition osa-alueita kuten vireystilaa, tarkkaavuutta, muistitoimintoja, visuospatiaalisia kykyjä ja prosessointinopeutta, myös pitkäaikaiskäytössä ja jossain määrin vielä bzd vieroittamisen jälkeenkin (12). Lisäksi jo lähtökohteisesti haastava ajokyvyn itsearviointi voi lääkkeenoton jälkeen olla jopa mahdotonta, sillä tietoisuus bzd-vaiikutuksista kuvautuu heikkona (13). Käytännössä kaikki bzd-valmisteet epilepsian hoitoon käytettyä kloatsamia lukuunottamatta heikentävät tutkitusti ajokykyä (13,14,15) ja altistavat moottoriajoneuvo-onnettomuuden riskille (16,17) noin kaksin-viisinkertaisesti

”Korkeiden ja matalien annosten eroavaisuuksista ajokyvyn kannalta ei ole tutkimuksia.”

(18,19,20), joskin suurimmat riskit liittyvät pitkävaikutteisiin bzd:iin, päiväaikaiseen lääke käyttöön, lääkehoidon aloitukseen sekä annostoihin (17,20). Ajokykyhaitat kuvautuvat yleisesti annosriippuvaisina ja toleranssia haittoille kehittyy hitaasti (13,15).

Z-lääkkeitä eli tsopiklonia, tsolpideemia ja tsaleplonia on bzd-johdannaisuudestaan huolimatta markkinoitu lyhytvaikutteisina ja niukemmin kognitioon ja psykomotorisiin toimintoihin vaikuttavina. Todellisuudessa sekä tsopiklonin että tsolpideemin on osoitettu heikentävän tarkkaavuutta, muistitoimintoja, psykomotorisia toimintoja ja testattua ajokykyä vielä yli 10 tuntia annostelusta (15,21,22,23,24), mutta tsaleplonin vaikutukset ovat osoittautuneet vähäisiksi, vaikka annostelusta olisi kulu- nut vain 4–5 tuntia (22). Tsolpideemin käyttöön liittyy myös korostunut unissakävelyn ja -ajelun sekä hallusinaatioiden riski (22), eikä yli 5 mg:n annosta kannattaisi käyttää naisilla tai 65 vuotta täyttäneillä (25). Toleranssia z-lääkkeiden vaikutuksille ei näytä kehittyvän edes siinä määrin kuin bentsodiatsepiineille (26). Moottoriajoneuvo-onnettomuuden riski kuvautuu tsopiklonilla ja tsolpideemilla noin kaksinkertaisena (18,27). Ainoa ajokyvyn hyvin niukasti tutkimuksissa vaikuttanut z-lääke, tsaleploni, ei ole enää Suomen markkinoilla.

Vaikka opioidien akuutti annostelu aiheuttaa selkeää heikentymistä ajokyvyn kannalta oleellisiin kognition ja motoriikan osa-alueisiin (28), ei vakaassa kivunhoidollisessa annostelussa ole osoitettu selkeää kognition tai psykomotoriikan heikentymää (29,30). Eräät katsaukset ovatkin päätyneet suosittelemaan, että opioidien aloituksen ja annosmuutosten jälkeen ei kannattaisi autoilla viikkoon tai pariin, mutta mikäli pitkäaikaisen opioidilääkityksen annos ja annosvälit ovat vakaat, ei autoilulle yksin opioidin osalta olisi estettä (31). Vastakkaisiakin painokkaita näkemyksiä vakaan opioidiannoste-

lun turvallisuudesta ajokyvyn osalta on. Erään laajan systemaattisen katsauksen kirjoittajat muistuttavat, että tutkimuksissa ei aina huomioida sekoittavia tekijöitä kuten uni- ja mieliala-ongelmia, ahdistuneisuutta ja monilääkitystä, jotka tunnetusti ovat yleisiä pulmia vaikeasta kivusta kärsivillä potilailla. Myös itse kipu voi vaikuttaa ajokyvyn. Korkeiden ja matalien annosten eroavaisuuksista ajokyvyn kannalta ei ole tutkimuksia (32). Tuoreempi epidemiologinen tutkimus on osoittanut, että kipu itsessään tai yhdistettynä vahvaan kipulääkitykseen liittyy kohonneeseen liikenneonnettomuusriskiin (33). Samaa kieltä puhuu toki noin kaksinkertainen moottoriajoneuvo-onnettomuuden ilmaantuvuuden riski opioidikipulääkkeiden käyttäjillä verrattuna lääketta käyttämättömiin (18). Kansainvälinen ajokikyneuvosto ICADTS asettaa esim. oksikodonin ja kodeiinin lieviä tai kohtalaisia ajokykyhaittoja aiheuttavaan kategoriaan II ja esim. morfiinin, tramadolin ja fentanylin vaikeita ajokykyhaittoja tai vaaraa ajokyvylle aiheuttavaan kategoriaan III, koska haitat ovat selkeästi annosriippuvaisia ja opioidiannoksilla on toleranssin kehittymisen vuoksi taipumusta nousta (14). Kannattaa siis noudattaa varovaisuutta ja arvioida potilaan kokonaisvointia, lääkitystä ja yksilöllisiä lääkevaikutuksia sekä noudattaa kansallisia ja kansainvälisiä suosituksia opioidien määräämisen osalta. Annosmuutosten ja lääkealoitusten yhteydessä on järkevää ohjeistaa ajamisesta pidättyminen tai antaa ajokielto määräaikaisena.

Opioidikorvaushoidon osalta vakaassakin annostelussa vaikutus ajokyvyn on tutkitusti selkeämpi – kenties hoidossa vaadittujen keskimäärin korkeampien opioidiannosten vuoksi. Sekä metadoni- että buprenorfiini-korvaushoitolääkitykset heikentävät ajokyvyn vaadittavaa kognitiivista ja psykomotorista suoriutumista ja lisäävät käyttäjien moottoriajoneuvo-onnettomuuden riskiä, metadoni

”Masennus- ja psykoosilääkkeet voivat sedatoida ja heikentää kognitiivisia toimintoja.”

enemmän (34). Trafin ohjeistus kuvautuu tätä vasten varsin luottavaisena ja toteaa, että metadoni- tai buprenorfiini-korvaushoidossa olevaa opioidiriippuvaista R1-kuljettajaa tulee kieltää ajamasta, kunnes hoito vakiintunut, eikä päihdeohjeiskäyttöä tai haitallista lääkekäyttöä esiinny. Mikäli henkilö hakee ensimmäistä kertaa R2-ajo-oikeutta ollessaan korvaushoidossa, eivät ajoterveysvaatimukset täyty. Mikäli henkilöllä jo on R2-ajo-oikeus, voidaan ajoterveysvaatimusten poikkeustapauksissa harkita täytyvän, mikäli hoito on vakaata eikä päihteen oheiskäyttöä tai haitallista lääkekäyttöä esiinny.

Antihistamiinivalmisteiden käyttöön on liitetty epidemiologisissa tutkimuksissa keskimäärin kolminkertainen moottoriajoneuvonnettomuuksien riski (vaihteluväli 1,05–8,55) (18). Sedatoivien ensimmäisen sukupolven H1-antihistamiinien (Suomessa hydroksitsiini ja doksylamiini sekä erityisluvalla difenhydramiini, klemastiini ja prometatsiini) on osoitettu merkittävästi heikentävän ajokykyä sekä yksittäisannostelun että säännöllisemmän päivittäiskäytön kontekstissa. Toisaalta toisen polven H1-antihistamiinien (kuten loratadiini, feksofenadiini, levosetiritsiini, desloratadiini, atselastiini, ebastiini) ei ole osoitettu vaikuttavan merkittävästi ajokykyyn. Setiritsiinin ja meklotsiinin osalta erityisesti suuremmat annokset voivat johtaa ajokyvyn heikkenemiseen. (14,35) Myös doksylamiini kannattaa muistaa tässä yhteydessä, vaikka se luokitellaankin unilääkekategoriaan. Kyseessä on ensimmäisen polven H1-antihistamiini, joka on hydroksitsiinin tavoin varsin lipofiilinen ja siis herkästi veriaivoesteeseen läpäisevä, varsin väsyttävä ja pitkän puoliintumisaajan omaava (terveillä nuorilla aikuisilla 10-13 h, iäkkäillä 12-16 h). Yllä mainitut Suomessa erityisluvalliset ensimmäisen sukupolven H1-antihistamiinit on luokiteltu ICADTS-kategoriaan III eli potentiaalisesti vaaraa ajokyvylle aiheuttavaksi (14). Tutkimusnäy-

tön valossa ei ole syytä olettaa, etteivätkö saman lääkeaineryhmän hydroksitsiini ja doksylamiini aiheuttaisi samankaltaisia riskejä. Etenkin hydroksitsiinillä vaikuttaisi olevan difenhydramiiniakin enemmän kognition osa-alueita heikentävää vaikutusta (36).

Masennus- ja psykoosilääkkeet voivat sedatoida ja heikentää kognitiivisia toimintoja. Niiden käytön yhteydessä voi olla haastavaa määrittää, mikä osuus ajokyvyn heikkenemisestä johtuu sairauden jäännösoireista. Trafi ohjeistaa, että vahvasti sedatiivinen psykenlääkehoito edellyttää tilapäistä ajokieltoa tai hoidon jatkuessa varmistumista sedaatiovaikutuksen poistumisesta. Trafin ohjeessa mainitaan myös, että ajolupaa ei välttämättä voi palauttaa, mikäli potilaalla on masennus tai muu pitkäaikainen mielialahäiriö tai ahdistuneisuushäiriö lievänäkin, jos käytössä on ajokykyyn vaikuttava lääkitys. SSRI- ja SNRI-lääkkeiden aiheuttama moottoriajoneuvo-onnettomuuden riskin lisäys on kuvautunut noin 1,7-kertaisena (18,37). Trisyklisten mielialälääkkeiden aiheuttama riskin lisäys taas on 1.4–5,5-kertainen riippuen annoksesta ja henkilön iästä (18,38). Niin akuutin kuin pidempiaikaisenkin annostelun yhteydessä väsyttävät mielialälääkkeet amitriptyliini, mianseriini ja mirtatsapiini kuvautuvat ajokyvyn osalta pulmallisina (15,39) SSRI-lääkkeet, venlafaksiini ja moklobemidi kuvautuvat puolestaan varsin turvallisina (15,39,40). ICADTS-luokituksen mukaan kategoriaan III eli ajokyvylle vaarallisiin on asetettu Suomessa käytössä olevista mielialälääkkeistä amitriptyliini, doksepiini, mirtatsapiini, mianseriini ja tratsodoni (14).

Erityisesti antipsykoottien käytön yhteydessä kognitiivisia ja psykomotorisia lääkehaittoja voi olla vaikeaa erottaa taudin ydinoireista (41). Yleisesti ottaen on todettu, että ajokognition kannalta tyypilliset neuroleptit, kuten haloperidoli ja flupentiksoli, ovat huonompia kuin



Kuva: Pixabay

klotsapiini ja atyyppiset sekä uudemmat neuroleptit, kuten amisulpridi, paliperidoni, ketiapiini ja aripipratsoli, kun taas risperidoni vertautuu ominaisuuksiltaan tyypillisiin neurolepteihin (42,43,44), mutta sekoittavia tekijöitä tutkimuksissa oli paljon. Epidemiologisesti on arvioitu toisen polven antipsykoottien lisäävän moottoriajoneuvo-onnettomuuden riskiä käyttäjillään noin 2,2-kertaisesti (18).

Gabapentinoidit ovat varsin yleisesti käytetty lääkeryhmä, joka potentoi muiden sedatoivien ja päihdyttävien lääkkeiden vaikutuksia ja voi siten myötävaikuttaa ajokykyyn. Pregabaliinin yleisimpiä haittoja ovat huimaus, päänsärky ja uneliaisuus. Muita varsin yleisiä haittoja ovat näön sumentuminen ja kognitiiviset haitat, kuten keskittymisen ja tarkkaavuuden häiriöt (45), jotka ajokyvyn kannalta kuulostavat huolestuttavilta. Maltillisilla annoksilla pregabaliini ei kuitenkaan heikentänyt merkittävästi testipotilaiden psykomotorisia tai kognitiivisia kykyjä, mutta annosten kasvaessa haitat korostuvat (46,47,48). Gabapentiinin hyvin yleisiä haittoja ovat uneliaisuus, heitehuimaus, ataksia sekä väsymys. Kliinisissä tutkimuksissa lisäksi yleisesti havaittuja haittoja ovat heikkouden tunne, ataksia, ajattelun poikkeavuudet ja näön sumentuminen (49). Ranskalaistutkimuksessa pregabaliinin käyttäjien liikenneonnettomuusriski oli 1,9-kertainen ja gabapentiinin

käyttäjien riski 1,5-kertainen (50) verrattaessa lääkettä käyttämättömiin. Gabapentiinin osalta on näyttöä pitoisuusriippuvaisista vaikutuksista ajokykyyn (51), mutta maltillisella 250 mg iltannoksella ei ollut vaikutusta ajosimulaattorisuoritukseen terveillä vapaaehtoisilla (52). Myöskään pregabaliinin maltillinen 75 mg x 2 annostelu ei johtanut heikentyneeseen ajosimulaattorisuoritukseen lumeeseen verrattuna (53).

Stimulanttien osalta Trafi mainitsee, että ADHD:n asianmukainen lääkehoito, mukaan lukien stimulanttilääkitykset, saattaa jopa parantaa ajosuoritusta, eikä itsessään ole este ajoluvalle. Samoilla linjoilla on hollantilainen laaja katsausartikkeli vuodelta 2009, jossa todetaan stimulanttilääkkeiden käytön johtaneen tutkimuksissa ajosuorituksen kohenemiseen verrattuna plaseboon niin ADHD-diagnoosin omaavilla kuin ekstaasin viihdekäyttäjilläkin (14).

Norjan Terveysviraston ohjeistukset

Jo edellä peräänkuulutin tarkempia suosituksia lääkitysten ja ajoterveyskriteerien suhteen. Norjan terveysvirasto *Helsedirektoratet* antaa varsin täsmällisiä lääkityskohtaisia ohjeita ajoturvallisuuden osalta. Norja on ollut ensimmäinen maa, joka on ajokyvyn osalta määritellyt lakiin pohjautuvat pitoisuusrajat muillekin aineille kuin alkoholille (22). Norjassa työskentelevä kollegani kertoi, että terveystieteiden ohjeita päihdeiden ja lääkkeiden käytön osalta ajoturvallisuuteen liittyen noudatetaan varsin tunnollisesti. Mikäli huolestuttavia lääkitysanoksia tai -yhdistelmiä havaitaan, on lääkärin lainmukainen velvollisuus niihin puuttua. Alla kirjaan muutamia esimerkkejä Helsedirektoratetin ohjeista, ajokorttiluokat näissä ohjeissa Suomen R1 ja R2 mukaisesti.

Bentsodiatsepiinit ja niiden kaltaiset lääkeaineet: Ajokorttiluokassa 1 terveystieteiden vaatimukset

täyttyvät, jos lääkehoito on vakaata ja käytössä on enintään 30 mg/vrk oksatsepaamia, 10 mg/vrk diatsepaamia, 7,5 mg tsopiklonia, 10 mg/vrk tsolpideemia tai 10 mg/vrk nitratsepaamia. Ajokorttiluokassa 2 terveysvaatimukset täyttyvät satunnaisella käytöllä (enintään 5pv/kk), jos käytössä on enintään 7,5 mg/vrk tsopiklonia, 10 mg/vrk tsolpideemia tai 10 mg/vrk nitratsepaamia. Molemmissa ajokorttiluokissa mainittu lääkitys on otettava vähintään 8 h ennen ajamista. Terveysvaatimukset eivät täyty, jos käytössä on muita kuin mainittuja bentsodiatsepiineja.

Opioidit pitkäaikaisen kivun hoidossa (yli 7vrk): Ajokorttiluokassa 1 terveysvaatimukset täyttyvät, mikäli opioidilääkitykselle on selkeä lääketieteellinen indikaatio, viimeisestä annostosta on kulunut vähintään viikko, ensimmäisvuorokausiannos suun kautta otettuna on enintään 300 mg morfiiniekvivalenttina/vrk (oksikodonia max 150 mg/vrk), lääkkeet ovat pitkävaikutteisia ja vähintään 8 h on kulunut lyhytvaikutteisen opioidin ylimääräisen annoksen ottamisesta. Ajokorttiluokassa 2 terveysvaatimukset eivät täyty.

Opioidit lyhytaikaisen kivun hoidossa (alle 7 vrk): Ajoterveysvaatimukset eivät täyty kummassakaan ajokorttiluokassa, mikäli opioidilääkettä otetaan useammin kuin kerran päivässä. Kerta-annoksen osalta ajoterveysvaatimus täyttyy, mikäli lääkkeellä ei kuvaudu olevan ajoturvallisuusriskiä aiheuttavaa vaikutusta, lyhytvaikutteinen lääke otetaan vähintään 8 h ja pitkävaikutteinen lääke vähintään 16 h ennen ajamista.

Korvaushoitolääkkeet: Ajokorttiluokassa 1 terveysvaatimukset täyttyvät vakaan korvaushoitolääkityksen jatkuttua vuoden, mikäli seuranta on toteutettu asianmukaisesti ja muita ajokykyyn vaikuttavia lääkkeitä tai aineita ei ole ollut käytössä. Tällöin voidaan myöntää ajo-oikeus enintään 1 vuodeksi kerrallaan 3

vuoden ajan ja sen jälkeen enintään 5 vuotta kerrallaan. Ohjeistus muistuttaa, että myöskään lääkärin reseptoimia muita ajokykyyn vaikuttavia lääkkeitä kuten bentsodiatsepiineja, z-lääkkeitä, sedatoivia antihistamiineja tai ADHD:n stimulanttilääkkeitä ei saisi olla korvaushoitolääkityksen kanssa käytössä, mikäli ajo-oikeutta tavoitellaan. Ajokorttiluokassa 2 terveysvaatimukset eivät täyty.

Sedatoivat antihistamiinit (Suomessa käytössä olevien lääkeaineiden osalta): Ajokorttiluokassa 1 terveysvaatimukset täyttyvät, jos käytössä on hydroksitsiinia enintään 30 mg/vrk, lääkkeellä ei kuvaudu olevan ajoturvallisuusriskiä aiheuttavaa vaikutusta ja viimeinen annos on otettu vähintään 8 h ennen ajamista. Ajokorttiluokassa 2 terveysvaatimukset eivät täyty. Ohjeistus muistuttaa, että doksylamiiniinkin tulee ottaa vähintään 8 h ennen ajamista ja ajoterveysvaatimusten täyttymistä tulee kriittisesti arvioida.

Monilääkityksen osalta Norjan terveysvirasto ohjeistaa, että mikäli käytössä on 2 lääkettä potentiaalisesti ajokykyyn vaikuttavien aineiden tai lääkkeiden joukosta (alkoholi, huumausaineet, korvaushoitolääkkeet, opioidit, bentsodiatsepiinit ja z-lääkkeet, sedatoivat antihistamiinit), tulisi molempien lääkkeiden ohjeissa sallittua vuorokausiannosta pienentää 50 %. Mikäli käytössä on 3 tai useampi em. ryhmiin kuuluva lääke, eivät ajoterveysvaatimukset täyty missään ajokorttiluokassa.

Johtopäätökset

Työkokemukseni niin terveyskeskuksesta, kipupoliklinikalta, ajopoliklinikkaradista kuin päihdeyksiköistäkin puhuu sen puolesta, että meillä Suomessa ajoterveyteen ja -turvallisuuden vaikuttavia lääkityksiä on varsin runsaasti käytössä ilman, että niihin puututaan. Myös monilääkitys ja päällekkäisten keskushermostovaikutteisten lääkkeiden käyttö on yleistä.

”Väsyttävät antihistamiinit eivät kuvaudu soveltuvan edes iltaisin annosteltuina ajamaan halajaville.”

Voisimme nykyistä selkeämmillä ohjeistuksilla ja niiden viemisellä kliinisiin käytäntöihin kohentaa merkittävästi liikenneturvallisuutta ja todennäköisesti samalla myös potilaiden kokonaisterveyttä, kun ajo-oikeutta mielivien lääkitykset olisivat paremmin ohjeistusten mukaisia ja lääketieteelliseen näyttöön perustuvia.

Yhteenvetona keskushermostovaikutteisten lääkkeiden ajokykyvaikutusten suhteen voitaneen todeta, että kannabinoidien – myös lääkinnällisten – säännöllinen käyttö on aina este ajamiselle, ja yksittäisenkin käyttökerran jälkeen ajamisesta tulisi pidättäytyä 24 h ajan. Valtaosa bentsodiatsepiinivalmisteista ovat hyvin haitallisia ajokyvylle, varsinkin, mikäli niitä annostellaan alle 10 tuntia ennen ajamista. Sama koskee tsopiklonia ja tsolpideemia, jälkimmäisen osalta kannattaa muistaa myös unissa-ajelun riski ja pienemmän annostelun suositus naisille sekä ikäihmisille. Opioidien vakaassa annostelussa maltillisilla annoksilla ei kuvaudu merkittävää ajokykyhaittaa, mutta annosmuutosten ja lääkealoitusten yhteydessä on järkevää ohjeistaa ajamisesta pidättäytymisen tai antaa ajokielto määräaikaisena. Opioidikorvaushoidon ja ajoterveysvaatimusten suhteen Suomen ohjeistukset ovat varsin sallivat, ja tutkimusnäytön sekä Norjan suositusten valossa tiukempi linja voisi olla viisas. Väsyttävät antihistamiinit eivät kuvaudu soveltuvan edes iltaisin annosteltuina ajamaan halajaville. Mielialalääkkeiden osalta väsyttävät, kuten trisykliset valmisteet erityisesti suurilla annoksilla ja ikäihmisillä aiheuttavat ajoterveysriskin, josta kannattaa muistutella. Muidenkin väsyttävien mielialalääkkeiden osalta noudattaisin varovaisuutta. Väsyttämättömät mieliala- ja ahdistuneisuuslääkkeet eivät vaikuta heikentävän ajokykyä merkittävästi kokonaiskuvassa. Niin mieliala- ja ahdistuneisuuslääkkeitä kuin antipsykoottejakin käytettäessä on arvioitava kriittisesti ajokykyä hoidettavan sairauden tasa-

painon näkökulmasta. Erityisesti vanhanaikaisemmat antipsykootit eivät kuvaudu ajokyvyn kannalta erityisen hyvinä, joskaan toisen polven antipsykootitkaan eivät ole täysin ongelmattomia. Gabapentinioidien käytössä maltilliset annokset kuvautuvat ajokyvyn osalta varsin turvallisina. Stimulanttivalmisteet vaikuttavat peräti kohentavan ajokykyä.

Nykyiset ajoterveyden arviointiohjeet ovat väljät ja moniselitteiset, eivätkä ne juurikaan tarjoa klinikalle tukea päätöksiin. Ohjeissa kannustetaan ajajia itsearvioimaan ajokykyään ja vointiaan kriittisesti, vaikka tutkimusten valossa tämä on jo lähtökohtaisesti vaikeaa – erityisesti silloin, kun käytössä on keskushermostovaikuttainen lääke, kuten bentsodiatsepiini tai väsyttävä antihistamiini, joiden aiheuttamia kognition heikentymiä henkilö ei itse havaitse. Ammattilaisia ohjeistetaan arvioimaan lääkitysten vaikutuksia ajokykyyn yksilöllisesti ja säännöllisesti, mutta väittäisin meidän kliinikoiden suoriutuvan tästä keskimäärin varsin heikosti. Tämän vuoksi näkisin hyödyllisenä, että ajoterveyden arviointiohjeissa nostettaisiin esiin enemmän tutkimuksiin perustuvaa näyttöä eri lääkkeiden ajoterveysvaikutuksista. Myös pelkkä tietämys aiheesta auttaa – olen jo huomannut siirtäneeni kirjallisuuskatsausta tehdessäni oppimiani asioita kliiniseen työhöni uusina käytänteinä, toivoen tämän kohentavan potilaideni ajoterveyttä. ■

Kiitokset tekstin oikolukemisesta, arvioinnista ja korjaus ehdotuksista kollegat Katja Luostari-nen KYS kipupoliklinikka ja Tuula Korhonen Raahen kipupoliklinikka.

Kirjallisuusviitteet verkossa:

<https://www.skty.org/kipuviesti/kipuviesti-1-2025/>

Terveyskylän digitaaliset ratkaisut tukevat lääkäriä kipupotilaan opioidilääkityksen arvioinnissa ja seurannassa



Annukka Kallio
palvelusuunnittelija,
HUS Neurokeskus,
Kipuklinikka.

TerveyskyläPRO-palvelussa hiljattain julkaistu Opioidit pitkäaikaisen kivun hoidossa -opas käsittelee opioidilääkityksen aloittamisen edellytyksiä, lääkityksen haittavaikutuksia sekä ammattilaisen vastuita ja velvoitteita. Opas on tarkoitettu pitkäaikaisesta kivusta kärsiviä potilaita hoitavien lääkäreiden käyttöön.

Opioidien hyöty akuutin ja syöpään liittyvän kivun hoidossa on selkeä. Sen sijaan pitkäaikaisen, ei-syöpään liittyvän kivun hoidossa tilanne on toinen: näyttö opioidien tehosta ja turvallisuudesta pitkäaikaisen kivun hoidossa on vähäistä.

Opioidilääkityksen huolellinen harkinta alkaa jo ensimmäisestä reseptistä

Opioidilääkityksen lopettaminen on usein vaikeaa, vaikka lääkityksen teho olisi ollut vaatimaton. Riippuvuuden, väärinkäytön ja yliannostuksen riskin lisäksi opioidien pitkäaikaiseen käyttöön liittyy merkittäviä haittavaikutuksia. Siksi opioidien käytön tulisi aina olla osa monimuotoista hoitosuunnitelmaa, jossa lääkehoidon lisäksi hyödynnetään myös lääkkeettömiä vaihtoehtoja. Hoitopäätökset tulee tehdä yksilöllisesti, ja potilasta on seurattava säännöllisesti riskien minimoimiseksi.

Opioidia harkittaessa tai jo aloitettua lääkitystä jatkettaessa tulee arvioida kiputilan mekaniemit, potilaan toimintakyky sekä psykososiaaliset tekijät. Lisäksi on huomioitava opioidien pitkäaikaisen käytön haittavaikutukset ja vakavien ongelmien riskit.

Opas tukee turvallista opioidien käyttöä kivunhoidossa

Laajan kotimaisen tutkimuksen mukaan vuosina 2009–2017 noin 7 prosenttia suomalaisista aikuisista käytti opioideja kivunhoitoon. Tutkimusjakson aikana opioidien käyttömäärä potilasta kohden kasvoi 33 prosenttia. Heikompia

opioideja käyttäneistä potilaista 5 prosenttia siirtyi vahvojen opioidien käyttöön. Koko potilasryhmästä vain 3 prosenttia käytti opioideja syöpäkivunhoitoon.

Nyt julkaistu opas antaakin lääkäreille tukea kipupotilaiden opioidilääkityksen indikaatioiden ja riskien arviointiin sekä seurantaan. Lisäksi oppaasta saa tietoa opioidien tilapäisestä käytöstä, turvallisesta lopettamisesta ja iäkkäiden ihmisten opioidilääkityksestä.

Opioidipuntari kipulääkityksen harkinnan tukena

Pitkäaikaisesta kivusta kärsivien potilaiden hoitoon on kehitetty digitaalinen työkalu, Opioidipuntari, auttaa lääkäreitä arvioimaan opioidilääkityksen aloittamisen tarpeellisuutta ja turvallisuutta. Työkalu on suunniteltu erityisesti kroonisen kivun hoidon tueksi, eikä siten sovellu akuutin tai syöpäkivun hoitoon.

Nopea ja helppokäyttöinen arviointityökalu

Opioidipuntari koostuu 24 kysymyksestä, joiden läpikymminen vie vain noin kaksi minuuttia. Se kokoaa yhteen keskeiset tekijät, jotka tulee ottaa huomioon arvioitaessa opioidilääkityksen soveltuvuutta potilaalle. Työkalun tar-

Opioidipuntari

1/6

Potilaan *

☐ Ikä yli 65 v ☐ Ikä 40-65 v ☐ Ikä alle 40 v

Onko potilaan perhe-, työ- ja muu psykososiaalinen tilanne vakaa? *

☐ Kyllä ☐ Ei

Onko potilas sitoutunut hoitosuhteeseen? *

☐ Kyllä ☐ Ei

Onko potilaan jatkoseurannan/-hoidon järjestäminen kunnossa? *

☐ Kyllä ☐ Ei

Onko potilaan perheenjäsenellä päihdeongelma? *

☐ Kyllä ☐ Ei

Opioidipuntari

2/6

Perus- ja liitännäissairaudet 1/2

Onko potilaalla vaikea muistisairaus tai muu kognitiivisen toiminnan heikkous? *

☐ Kyllä ☐ Ei

Onko potilaalla vaikea hengitysvajaus? *

☐ Kyllä ☐ Ei

Onko potilaalla uniapnea? *

☐ Kyllä ☐ Ei

Onko potilaalla vaikea ummetus? *

☐ Kyllä ☐ Ei

Opioidipuntari

4/6

Kiputila

Onko potilaalla yksi kiputila? *

☐ Kyllä ☐ Ei

Onko potilaan kivulla selkeä diagnoosi? *

☐ Kyllä ☐ Ei

Onko potilaalla kudonsvauriokipu? *

☐ Kyllä ☐ Ei

Onko potilaalla etiologialtaan epäselvä kipu tai useita kiputiloja? *

☐ Kyllä ☐ Ei

Onko potilaalla hoidettavana kipuoireena päänsärky, fibromyalgia tai hypermuskulaarinen kipu? *

☐ Kyllä ☐ Ei

Opioidipuntari

5/6

Kivun hoito

Onko potilaalla lääkkeettömät kivunhallintakeinot säännöllisessä käytössä? *

☐ Kyllä ☐ Ei

Onko potilaalla optimaalinen non-opioidilääkitys käytössä? *

☐ Kyllä ☐ Ei

Kyselyn yhteenveto

Osa vastauksista puoltaa opioideja, mutta ota huomioon ei vastaukset opioideja määrätessäsi.

Opioideja puoltavia vastauksia oli enemmän kuin kieltäviä.

Puoltavia vastauksia: 14, vastaan olevia vastauksia: 9.

Seuraavat vastaukset puolsivat opioidien määräämistä:

- Potilaan perhe-, työ- ja muu psykososiaalinen tilanne on vakaa.
- Potilas on sitoutunut hoitosuhteeseen.
- Jatkoseurannan/-hoidon järjestäminen on kunnossa.
- Perheenjäsenellä ei ole päihdeongelmaa.
- Potilaalla ei ole uniapnea.
- Potilaalla ei ole aivovamman jälkitila.
- Potilaalla ei ole bentsodiatsepiinilääkitys käytössään.
- Potilaalla ei ole alkoholin, PKV-lääkkeiden tai päihteiden käyttö anamneesissa.
- Potilas ei tupakoi.
- Potilaalla ei ole hoitamaton tai riittämättömästi hallinnassa oleva psyykinen sairaus.

Seuraavat vastaukset olivat opioidien määräämistä vastaan:

- Potilaalla on vaikea muistisairaus tai muuta kognitiivisen toiminnan heikkoutta.
- Potilaalla on hengitysvajaus.
- Potilaalla on vaikea ummetus.
- Potilaalla on sairaaloinen lihavuus (BMI > 40).
- Potilaalla on persoonallisuushäiriö, ADHD, pakko-oireinen häiriö tai kaksisuuntainen mielialahäiriö.
- Potilaalla on ollut seksuaalista hyväksikäyttöä lapsuudessa.
- Potilaan kivulla ei ole selkeää diagnoosia.
- Potilaan kipu ei ole kudonsvauriokipua.
- Potilaalla on etiologialtaan epäselvä kipu tai useita kiputiloja.

VASTAA JA SIIRRY YHTIEENVETOON

ALOITA ALUSTA

TULOSTA

koituksena on tukea lääkärin päätöksentekoa, mutta se ei korvaa lääkärin omaa harkintaa. Hoitovastuu on aina lääkärillä, ja puntari on täytettävä kokonaisuudessaan, jotta se antaisi mahdollisimman kattavan kuvan potilaan tilanteesta.

Sekä opas että opioidipuntari on kehitetty HUS Kipuklinikalla, ja niiden taustalla ovat kansainväliset hoitosuosituksen sekä alan tutki-

mustieto. Digitaalisten ratkaisujen tavoitteena on parantaa potilasturvallisuutta ja varmistaa, että opioidilääkitystä käytetään perustellusti ja hallitusti kroonisen kivun hoidossa. Potilasohje opioidien käytöstä pitkäaikaisen kivun hoidossa ilmestyy vuoden 2025 aikana. ■

Kivun hoitotyön uusi ohjeistus julkaistu Terveysportin hoitotyön tietokannassa

Riitta Rosio

ft, TtT, lehtori, Satakunnan
ammattikorkeakoulu

Reetta Mustonen

sh, TtM, väitöskirjatutkija,
yliopisto-opettaja Turun yli-
opisto, hoitotieteen laitos

Mirka Toivonen,

sh, TtT, yliopettaja, Turun
ammattikorkeakoulu

Sanna Salanterä

sh, TtT, kliinisen hoitotie-
teen professori, Turun yli-
opisto, hoitotieteen laitos

Duodecimin Terveysportin Hoitotyön tietokantaan on julkaistu uudistunut kivun hoitotyön ohjeistus helmikuun 2025 lopussa. Ohjeistus on tarkoitettu hoitotyön ammattilaisille kliinisen työn tueksi ja opiskelijoille opintomateriaaliksi. Ohjeistus on kirjoitettu helposti hyödynnettävään muotoon.

Terveysportti on erinomainen väylä näyttöön perustuvan tiedon jalkauttamiseen käytännön hoitotyöhön. Palvelu on käytössä kaikilla hyvinvointialueilla, ja sitä hyödyntävät myös yksityiset palveluntarjoajat ja oppilaitokset. Kivun hoitotyön uutta ohjeistusta on toivottu pitkään. Ohjeistuksen ovat työstäneet Turun yliopiston hoitotieteen laitoksen ja SKTY:n hoitotyön toimikunnan yhteistyössä järjestämän Kivun hoitotyön täydennyskoulutuksen tiimi, johon kuuluvat professori Sanna Salanterä, yliopisto-opettaja Reetta Mustonen, lehtori Riitta Rosio ja yliopettaja Mirka Toivonen.

Työ käynnistyi toukokuussa 2023, kun Duodecimin hoitotyön tietokannasta vastaava Nina Sarell otti yhteyttä ja ehdotti yhteistyötä huomattuaan Kivun hoitotyön täydennyskoulutustiimin kirjoittaman kannanoton kivun hoitotyön osaamisesta ja sairaanhoitajien täydennyskoulutuksen merkityksestä osaamisen kehittämisessä.

Ohjeistusta työstettiin systemaattisesti pala palalta ja työryhmä tapasi säännöllisissä tarkistuspisteissä. Kaikki tekstit vertaisarvioitiin työryhmän sisällä. Kun ohjeistuksen ensimmäinen versio oli saatu valmiiksi, työryhmä pyysi siitä

palautetta Kivun hoitotyön täydennyskoulutuksessa toimivilta asiantuntijamentoreilta ja opiskelijoilta, jotka tarkastivat tekstin ja tekivät ehdotuksia mahdollisista muutoksista ja sisällöistä. Syksyn muokkausvaiheen jälkeen ohjeistuksen julkaisemista juhlistettiin helmikuun 2025 lopussa, jolloin työryhmä pääsi tutustumaan Duodecimin toimintaan sekä keskustelemaan muun muassa hoitotyön nykytilasta, tulevaisuudesta ja mielenkiintoisista hankkeista.

Uusi ohjeistus pohjautuu hoitotyön prosessiin, sisältäen vaiheet potilaan kivun tunnistamisesta ja arvioinnista kivun hoitokeinojen valintaan, toteutukseen ja prosessin arviointiin. Potilaan kivun hoidon lähtökohtana on potilaan tunteminen, eli hoitajan tulee olla tietoinen potilaan kokonaistilanteesta, kuten sairauksista, muista oireista ja toiveista. Ohjeen alussa kuvataan hoitajan rooli kivun hoitotyön asiantuntijana monialaisessa tiimissä. Monialaisessa kiputiimissä sairaanhoitajan asiantuntijuus korostuu erityisesti kivun systemaattisessa arvioinnissa, hoidon ja potilasohjauksen toteuttamisessa, potilaan itsehoidon tukemisessa, ja hoidon kokonaiskoordinoinnissa.

Kivun hoitotyön prosessi alkaa potilaan ki-

Uutta: Kivun hoitotyö



Opintojen ja työn
tueksi sopiva
ohjekokonaisuus
tukee hyvää ja
laadukasta kivun
hoitotyötä.



Vasemmalta Sanna Salanterä, Riitta Rosio, Mirka Toivonen ja Reetta Mustonen.

vun tunnistamisesta ja arvioinnista. Kivun tunnistamisen tärkeys korostuu niiden potilaiden kohdalla, jotka eivät sanallisesti pysty ilmaisemaan tai kuvailemaan kipuaan. Ohjeistus ohjaa lukijaa mm. kivun tunnistamista helpottavan kipukäytöksen tarkkailemisessa ja soveltuvien kivun arviointimittareiden valinnassa.

Kivun hoitotyön keinot ovat jaoteltu ohjeistuksessa kolmeen osaan: fysikaaliset kivunhoitomenetelmät ja fyysinen aktiivisuus, kognitiiviset ja psykososiaaliset kivunhoitomenetelmät ja kivun lääkehoito. Jokainen osio on kirjoitettu hoitotyön ammattilaisen näkökulmasta, kuvaten sitä roolia, mikä hoitajalla on potilaan kivun hoidossa käyttäessään valittuja menetelmiä.

Fyysisen aktiivisuuden merkitys kivun pitkittymisen ehkäisyssä on ajankohtaisen tutkimustiedon valossa nostettu merkittäväksi. Ohjeistuksessa otetaan kantaa siihen, mikä on hoitajan rooli potilaan fyysisen aktiivisuuden tukemisessa ja ohjaamisessa, ja mikä rooli on varsinaisella kipukuntouksella, joka kuuluu kuntoutusammattilaisten asiantuntijuuteen.

Kognitiiviset ja psykososiaaliset kivunhoitomenetelmät sisältävät ohjeita potilasohjauk-

sen, vuorovaikutuksen onnistumiseen ja potilaan omahoidon tukemiseen. Ohjeistuksessa otetaan kantaa myös käytännön kysymyksiin, esimerkiksi, mitä asioita tulee huomioida onnistuneen ohjaustilanteen ja vuorovaikutuksen mahdollistamiseksi. Psykososiaaliset auttamiskeinot sisältävät mm. rentoutumiseen, hengitykseen, tietoiseen läsnäoloon ja tunteiden käsittelyyn liittyviä harjoituksia ja tuovat esiin vertaistuen merkitystä potilaan kivun hoitotyössä. Ohjeissa on kätevät linkit mm. Kivunhallintatalon ja Mielenterveystalon ohjausmateriaaleihin, esimerkiksi erilaisiin rentoutus- ja hengitysharjoituksiin.

Lääkehoidon osuus on laadittu siten, että alussa käsitellään kivun lääkehoidon perusperiaatteita ja lääkehoidon turvallista toteuttamista. Lääkeaineet ovat löydettävissä ryhmittäin. Lisäksi ohjeissa käsitellään erikseen muutamia vaativampia antotapoja, kuten kipulääkeannostelijan käyttöä. Lopussa kerrotaan vielä lisälääkkeiden merkityksestä multimodaalisessa, eli useampaa lääkeainetta yhdistävässä kivun lääkehoidossa.

Hoitotyön prosessi päättyy ohjekokoelmassa ohjeistukseen kivun hoitotyön kirjaamisesta ja hoidon vaikuttavuuden arvioinnista. Kirjauksesta on saatavilla käyttöön myös potilasesimerkki, joka voi olla hyödyllinen esimerkiksi opetuskäytössä tai perehdytyksessä.

Kivun hoitotyön ohjeistus tulee vielä täydentymään lasten kivun hoitotyön ohjeilla, jotka ovat työryhmällä parhaillaan työn alla. Verkossa julkaistun ohjeistuksen hyvänä puolena voidaan pitää painettuun kirjaan verrattuna sitä, että tietokannan tietoa voidaan päivittää tutkimustiedon kertyessä. Duodecim sivujen kautta jokaisen erillisen artikkelin alapuolelta pystyy antamaan myös palautetta ohjeistuksesta, ja kommenttikenttä antaa mahdollisuuden vuorovaikutukseen ja keskusteluun aiheesta ohjeistuksen laatijoiden kanssa. Olemme kiitollisia mahdollisesta palautteesta kivun hoidon asiantuntijoilta. ■

Kokonaisuus on enemmän kuin osiensa summa – kuntoutusta lähes neljä vuosikymmentä

Kirjoittajat ovat Pohjois-Savon hyvinvointialueelta: psykologi **Mari Räsänen**, fysiatrian erikoislääkäri, vs. kuntoutusylilääkäri **Hanna Kaijankoski**, fysioterapeutit **Anne Tervonen**, **Joonas Tirri**, **Ville Leskinen**, toimintaterapeutti **Inkeri Alho**, hoitajat **Jonna Närhi** ja **Markus Jylhäsalmi** ja sosiaalityöntekijä **Aino Porali**.

Kuopion yliopistollisen sairaalan Kuntoutuksen päiväosasto palvelee kuntoutujia, joilla on useita eri sairauksia, tavallisimmin kipuja ja toiminnallisia oireita sekä työ- ja toimintakyöngelmiä. Moniammatillisesti toteutettavan kuntoutustyön tavoitteena on tukea kuntoutumista ja laatia tarpeellisten selvitysten perusteella kuntoutussuunnitelmia henkilöille, jotka tarvitsevat yksilöllistä kuntoutusta ja joiden tilanteen selvittämiseksi polikliininen tutkimus ei ole riittävä.

Osasto perustettiin vuonna 1988 toteuttamaan sairaalan omaa, potilaskohtaisen seurannan mahdollistavaa kuntoutushoitoa. Sitten läheteitä on ohjautunut työterveyshuolloista, terveyskeskuksista ja yksityisiltä tahoilta, myös oman hyvinvointialueen ulkopuolelta. Alun perin Tarinan sairaalassa, Siilinjärvellä, sijainnut ja ensin vuodeosastona toiminut Kuntoutustutkimusosasto vaihtui vuonna 2015 päiväosastoksi, ja nimikin päivitettiin sen myötä. Toisipaikkakuntalaisille kuntoutujille löydettiin majoitus osaston sijaan KYSin vierashuoneelta.

Vaikka osaston nimi ja sijainti ovat ajan saatossa muuttuneet, osaston toiminnan ydin on pysynyt pitkälti samana. Painopistettä on kuitenkin siirretty tutkimisesta kuntoutukseen, tarpeenmukaista toiminta- ja työkyvyn arviointia unohtamatta.

Kokonaisvaltaista kuntoutusta

Kuntoutuksen lähtökohtana on ymmärrys ihmisestä psykofyysissosiaalisena kokonaisuutena. Fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten tekijöiden välillä vallitsee monimutkainen vuorovaikutus, joka vaikuttaa kaikissa terveyden, sairauden ja kuntoutumisen kysymyksissä. Moninäkökuulmaisuuksia toteutuu osaston viidentoista kuntoutusammattilaisen tiiviissä yhteistyössä.

Kuntoutujalla on oma työryhmä, johon kuuluvat hoitaja, lääkäri, fysioterapeutti, toimintaterapeutti sekä useimmiten myös psykologi ja sosiaalityöntekijä. Tiivis työryhmätyö toteutuu avointen ovien periaatteella, jolloin työryhmään kuuluvilla ammattilaisilla on mahdollisuus jakaa havaintojaan ja ajatuksiaan päivän mittaan. Tämä palvelee kuntoutujan tilanteen mahdollisimman laaja-alaista ja moninäkökuulmaisista ymmärtämisestä sekä kuntoutuksen luottamusta yhteiseen suuntaan.

Kuntoutuja asiansa tuntijana

Kuntoutustyön pyrkimyksenä on tukea kuntoutujan pystyvyyden kokemusta ja etsiä yhdessä kuntoutujan elämäntilanteeseen sopivia kuntoutumisen keinoja. Kuntoutuja on aktiivinen toimija ja oman tilanteensa asiantuntija, jonka kuulemiseen ja voimavarojen valjastamiseen kuntoutus tähtää. Kuntoutuja tapaa työryhmään kuuluvia ammattilaisia kuntoutusjakson aikana yleensä useita kertoja, mikä mahdollistaa luottamuksellisessa työskentelysuhteessa kattavan yksilöllisen tilannetarkastelun ja uuden oppimisen. Olennaista on selvittää kuntoutujan voimavaroja kuntoutumiseen, opiskeluun ja työhön sekä etsiä tarpeenmukaisia tukitahoja kuntoutumiselle.



"Keskeinen kuntoutuksen viesti on, että toimintakykyä voidaan aina vahvistaa."

Toimintakyky keskiössä

Pitkittyneen oireilun, työkyvyttömyyden tai kasaantuneiden psykososiaalisten kuormitustekijöiden merkitystä kuntoutujan tilanteessa pyritään selvittämään kuntoutusjakson aikana. On tärkeää hahmottaa kuntoutujan omia tavoitteita ja sitä, miten hän kokee tilanteensa ja avuntarpeensa.

Kuntoutujan toimintakykyä heikentäviin oireisiin liittyy toimintakykyrajoitteiden lisäksi usein myös epätietoisuutta ja huolta. Myös uupuneisuus, ahdistuneisuus ja elämänpiirin kaventuminen ovat yleisiä pitkittyneen oireilun tai toimintakyvyn laskun seurauksia. Tarpeenmukaisin lisätutkimuksin tai jo tehtyjen tutkimusten perusteella pyritään selvittämään kuntoutujan yksilöllisen toimintakykyongelman luonnetta. Tiedon saanti on tärkeä osa kuntoutusta, joka tukee kuntoutumisen etene- mistä ja muutosten hyväksymistä. Keskeinen

kuntoutuksen viesti on, että toimintakykyä voidaan aina vahvistaa.

Käytännöistä: Yhdessä, mutta yksilöllisesti

Osastojaksot ovat 1–2 viikon mittaisia, ja kahden viikon jakso on mahdollista järjestää tarpeen mukaan kahdessa osassa. Yksilöllisten vastaanottoaikojen ulkopuolella kuntoutujia kannustetaan osallistumaan osaston ryhmätoimintaan, mikä tukee tiedon ja kokemusten jakamista kuntoutujien kesken. Osastokuntoutus tarjoaa aikaa kuntoutujan toimintakyvyn ja tilanteen havainnoimiseen ja uusien kuntoutumisen keinojen omaksumiseen. Osastokuntoutuksen puolesta puhuu myös palautteissa säännöllisesti välittyvä vertaiskokemusten ja -tuen rooli.

Kuntoutumisen seuranta näyttäytyy usein tarpeellisena ja se voi toteutua joko uudella kuntoutusjaksolla, polikliinisesti tai etäyhteyden välityksellä.

Liikettä, luovuutta ja lepoa

Kuntoutuspäivät rakentuvat yksilövastaanotoista eri ammattilaisten vastaanotoilla ja ryhmämuotoisesta ohjelmasta esimerkiksi liikunnan, toiminnallisten harjoitteiden, rentoutumisen, lääkärin luentojen sekä hoitajien ja psykologin keskusteluryhmien parissa. Kuntoutujilla on yleensä myös vapaa-aikaa, jota varten osastolla on erilaisia toiminnallisia aktiviteetteja lautapeleistä liikkumismahdollisuuksiin ja virtuaalilaseihin. Kuntoutujilla on myös mahdollisuus hyödyntää tarpeenmukaisesti osaston lepoa, rentoutusäänitteitä, painopeittoa ja piikkimattoja. Ruokailu- ja kahvitauot kuntoutujien kesken ovat välittyneet merkityksellisinä kuntoutujien yhteisinä hetkinä kuntoutuspäivien lomassa. Ruokailu onnistuu kuitenkin tarpeenmukaisesti myös osastolla omassa rauhassa.



Fysioterapiaryhmä.

Kuntoutusjakso alkaa maanantaina ja ensimmäisen päivän ohjelmassa on työryhmän tapaaminen. Hoitaja, lääkäri, fysioterapeutti ja tarvittaessa toimintaterapeutti haastattelevat ja tutkivat kuntoutujan yhdessä. Jakson päättyessä pidetään loppupalaveri, johon osallistuvat kuntoutujan lisäksi kaikki kuntoutujan työryhmään kuuluneet työntekijät. Loppupalaverissa käydään läpi jakson antia ja tehdään yhdessä kuntoutussuunnitelma.

Miten ja ketä osastolle?

Osastojaksoarvioon voi lähettää henkilön, jonka toimintakyky on laaja-alaisesti alentunut ja tilanteessa tarvitaan yksilöllistä, moniammatillista, biopsykososiaalisesti painottuvaa kuntoutusta ja arviota. Tällainen tilanne voi olla esimerkiksi silloin, kun kuntoutuminen ei etene suunnitellusti, oire on poikkeuksellisen hankala tai laaja-alainen, kipukäyttäytyminen on voimakasta tai henkilön työkyvyttömyys on pitkittynyt kipuoireen tai toiminnallisen oireen vuoksi. Tällöin yksittäiset avoterapiakäynnit eivät useinkaan ole riittäviä ja tarvitaan samanaikaisesti fysio- ja toimintaterapeuttista kuntoutusta ja mahdollisesti psykologisen ja sosiaalisen tilanteen arviota. Lähetteen kuntoutusosastolle voi laatia lääkäri perusterveydenhuollosta tai erikoissairaanhoidosta. Kuntou-

tuja voi asua Pohjois-Savon hyvinvointialueella tai tulla kauempaa muilta hyvinvointialueilta arvioon. Ennen jakson ohjelmointia järjestetään lääkärin poliklininen vastaanottokäynti, jossa käydään läpi tarkemmin kuntoutujan tilannetta, tavoitteita ja arvioidaan osastokuntoutusjakson tarkoituksenmukaisuutta.

Moniammatillinen tiimi kuntoutujan tukena

Alla kuvataan keskeisten asiantuntijoiden roolit ja tehtävät kuntoutusprosessissa.

Sihteeri

Sihteeri on usein puhelimitse yhteydessä kuntoutujiin jo ennen jakson alkua. Sihteeri käy läpi jakson aikatauluja ja käytänteitä sekä lähettää kuntoutujalle kotiin täytettäväksi esitietolomakkeet. Osastolle tullessa sihteeri on ensimmäisenä kuntoutujaa vastassa ja toivottaa tervetulleeksi.

Hoitaja

Työ alkaa kuntoutujan omien näkemysten ja tavoitteiden kartoittamisella. Hoitaja luo kiireettömän ja rauhallisen ilmapiirin, jossa kuntoutuja voi avoimesti jakaa ajatuksiaan ja tunteitaan. Tämä luo pohjan luottamukselle, ja kuntoutuja kokee tulleen kuulluksi, mikä on tärkeää kuntoutusprosessin etenemiselle.

Hoitaja asettaa kuntoutujan kanssa realistisia tavoitteita ja rohkaisee häntä eteenpäin. Hän antaa positiivista palautetta kuntoutujalla jo käytössä olevista keinoista ja voimavaroista, kannustaen ja tukien häntä niiden hyödyntämisessä. Kivunhallinnassa hoitaja tarjoaa tietoa pitkäaikaisen kivun luonteesta ja lääketeettömistä kivunlievityskeinoista, kuten rentoutusharjoituksista, termisistä hoidoista ja asento- ja hoidoista. Näitä voidaan harjoitella myös käytännössä kuntoutusjakson aikana. Elin- ja tapahoidossa hoitaja kiinnittää huomiota

”Kehon ja mielen yhteyden ymmärtäminen on keskeistä kuntoutuksessa.”

ravitsemukseen, uneen, päihteiden käyttöön sekä kivun lääkehoitoon ja auttaa kuntoutujaa ymmärtämään, miten nämä tekijät vaikuttavat kuntoutukseen ja kivunhallintaan.

Hoitaja tekee tiivistä yhteistyötä moniammatillisessa työryhmässä, jossa eri asiantuntijat tukevat kuntoutujaa eri näkökulmista. Lisäksi hoitaja ohjaa kuntoutujia erilaisissa ryhmissä, kuten ravitsemus-, rentoutus- ja musiikkiryhmissä, jotka tukevat kuntoutusprosessia ja parantavat kuntoutujan elämänlaatua.

Kaiken kaikkiaan hoitajan rooli on edistää kuntoutujan hyvinvointia, motivoida häntä ja varmistaa, että kuntoutuja saa tarvitsemansa tuen eri elämäalueilla.

Lääkäri

Lääkäri vastaa kuntoutujan lääketieteellisestä hoidosta, osallistuu kuntoutuksen suunnitteluun sekä jatkosuunnitelmien laatimiseen yhdessä moniammatillisen tiimin kanssa.

Fysioterapeutti

Fysioterapeutti tapaa kuntoutujan tulo- ja kotiutusvastaanotoilla, yksilöajoilla 3–5 kertaa viikossa ja fysioterapia- ja toiminnallisissa ryhmissä. Fysioterapiassa on keskeistä ohjata kuntoutujaa oivaltamaan, miten hän voi käyttää omaa kehoaan ja liikkua omassa toimintaympäristössään. Kokemuksellisen oppimisen kautta pyritään lisäämään kehotietoisuutta ja tukemaan kehon toimintaa kuntoutujan jaksamisen ja voimavarojen mukaan. Tämä prosessi voi tapahtua joko arjen toimintoja harjoittamalla tai terapeuttisten harjoitteiden avulla.

Fyysisellä aktiivisuuden lisäämisellä pyritään tuomaan esille myös muita liikunnan hyötyjä siten, ettei harjoittelussa ja sen ohjaamisessa keskiössä ole vain oireiden vähentäminen, vaan kokonaishyvinnön lisääminen. Kehotietoisuus on kykyä tunnistaa ja ymmärtää kehon tilaa, liikkeitä ja reaktioita. Kuntoutuksessa tämä

tietoisuus on erityisen tärkeää, sillä se auttaa kuntoutujaa tunnistamaan toimimisen rajoja ja itsesäätelyn keinoja toimimisen tukemiseksi. Asteittaisella harjoittelulla tai arjen liikkumisen lisäämisellä kuntoutujaa ohjataan liiallisesta varovaisuudesta uskomaan omiin kykyihinsä, mikä vahvistaa hänen minäpystyvyyttään ja itsetuntoaan. Tavoitteena on, että kuntoutuja pystyy liikkumaan ja toimimaan ilman pelkoa tai jännityksiä, vaikka kipuja tai väsymystä olisi-kin läsnä.

Kehon ja mielen yhteyden ymmärtäminen on keskeistä kuntoutuksessa, sillä vireystila ja kehon palautuminen ovat toisiinsa kytkeytyneitä. Vireystilaa voi säädellä esimerkiksi kehon liikkeiden, rentoutumisharjoitusten tai hengitystekniikoiden avulla. Lääkkeettömiä kivunhallinnan keinoja voidaan hyödyntää tarvittaessa yksilölliset tarpeet huomioiden (esim. hengityksen tasapainottamista, rentoutusmenetelmiä sekä kylmä- ja lämpöhoitoja). Toiminnallisissa ryhmissä tavoitteena on pelien pelaamisen, maalauksen, valokuvauksen tai vastaavien keinoin keskittyä toimintaan ja saada oivalluksia uusien toimintojen mahdollisuudesta arjessa. Näiden menetelmien avulla pyritään lievittämään kipua, rentouttamaan lihaksia ja edistämään kehon palautumista. Painopisteenä on löytää menetelmiä, joita kuntoutuja voi itse käyttää säännöllisesti omassa toimintaympäristössään.

Kuntoutuminen on usein pitkä prosessi, joka vaatii sitoutumista, omistautumista ja säännöllistä uusien toimintatapojen toteuttamista. Motivaation tukeminen on tärkeää, jotta potilas jaksaa sitoutua hoitoon, harjoituksiin ja elämänmuutoksiin. Ilman riittävää motivaatiota potilas voi kokea vaikeuksia saavuttaa tavoitteensa tai noudattaa suositeltuja harjoitteita ja ohjeita.



Kuvassa KYS:n kuntoutusosaston henkilökuntaa. Ylä-rivissä vasemmalta: Markus Jylhäsalmi, Aino Porali, Hanna Kaijankoski, Anne Ter-
vonen, Ville Leskinen, Joonas Tirri.
Alarivi vasemmalta: Mari Räsänen, Inkeri Alho, Jonna Närhi, Nel-
ly Ylitalo.

Toimintaterapeutti

Kuntoutuksen päiväosastolla toimintaterapeutin rooliin kuuluu toimintakyvyn arviointi ja havainnointi, interventiovaiheen toteuttaminen sekä jatkokuntoutuksen tarpeen pohtiminen. Kuntoutuja tapaa toimintaterapeuttia tulo- ja kotiutusvastaanottojen lisäksi yksilö-ajoilla, sekä toiminnallisessa ryhmässä. Toimintaterapeutin yksilöaikoja on kaksi kertaa viikossa. Toimintaterapiaprosessi alkaa arjen ja toimintakyvyn kartoittamisella, jolle on usein varattu kokonaan ensimmäinen toimintaterapian yksilöaika. Ensimmäisellä ajalla selvitetään haastattelemalla sitä, miten kuntoutujan arki rakentuu, miten hän suoriutuu tarvittavista toiminnoista, minkälaisia rutiineja hänellä on, mitä keinoja hänellä mahdollisesti on jo olemassa oireiden hallintaan ja arjessa toimimiseen. Tarvittaessa toimintakyvyn arviointia täydennetään testaus- ja arviointimenetelmien avulla. Alkuarvion perusteella lähdetään selkeyttämään yhteistyössä kuntoutujan kanssa, mitä asioita voisi seuraavilla terapia-ajoilla läh-

teä työstämään.

Pitkittynyt kipu muuttaa usein henkilön toimintakykyä ja hänen käsitystensä itsestään toimijana. Toimintakyvyn muutokset näkyvät usein haasteena suoriutua päivittäisistä toiminnoista, työstä ja harrastuksista. Toimintakyvyn muuttuminen tuo mukanaan monenlaisia uusia haasteita, sekä tarvetta miettiä uusia toimintamalleja. Toimintaterapeutin rooli on auttaa kuntoutujaa kehittämään toimivia toimintatapoja ja siirtämään näitä arkeen. Toimintaterapiassa haetaan yksilöllisesti keinoja siihen, miten kuntoutuja voisi elää itsensä näköistä elämää oireistaan huolimatta. Keinoina voi esimerkiksi olla toiminnan ja levon tasapainottaminen, unen ja kivun lääkkeettömät hoitokeinot, arkiergonomian tarkastelu tai kompensoivien keinojen, kuten pienapuvälineiden hyödyntäminen.

Psykologi

Kuntoutuja tapaa psykologia ryhmässä ja yksilöajoilla. Kahdenkeskisissä keskusteluissa

havainnoidaan muun muassa kuntoutujan voimavaroja ja selviytymiskeinoja, oireiden ja sairauden vaikutuksia, elämäntilannetta, toiveita, tavoitteita sekä kuntoutumista tukevia ja haastavia ajattelu- ja toimintatapoja. On tavallista, että erityisesti pitkään jatkunutta sairastamista ja toimintakyvyn rajoitteita on seurannut erilaisia elämäntilannemuutoksia, pettymyksiä ja menetykskokemuksia, joiden merkityksen huomioiminen on tärkeää. Usein on aiheellista tutkia yhteistyössä myös kuntoutujan avunsaantimahdollisuuksia sekä selvittää opiskelu- ja työkykyedellytyksiä muuttuneessa tilanteessa.

Ryhmissä psykologi ohjaa työskentelemään erilaisten kuntoutumista tukevien ja itsetuntemuksen lisäämiseen tähtäävien teemojen äärellä, joita ovat olleet muun muassa elämää ohjaavat arvot ja tavoitteet, hyväksyminen, sääntelytaidot, elintapamuutokset ja voimavarat.

Sosiaalityöntekijä

Kuntoutujan tukeminen sosiaalisen tilanteen haasteissa sekä toimeentulon turvaaminen on muiden keinojen ohella yksi edellytys hoito- ja kuntoutumisprosessin etenemiselle. Toimeentulovaikeudet ja yhteiskunnan taholta työkyvyttömyyden validointia vaille jääminen näyttäytyvät usein kuntoutujan elämässä yhtenä keskeisenä kuormitustekijänä.

Terveysosiaalityön tavoitteena on turvata

ihmisen mahdollisimman hyvä selviytyminen elämäntilanteessaan sairaudesta tai vammasta huolimatta. Sosiaalityöntekijä arvioi kuntoutujan sosiaalista kokonaistilannetta, antaa sosiaalietuuksiin ja -palveluihin liittyvää ohjausta ja neuvontaa sekä käy kuntoutujan kanssa läpi vakuutus- ja oikeusturvaan liittyviä kysymyksiä. Sosiaalityöntekijä tukee kuntoutujaa ammatillisen kuntoutuksen suunnitelman rakentamisessa ja osallistuu kuntoutussuunnitelman laatimiseen yhdessä muiden työryhmän jäsenten kanssa.

Lopuksi

Kuntoutus rakentuu luottamuksen, yksilöllisen tilanteen ymmärtämisen ja tarpeenmukaisten toimijoiden yhteistyön perustoille. Kuntoutujan pystyvyyden kokemuksen vahvistuminen ja ammattilaisten tarjoama seurantatuki luotetaan kuntoutujaa eteenpäin tavoitteissaan. Kuntoutuminen ei ole useinkaan suoraviivainen prosessi, vaan pysyvämpiä askelia vahvempaan toimintakykyyn otetaan mutkien ja muuttuvien tilanteiden kautta. Kuntoutumista eteenpäin vievien tavoitteiden ja muutosmahdollisuuksien löytyminen kantaa ajan myötä hedelmää lisääntyneenä toimintakykenä ja parempana pärjäämisena oireista ja sairauksista huolimatta. ■

Kipuhoitaja työharjoittelussa Norjassa: Uusia näkökulmia ja oivalluksia Oslost



Anette Lemström
Sairaanhoitaja, kipuhoitaja,
terveystieteiden kandi-
daatti
HUS, ULS, Kipukeskus

Oiskelen Åbo Akademiassa Vaasassa terveystieteiden maisteriksi Advance Nurse Practitioner -tutkintolinjalla. Åbo Akademi on ainoa yliopisto suomessa, jossa tämä tutkinto on tarjolla. Opintoihin kuuluu teorian lisäksi 3 kk:n pakollinen työharjoittelu. Toteutin pitkäaikaisen haaveen nähdä jotain uutta ja erilaista ja matkustin Norjaan.

Olen ammatiltani anestesiahoitaja mutta lähes koko 28 vuoden työurani ajan olen toiminut osa-aikaisesti tai täysiaikaisesti kipuhoitajana. Tällä hetkellä työskentelen HUS Uuden Lastensairaalan kipukeskuksessa. Luonnollisesti kiinnostuksen kohteena oli kivunhoito, kun päätin lähteä ulkomaille työharjoitteluun.

Matkustin Osloon syyskuun lopulla 2024. Olin innoissani ja odotukseni olivat koreat. Hieman jännitti, miten pärjään kollegoiden ja potilaiden kanssa norjan kielellä. Jo ensimmäisen viikon jälkeen huomasin käyttäväni norjalaisia sanoja vahingossa. Se, että ruotsi on äidinkieleni, auttoi paljon. Harjoittelun lopuksi lukeminen ja puhuminen norjaksi oli jo varsin luontevaa.

Ensimmäisen viikon olin lasten palliatiivisessa yksikössä, Palbossa. Yksikössä työskentelee pediatrija, neonatologeja ja sairaanhoitajia. Palbo vastaa lasten ja nuorten palliatiivisesta kotisairaanhoidosta Osloon alueella. Hoitotiimiin kuuluu myös psykologi, sosiaalihoitaja ja musiikkiterapeutti. Kaikki ammattiryhmät tekevät kotikäyntejä potilaan luona tarpeen vaatiessa. Palbon henkilökunta laatii yhdessä potilaan ja perheen kanssa ennakoivan hoitosuunnitelman, ohjeet akuuttien tilanteiden varalle, oireiden lievityssuunnitelman sekä suunnitelman siitä, miten toimia, kun lapsi tai nuori kuolee kotona. Kotikäyntejä tehdään klo

08.00–22.00 välillä. Yöllä perheiden turvana on päivystävä hoitaja, joka vastaa puhelimeen, rauhoittelee perhettä, antaa neuvoja ja ohjaa tarvittaessa hakeutumaan sairaalaan.

Yhteistyötä tehdään potilaan hoitavan lääkärin ja ”kotiosaston” kanssa. Kouluttaminen ja yhteistyön ylläpitäminen eri alojen kanssa kuuluvat päivittäiseen työhön. Vuonna 2024 yksikköön tuli 23 lähetettyä potilaista, jotka tarvitsevat palliatiivista hoitoa. Palbon henkilökunta hoitaa myös vastasyntyneitä, jotka tarvitsevat eritystason hoitoa. Esimerkiksi vauva, joka odottaa sydänleikkausta, voi olla vanhempien kanssa kotihoitossa ja sairaanhoitaja käy perheen luona 2–3 kertaa päivässä antamassa lääkkeitä ja maitoa nenämahaletkun kautta. Ennen aikaisesti syntyneet vauvat kotiutetaan suhteellisen pian sairaalasta ja lapsen hoito toteutetaan Palbossa työskentelevän sairaanhoitajan toimesta perheen kotona. Palbo tekee yhteistyötä vaativan kotisairaanhoidon yksikön kanssa. Tässä yksikössä on kaksi paikkaa, johon koko perhe voi tulla asumaan, mikäli kotihoito ei onnistu. Yksiköllä on myös mahdollisuus ottaa lapsi intervallijaksolle, mikäli muu perhe tarvitsee hengähdystauon.

Minut otettiin vastaan tasavertaisena kollegana ja sain olla mukana kaikessa tekemisessä, koulutuksissa, kotikäynneillä ja hoitosuunnitelmaa laatimassa. Oslo on kompakti kaupunki, mutta tietöiden takia siirtymisissä kotikäynniltä toiselle meni paljon aikaa. Työasu ei ollenkaan muistuttanut sairaalavaatteita, sen sijaan käytännöllisyys ja Norjan sääolosuhteet oli huomioituhyvin hyvin (reisitaskuhousut, jotka muistuttivat vaellushousuja, pikeepaita ja fleece).

Joka päivä lounas syötiin pitkän pöydän ääres-



sä yhdessä. Kotoa mukaan tuodut ”matpacke” rasiat täyttivät pöydän ja lounasjuoma oli tee. Tyypillinen norjalainen lounas oli vaalea leipä + juusto, rahka ja myslä sekä joku hedelmä. Perjantaisin katettiin valkoinen pöytäliina + servietit ja juhlistettiin viikon loppumista yhteisellä brunssityyppisellä lounaalla.

Seuraavat neljä viikkoa olin Oslon yliopistosairaalan kipuklinikalla. Kipuklinikan henkilökunta vastaa aikuisten kroonisen kivun, syöpäkivun ja akuutin kivun hoidosta. Lasten kivunhoidosta, erityisesti syöpäpotilaiden ja leikkauksen jälkeisen akuutin kivun hoidosta, vastaavat aikuispuolen kipuhoitaja ja lasten anestesioologi.

Kroonisen kivun poliklinikka on moniammatillinen yksikkö, jossa työskentelee eri erikoisalojen lääkäreitä, kuten fysiatreja, neurologeja ja anestesialääkäreitä. Lisäksi siellä toimii kipupsykologeja ja fysioterapeutteja. Kipuhoitajat työskentelevät neljässä eri työpisteessä tai rakennuksessa, mutta kuuluvat hallinnollisesti kipuklinikan alaisuuteen. Kaikki sairaalat ovat lähellä toisiaan, mutta koulutukset ja kokoukset pidetään kipuklinikan tiloissa. Tämä asetti aikatauluhaasteita henkilökunnalle, jos työpiste oli eri sairaalassa. Kerran viikossa oli osastokokous, jossa käsiteltiin hallinnollisia asioita ja kerran viikossa koko henkilökunnalle suunnattu koulutus, jonka aiheet vaihtelivat. Tutkimustyö oli vahvasti mukana ja kulki sujuvasti

rinnakkain kliinisen työn kanssa.

Kipuklinikan vastuulla olevat sairaalat ovat Ullevålin sairaala, Rikshospitalet ja Radiumsairaala. Akerin sairaalassa tehdään neurostimulaatiokirurgiaa, josta vastaavat kipuklinikan anestesialääkärit ja kipuhoitajat. Ullevålin sairaala alueella sijaitsee kipupoliklinikka ja sen lisäksi kipuhoitaja hoitaa akuuttia leikkauksen jälkeistä kipua sairaalan eri osastoilla. Ullevålin sairaalassa on traumakeskus ja sinne tuodaan sekä lapsi- että aikuispotilaita. Ullevålin sairaalassa tehdään lasten päiväkirurgisia toimenpiteitä. Radiumsairaala on puolestaan sarkoomakeskus. Uusi sairaalarakennus otettiin käyttöön syyskuun lopussa. Siellä hoidetaan kaikki syöpäpotilaat ja tehdään vaativaa syöpäkirurgiaa. Rikshospitalet on vastuussa Norjan kaikista elinsiirroista ja sydänkirurgiasta. Sen lisäksi siellä on lasten syöpäosasto. Lasten teho-osasto sijaitsee Rikshospitaletissa. Palovammojen hoito taas on keskitetty Bergeniin. Helikopteriliikenne on vilkasta potilassiirroissa sairaaloiden välillä.

Kipuklinikan polikliininen toiminta muistuttaa paljon suomalaista kipupoliklinikan toimintaa. Potilaat tulevat lähetteellä ja heitä hoidetaan moniammatillisesti. Lähes kaikki potilaat tapaavat lääkärin, psykologin ja fysioterapeutin. Sairaanhoitaja on mukana vastaanotoilla lääkärin kanssa, jos potilas tulee tiettyihin toimenpiteisiin. Hoitajan tehtävä on ohjata

ja kannustaa potilaita lääkepurussa. Hoitopuhelut ovat isossa roolissa ja kaikki hoitopuhelut viedään kansalliseen rekisteriin. Potilaan hoidon suunnittelu tapahtuu yhdessä kaikkien ammattilaisten kesken, ja suunnittelun jälkeen asiasta keskustellaan potilaan kanssa. Kipuklinikka toimii konsultaatiopoliklinikkana, joten hoidon suunnittelun jälkeen vastuu palautuu lähettävälle lääkärille (fastlege) eli oman paikkakunnan omalääkärille. Hoito jatkuu paikallisesti klinikan antaman ohjeistuksen ja suunnitelman mukaisesti.

Kipuhoitajan työnkuva oli laaja. Osaamisen taso ja ammattitaito ovat huippuluokkaa. Sain olla mukana jokaisessa sairaalassa, joten sain hyvän kuvan kipuhoitajan työstä ja näin monta eri sairaalaa.

Syöpäkivunhoito aikuisilla oli minulle aikaisemmin vieras alue. Opin todella paljon ja joka päivä hämmästelin opiaattien suurta kulu- tusta ja suuria annoksia. Metadonin käyttö oli yleistä syöpäpotilaan kivunhoidossa. Radium- sairaalassa potilaat kierrettiin yhdessä anestesia- lääkärin kanssa. Lääkäriresurssi on Oslolla hyvä, joten joka päivä yksi anestesia- lääkäreistä toimi kipulääkärinä. Kiputilanteen pahenemiseen pystyttiin reagoimaan nopeasti ja tehokkaasti. Mikäli potilaalla oli toimimaton tai huono epiduraalipuudutus, hän pääsi nopeasti herää- möön ja hänelle asennettiin uusi epiduraali ja/ tai tehostettiin muita kipulääkkeitä.

Syöpäsairaalassa palliatiivinen hoito oli prio- riteetti no1 ja ohitti kaikki muut potilaat. Sai- raalan sisällä on hieno toimiva palliatiivinen tiimi, joka oli käytettävissä saman tien ja anes- tesialääkäreistä huolehti potilaan oireenmukaisesta lääkehoidosta.

Psyкологи- ja terapiaresurssit ei vaikuttanut olevan kovin suuressa roolissa. Syöpäsairaat potilaat ovat haavoittuvassa asemassa ja psyy- kinen tuki ja terapia olisi mielestäni ollut monelle tarpeen.

Ullevålin sairaalassa kipuhoitajan työkent- tään kuului pääsääntöisesti leikkauksen jälkei- nen kivunhoito. Kipuhoitaja teki myös paljon kipulääkityksen purkusuunnitelmia leikatuille potilaille, jotka olivat päihteiden käyttäjiä. Ki- vun arviointi ja sen kirjaaminen oli samalla ta- solla kuin Suomessa eli parantamisen varaa on.

Rikshospitaletin potilaat ovat monisairaita, joten lääkehoidon suunnittelu on haastavaa ja tehdään lähes aina moniammatillisesti. Kipu- hoitaja, jonka työpiste on Rikshospitalissa, vas- taa lasten kivunhoidon suunnittelusta yhdessä lasten anestesia- lääkärin kanssa. Jokaisesta poti- laasta tehdään konsultaatiopyyntö ja potilaat tulevat kipuhoitajan listalle.

Lasten syöpäosastolla käytiin aina yhdessä lasten anestesia- lääkärin kanssa. Potilaan asi- oista keskusteltiin hoitavan lääkärin ja osaston sairaanhoitajan kanssa. Potilasta ja hänen van- hempiansa ei rutiinisti käyty tapaamassa. Tämä oli minusta hieman yllättävää. Norjalaiset kol- legat perustelivat tätä työskentelytapaa sillä, että lapsen pitää saada levätä ja hänen luonansa käy paljon tärkeämpiä ammattilaisia. Uudessa lastensairaalassa kipuhoitaja tapaa aina lapsen ja hänen vanhempansa.

Toimenpidekipu ja pelon minimoiminen hoitotoimenpiteissä olivat vahvasti esillä lasten osastoilla. Jokainen lapsi huomioitiin yksilönä, ja pelon sekä kivun ennaltaehkäisyyn käytet- tiin paljon aikaa ja resursseja. Ilokaasu oli laa- jasti käytössä eri lastenosastoilla. Henkilökunta oli koulutettu antamaan ilokaasua verinäyt- teidenoton ja pientoimenpiteiden yhteydessä. Jokaisella lastenosastolla oli iso leikkihuone, jossa leikkiterapeutti oli paikalla leikkimässä lasten kanssa. Nuorille oli oma pelihuone, joka oli sisustettu nuorille sopivalla tavalla.

Tutkimustoiminta on hyvin organisoitu koko sairaalassa ja koski kaikkia ammattiryh- miä. Kokouksia pidettiin kerran kuukaudessa ja näissä kokouksissa tutkijat esittelivät omaa





tutkimustaan ja muut osallistujat saivat kommentoida ja esittää kysymyksiä. Tämän tarkoitus oli kannustaa tutkijoita eteenpäin ja antaa muille ideoita uusiin tutkimusprojekteihin. Oslo Universitetssykehus tukee tutkijoita taloudellisesti kohtalaisen isolla rahasummalla. Tämä tutkimusraha on kaikille haettavissa ammattikunnasta riippumatta.

Norjan terveydenhuolto-organisaatiolla on

taloudellisia haasteita ja resurssit ovat niukat. Tästä huolimatta Oslossa tehdään hienoa työtä ja kehitetään jatkuvasti potilaiden hoitoa ja lääketiedettä.

Oslossa sairaalaorganisaatio ja johto panostavat henkilökunnan työhyvinvointiin. Sen huomasi jokaisessa sairaalassa ja jokaisella osastolla, jossa kävin. Ilmapiiri oli avoin ja kannustava, ja kaikki ammattiryhmät huomioitiin ja heitä kohdeltiin tasavertaisesti. Ihmiset olivat ystävällisiä, avuliaita ja keskustelu oli avointa. Potilaan hoito ja hyvinvointi olivat kaikkien prioriteetti, vaikka henkilökuntaresurssi oli välillä niukka. Vaikka hoitohenkilökunta työskenteli tiukoilla resursseilla, kaikki kannustivat ja tukivat toisiaan.

Työharjoittelu oli antoisa, ja sain paljon ystäviä sekä tärkeitä kontakteja, joiden kanssa pidämme edelleen yhteyttä. ”Matkailu avartaa” on sanonta, mutta allekirjoitan sen täysin. Opin paljon uutta ja näin, miten sairaanhoito toimii toisessa Pohjoismaassa. Minua kuunneltiin, ja koin voivani vaikuttaa hoitoon tuomalla omia mielipiteitäni sekä hyväksi havaittuja käytäntöjä Suomesta.

Työharjoittelun lisäksi sain kokea ja nähdä Osloa sekä sen ympäristöä viikonloppuisin. Kävin Holmenkollenilla, museoissa, oopperatalossa, ”laivaristeilyllä” ja luontoretkillä. Oslo on suurkaupunki, jossa joukkoliikenne toimii moitteettomasti. Kaikki nähtävyydet olivat lähellä, ja vain puolen tunnin junamatkan jälkeen olin jo metsäpolulla nauttimassa syksyn auringosta ja kauniista maisemista. ■

Vuoden 2024 palliatiivisen lääketieteen palkinto professori Reino Pöyhiälle



Reino Pöyhä

Suomen palliatiivisen lääketieteen palkinto vuodelle 2024 on myönnetty Itä-Suomen yliopiston palliatiivisen lääketieteen professorille Reino Pöyhiälle. Palkinto julkistettiin Suomen palliatiivisen lääketieteen vuosikoulutuspäivillä Hanasaassa 21.11.2024.

Professori Reino Pöyhä on ansioitunut laajasti lääketieteessä, erityisesti palliatiivisen lääketieteen saralla. Hänen tutkimuksensa on käsitellyt muun muassa hengellisyyttä palliatiivisessa hoidossa, kipua ja sedaatiota, kotisairaaloihin sekä alan opetusta. Hänen julkaisuluettelonsa sisältää 128 kansainvälistä vertaisarvioitua tieteellistä artikkelia, ja hän on ohjannut lukuisia väitöskirjoja.

Reino Pöyhän työura on kansainvä-

lisesti monipuolinen. Hän on toiminut muun muassa Terhokodin johtajana, Kaunialan sairaalan ylilääkärinä sekä HUS Meilahden anestesiayksikön osastonylilääkärinä. Lisäksi hän on ollut merkittävässä tehtävässä ulkomailla, kuten tutkijana Japanissa ja Kanadassa sekä ylilääkärinä Ruotsissa. Vuodesta 2022 hän on toiminut Itä-Suomen yliopiston ensimmäisenä palliatiivisen lääketieteen professorina.

Myös musiikki on ollut tärkeä osa hänen elämäänsä. Hän on suorittanut Sibelius-Akatemian pianonsoiton diplomoin ja esiintynyt konserttipianistina Suomessa ja ulkomailla. ■

Helena Olkinuora
SPLY:n tiedottaja

SEE YOU IN **LYON 2025**
PAIN IN EUROPE XIV

14TH CONGRESS OF THE
EUROPEAN PAIN FEDERATION EFIC®

24-26 APRIL 2025 | LYON, FRANCE

EFIC-CONGRESS.ORG #EFIC2025



Kipuviestiä toimittamassa



Heli Forssell
EHL, HLT, dosentti

Suomen Kivuntutkimusyhdistyksen on ollut minulle tärkeä yhteisö ja myös suuri voimavara työskennellessäni kipuklinikkona ja tehdessäni kipuun liittyvää tutkimustyötä. Vahva siteeni yhdistykseen muodostui jo saadessani olla mukana hallitustoiminnassa heti yhdistyksen perustamisen jälkeen. Muistan tämän ajan dynaamisena tekemisen ja aikaansaamisen jaksona, jolloin moniammatilliselta pohjalta luotiin perustaa kivunhoidon ja tutkimuksen kehittämiseksi Suomessa. Kun vuonna 2014 jäin kliinisestä työstäni TYKSissä eläkkeelle, taisin itse mainita yhdistyksen sen hetkisellemme puheenjohtajalle, Vuokko Häggille, että voisin tehdä vielä jotain arvostamani yhdistyksen hyväksi. Tuota pikaa aloitinkin yhdistyksen lehden Kipuviestin päätoimittajana, jossa ominaisuudessa toimin vuosina 2014–2017.

Mitä päätoimittajuus toi tullessaan ja millainen tehtävä se oli? Merkityksellisimmäksi asiaksi tehtävässäni koin sen tuen, jota sain Kipu-

viestin moniammatilliselta, osaavalta, innostavalta ja aikaansaavalta toimituskunnalta, johon tuolloin kuuluivat anestesioilogit Eija Nilsson, Seppo Mustola ja Nora Hagelberg, neurologi Hanna Harno, kipupsykologi Salla Salo, hoitotieteen professori Sanna Salanterä ja kipusairaanhoitaja Soile Haakana. Kun kokouksissamme mietimme seuraavan lehden sisältöä ja mahdollisia kirjoittajia, ideoita sinkoili siihen tahtiin, että välillä jouduin toppuuttelemaan; kaikkea ei saada mahtumaan yhteen lehteen! Toimituskunnan jäsenillä oli laajat verkostot, joista löytyi asiantuntijoita ja kirjoittajaehdokkaita aiheeseen kuin aiheeseen. Toimituskunta puhalsi yhteen hiileen myös käytännön toimituksessa; kukin toimituskunnan jäsen hoiti yhteydenoton oman alansa kirjoittajiin ja varmisti kirjoitusten saannin. Päätoimittajan rooliksi jäi miettiä teemoja ja kokonaisuuksia, pitää lankoja käsissään, hoitaa yhteydet taittajaan ja kirjapainoon ja organisoida toimituskunnan kokoukset. Töitä toki tehti kirjoitusten oikoluku- ja taittovaihe, mutta sekin sujui mukavasti taitavan graafikon Eero Antturin kanssa yhteistyötä tehden.

Päätoimittajakauteni tavoitteena oli että lehti toisi esille mahdollisimman paljon ajankohtaista tutkimustietoa ja auttaisi näin lukijoita pysymään nopeasti kehittyvän kipututkimuksen kärryillä. Ajattelen edelleen kiittollisuudella kaikkia niitä maamme eturivin kivunhoidon ja tutkimuksen eri osa-alueita edustavia kirjoittajia, joiden laatimia korkeatasoisia kirjoituksia saimme julkaista Kipuviestissä. Yksinomaan heidän ansiostaan pystyimme toimittamaan korkeatasoista lehteä!





Päätoimittajuudesta muodostui minulle erittäin antoisa ajanjakso. Toimiessani yhteistyössä toimituskunnan ja kirjoittajien kanssa koin saavani olla mukana suomalaisen kivunhoidon ja – tutkimuksen keskiössä. Päätoimittaja-aikaan mahtui myös mieleenpainuvia tapahtumia kuten toimituskunnan retki keväällä 2015 Tallinaan. Edestakaisen laivamatkan aikana meillä oli aikaa puhua ja ideoida lehden sisältöä ja linjoja perusteellisemmin kuin tavanomaisessa työkokouksessa. Ja ehdimme toki matkan aikana pitää vähän muutakin hauskaa!

Hienoa oli myös saada toimittaa SKTYn 20-vuotisjuhlan kunniaksi lehden juhlanumero, jota näin jälkikäteenkin tarkasteltuna pidän onnistuneena ja monipuolisena; lehden artikkeleissa muisteltiin kivun hoidon alkuvaiheita, tarkasteltiin yhdistyksen 20-vuotisen olemassaolon aikana tapahtunutta kehitystä kivunhoidossa ja -tutkimuksessa ja kurkisteltiin vähän myös tulevaan. Mieleenpainuva yksityiskohta juhlanumerossa oli silloiselta pääministeriltä Juha Sipilältä saatu tervehdys yhdistykselle ja lehden lukijoille. Kirjoituksen saamiseen kiireiseltä pääministeriltä vaadittiin pieniä juonikuvioita, mutta nämä yksityiskohdat jääköön edelleenkin vain allekirjoittaneen ja tutkijatoverini Kirsi Sipilän tietoon.

Kauteni jälkeen olen mielenkiinnolla seurannut ja lukenut Kipuviestiä ja ilolla todennut sen jatkavan laadukkaana ja monipuolisena julkaisuna. Toivotan nykyiselle ja tuleville päätoimittajille ja koko toimituskunnalle onnea ja menestystä ja hyviä ideoita työhönnne. ■



Riitta Rosio
ft, TtT

Lähdin mukaan Kipuviestin toimituskuntaan vuoden 2019 alussa väitöskirjaajaani, professori Sanna Salanterän, suosituksesta. Hän oli ollut mukana toimituskunnassa lehden lähes koko historian ajan. Olin jo aikaisemmin tutustunut Kipuviestiin kirjoittamalla sinne muutamia kertoja, sillä väitöskirjani käsitteli kivun arviointia teho-osastolla, ja toimin Turun yliopiston hoitotieteen laitoksella kivun hoitotyön täydennyskoulutuksen opettajana. Tuolloin Kipuviestin päätoimittajana toimi Reino Pöyhä, ja kokoukset järjestettiin legendaarisella Helsingin Suomalaiselle Klubilla, joka tarjosi niille arvokkaat puitteet.

Vuoden 2020 lopussa sain puhelun SKTY:n silloiselta puheenjohtajalta, Petteri Koholta.

Hän kysyi, olisinko kiinnostunut ryhtymään Kipuviestin päätoimittajaksi. Pienen pohdinnan jälkeen päätin tarttua tilaisuuteen, vaikka tehtävä tuntui aluksi haastavalta. Taustani poikkesi aiemmista päätoimittajista, sillä olin koulutukseltani terveystieteiden maisteri ja kliiniseltä taustaltani fysioterapeutti. Ammatillinen kiinnostukseni kipuun oli tutkimuksen ja koulutuksen puolella, enkä ole varsinaisesti työskennellyt kipuklinikalla tai spesifisti kipupotilaiden kanssa. Luotin kuitenkin kykyyni organisoida lehden toimintaa ja pidin vahvuuksinani kiinnostusta kirjoittamiseen ja viestintään.

Lehden tekeminen ei kuitenkaan onneksi ole ollut yksin puurtamista vaan olen saanut ym-

pärilleni innostuneen ja osaavan toimituskunnan. Mukaan toimituskuntaan tulivat alussa Tuula Korhonen, Tiiju Vuorjoki-Ranta ja Arja Hiller, ja myöhemmin mukaan liittyi myös Teresa Autio. Toimituskuntaa on vahvistettu vuosien varrella, ja viimeisimpinä mukaan ovat liittyneet Hanna Hakomäki ja Heidi Haromo. Kasassa on upea ja osaava monialainen ryhmä. Lehden toimitus- ja julkaisuprosessin oppiminen on ollut erityisen mielenkiintoista, ja tässä työssä pitkäaikainen graafikkomme Eero Anturi on ollut korvaamaton tuki.

Vaikka Kipuviesti siirtyi pandemian myötä etäkokouksiin, yksi lehden tekemisen parhaista puolista on ollut toimituskunnan yhteiset tapaamiset. Olemme kehittäneet lehteä yhdessä ja saaneet mm. viestintäkoulutusta asiantuntijalta, joka antoi arvokkaita näkökulmia lehden kehittämiseen analysoimalla Kipuviestejä käytännössä. Viimeisimmässä tapaamisessamme tämän vuoden alussa keskustelimme lehden mahdollisesta siirtämisestä uudelle julkaisu- ja

toimituslustalle. Ideoita kehittämiseen olisi paljon, mutta aika – ja erityisesti leipätyöt – asettavat omat rajansa.

Parasta päätoimittajuudessa on ollut verkostojen rakentaminen ja työskentely erilaisten asiantuntevien ihmisten kanssa. Olen saanut seurata kivun hoidon ja tutkimuksen kehitystä aitiopaikalta. Koen jopa voineeni vaikuttaa alan keskusteluun valitsemalla lehteen itselleni tärkeitä teemoja ja arvoja. Käytännön taitojen lisäksi olen oppinut hallitsemaan kokonaisuuksia ja johtamaan prosesseja. Joka kerta, kun saan tuoreen painetun lehden käteeni, tuntuu lähes häkellyttävältä ajatella, että me todella teimme tämän – alusta loppuun. Pieniä saavutuksia kannattaa juhlistaa. Olen kiittollinen kaikille lehteen kirjoittaneille ja asiantuntemustaan jakaneille sekä mahtavalle toimituskunnalle! Nyt on aika siirtyä eteenpäin ja antaa taas aikaa tutkimuksen tekemiselle. ■

Hae Kipuviesti-lehden päätoimittajaksi – vaikuta kivunhoidon ja -tutkimuksen kentällä!

Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry etsii Kipuviesti-lehdelle uutta päätoimittajaa. Tämä on ainutlaatuinen tilaisuus sinulle, joka haluat edistää kivunhoidon ja -tutkimuksen näkyvyyttä sekä kehittää arvostettua alan julkaisua.

Kipuviesti julkaisee tieteellisiä ja ammatillisia artikkeleita kivunhoidosta ja -tutkimuksesta ja se ilmestyy kaksi kertaa vuodessa. Päätoimittajana vastaat lehden toimitustyöstä ja sisällöllisestä linjasta, mutta et tee työtä yksin – tukenasi on monialainen ja asiansa osaava toimituskunta, joka koostuu kivunhoidon asiantuntijoista. Johdat toimitusprosessia ja varmistat, että julkaisu on laadukas, ajankohtainen ja merkityksellinen kohdeyleisölleen.

Etsimme henkilöä, jolla on kokemusta ja kiinnostusta akateemisesta ja ammatillisesta kirjoittamisesta sekä selkeä visio lehden kehittämisestä. Hyvät tekstinhoitotaidot, organisointikyky ja intohimo kivunhoidon ja -tutkimuksen edistämiseen ovat tehtävässä eduksi.

Kiinnostuitko? Ota yhteyttä: kipuviesti@skty.org

Fibromyalgian oireista sen mekanismeihin – Tarkastelussa ei-tahdonalainen hermosto, lihastoiminta, inflammaatio ja aineenvaihdunta



Teemu

Zetterman

6.9.2024 Helsingin
yliopisto, Lääketiet-
eellinen tiedekunta

From symptoms
to mechanisms in
fibromyalgia: Focus
on autonomic

nervous system, muscle function, inflammation,
and metabolism

Väitöskirja on kokonaisuudessaan saatavilla
sähköisenä julkaisuna osoitteessa:
<http://hdl.handle.net/10138/584700>

Ohjaajat

Emerita professori Eija Kalso, Helsingin yliopisto
Tohtori Ritva Markkula, Helsingin yliopisto
Vastaväittäjä:

Professori Tuomas Koskela, Tampereen
yliopisto

Esitarkastajat:

Dosentti Riitta Luosujärvi, Itä-Suomen yliopisto
Dosentti Kadri Sujja, Itä-Suomen yliopisto

Tutkimuksen tausta

Fibromyalgia on oireyhtymä, jonka keskeisiä oireita ovat pitkäkestoinen laaja-alainen kipu, uupumus, virkistämätön uni, jäykkyys ja mielialaoireet. Fibromyalgian taustalla saattaa olla jokin selkeä laukaiseva tekijä tai tauti, kuten nivelreuma, mutta ensisijainen tai toissijainen fibromyalgia eivät eroa oireiden suhteen toisistaan. Fibromyalgian väestöesiintyvyyttä on 2–4 % ja pitkäkestoisena tilana sen aiheuttama ter-

veyshaaitta on merkittävä.

Fibromyalgian hoitotulokset ovat yleensä vain osittaisia, ja vaillinaisen tietämyksemme fibromyalgian oireiden taustamekanismeista rajoittaa hoitojen kehittämistä. Keskushermoston herkiminen kipu- ja muille ärsykeille on fibromyalgian yleisesti hyväksytty päämekanismi. Monia kehon ääreisosien tai koko kehon toimintaa koskettavia muutoksia on kuitenkin myös liitetty fibromyalgiaan. Näitä ovat mm. ei-tahdonalaisen hermoston toiminnan poikkeavuudet (dysautonomia), tulehdus, muutokset lihasten toiminnassa tai aineenvaihdunnassa, yleiset aineenvaihdunnan poikkeavuudet, tai kipeytyvien lihasten aiheuttama kipuärsytys. Erityyppiset kuormitustekijät, niin kognitiivinen, psykologinen, sosiaalinen, kuin ruumiillinen kuormitus, ovat tyypillisiä potilaiden kuvaamia oireita pahentavia tekijöitä. Fibromyalgiapotilaiden stressihormonien tai ei-tahdonalaisen hermoston kykyä vastata kuormitustekijöihin onkin kuvattu alentuneeksi.

Fibromyalgiapotilaiden oirekuvat vaihtelevat suuresti, ja onkin mahdollista, että eri potilailla vallitsevat eri taustamekanismit. Lisäksi saattaa olla olemassa joukko mekanismeiltaan erilaisia tiloja, joiden aiheuttama ilmiö on riittävän samanlainen tullakseen luokitelluksi fibromyalgiaksi. Parempi ymmärrys fibromyalgian taustamekanismeista ja niiden yhteydestä potilaiden kokemuksiin oireisiin on tarpeen

täsmähoitojen kehittämiseksi sekä auttamaan kullekin potilaalle sopivien hoitojen valinnassa.

Menetelmät

Tässä kliinisessä verrokkitutkimuksessa vertasimme fibromyalgiapotilaiden ja terveiden verrokkien lihastoiminnan, sydämen sykkeen, sekä kivun ja stressin kokemuksen vasteita kognitiiviseen kuormitukseen ja verensokerin, -maitohapon ja -palorypälehapon pitoisuuksien vastetta sokerikuormaan. Lisäksi tutkimme metabolomiikkapaneelin avulla määritetyn aineenvaihduntaprofiilin vasteita paastoon, sokerikuormaan ja polkupyörärasituskokeeseen, sekä herkkä C-reaktiivinen proteiini (hsCRP) -tulehdusmerkkiaineen eroja potilaiden ja verrokkien välillä. Tutkimme koneoppimismenetelmällä oire- ja aineenvaihduntaprofiileja löytääksemme keskeisimmät oireet ja erot aineenvaihdunnassa potilaiden ja verrokkien välillä. Keräsimme myös tietoja koehenkilöiden sairaushistoriasta sekä psykologisista ja elämäntapoihin liittyvistä tekijöistä.

Tutkimukseen osallistui 54 fibromyalgiaa sairastavaa 18–65-vuotiaista naista sekä 31 ikävakioitua tervettä naisverrokkia. Tutkimukseen kuului kolme käyntiä: 1) toistetun kognitiivisen kuormituksen koe, jonka aikana seurattiin koehenkilöiden kipu- ja stressitasoja sekä mitattiin lihassähkökäyrää pinta-EMG:llä ja sydämen sykettä (51 potilasta ja 31 verrokkia);

2) sokerirasituskoe, jonka yhteydessä mitattiin hsCRP, sekä ennen koetta ja kokeen jälkeen veren sokeri-, maitohappo- ja palorypälehappopitoisuudet ja kerättiin metabolomiikkapaneelinäytteet (40 potilasta ja 30 verrokkia); ja 3) spiroergometria kuntopyörällä, jota ennen ja jonka jälkeen kerättiin metabolomiikkapaneelinäytteet (38 potilasta ja 28 verrokkia).

Tulokset

Fibromyalgiapotilailla oli verrokkeja korkeampi lihasaktiivisuus levossa ja heidän kokemansa kipu voimistui vasteena kognitiiviseen kuormitukseen, mutta lihasaktiivisuuden tai stressinkokemuksen reaktioissa ei kuitenkaan ollut eroa. Sykevälvaihtelussa nähtiin fibromyalgiapotilailla ei-tahdonlaisen hermoston vaimentuneet vasteet toistettuun kognitiiviseen kuormitukseen. Potilaiden ryvästäminen tämän dysautonomian vaikeusasteen mukaan tuotti kolme toisistaan eroavaa potilasryvästä normaalin sykevälvaihtelun ja matalan ahdistuneisuuden ja masentuneisuuden ryppäästä vaikeimman dysautonomian, ahdistuneisuuden ja masentuneisuuden ryppääseen. Ryppäät eivät eronneet toisistaan muiden oireiden kuin mielialaoireiden suhteen.

Fibromyalgiapotilaiden hsCRP-arvot olivat korkeampia kuin verrokeilla ja heidän oireittensa vaikeusaste oli vahvasti yhteydessä hsCRP-arvoon. Ryhmi- en välinen ero hsCRP:ssa selittyi potilaiden runsaammalla ylipainoisuudella sekä vähäisemmällä fyysisellä aktiivisuudella.

Veren maitohappo- tai palorypälehappotasot eivät eronneet ryhmien välillä, mutta fibromyalgiapotilaiden verensokeriarvot olivat korkeampia. Alentunut sokerinsieto ei kuitenkaan

ollut yhteydessä fibromyalgiaoireiden vaikeusasteeseen ja ero sokerinsiedossa selittyi potilaiden runsaammalla ylipainoisuudella sekä tupakoinnilla.

Koneoppimisalgoritmit tunnistivat uupumuksen fibromyalgian keskeiseksi oireeksi, joka kuvasti vahvimmin potilaiden kokonaisuoirekuormaa. Kun kaikkien kolmen aiheenvaihduntatilan (paasto sekä sokeri- ja kuntopyöräsi- tusvasteet) aineenvaihduntaprofiileja tarkasteltiin yhdessä, algoritmit kykenivät erottelemaan fibromyalgiapotilaat verrokeista 79 %:n tarkkuudella vain 13 keskeisimmän aineenvaihduntatuotteen avulla. Erottelukyky jäi huomattavasti huonommaksi yksittäisiä aineenvaihduntatiloja tarkasteltaessa. Keskeiset 13 aineenvaihduntatuotetta kuuluivat puriini-, pyrimidiini- ja tyrosiiniaineenvaihduntapolkuihin ja lisäksi seitsemän aineenvaihduntatuotteista ovat jollain tapaa glutamaattivälitteiseen hermoviestintään vaikuttavia. Näistä 13:sta aineenvaihduntatuotteesta glutamiini, sekä lisäksi kaksi muuta (5-hydroksi-indolylylietikkahappo ja kynureniini) olivat yhteydessä uupumuksen voimakkuuteen.

Pohdinta

Tässä väitöstyössä löysimme mitattavissa olevia fysiologisia ja aineenvaihdunnallisia eroja fibromyalgiapotilaiden ja terveiden verrokkien välillä.

Kognitiivisen kuormituksen aiheuttama kivun voimistuminen ei vaikuta välittyvän lihasjännityksen lisääntymisen kautta, mutta kognitiivisen kuormituksen aiheuttama kipuvaste, mielialaoireisiin liittyvä dysautonomia, sekä todettu kohonnut lepolihasjännitys ovat tutkimuksen arvoisia mahdollisia hoitokohteita.

Tulehduksen aiheuttama fibromyal-

giaoireiden paheneminen voi yksilöllisesti olla hyvinkin merkittävää. Koska tulehduksen aste oli vahvassa yhteydessä ylipainoisuuteen ja vähäiseen fyysiseen aktiivisuuteen, nämä on syytä huomioida hoidettaessa fibromyalgiapotilaita, joilla on kohonnut hsCRP-arvo.

Alentunut sokerinsieto ei vaikuta kuuluvan fibromyalgian tautimekanismeihin, mutta fibromyalgiapotilailla on usein sokeriaineenvaihdunnanhäiriöille altistavia riskitekijöitä, kuten ylipaino, tupakointi, ja vähentynyt fyysinen aktiivisuus. Nämä elämäntapatekijät myös vaikeuttavat fibromyalgiaoireita, ja niihin voidaan vaikuttaa terveydenhuollossa.

Uupumus voi olla yksittäiselle fibromyalgiapotilaalle kipuakin merkittävämpi oire, eikä kliinikoidenkaan tule keskittyä vain kipuun vaan kuunnella potilasta selvittääkseen, mikä on hänen haittaavin oireensa. Uupumukseen liittyen univaikeuksilla tiedetään olevan merkittävä rooli fibromyalgiassa, vaikka uni ei tämän työn tuloksissa nousutkaan keskeiseksi tekijäksi.

Aineenvaihduntatuotteita mittaamalla on mahdollista erottaa fibromyalgiapotilaat terveistä verrokeista, jos huomioimme myös aineenvaihdunnan vasteet eri tilanteissa. Esiin tulleet aineenvaihduntatuotteet ja -polut, sekä glutamaattivälitteisen hermoviestintän osatekijät auttavat suuntaamaan jatkotutkimuksia fibromyalgian diagnostisten merkkiaineiden ja täsmähoitojen löytämiseksi. ■

Kiitos Suomen kivuntutkimusyhdistykselle väitöstyöhön liittyneen kongressimatkan rahoituksesta.



Anneli Vainio

Musiikkikasvatuksesta

Kävin eräänä päivänä kuusitoistavuotiaan lapsenlapseni kanssa debatin:

– Ranskis, mä en tajuu miks sä joka vuos otat meille kaikille joululahjaks lipun Musiikkitalon konserttiin! Mä oon käyny siellä nyt kahdeksana vuonna, enkä koko aikana oo kuullu yhtään ainutta sellast piisii mikä mua olis kiinnostanu!

– Ai niinkö! Ehkä kahdeksan vuotta on liian vähän. Klassinen musiikki vaatii hieman pidemmän kuuntelutottumuksen. Pitää kuunnella lisää!

Olin Suomeen palattuani ratkaissut joululahjaongelmat aineettomalla ja kätevällä tavalla ostamalla koko suvulle liput samaan Musiikkitalon konserttiin. Lahjat kulkivat kätevästi joulukorttien välissä, ja pienimmätkin oli saatu mukaan. He vain kysyivät – Tuleeks serkut? ja asia oli sillä selvä. Väliajalle tilatut limsat ja leivokset lisäsivät mielenkiintoa taiteeseen.

Omat lapseni ovat arvostaneet sitä, kuinka raahasin heitä lapsena näyttelyihin, teatteriin ja konsertteihin, ja he myös jatkavat perinnettä. Minustakin on kohtuullista, että jälkipolvi tietää, missä Musiikkitalossa sijaitsevat naulakot ja vessat. Konserttien etiketin, koreografian, tunteminen ei sekään ole pahitteeksi. Opetin ensimmäisellä kerralla, että sinfonioiden osien välillä ei taputeta, soiton aikana ei lehteillä kuuluvasti ohjelmaa eikä hälistä, ja puhelimet pysyvät kiinni. Rikkomuksia seurasi julma katse. Vuosien myötä joukko kasvoi – perhejärjestelyjen myötä mukaan tuli uutta nyksää ja bonuslasta, ja teinäreillakin alkoi olla kump-

paneita. Vaikka nuorukaiseni tulee edelleen mukaamme, kritiikki vaivasi minua sen verran, että viime vuoden joululahja oli musiikkiteatteri. Siitä ei murinoita kuulunut.

Samaa debattia käydään nyt valtakunnallisesti, kun kulttuurielämää rokottivat (kirjaimellisesti) ensin koronaepidemia ja nyt hallituksen leikkaukset. Eri alojen taiteilijat ovat voimallisesti protestoineet pyrkimyksiä huonontaa toimintaedellytyksiään. Kirjailija Sirpa Kähkönen sanoi historiallisessa Sakset seis -puheessaan, että kulttuurityö on aito vaihtoehto vihan politiikalle, ja että taiteen ylläpitäminen on velvollisuutemme tulevia sukupolvia ja nuoria kohtaan. Kun yhteiskunta siirtyy kohti totalitarismia, ensimmäisenä vaiennetaan taiteilijat.

Runoilija Vilja-Tuulia Huotarinen kirjoitti esseessään Helsingin Sanomissa: ”Taiteen tehtävänä on aikojen alusta asti ollut näyttää merkitys ja lohtu, mutta myös kärsimys. Taiteen perimmäisenä tehtävänä ei ole sivistää meitä eikä tehdä meistä hyviä ja hyödyllisiä kansalaisia, vaikka niihin tarkoituksiin taidetta on sekä hyvinvointivaltioissa että diktatuureissa käytetty. Viihde tarjoaa meille sen, mitä osaamme pyytää. Taide vie meidät sinne, mistä emme vielä tiedä. Taide kohtaa tarpeen syvällä sisimmässämme.

Vain väkevän ja uusiutuvan kulttuurinsa ansiosta sotaista ihmislaji on selviytynyt yhteisöstä toiseen. Kun tulee vastaan muutoksia ja vaikeuksia, kun eletään syvintä menetyksen hetkeä, kädellinen kaivaa esiin musiikin tai runon.”

Kansakoulunopettaja-äitini osasi ulkoa Peso-

sen laulukirjan kannesta kanteen: virsistä joululauluihin, kevätlauluihin ja reippaisiin ralleihin. Nuorena alituinen laulaminen oli minusta ärsyttävää etenkin pitkällä automatkoilla, jolloin äidin piti laulaa, ettei olisi voinut pahoin mutkaisilla hiekkateilla. Huomaan oppineeni tuolloin ulkoa melkoisen määrän virsiä, maakuntalauluja ja vanhoja sotilasmarsseja. Laulan itsekin usein, ja nuorten inho vanhemman lauleskelua kohtaan on periytynyt lapsilleni ja heidän lapsilleen: – Mutsi onk sun aivan pakko?

Musiikki on taidelajeista katoavaisin, se haihtuu jäljettömiin viimeisen akordin vaiettua. Se on myös ikuisin herättäessään jatkuvuuden tunnun ja halun kuulla sitä yhä uudelleen. Musiikin avulla voidaan ilmaista merkitysvaihteita, joita ei voida ilmentää millään muulla keinolla. Samalla se on moniselitteisin, hyvin eri tavoin tulkittavissa. Se on olemassa ainoastaan sillä tavalla kuin kuulija sen kokee. Musiikin lajilla ei ole väliä.

Sävelillä on voimallinen kyky vedota ihmisen kielen takaiseen, varhaiseen aistimuksellisen vuorovaikutuksen ja kehollisten tuntemusten alueeseen. Siksi se voi koskettaa olemassaolon peruskysymyksiä, herättää myötätuntoa ja rakentaa kohtaamisen tilaa. Tiedetään, että sikiön ja pienen vauvan varhainen kokeminen on synesteettistä, moniaistista. Psykoanalyttikko Risto Fried sijoittaa musiikillisen luovuuden ihmisen varhaisimpaan kehitysvaiheeseen, jossa lapsi tottuu rytmiseen liikkeeseen ja äidin sydänääniin. Kun äiti vastaa lapsen itkuun laulullaan, hänen rauhoittava läsnäolonsa välittyy äänen kautta. ”Itku ja kehtolaulu ovat alkudueton kaksi stemmaa”.

Musiikkipedagogi Katariina Nummi-Kuisma kirjoittaa, että musiikillisessa kokemisessa keskeisiä ovat liikkeelliset tapahtumat: jokin tun-

netila, ilmiö tai ajatus kasvaa, voimistuu, häivähtää, räjähtää, hiipuu, törmää. Sanat ja musiikki tuntuvat liikahduksina kehossa. Moniaistinen hahmottamismuoto edellyttää läsnäoloa nykyhetkessä. Läsnäolon vaikutuksesta kuulija voi päästä mukaan jaetulle tunnematkalle seuraamaan soivan musiikin rakentumista ajassa ja tilassa.

Musiikki on välittömimmin emotionaalinen taidemuoto ja samalla matemaattisin ja abstraktein. Tottuneet kuuntelijat, musiikkitieteilijät ja kriitikot osaavat analysoida teoksen rakennetta, säveltäjän työtä ja tulkitsijan esitystapaa, liittävät sävellyksen historiallisiin yhteyksiinsä ja säveltäjän elämäkertaan, tai sitten saattavat hekin vain heittäytyä sävelten matkaan. Musiikki on luomisen muoto, joka vaatii uudelleenluomista. Säveltäjä on luonut teoksen, tulkitsija luo siitä omanlaisensa uuden teoksen, ja kuuntelija luo sen vielä kolmannen kerran ainutlaatuiseksi kokemukseksi. Hän reagoi kokemaansa vaihtuvilla tunteilla ja mielikuvilla, muistoilla ja haluilla, jotka ovat täysin yksityisiä. Kuitenkin musiikin kuuntelu konserttisalissa on samalla voimakkaasti yhteinen kokemus. Luova toiminta on inhimillistä kommunikaatiota, joka ylittää puhtaat musiikilliset rajat ja herättelee ihmisille yhteisiä sisäisiä tunteja.

Vaatimattomat musiikkipedagogiset yrityksemme eivät aina jää turhiksi. Sain toiselta, 20-vuotiaalta lapsenlapseltani hiljattain seuraavan viestin: ”Onks sull jotai hyvää vinkkiä siit et missä helsingissä pääsis suht halvalla kuuntelee jotain requiemia (esim. mozartin tai verdin) tai passiota (esim. matheus tai johannes tai mitä näitä nyt on) ku kirkkojen sivut on nii huonot...” ■



Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry

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

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

Yhdistys toteuttaa tarkoitustaan

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

SKTY:n hallituksen jäsenten yhteystiedot

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

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

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

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



www.efic.org



International Association for the Study of Pain



www.sasp.org



Hyvinvointialueiden pitkittyneen kivun potilaiden hoitoa voitaisiin parantaa



Maiju Marttinen
Puheenjohtaja, Suomen
Kivuntutkimusyhdistys ry

Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry lähetti syksyllä 2024 jäsenilleen kyselyn pitkittyneen kivun hoidon järjestämisestä hyvinvointialueilla. Tavoitteena oli kartoittaa kipupoliklinioiden hyvinvointialueen toimijoille tarjoamaa tukea, olemassa olevia kivun hoidon rakenteita ja ammattilaisten kokemuksia oman hyvinvointialueen pitkittyneen kivun hoidon järjestämisestä.

Vastauksia kyselyyn tuli mukavasti (100 vastausta / 14 % jäsenistä). Vastausaikaa oli yksi kuukausi. Vastajat edustivat useita ammattiryhmiä ja lähes kaikkia hyvinvointialueita. Työskentelysektorit jakautuivat seuraavasti: julkinen erikoissairaanhoito 58 %, perusterveydenhuolto 15 %, yksityissektori 22 %. Valtaosa vastaajista (n. 60 %) hoiti työssään pääosin kipupotilaita. Puolella vastaajista oli omassa yksikössään hyödynnettävissä moniammatillinen tiimi kipupotilaiden hoidon tueksi.

Puolet vastaajista koki saavansa merkittävää tai kohtalaista tukea alueen kipupoliklinikalta. Vastaavasti puolet ei kokenut tukea saavansa. Vapaissa kommentteissa korostui perusterveydenhuollon vastuu potilaiden hoidosta. Kipupoliklinikan rooli nähtiin ensisijaisesti konsultatiivisena. Vastaajista 43 % tunnisti omalta alueelta löytyvän kivun hoidon rakenteita. Raportoidut rakenteet olivat vaihtelevia: laajoja hyvinvointialuetasoisia palveluketjuja ja toisaalta yksikkökohtaisia hoitomalleja. Kyselyssä lähes 80 vastaajaa jakoi vapaamuotoisessa osiossa näkemyksensä siitä, kuinka hyvinvointialueiden pitkittyneen kivun potilaiden hoitoa voitaisiin parantaa.

Toivotamme kaikki kivun hoidon kehittämisestä ja sen järjestämisestä kiinnostuneet yhdistyksen jäsenet tervetulleiksi kuulemaan lisää kyselyn tuloksista ja vaihtamaan ajatuksia kivun hoidon järjestämisestä SKTY:n ensimmäiseen Kivun hoidon järjestämisen keskustelufoorumiin 12.5.2025 klo 16:30–18.30. Kutsu ja ilmoittautumisohjeet tähän Teams-webinaariin lähetetään jäsenille sähköpostitse. Tarkistathan, että yhteystietosi ovat ajan tasalla! ■

Aurinkoista kevättä toivottaen,
Maiju

Taiteiden kivun kanssa – verkostoitumista taideterapioiden kentällä

SKTY:n taideterapioiden toimikunta järjesti 5.10.2024 verkostoitumispäivän Lapinlahden Lähteellä Helsingissä. Verkostoitumispäivä aloitettiin yhteisen määriteltävissä olevan maaperän luomisella kivun käsitteeseen. Psykologit Essi Grén ja Hanna Vuorimaa taideterapioiden toimikunnasta esittelivät Kansainvälisen Kivuntutkimusyhdistyksen IASP:n määritelmää kivusta sekä tarkastelivat kipukokemusta biopsykososiaalisen mallin kautta. Kivun biopsykososiaalinen malli antoikin verkostoitumispäivään yhteisen kehyksen, jonka avulla tutkittiin päivän aikana niin taideterapioiden tulevaisuuden mahdollisuuksia kuin jo vaikuttavaksi todettuja interventioita kivunhoidossa.

Ensimmäisen luennon piti tanssi-liiketerapeutti, sosionomi Kaisa Selin otosikolla ”Kivun tuntemusten muutoksia tanssi-liiketerapian avulla”. Tanssi-liiketerapia on liikkeeseen ja keholliseen ilmaisuun perustuva taideterapian muoto, jossa keskeistä on kehon ja mielen yhteyden huomioiminen. Selin kertoi esityksessään työstään syöpään sairastuneiden ja syömishäiriöiden, kehonkuvan tai mielenterveyden kanssa kamppailevien sekä lähisuhdeväkivaltaa kokeneiden asiakkaiden kanssa. Asiakkailla on usein kipuja tai muita somaattisia oireita, vaikka varsinaisesti sen vuoksi ei terapiaan hakeuduttaisikaan. Myös luottamus omaan kehoon voi katketa, jos koettu kipu on



Kaisa Selin

voimakasta. Tällöin terapiatyöskentelyssä voidaan keskittyä luottamuksen rakentamiseen uudelleen ja kokemukselliset työskentelymuodot voivat auttaa saamaan hyviä kokemuksia omasta kehosta. Joskus terapiaan voi olla helpompi tulla, jos tietää, ettei siellä tarvitse puhua, vaan terapeutti käyttää toiminnallisia työskentelytapoja. Terapiatilanteessa tärkeää on, että terapeutti huomioi sitä, miten hän voi omalla kehollaan ja olemuksellaan välittää turvan tunnetta – vaikuttamismahdollisuudet ja valinnat sopivista työskentelytavoista ja työskentelyn syvyydestä säilyvät asiakkaalla.

Seuraavana luennoitsijana saimme kuulla kuvataideterapian professori Mimmu Rankasta (Oslo Metropolitan University – OsloMet). Hän kertoi valmisteilla olevasta systemaattisesta katsauksesta ”Art therapies for chronic pain”, joka sisältää niin musiikki-, kuvataide- kuin tanssi-liiketerapiatutkimuksia krooniseen kipuun liittyen (ks. lisää tutkimussuunnitelmasta, https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?ID=CRD42022322833). Rankanen puhui luennossaan siitä, että tieteellisissä tutkimuksissa olisi tärkeää tehdä tieteiden välistä yhteistyötä, mutta silloin olisi oltava aikaa pohtia, miten puhua yhteistä kieltä tutkittavan ilmi-



Mimmu Rankanen

ön äärellä ja onko ylipäätään olemassa yhteinen käsitys siitä, mitä tutkitaan. Taideterapioiden kohdalla onkin usein käytävä perusteellinen keskustelu esimerkiksi taiteen hyödyistä itsessään verrattuna taiteen käyttöön terapiatyöskentelyssä. Toinen tärkeä keskusteluaihe Rankasen mukaan olisi taiteen vastaanottamisen (esim. musiikin kuuntelu) hyödyt verrattuna taiteen tekemiseen (esim. soitinten soittaminen tai kappaleiden säveltäminen). Tekeillä oleva katsaus pyrkiikin selvittämään, löytyykö eri taidemuotojen välillä eroja vaikuttavuudessa, tai miten potilaan kokemus muuttuu eri menetelmiä käytettäessä. Katsausta tehdessä on tehtävä myös valintoja siitä, mikä nähdään merkityksellisenä lopputuloksena: valikoidut numeeriset oiremittarit, biologiset näytteet ja fysiologiset muutokset vai ymmärrys prosessista, muutoksen sanallinen kuvailu ja muutokset tehdyssä taiteessa.

Viimeisenä luennoitsijana filosofian tohtori ja musiikkiterapeutti Mikaela Leandertz kertoi väitöstutkimuksestaan, jossa hän tarkasteli musiikkiterapian käyttöä neurologisen toiminnallisen häiriön (engl. functional neurological disorder, FND) kuntoutuksessa aikuisilla potilailla (ks. lisää tutkimuksesta, <https://jyx.jyu.fi/handle/123456789/94790>). Esityksessään Leandertz tarkasteli erityisesti ki-

pua yhtenä FND:n keskeisenä oireena. FND-potilaat tulevat usein ensiapuun kivun vuoksi ja kipu korreloi sairauden vakavuuden kanssa. Myös FND-potilaiden kipua tulisi nykyisen tutkimustiedon perusteella hoitaa biopsykososiaalisesta viitekehyksestä ja moniammatillisesti. Väitöstutkimuksessaan Leandertz rakensi musiikkiterapian työskentelymallin, joka pitää sisällään kehon ja mielen rauhoittamista äänivärähtelyyn perustuvan vibroakustisen hoidon avulla, sekä aktiivista musiikkiterapiatyöskentelyä, jonka tavoitteena on muun muassa tarjota itseilmaisun keinoja sekä aktivoida liikkeeseen. Jokainen terapiaistunto sisältää myös sanallista jakamista ja pohtimista. Leandertzin väitöstutkimuksen perusteella musiikkiterapialla voidaan saavuttaa lupaavia tuloksia FND:n hoidossa ja kuntoutuksessa. Suurin osa tutkimukseen osallistuneista sai helpotusta oireisiinsa tai ne hävisivät kokonaan. Osallistujat kokivat ymmärtävänsä kehon ja mielen välistä yhteyttä paremmin ja löytäneensä uusia selviytymiskeinoja, mikä puolestaan oireiden vähenemisen kautta vaikutti heidän jokapäiväiseen hyvinvointiinsa, elämänlaatuunsa ja toimintakykyynsä.

Verkostoitumispäivän toiminnallisessa osuudessa päästiin nauttimaan eri taideterapioiden tarjoamia maistiaisia. Muovailuvaha ja vaahtokarkit kutsuivat meitä aistien kautta asettumaan ja luomaan pieniä veistoksia. Oman äänen ja pianon kanssa lähdimme huikealle

Taideterapioiden toimikunta (kuvasta puuttuu Hanna Pohjola): (vasemmalta) Hanna Vuorimaa, Ulla Salo, Essi Grén, Tanja Pihlaja, Reetta Keränen, Maj-Kristine Lindgren ja Hanna Hakomäki
Kuva: Satunnainen ohikulkija



kanoottimatalle. Kehon asettumista tarkasteltiin somaattisten resurssien myötä ja yhteyttä itseen ja omiin kivun kokemuksiin haettiin korttien kautta. Syntyi syvällisiä, kuulevia ja oivalluttavia dialogeja. Päivän päättävän akvaariokeskustelun ajatuksena oli saada verkostoitumisen virtaus käyntiin. Päivän herättämät ajatukset käynnistivätkin soljuvan kokonaisuuden ja puheenvuorot houkuttelivat toisiaan tuoden esille uusia ideoita. Keskustelussa syntyi dialogia ja yhteinen luottamus ryhmän ja yhteisön voimaan taideterapioiden aseman vahvistamiseksi kivun hoidossa: sanattomat, luovat ja korjaavat kokemukset ovat omiaan palauttamaan kipua kokevien osallisuutta ja roolin vaihdosta vastaanottajista toimijoiksi. Olimme vahvasti ihmisyyden äärellä.

Verkostoitumispäivä koettiin mielekkääksi ja merkitykselliseksi. Useissa puheenvuoroissa korostunut biopsykososiaalisen kivunhoitomallin ja moniammatillisuuden merkitys ohjaa toi-

mikuntaa myös tulevan suunnittelussa. Ensi syksylle suunnitteilla onkin lasten kivun toimikunnan kanssa toteutettava koulutuspäivä. ■

Kirjoittajat: SKTY:n taideterapioiden toimikunta **Grén Essi, Hakomäki Hanna, Keränen Reetta, Lindgren Maj-Kristine, Salo Ulla, Pihlaja Tanja, Pohjola Hanna, Vuorimaa Hanna.**

Akuutin ja syöpäkipun hoito moniammatillisena yhteistyönä, Tampere 7.–8.11.2024

SKTY:n syyskoulutuspäivät järjestettiin Tampere-talossa marraskuussa. Tässä paikalla olleiden kirjoittajien otteita koulutuksen luennoista.

Syöpäkipuista

Torstai-aamupäivän aloitti erikoislääkäri Aiki Kadri kauppinen aiheenaan syöpäkipun mekanismit. Dosentti Tarja Heiskanen arvioi WHO:n syöpäkipun lääkehoitomallin ajankohtaisuutta. WHO:n malli on edelleen käyttökelpoinen siltä osin, että kipulääkkeet otetaan säännöllisesti ja kivun lääkehoidossa edetään portaittain potilaan kipua ja vastetta seuraten kohti vahvoja opioideja. Myös parasetamolin, tulehduskipulääkkeiden ja neuropaattisen kivun lääkkeiden jatkaminen opioidin rinnalla tarpeen mukaan on tärkeää. WHO:n mallin toinen porras, heikot opioidit, on syöpäkipun hoidossa nykytiedon mukaan tarpeeton. Lisäksi on hyvä muistaa, että porrasmallista puuttuvat kajoavat hoitokeinot, esimerkiksi spinaalinen kivunhoito ja keliakasolmukkeen salpaus.

Dosentti, onkologi Annamarija Lamminmäki luennoi kivun lääkehoidosta pitkäaikaisten syöpähoitojen aikana. Kroonisen syöpäkipun hoitoprotokolla kerrattiin ja käytiin läpi luustopesäkkeisiin, hermorakenteisiin infiltroivan syövän ja viskeraalisen kivun erityispiirteitä ja hoitomuotoja sekä vahvojen opioidien vaihtoehtoja ja annostelumuotoja. Lamminmäki toi esiin opioidien pitkäaikaishaittoja, kuten hormonaaliset haitat (hypogonadismi) ja immunosuppressio. Vakuuttavaa klinistä näyttöä opioidien vaikutuksesta syöpään ei ole. Alihoidettu kipu on stressitekijä, jonka immunosuppressiovaikutus voi olla suurempikin kuin

opioideilla, joten syöpäkipua tulee hoitaa aktiivisesti opioideilla, toki pyrkien pienimpään tehokkaaseen annokseen. Esityksessä käytiin läpi myös intratekaalista opioidihoitoa haastavissa syöpäkiputilanteissa; näin vältetään suurien annosten opioidien sentraalisilta haitoilta ja elämänlaatu paranee.

Palliativisen lääketieteen professori Reijo Pöyhä kävi läpi syöpäkipujen invasiivisten hoitojen näyttöä. Invasiivisia kivunhoitomenetelmiä käytetään syöpäkipun hoidossa yleensä silloin, kun muut menetelmät eivät tuota riittävää kivunlievitystä tai aiheuttavat hallitsemattomia haittoja. Esimerkkeinä ääreishermoston puudutukset ja kipu-pisteinjektiot, akupunktio, spinaalinen analgesia, neurolyytiset menetelmät, ablatiiviset toimenpiteet ja stimulaatiot, kuten DCS. Tieteellinen näyttö on vuosien varrella muuttunut. Nykyään paras näyttö tehosta lienee keliaka-gar-neurolyysistä ja it-lääkeannostelusta.

Fysioterapeutti, mentaalivalmentaja Matti Henttinen piti mielenkiintoisen ja visuaalisesti näyttävän luennon kokonaisvaltaisesta kivun hoidosta. Luento oli hyvin kokemuksellinen. Aiheeseen voi tutustua luennoitsijan kotisivuilla.

Akuuttia kipua

Perjantaina jatkettiin akuutin kivun parissa. Anestesiaa ja tehohoitoon erikoistuva lääkäri Aleksi Ryhänen käsitteli ensihoidon kivunhoitoa. Toimintaympäristö on luonnollisesti hyvin erilainen kuin ensiavussa tai

osastoilla. Olosuhteet vaihtelevat, esitiedot ovat usein puutteelliset ja tilanteet muuttuvat nopeasti. Ensihoidossa äkillisesti sairastunut tai vammautunut arvioidaan, hoidetaan ja tarvittaessa siirretään ensiapuun. Ensihoidettavan kivun lievittäminen on tarkoituksenmukaista inhimillisistä syistä, kivun lievitys vähentää sympatikon toniaa, hapenkulutusta ja haitallisia stressivasteita. Myös potilaan pelko, ahdistus ja agitaatio vähenevät. Hyvä kivun hoito mahdollistaa potilaan siirtämisen tai mahdollisen toimenpiteen. Myös ensihoidossa toteutetaan lääkkeettömiä kivunlievityskäytännöjä, kuten rauhoittelu, distraktio, repositio, immobilisaatio, kylmä ja hengitys. Akuutin kivun lääkkeinä käytetään samoja kuin sairaalassa, pyrkien yksinkertaisuuteen ja tehokkuuteen. Suositetaan annostelu-reittinä suonensisäistä, vaihtoehtoina intranasaalinen, lihaksensisäinen, ihon alle tai suun kautta. Jos tulehduskipulääkkeet eivät riitä, ovat opioidit ensisijaisia voimakkaassa kivussa (fentanyl/morfiini). Ketamiinilla saadaan nopea ja lyhytkestoinen vaikutus eikä se lamaa hengitystä. Metoksifluraania (Penthrox) voidaan annostella inhalattorilla vaikeassa vammakivussa tai vatsakivussa. Ensihoidossa erityisryhmiä ovat imeväiset, lapset ja vanhuksat sekä raskaana olevat. Myös päihteiden käyttäjät ja terveydenhuollon suurkulttuurin muodostavat oman haasteensa. HUS:n ensihoidossa on yhteneväinen kipulääkitysohjeistus. Lääkettä saa antaa perustuen ohjeeseen tai konsultaatioon. Ensihoidon kivunhoidosta on olemassa kansainvälisiä ohjeistoja. Tutkimustilanteissa lisätään myös puudu-

tuksia ensihoidossa.

Akuutin kivunhoidon hoitoketjua jatkoi anestesioologi Kariantti Kallio kertoen traumapotilaan kivunhoidosta. Anestesioologi, LT, Anna Meuronen käsitteli vielä pientraumapotilaan akuutin kivunhoidon sudenkuoppia.

Päihderiippuvaisen kivunhoidosta

Perjantai iltapäivänä paneuduttiin päihdepotilaan akuutin kivun hoitoon. Anestesioologi Teija Nieminen valotti aiheeseen liittyviä haasteita, joita ovat muun muassa syyllistämätön ilmapiiri, riippuvuusanamneesiin kartoittaminen (käytössä olevat lääkkeet ja päihteet) sekä kivunhoitomenetelmien valinta. Hoidossa suositetaan nonopioidi-analgesiaa, puudutuksia ja oraalisia valmisteita, sillä PCA ei sovellu päihdepotilaalle. Vieroitusoireiden hoito toteutetaan oireenmukaisesti ja opioidisubstitutiolla. Kivun hoito toteutetaan multimodaalisesti. Lisälääkkeinä akuutin leikkauskivun hoidossa käytetään S- ketamiinia, magnesiumia, lidokaiinia, glukokortikoideja, alfa 2-agonisteja ja gabapentinoideja. Korvaushoitopotilaille on olemassa tarkkoja ohjeistoja perioperatiiviselle ajalle.

Sairaanhoitaja Kati Korpela Pirkanmaan hyvinvointialueelta luennoi akuutisti kipeästä päihdepotilaasta kirurgisella vuodeosastolla. Yleensä on kyse akuuteista infektiosta tai vammoista. Potilaan kivunhoitoon osallistuvat lääkärin ja hoitajan lisäksi osastofarmaseutti. Potilaan taustasta riippumatta on tärkeää hoitaa ”narkkarin” sijaan potilasta, jolla on aivosairautena päihderiippuvuus. Päihdepotilaat muodostavat monimuotoisen ryhmän,

ja päihteiden käyttö voi liittyä alkoholiin, huumeisiin, lääkkeisiin tai niiden sekakäyttöön. Hoitoa suunniteltaessa tulee arvioida potilaan tilanne kokonaisvaltaisesti: onko hän aktiivikäyttäjä, kuivilla oleva vai korvaushoidossa? Lisäksi tulee huomioida yleistila, liitännäissairaudet, psyykinen vointi ja ko-operaatio. Kivunhoidossa suositetaan peruskipulääkkeiden rinnalla puudutuksia ja lääkkeettömiä hoitokeinoja, kuten asento- tai kylmähoito. Päihdetaustaisen henkilön kivunhoito on usein tasapainoilua. Onko potilas kipeä, jos hän ilmoittaa olevansa kipeä, muttei näytä siltä? Jokainen on oikeutettu hyvään kivunhoitoon. Mitä tehdään, jos potilaan epäillään käyttävän hoitojakson aikana päihteitä? Myös mahdollinen väkivallan uhka on huomioitava. Päihdepotilaan kivunhoidossa korostuu ammattitaitoinen, empaattinen ja monialainen kivunhoito.

LT Margareeta Häkkinen (THL ja Turun yliopisto) luennoi päihteitä käyttävän potilaan jatkohoitomahdollisuuksista. Päihderiippuvuus on pitkäaikainen sairaus, jossa keskeistä on käytön pakonomaisuus. Päihtymyksestä tulee ensimmäisinä kokeilukertoina voimakasta mielihyvää, mutta käytön jatkuessa mielihyvä ei enää kohoa, vaan käytön motiiviksi tulee lähinnä psyykkisten ja fyysisten vieroitusoireiden välttäminen. Käytön jatkuessa keskeistä on käyttöhimo, joka aktivoituu esimerkiksi erilaisista ympäristön vihjeistä. Pitkäaikainen päihteenkäyttö aiheuttaa aivoissa muutoksia, jotka heikentävät impulssikontrollia ja toiminnanohjausta, jolloin päihdekierre jatkuu. Päihderiippuvuudesta toipuminen

on pitkä prosessi, jossa täytyy opetella uudet toimintamallit ja selviytymiskeinot ilman päihteitä. Jos päihteen käytöstä herää epäilyksiä, asia kannattaa ottaa puheeksi. On tärkeää selvittää yksitellen, mitä päihteitä on käytetty ja missä määrin. Somaattisen sairaalahoidon aikana päihderiippuvainen tarvitsee usein lääkkeellistä tukihoitoa, jotta muu hoito onnistuu. Tuolloin voidaan tarvita tukihoitona bentsodiatseppimeja/opioideja. Tukilääkitys puretaan sairaalahoidon aikana tai sen päätteeksi eikä reseptejä kirjoiteta kotiin. Päihdelääkäreitä voi tarvittaessa konsultoida.

Kun somaattista sairaalahoidoa vaa- tiva tilanne on hoidettu, päihderiippuvainen hyötty yleensä laitoshoidosta päihdehoitoyksikössä. Jos on tarpeen vieroittaa esim. sairaalassa käytetty tai aloitettu bentsodiatsepiinilääkitys, opioidit tai muu riippuvuutta aiheuttava lääkitys, vieroitushoitoyksikkö on oikea hoitopaikka. Jos potilas on jo vieroitettu riippuvuutta aiheuttavista lääkkeistä sairaalahoidon aikana, päihdekuntoutus on hyvä jatkohoitopaikka. Verkostoneuvottelu etäyhteydellä päihdeyksikön, potilaan ja lähettävän yksikön kanssa on erittäin suositeltava. Verkostossa käydään läpi tulevan päihdehoidon alustava suunnitelma ja siirretään olennainen tieto potilaan jatkohoidosta.

Sosiaalityötä

Sanna Riihelä-Palmi, johtava sosiaalityöntekijä HUS Hyvinkään sairaalasta, käsitteli sosiaalityön erilaisia tarpeita eri elämäntilanteissa. Joissakin tilanteissa tarvitaan terveysosiaalityön asiantuntemusta, toisinaan sosiaalihuol-

lon sosiaalityötä – ja joskus näiden yhdistelmää. Tavoitteena on arkivai-kuttavuus asiakkaan elämässä. Suurin osa terveysosiaalityön moniammatil-lisesta työstä tehdään terveydenhuol-lon ammattilaisten (37 %), KELA:n (16 %) ja sosiaalihuollon muiden toimijoiden (23 %) kanssa. Asiakkaan arkea tuetaan antamalla ohjausta kun-toutukseen ja pitkäaikaissairauteen liittyvissä etuuksissa ja palveluissa, lap-siperheiden etuuksissa ja oikeudelli-sessa ennakoinnissa. Lisäksi annetaan psykososiaalista tukea. Tämä oli hyvä muistutus ottaa mukaan myös sosiaa-lityön näkökulma kipupotilaan mo-nialaiseen hoitoon.

Lasten kivun hoitoa

Syöpään sairastuneen lapsen mo-niammatillinen hoito

Torstain iltapäiväsession aloitti las-ten hematologi Susanna Vuorenoja, joka puhui lasten kivusta syöpäsaira-uksien yhteydessä. Kipua aiheuttavat itse tauti, mutta myös hyvin yleisesti hoidot ja toimenpiteet. Moni sytos-taatti aiheuttaa kivuliaita sivuvaiku-tuksia. Kipua lisäävät myös fyysisen aktiivisuuden vähäisyys, joten fysio-terapeuteilla, liikkumisella ja asen-tohoidoilla on iso merkitys. Ei voi myöskään unohtaa psykologisia teki-jöitä, esimerkiksi pelkoa, ahdistusta ja harmitusta, joita vakava sairastuminen ja sairaalassaolo väistämättä saavat ai-kaan. Psykologisiin tekijöihin voidaan vaikuttaa empaattisella kohtaamisella, musiikki- ja taideterapialla, rentoutu-mistekniikoilla ja distraktiolla (har-hautus), kuten virtuaalitodellisuus ja sairaalaklovnit.

Psykologi Sari Siltanen Premiuk-sesta puhui tärkeästä asiasta lasten ja nuorten kivun hoidossa: perheen tu-kemisesta. Lapsen sairastuminen ja kipu vaikuttavat koko perheeseen ar-jen toimimisesta alkaen aina kunkin perheenjäsenen psyykkiseen jaksami-seen. Perheen sisällä roolit saattavat muuttua ja joudutaan uusien asioi-den ja tilanteiden eteen. Sisarukset on oleellista muistaa ja huomioida; van-hemmilla on heistä usein myös huoli, vaikka aika ja jaksaminen ei aina heille riitä. Usein konkreettisen avun tarve on selkeä ja sitä on tärkeä järjestää. On myös tärkeä tunnustella psyykkisen tuen tarvetta. Yksiköissä on hyvä miet-tä, kuka perheen asioita selvittää ja toimii ja mitä kukin omassa ammatti-roolissaan voi perheen hyväksi tehdä.

Sairaanhoitajan roolista lasten pal-liatiivisessa työssä puhui Anette Lem-ström ja muistutti kuuntelun ja läsnä-olon merkityksestä niin lapsen kuin perheen kanssa.

Fysioterapeutti Heidi Haromo pu-hui kuntoutuksesta ja siellä asioiden ja perheen huomioimisesta sairaalasta kotiutumisen jälkeen.

Ennakkotehtävänä oli selvittää, mi-ten eri sairaaloissa lasten ja nuorten palliatiivinen hoito on järjestetty ja ketkä ovat toimijoina sekä mitä olisi syytä edelleen kehittää. Etäyhteys hel-potti laajasti eri alueiden kuulemista ja tiedon vaihtoa. Tämä oli varsin in-formoivaa ja avaavaa tietoa.

Lapsitraumapotilaan kuntoutus ja perheen tukeminen

Perjantain iltapäiväsessiossa ft Heidi Mäenpää kertoi aluksi hyvin konkreet-

tisesti ja vaihteittain, miten fysioterapia auttaa ja kuntouttaa akuutin trauman jälkeen lasta ja on mukana alun sairaa-lahoidossa. Fysioterapeutin merkitys on suuri ja hän on usein myös perheen ja lapsen tunnetilanteen haastelija.

Perheen ja sisarusten tuesta puhui psykologi Krista Koivula nimenomaan psyykkisen traumatyöskentelyn peri-aattein. Hän toi hyvin konkreettisia toimia esille ja muistutti, miten olen-naista perheen huomiointi ja trauman vaikutusten ymmärtäminen kivun hoidon kokonaisuuden kannalta.

Lopuksi lasten ja nuorten toimikun-ta esitti näytelmän muodossa nuoren liikenneonnettomuudessa tapahtu-neen trauman hoidon ja käsittelyn vai-heet onnettomuuspaikalta aina sairaa-lastasta kotiutumiseen asti tilannekuvin ja kertojan viedessä näytelmää eteen-päin. Näytelmässä pyrittiin tuomaan mukaan kaikki toimijat ensihoidosta aina kouluun palaamisen selvittelyi-hin ja perheen mukaanottoon asti.

Päivien anti oli monipuolinen ja kiinnostava. Aikaa jäi myös verkostoi-tumiseen ja kuulumisten vaihtoon. Palasimme kukin kotikonnuillemme viisaampina ja voimaantuneina. Kiitos työryhmälle päivien erinomaisesta an-nista ja puitteista. ■

Maarit Pekkala, TtM, ft, kuntoutusohjaaja

Riitta Huhta-Hirvonen, PsL, neuropsykolo-gi, psykoterapeutti ja Tays

Miia Kokkonen, anestesian ja tehohoidon erikoislääkäri Tays

Tuula Korhonen, anest.el, ylikääkäri, Raahen kipupkl, Pohde kuntoutuspalvelut

Tulevia tapahtumia

Vuosikokouskoulutus

10.–11.4.2025, Mauno Koivisto -keskus, Turku

Akuutin- ja syöpäkivun hoito moniammatillisena yhteistyönä

27.–28.11.2025 Tampere

14th Congress of the European Pain Federation EFIC

24.–26.4.2025 Lyon, Ranska

SASP-kongressi: From the test tube to the clinic—applying the science!

21.–23.5.2025, Reykjavik, Islanti

SAVE THE DATE

Taideterapioiden toimikunta ja lasten ja nuorten kiputoimikunta järjestävät verkostoitumis-/koulutuspäivät 7.–8.10.2025 Helsingissä.

Aiheina mm. koulu- ja nuorisoikäisen haasteellinen kivunhoito, keskosen/vastasyntyneen kivunhoito ja perheen huomiointi, potilaan ja perheen kohtaaminen, ammattilaisen työssä jaksaminen sekä miten eri terapiamuotoja voi hyödyntää kivunhoidossa. Ohjelma julkaistaan myöhemmin. Mukaan mahtuu 90 henkilöä.



Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry

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

Moniammatillisuus kivunhallinnassa ja kivun lääkehoidossa 2025

Zoom-webinaari, 9.5.2025

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

- | | |
|-----------|---|
| 8.15–8.20 | Koulutuspäivän avaus, Anna-Leena Nousiainen, Hoitotyön lehtori, Lapin amk |
| 8.20–8.50 | Suomen Kivuntutkimusyhdistyksen esittely, sh Suvi Viljakainen |
| 8.50–9.00 | Koulutuspäivään orientoituminen |

AAMUPÄIVÄ

- | | |
|-------------|--|
| 9.00–9.45 | Pitkittyneen kivun lääkehoidon suositukset,
Kristina Kokkonen fysiatrian erl, ft |
| 9.45–10.00 | Keskustelu aiheesta, kysymyksiä |
| 10.00–10.15 | Tauko |
| 10.15–11.00 | Kivunhoito fysioterapeutin suoravastaanotolla,
Sauli Lietzen fysioterapeutti, TtM |
| 11.00–11.15 | Keskustelu aiheesta, kysymyksiä |
| 11.15–12.00 | Lounas |

ILTAPÄIVÄ

- | | |
|-------------|---|
| 12.00–13.00 | Turvallisen lääkehoidon toteuttaminen sairaanhoitajan näkökulmasta,
Anu Portti sairaanhoitaja
Marjo Willman sairaanhoitaja |
| 13.00–13.15 | Keskustelu aiheesta, kysymyksiä |
| 13.15–13.30 | Tauko |
| 13.30–14.30 | Päihdepotilaan pitkittyneen kivun hoito Vankisairaalassa – näin me se tehtiin,
Katja Levander fysioterapeutti
Jeremi Heikkinen LL, LT |
| 14.30–14.45 | Keskustelu aiheesta, kysymyksiä |
| 14.45–15.15 | Koulutuspäivän yhteenveto ja koulutuspäivän päätös |

Koulutustilaisuudesta ei tule tallennetta eikä luentomateriaaleja.

Ilmoittautuminen: linkki ilmoittautumiseen kotisivuilla; www.skty.org

Ilmoittautuminen päättyy: 8.5.2025 klo 16.00, jonka jälkeen linkki lähetetään ilmoittuneille. Tarkista roskapostisi, jos linkkiä ei löydy.

Tiedustelut: Katja Levander, levanderkat@gmail.com tai puh. 040 1516 714

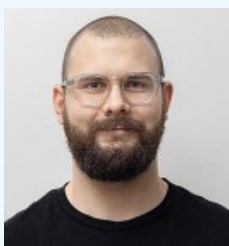
Pidätämme oikeuden muutoksiin.

Luennoitsijoiden esittely



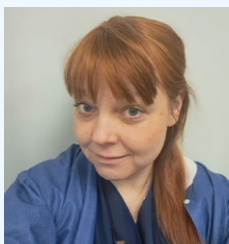
Kristina Kokkonen, fysiatrian erl, ft, Orton kipuklinikan yl, väitöskirjatutkija, yrittäjä ja kouluttaja.

Kristiina käy luennolla läpi keskeiset kipulääkkeet eri kiputyyppejen mukaan sekä miten ne elimistössä vaikuttavat kivunhallintaan.



Sauli Lietzen, fysioterapeutti ja terveystieteiden maisteri (fysioterapian pääainelinjalta). Tällä hetkellä työskentelen liikuntafysiologina sairaala Novassa.

Olen työurani aikana työskennellyt pääasiassa suoravastaanottofysioterapiassa ja suoravastaanotto toimintaa kehittämässä. Olen intohimoinen fysioterapian kehittäjä ja erityisen tärkeänä pidän näyttöön ja tieteeseen pohjautuvan toiminnan ja toimivien vastaanottokäytänteiden käytäntöön tuomista.



Anu Portti, kliinisesti erikoistunut sairaanhoitaja, kipuhoitaja ja APShoitaja Lapin keskussairaalan kipupoliklinikalta. Kivunhoitotyön täydennyskoulutus, Hyvinvoinnin asiantuntijan YAMK tutkinto vielä hieman kesken.

Anu keskittyy osuudessaan turvallisen kivun lääkehoidon käytännön toteuttamiseen sairaalassa, vuodeosastoilla sekä kotona. Mitä turvalliseen lääkehoitoon kuuluu ja millaisia sudenkuoppia siihen liittyy? Entä, mitä voimme tehdä parantaaksemme lääkehoidon turvallisuutta?



Marjo Willman, kliinisesti erikoistunut sh, kivun hoitotyön täydennyskoulutus, kognitiiviset lyhytterapiaopinnot, kipuhoitajana KYSin kipukeskuksessa.

Laadukas ja turvallinen kivunhoito perustuu kattavaan kivun arviointiin. Osaatko tunnistaa eri kiputyypit? Tunnistatko ns. riskipotilaan? Mikä on sairaanhoitajan rooli kivunhoidossa?



Katja Levander, fysioterapeutti (AMK, YAMK), kipufysioterapia ja suoravastaanotto erityispätevyys. Traumainformoitu lähestymistapa. Fysioterapeuttina Vankiterveydenhuollossa 2017 alkaen.



Jeremi Heikkinen, lääketieteen lisensiaatti, lääketieteen tohtori, terveydenhuoltoon erikoistuva lääkäri, post doc -tutkija ja MBA Candidate. Tutkimustyön kohteina etenkin mielenterveyden häiriöiden ja tuki- ja liikuntaelinsairauksien samanaikaissairastavuus, elämäntyytyväisyys sekä terveyteen liittyvään elämänlaatu.

Katjan ja Jeremin luennolla käsitellään päihdepotilaan pitkittyneen kivun hoitoa moniammatillisessa yhteistyössä yhdistäen tutkimustietoa käytännön kokemuksiin Vankisairaala-asteelta vuosilta 2022–2024.

VUOSIKOKOUSKOULUTUS

to 10.4. – pe 11.4.2025 Mauno Koivisto-keskus, Turku

Pään alueen kivut

Torstai

8:00 Ilmoittautuminen, kahvi ja näyttelyyn tutustuminen
8:50 Aloitus

Migreeni

9 – 10 Migreeni ja sen lääkehoidot
Ville Artto, dosentti ja neurologian erikoislääkäri

10 – 10:30 Tauko ja tutustuminen näyttelyyn

10:30 – 11:15 Kroonisesta migreenistä oireilevien kehollisuuden kokemuksia
Mikko Patovirta, TtM, ft ja väitöskirjatutkija, Fysios Mehiläinen

11:15 – 12 Masennus ja migreeni
Henry Karlsson, psykiatri, dosentti, LT, VTM, FM

12 – 13:15 Lounas ja tutustuminen näyttelyyn

Pään alueen muut kivut

13:15 – 14:15 Differential diagnostics of orofacial pain
Lene Baad-Hansen, professori, Århusin yliopisto

14:15 – 14:45 Tauko ja tutustuminen näyttelyyn

14:45 – 15:15 Kasvokipujen KNF-diagnostiikka
Satu Jääskeläinen, professori, Tyks ja TY

15:15 – 16 Okkipitaalihermon stimulaatio (ONS) sarjoittaisen päänsäryn hoidossa
Jukka Huttunen, el, dos, osastonylilääkäri KYS

16:15 SKTY:n kokous
19:00 Iltajuhla Kupittaaan Paviljongissa

Perjantai

8:00 Ovet auki, ilmoittautuminen ja näyttelyyn tutustuminen

TMD – Moniammatillinen hoitopolku

8:30 – 9 Yksilöllinen TMD:n hoito
Tuija Teerijoki-Oksa, dosentti, ehl, TYKS

9 – 9:45 Lääkkeettömät keinot TMD kuntoutuksessa
Noora Rautionmaa, fysioterapeutti

9:45 – 10:15 Kahvi ja tutustuminen näyttelyyn

10:15 – 11 Kipupsykologi TMD-potilaan hoidossa
Vera Leo, psykologi, PsT, neuropsykologian erikoispsykologi, Tyks

11 – 12:15 Lounas ja tutustuminen näyttelyyn

Lasten ja nuorten päänsäryt

12:15 – 13 Lasten päänsäryt
Milla Ylijoki, lasten neurologi, Tyks

13 – 13:45 Lasten pitkittynyt toimintakykyä häiritsevä päänsärky
Minna Ståhl, LT fysiatrian erikoislääkäri, lasten kipukeskus, Hus sekä Reetta Sipilä, PsT, lasten kipukeskus, HUS

13:45 – 14:30 Uhkaava uupuminen – mistä voimavaroja kivunhoidon ammattilaisille
Anita Saariaho, LT, anestesiaerikoislääkäri, psykoterapeutti YET

14:30 Loppusanat

Koulutukselle anotaan pisteet erikoislääkärikoulutukseen sekä kivun hoidon erityispätevyyteen.
Koulutus on hybridikoulutus. Osallistumismaksu on sama osallistumistavasta riippumatta.
Koulutustilaisuudessa ei jaeta luentomonisteita. Luentolyhennelmät julkaistaan luennoitsijan luvalla koulutuspäivien jälkeen SKTY:n kotisivuilla.

Ilmoittautuminen: linkki ilmoittautumiseen kotisivuilla; www.skty.org

Ilmoittautuminen päättyy: 9.3.2025

Osallistumismaksu: SKTY:n jäseniltä: 175 €/1pv ja 250 €/2p. Ei-jäsenet: 225 €/1pv ja 300 €/2pv

Majoitus: : Majoittuja varaa itse huoneen, jota varten on tehty kiintiövaraus: Hotelli Original Sokos Hotel Kupittaa, Joukahaisenkatu 6, 20520 Turku, p. +358 300 870 000, s.posti: sokos.hotels@sok.fi
Kotisivut: www.sokoshotels.fi
Kiintiötunnus BSKTYKEVAT2025 on voimassa 26.3.2025 asti. Hinta: 98€ / 1hh Standard ja 118€ / 2hh Standard.

Koulutuksen yhteydessä järjestetään iltajuhla illallisineen Kupittaaan Paviljongissa, Kupittaaankatu 8 Turku. Iltajuhlaan ilmoittaudutaan erikseen ilmoittautumislinkin kautta. Hinta 25€/hlö.

Koulutuksen yhteydessä järjestetään tuote-esittely: Yhteyshenkilönä Joni Eriksson (joni.eriksson@varha.fi) sekä Järjestelytoimikunnan sihteeri Noora Rautionmaa (noora.rautionmaa@varha.fi)

Tiedustelut: Järjestelytoimikunnan sihteeri Noora Rautionmaa (noora.rautionmaa@varha.fi)



Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry

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

Oletko tutustunut jäsensivuihin?

www.skty.org



Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry

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

[Etusivu](#)

[Yhdistys](#)

[Toimikunnat](#)

[Jäsenyys](#)

[Koulutus](#)

[Materiaalit](#)

[In English](#)

[På Svenska](#)

[Yhteystiedot](#)

[Kipuviesti](#)

[Jäsensivut](#)

[Hallituksen sivut](#)

[Tapahtumat](#)

Hae



Tavoitteenamme on edistää kivun monialaista hoitoa, kuntoutusta ja tutkimusta.

Lue lisää



Jäsenyys



Koulutukset



Kipuviesti

Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry

on terveydenhuoltoalan ammattilaisten yhdistys, jonka toiminnan tarkoituksena on edistää kivun monialaista hoitoa, kuntoutusta ja tutkimusta Suomessa. Yhdistyksessä on jäseniä 980 (v. 2022). Suurimpina ammattiryhminä ovat sairaanhoitajat, lääkärit, hammaslääkärit, psykologit, fysioterapeutit ja sosiaalityöntekijät.

Tapahtumat ja koulutukset

Akuutin- ja syöpäkivun hoito moniammatillisena yhteistyönä ▶



to-pe 7.-8.11.2024



Tampere-talo

Ajankohtaista

Jäsenille: jäsenrekisteri on siivottu ja maksamattomien jäsenmaksujen vuoksi jäseniä poistettu rekisteristä. ▶

29.9.2024

B-Cure Laserin on kliinisesti todistettu lievittävän laajaa kirjoa erilaisia kipuja ja edistävän kudosvaurioiden ja tulehdusten paranemista. Suomessa apua vaivoihin saadaan jo tuhansissa kotitalouksissa, ja laitetta hyödyntävät myös kipuklinikat, haava-hoito sekä fysio- ja lymfaterapeutit.

Kivun hoitoon B-Cure Laser

Akuutin ja kroonisen kivun hoitoon käytettävän laserterapian pitkäaikainen kivunlievitysvaikutus perustuu kivun lähteen hoitoon. Terapia vahvistaa oireilevan kudoksen toimintakykyä, jolloin alueella vallitsevan tulehduksen tai vaurion luonnollinen paraneminen edistyy. Kliiniset tutkimukset osoittavat terapian tehoavan mm. **akuuttiin ja krooniseen lihas- ja nivelkipuun, erilaisiin kuluma- ja hermokipuihin, sekä edistävän haavojen ja tulehdusten paranemista (mm. nivelrikko, jännetulehdukset, urheiluvammat, TMD).**

Turvallinen ja edullinen kotikäytössä

Koska B-Cure Laserin teho perustuu kudoksen ja solujen oman toiminnan parantamiseen, parhaat tulokset saadaan kuurinomaisella hoidolla. Kotikäyttöön suunnitellut B-Cure-laserlaitteet ovat helppokäyttöisiä ja turvallisia, ja ne sopivatkin koko perheen käyttöön. Terapialla ei ole vasta-aiheita; sitä voi käyttää tekonivel-ten, sydämentahdistimen tai muiden implanttien yhteydessä.

Laitteen odotettava huoltovapaa käyttöikä on peräti 30 000 hoitokertaa, joten muutaman satasen arvoisen laitteen hoitojen hinnaksi jää vain muutama eurosentti. Laitetta voi myös vuokrata kokeiluun. ■

- Nivelrikko • Rasitusvammat
- Hermokivut • Lihas- ja nivelkiput
- Kulumat • Haavat • Tulehdukset



Turvallinen ja helppokäyttöinen

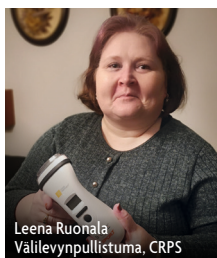
1. Käynnistä laser
 2. Valitse aika (2–8 min.)
 3. Kohdista kipukohtaan
- Paraneminen alkaa!**

B-CURE[™]
LASER

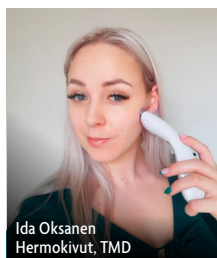
Ei kontra-indikaatioita tai yliannostusriskiä.



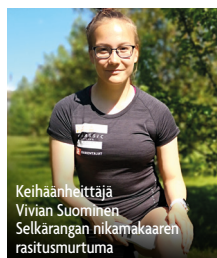
Työterveyshoitaja
Ulla Kauppinen
Haavaumat, kihti, nivelrikko



Leena Ruonala
Välilevynpullistuma, CRPS



Ida Oksanen
Hermokivut, TMD



Keihäänheittäjä
Vivian Suominen
Selkärangan nikamakaaren
rasitusmurtuma



Heikki Kaartoaho
Tenniskäynnänpää



Tuija Manninen
Selkäranganhaudakivut,
sormien moninivelrikko



Hannu Eloranta
Tenniskäynnänpää



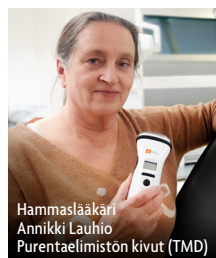
Altti Veteläinen
Kuntoutus leikkauksen jälkeen



Raija Kallio
Sormien nivelrikko



Haavaohitaja
Hilla-Maria Tennberg
Akuutit ja krooniset haavat



Hammaslääkäri
Annikki Lauhio
Purentaelimistön kivut (TMD)



Fysioterapeutti
Kati Malinen
Jännetulehdukset ja
revähtymät



B-Cure Laserin tehosta on julkaistu **6 tuplasokkotutkimusta**. Tutkimukset osoittavat mm. laitteen olevan kivunhoidossa kipulääkkeiden vertainen sekä edistävän haavojen paranemista.



Jo tuhannet suomalaiset kotitaloudet käyttävät B-Cure Laseria mitä moninaisimpiin vaivoihin. Nettisivuiltamme voit lukea käyttäjien omia kertomuksia sekä blogista ammattilaisten kokemuksia.



Vuoden terveystuote 2022
B-Cure Laser valikoitui Parhaaksi Laitteeksi kommentien "Laserointi lievitti nivelrikosta kärsivien sormien kipuja jo viikossa. Sen ansiosta yöunet eivät enää keskeytyneet."