

SUOMEN KIVUNTUTKIMUSYHDISTYS RY:N JÄSENLEHTI

Kipuviesti

Nro 1/2018



THE 17th WORLD CONGRESS ON PAIN® | September 12-16, 2018



Home

About

Scientific Program

Registration

Hotel & Travel

Exhibits & Support



Important Dates

Keep informed of upcoming Congress dates and deadlines

[Learn More](#)



Receive Email Updates

Sign up for updates about the World Congress on Pain

[Sign Up Now](#)

Join us at the World Congress on Pain

The World Congress on Pain® is the preeminent global meeting devoted to sharing new developments in pain research, treatment, and education. The meeting brings together thousands of delegates from more than 100 countries across multiple disciplines. Participants include basic scientists, researchers, clinicians, physicians, students, and trainees—all of whom are devoted to improving pain relief worldwide. Connect with these global experts in an outstanding educational and social setting. We hope to see you in Boston!

Lisätiedot ja ilmoittautumiset:
<https://www.iaspworldcongressonpain.org>

22

REFRESHER COURSES



15

PLENARY LECTURES



THE WORLD CONGRESS ON PAIN ATTRACTS

3

TIMES MORE DELEGATES

THAN ANY OTHER PAIN MEETING

4.45

★ ★ ★ ★ ★

FROM 2016 CONGRESS DELEGATES THAT IT WAS THEIR AVERAGE RATING (OUT OF 5)

MOST VALUABLE MEETING EXPERIENCE

5

FULL DAYS

PACKED WITH GROUNDBREAKING TOPICAL SESSIONS



Register for Early Discount!

Register Now!

Registration Categories	Early (Jan. 9 – May 21)	Regular (May 22 – Sept. 11)	On-Site (Sept. 12-16)
IASP Members	\$795	\$895	\$995
Member Trainees	\$450	\$450	\$450
Member from Developing Countries	\$450	\$450	\$450
Member CME Fee	\$95	\$95	\$95
IASP Nonmembers	\$1,050	\$1,225	\$1,350
Nonmember Trainees	\$615	\$615	\$615
Nonmember from Developing Countries	\$615	\$615	\$615
Nonmember CME Fee	\$120	\$120	\$120
One-Day Registration	\$550	\$550	\$605
Each Refresher Course – Regular Registrant	\$200	\$200	\$200
Each Refresher Course – Trainees and Delegates from Developing Countries	\$99	\$99	\$99
Accompanying Guest Fee	\$200	\$200	\$200
Additional Welcome Reception	\$60	\$60	\$60

- 7 Toimituksen palsta

Yksilöllinen hoito

- 8 **Salla Saxén** Potilaskeskeisyys – harmoniaa ja ristiriitoja
- 10 **Karppinen, Simula, Holopainen** Epäspesifin alaselkävivun yksilöllinen biopsykososiaalinen hoitomalli

Kolumnit

- 17 **Timo Pohjolainen** Lääkärin määräämisestä potilaan arvojen ja valintojen kunnioittamiseen
- 19 **Eija Kalso** Ylipaino ja kipu

Muut artikkelit

- 21 **Terhi Runsio** Kivun psykologiasta
- 24 **Outi Heinola** Kliinikon kynästä

Väitöskirjakatsaukset

- 26 **Vesa Lehtola** Yksilöllisestä harjoittelusta apua pitkittyvään alaselkäkipuun
- 28 **Anu Vierola** Kivut ja purentaelimistön toimintahäiriöt (temporomandibular disorders, TMD) tavallisia jo alakouluikäisillä
- 30 **Viljami Jokinen** Opioidien ja muiden lääkkeiden yhteisvaikutuksia sekä glia-aktivoituminen kroonisessa opioidikäsittelyssä

Tutkittua

Kirja-arvostelut

- 34 **Sari Rusanen** Pain and the Conscious Brain
- 38 **Salla Salo** Kehon viisaat viestit



Shutterstock



Suomen Kivuntutkimusyhdistyksen sivut

- 41** **Petteri Koho** Hallituksen puheenjohtajan puheenvuoro
- 42** **Eija Kalso** Puheenvuoro
- 44** **Hoitotyön toimikunta** Kivunhoidon verkostoitumispäivä 15.9.2017
- 46** **Viljami Jokinen** Kipuhammaslääkärien verkostoitumispäivä
- 47** Tulevia koulutuksia

Kipuviesti

1/2018

21. vuosikerta

Julkaisija

Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry

www.skty.org

ISSN 1796-3141

Päätoimittaja

Maija-Liisa Kalliomäki

kipuviesti@skty.org

Toimituskunta

Heli Forssell, heli.forssell@utu.fi

Soile Haakana, soile.haakana@hus.fi

Hanna Harno, hanna.harno@hus.fi

Maija-Liisa Kalliomäki, maija-liisa.kalliomaki@pshp.fi

Sanna Salanterä, sansala@utu.fi

Salla Salo, salla.salo@tyks.fi

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

Vuosikerran hinta on 50 €.

Osoiterekisteri

Anu Käräkkä, Turun Tilikeskus Oy

PL 1234, 20101 Turku

puh 02 2814310

anu.karakka@turuntilikeskus.fi

Kannen valokuva: Ballerina Eveliina Väänänen Hatanpään
arboretumissa, balettikoulu Hannele Suomalainen.

Kuvaaja Heikki Koskinen.

Graafinen suunnittelu

Antturi Design Oy, Eero Antturi

Kirjapaino GRANO, Vaasa
2018

Ilmoitushinnasto vuodelle 2018

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

Ilmoitushankkija: Soile Haakana

HYKS Kipuklinikka, PL 140, 00029 HUS

kotisivut@skty.org

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

Lehden painos on 1500 kpl.

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

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

viestikenttään: Kipuviesti / ilmoitusaineisto

Kopio ilmoituksesta: Soile Haakana

(sähköposti: kotisivut@skty.org)

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

Ilmoitushinnat

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

Päätoimittajan tervehdys



Maija-Liisa Kalliomäki

Toimituskunnassa pohdimme tämän numeron teemaksi potilaskeskeisyyttä. Aihetta käsitellään Salla Saxénin kirjoituksessa, Jaro Karppisen ja kumppaneiden yksillöllistä selkä kivun hoitoa käsittelevässä artikkelissa ja Timo Pohjolaisen kolumnissa.

Sairaalassamme on meneillään organisaatiouudistus. Päämääränä on laadukas hoito, siirymme työskentelemään yhä erikoituneemmissa ”fokuksissa”. Tätä aaltoliikettä on terveydenhuollossa jatkumona – uusi sukupolvi tuo omasta mielestään paremman tavan toimia ja se on joko yhdistyminen tai eriytyminen. Aaltoliikkeessä on pysyttävä mukana. Toisinaan keskusteluissa tuntuu olevan keskiössä ”minä ja minun erikoisalani resurssi” tai ”minä ja minun osaa misalueeni” tai ”minä ja minun potilaani vs. sinä ja sinun potilaasi”. Näkökulma on ymmärrettävä, mutta silti minusta tuntuu siltä, että potilas unohtuu. Toisaalta organisaatiouudistus on poikanut hoitopolkuajattelun voimistumisen ja niissä onneksi potilas on keskiössä – kuinka suunnitella tietyn sairauden tai vamman hoito siten, että potilaan liikkeet kodin ja hoitopaikan/paikkojen ja ammattilaisten välillä ja sairaalan sisällä ovat mahdollisimman helpot ja selkeät hänelle. Näissä poluissa on muistettu myös kipu huomioida, mikä ilolla todettakoon!

Aamuisin matkalla töihin olisi välillä hyvä pohtia, miksi sinne menemme. Menemme kohtaamaan potilaan, auttamaan häntä. Potilaalle käynti vastaanotolla tai leikkaussalissa on ainutkertainen ja mieleenpainuva tapahtuma. Potilaskeskeisyys on mielestäni sitä, että minä ammattilaisena jätän potilaaseen liittymättömät hallinnolliset asiat, kotiasiat, kollegojen väliset asiat ja kaiken muun tapaamisemme ulkopuolelle. Tavoitteenani on kuulla (vrt. kuunnella) mitä asiaa potilaalla on ja auttaa häntä parhaalla ymmärrykselläni – tarvittaessa kollegaani konsultoiden välittämättä siitä, että tietämättömyyteni tai epävarmuuteni paljastuu. Kohtaamalla potilaani keskittyneesti luon hänelle turvallisuuden tunteen, joka parhaimmillaan heijastuu sujuvana toipumisena – hän saa keskittyä luottavaisin mielin toipumiseensa, jolloin muutoin karpäsestä härkäseksi paisuvat asiat jäävät vähemmälle huomiolle. Kipukaan ei niin kiusaa, kuin epävarmoissa vesissä toipuessa.

Kiitos kaikille tähän numeroon kirjoittaneille hienoista ajatuksistanne potilaiden parhaaksi.

Aurinkoista ja potilaskeskeistä kevättä ja kesää kaikille! ■

Potilaskeskeisyys – harmoniaa ja ristiriitoja



Salla Saxén

YTM, tohtoriopiskelija

Kirjoittaja valmistelee Itä-Suomen yliopistossa sosiaalipsykologian alan väitöskirjaa, joka tarkastelee terveydenhuollon ammattilaisten käsityksiä etiikasta. Lisäksi hän on mukana yksilöllistetyn lääketieteen eettisiä kysymyksiä tarkastelevassa hankkeessa Tampereen yliopistossa. Hän kuuluu Bioetiikan instituutin (www.bioetiikka.fi) hallitukseen ja ydintöryhmään. Kirjoittaja on yhdessä Heikki Saxénin kanssa kirjoittanut myös Kunnallisanalain kehittämissäätiön julkaiseman pamfletin ”Miten bioetiikka voi muuttaa suomalaista terveydenhuoltoa?”. Teksti tuo esille avoimen eettisen keskustelun kanavien ja rakenteiden merkityksen terveydenhuololle. Kirja on luettavissa netissä osoitteessa kaks.fi/julkaisut/bioetiikka-muuttaa-suomalaista-terveydenhuoltoa/

Potilaskeskeisyys on aikamme mantra. Jokainen klinikka niin julkisella kuin yksityiselläkin sektorilla mainostaa palvelujaan potilaskeskeisinä, jokaisen ihmisen yksilöllisyyttä ja inhimillisyyttä kunnioittavina. Käytännössä ihmisten kokemukset potilaskeskeisyydestä ovat kuitenkin usein kolauseita monimutkaisempia.

En ole koskaan kuullut kenestäkään, joka vastustaisi periaatteellisesti potilaskeskeisyyttä terveydenhuollon ohjenuorana. Potilaskeskeisyydestä terveydenhuoltoa luonnehtivana eettisenä arvona yleensä kaikki – potilaat ja ammattilaiset – ovatkin tyypillisesti samanmielisiä. Kuitenkin potilaskeskeisyys kiteyttää aikamme terveydenhuollon eetoksen ohella myös aikamme haasteita. Potilaskeskeisyyden periaatteeseen vedoten ei perustella pelkästään toimivia hoitosuhteita vaan myös viranomaisille tehtyjä kanteluja. Ihanteena potilaskeskeisyyteen kieltäytyä näin sekä ihmisten välistä harmoniaa että ristiriitoja.

Terveydenhuollon eettisten periaatteiden taustalla potilaskeskeisyyden voisi ajatella pitävän sisällään sekä hyvän tekemisen että potilaan itsemääräämisoikeuden periaatteet. Hyvän tekemisen periaate pyrkii sananmukaisesti siihen, että hoito tuottaisi potilaalle mahdollisimman paljon hyvää. Tällöin on tarpeen huomioida hoidossa jokaisen potilaan yksilölliset tarpeet ja piirteet. Tämä yksilöllisyys voi tarkoittaa vaikkapa sairauden geneettisen yksilöllisyyden ymmärtämistä – esimerkiksi syöpäkasvaimen

geneettistä profiloitua ja tähän tietoon suhteutettavaa täsmälääkintää. Samalla se voi tarkoittaa esimerkiksi potilaan elämäntilanteen huomioon ottamista hoitolinjausten suunnittelussa. Tällaisen hoidon voi varmastikin sanoa olevan luonteeltaan potilaskeskeistä, koska se räätälöidään potilaan yksilöllisten ominaisuuksien ymmärtämisestä käsin.

Toisaalta potilaskeskeisyyden voi ajatella tarkoittavan potilaan itsemääräämisoikeutta. Itsemääräämisoikeus perustuu ajatukseen siitä, että jokaisen yksilön katsotaan olevan erilainen ja pitävän myös käsissään oman elämänsä lankkoja. Itsemäärääminen ja yksilön oikeus omaan arvomaailmaansa ovat näkyneet vahvasti länsimaaisessa oikeusajattelussa karkeasti määritellen toisen maailmansodan jälkeisistä vuosikymmenistä eteenpäin.

Usein jää huomaamatta, että nämä potilaskeskeisyyden sisältämät periaatteet voivat toisinaan olla sisäisesti ristiriitaisia. Potilas voi esimerkiksi itsemääräämisoikeutensa nimissä vaatia hoitoja, jotka auttaja kokee tarpeettomiksi tai vahinkoa tuottaviksi. Toisaalta potilas voi kieltäytyä hoidosta, jonka auttaja katsoisi välttämättömäksi. Joskus näissä tilanteissa on selvää, että potilaalla ei ole todellista kykyä päättää itse hoidostaan. Tällöin hyvän tekemisen periaatteen toteuttaminen käy ensisijaiseksi. Toisinaan tilanteet ovat kuitenkin monimutkaisempia. Voi käydä niinkin, että auttaja joutuu päätöskykyisen potilaan tahdon toteuttamiseksi toimimaan hyvän tekemisen ohje-

Käsitys potilaskeskeisyydestä on kirjoittajan oma. Kirjoituksessa taustalla oleva ymmärrys terveydenhuollon periaatteista perustuu teokseen Tom L. Beauchamp & James F. Childress (2013) *Principles of Biomedical Ethics*. 7th Edition. Oxford: Oxford University Press. Käsitys etiikan neuvottelukeskeisyydestä ja yhteisöllisestä luonteesta perustuu yleistasolla Martti Lindqvistin teksteihin *Ammattina ihminen* (1986), *Auttajan varjo* (1995) ja *Keskeneräisyyden puolustus* (1999).

nuoraa vastaan. Potilaskeskeisyys voi ihanteena pitää näin sisällään jännitteisiä periaatteita, joilla on mahdollisuus asettaa auttaja ja potilas vastakkaisille navoille.

Tulisiko potilaskeskeisen hoitokulttuurin siten laittaa enemmän painoa hyvän tekemiselle vai potilaan itsemääräämisoikeudelle? En usko, että potilaskeskeisyyttä voisi katsoa vain toisen navan näkökulmasta ja määritellä sen olevan toista arvokkaampi. Siksi kysymykseen ei ole tyhjentävää vastausta. Etiikan kentässä onkin muistettava, että ei ole olemassa mitään yleispätevää määritelmää hyvästä ja pahasta. Elämä täyttyy yhtäaikaaisesti monista totuuksista ja arvojärjestelmistä. Yhden arvojärjestelmän moraalinen ylivaltaisuus olisi pelottavaa ja myös veisi hoitoyhteisön kehitykselliseen umpikujaan.

Lähtökohtana on kuitenkin nähdäkseni tärkeää kiinnittää huomiota siihen, kuinka hoitoyhteisöjen ristiriidat voivat palautua hoidon ihanteiden sisältämiin sisäisiin ideologisiin jännitteisiin. Ihanteissa ja niiden toteuttamisessa tasapainoillaan harmonian ja ristiriidan reunamilla. Hoitamisen arki on luonteeltaan kaaosta, joka lähtökohtaisesti pyrkii hyvään kuitenkin sen välillä ollessa epäselvää, millainen hyvä milloinkin oikeastaan olisi kaikkein paras hyvä. Tällöin liikutaan epävarmuuden alueella, joka herkistää ammattilaisia eettisille kysymyksille.

Ylläpitämällä tietoisuutta eettisistä kysymyksistä ja käymällä avointa vuoropuhelua hoitoyhteisöt voivat etsiä ratkaisuja ulos pulmatilanteista. Uskon, että etiikka kohdataan juuri siinä kohdassa, jossa aito ihmettely ja asioiden käsittely alkavat. Ristiriidat voivatkin tarjota arjessa mahdollisuuden sen yhteiselle tutkimiselle, mikä oikeastaan on hyvää ja miksi. Näin potilaskeskeisyyteen kietoutuvat jännitteet ei-

vät nähdäkseni ole este vaan tae sellaiselle terveydenhuollolle, joka ottaa etiikan vakavasti. Kyse on jatkuvasta kamppailusta ja neuvottelusta erilaisissa välimaastoissa – hyvää etsien ja pahaa välttäten. ■

Kirjoittaja on mukana muiden tutkijoiden ja klinikoiden kanssa kehittämässä eettisen keskustelun rakenteita Tampereen yliopistollisessa sairaalassa. Kyseessä on ruohonjuuritason tarpeesta käsin nouseva ja vapaaehtoisvoimin toteutettava, vasta orastava aloite. Rakenteiden kehittämisen taustalla on havainto sairaalan työntekijöiden ilmaisemasta tarpeesta käsitellä eettisesti monimutkaisia potilastapauksia avoimen arvokeskustelun hengessä. Keskustelut ovat perustuneet Hollannin terveydenhuollossa laajalti käytettyyn *Moral Case Deliberation* -malliin, joka tarjoaa jäsennellyn keinon eettisten näkökulmien käsittelyyn. Kirjoittaja on toiminut ryhmäkeskustelujen fasilitaattorina. Ryhmällä ei ole muodollista päätösvaltaa.

Oulussa vastaavanlaista eettisen keskustelun ryhmää perustuen Hollannin *Moral Case Deliberation* -toimintamalliin on toteutettu klinikoiden toimesta lasten tehohoidon parissa jo useamman vuoden ajan. Eettiset keskustelut ovat vakiintuneet ryhmän muodostamisen myötä osaksi arjen työtä. Tampereen aloitteen tavoin myös Oulun ryhmä on syntynyt yksittäisten klinikkojen aloitteesta ja arjen tarpeesta etsiä yhteisöllisesti ratkaisuja hoidon vaikeimpiin eettisiin kysymyksiin.

Epäspesifin alaselkäkivun yksilöllinen biopsykososiaalinen hoitomalli

– taustaa ja katsaus Suomessa meneillään oleviin tutkimushankkeisiin



Jaro Karppinen

Prof, fysiatrian erikoislääkäri;
jaro.karppinen@ttl.fi



Anna-Sofia Simula

LL, yleislääketieteen erikoislääkäri; anna-sofia.simula@essote.fi



Riikka Holopainen

ft, TtM, Jyväskylän yliopisto,
riikka.t.holopainen@student.jyu.fi

Kuvaamme tässä artikkelissa biopsykososiaalisessa viitekehyksessä tapahtuvaa alaselkäpotilaiden arviota ja hoitoa. Selkäpotilaiden psykososiaalisen kuormittuneisuuden arvioon olemme kääntäneet ja validoineet Start-selkäkyselyn, jolla voidaan arvioida, minkä tyyppistä fysioterapeuttista hoitoa potilas tarvitsee, sekä Örebron kyselyn, jolla voidaan arvioida kipupotilaan työkyvyttömyysriskiä. Näiden lisäksi olemme kääntäneet Australiassa kehitetyn potilasoppaan, joka sisältää tietoa epäspesifin alaselkäkivun biopsykososiaalisesta luonteesta ja kuvantamistutkimusten merkityksestä. Käytämme Start-selkäkyselyä, Örebron kipukyselyä ja potilasopasta useissa hoitointerventioissa ympäri Suomea. Selkäpotilaiden arviossa ja hoidossa ehdottoman tärkeää on validoiva, refleктоiva ja kiireetön kuuntelu. Se auttaa luomaan potilaalle kokemuksen kuulluksi ja ymmärretyksi tulemisesta.

Mitä alaselkäkipu on?

Vielä 1980-luvulla esitettiin, että suurin osa alaselkäkivusta johtuu pystyasennon aiheuttamasta kuormituksesta alaselkään lannerangan degeneraatioon liittyen (1). Selkäkipuun on pyritty löytämään senkin jälkeen kaiken selittävää mekaanista tai rakenteellista syytä tässä kuitenkin onnistumatta. Magneettikuvauksen (MK) tulo mullisti alaselkäkivun syiden tutkimuksen ja potilaiden hoidon. MK:lla pystyttiin havaitsemaan helpommin selkäkivun vakavat ja leikkaushoitoa tarvitsevat syyt kuin aiemmin käytössä olleella tietokonetomografialla. MK:ssa löytyi uusia selkäkipua selittäviä rakenteellisia löydöksiä kuten esimerkiksi takakapselin vauriot (ns. HIZ leesiot) ja nk. Modic-muutokset (2, 3). Välilevyrappeumaa oli helpompi havaita MK:lla kuin natiivikuvauksella ja useissa tutkimuksissa todettiinkin yhteys alaselkäkivun ja välilevyrappeuman välillä (4). Sittenmin

tutkimuksissa on todettu, että oireettomillakin esiintyy runsaasti poikkeavia rakenteellisia löydöksiä MK:ssa iästä riippuen (5, 6), eivätkä degeneratiiviset MK-löydökset ennusta tulevaa selkäkipua (7).

Jo 80-luvulla tunnistettiin myös, että psykososiaaliset ongelmat ja konfliktit muokkaavat potilaiden kivun kokemusta (1). Skotlantilainen, kansainvälisesti arvostettu selkäortopedi, Gordon Waddell oli ensimmäisiä klinikoita, joka huomioi psykososiaaliset tekijät selkäpotilaiden arviossa ja hoidossa (8). Nyttemmin tunnustetaan, että suurimmalla osalla selkäpotilaista yksiselitteistä kivun syytä ei pystytä tunnistamaan (9). Alaselkäkipu onkin moniulotteinen ongelma, jossa kipuun ja siihen liittyvään haittaan vaikuttavat psykologiset, sosiaaliset ja biofyysiset tekijät, komorbiditeetit ja kivun välitykseen vaikuttavat tekijät (10). Suurimmalla osalla potilaista akuutti selkäkipu



Mikko Lausmaa

ft, OMT,
mikko.lausmaa@rokua.com;
Oulun Mediterapia Oy

**Tärkeimpiä riskitekijöitä
haittaavan selkäkivun
kehittymiselle ovat
voimakas selkäkipu,
jalkakivun mukanaolo,
ylipaino/lihavuus, tupakointi, masennus, katastrofointi, pelko-välttämiskäyttäytyminen, fyysinen työkuormitus, matala koulutustaso, korvaushakuisuus ja huono työtyytyväisyys.**

helpottuu nopeasti, mutta merkittäväällä osalla kipu pitkittyy tai uusiutuu (9). Tärkeimpiä riskitekijöitä haittaavan selkäkivun kehittymiselle ovat voimakas selkäkipu, jalkakivun mukanaolo, ylipaino/lihavuus, tupakointi, masennus, katastrofointi, pelko-välttämiskäyttäytyminen, fyysinen työkuormitus, matala koulutustaso, korvaushakuisuus ja huono työtyytyväisyys (10, 9).

Alaselkäkivun biopsykososiaalisen hoidon tausta

Alaselkäkivun hoitomenetelmiä on tutkittu runsaasti eikä mikään yksittäinen hoitomenetelmä ole osoittautunut selvästi muita paremmaksi. Tuore hoitosuositus suosittelee biopsykososiaalista viitekehystä, jossa painotetaan ei-lääkkeellistä hoitoa: potilasohjausta, terapeutista harjoittelua, ja psykologisia menetelmiä niille, joilla oirekuva pitkittyy. Potilasohjauksessa keskeistä on omatoimisuuden lisääminen ja normaaleihin aktiviteetteihin paluu mahdollisimman nopeasti. Lääkityksessä suositaan pienintä mahdollista annosta turvallista lääkettä lyhimmän mahdollisen ajan. Kuvantamista suositellaan vain, jos potilaalla epäillään vakavaa selkäkivun syytä tai jos mietitään interventiota, kuten leikkaushoitoa (11).

Epäspesifin alaselkäkivun hoidon tulisi olla joustavaa ja yksilöllistä (12). Ensimmäinen, Norjassa tehty, satunnaistettu tutkimus totesi biopsykososiaalisesti painottuvan yksilöllisen hoidon, kognitiivis-funktionaalisen terapian (CFT), olevan selvästi tehokkaampaa kuin parhaan mahdollisen standardihoidon (13). Pienessä tapaus-verrokkitutkimuksessa (14) saatiin samankaltaisia CFT-hoidon hyödyllisyyttä tukevia tuloksia. Useita satunnaistettuja tutkimuksia on tekeillä CFT-hoidon vaikutavuudesta.

Psykososiaalisten riskitekijöiden tunnistamisessa on tärkeää käyttää systemaattisesti tarkoi-

tukseen suunniteltuja kyselylomakkeita (15, 16), sillä ammattilaiset ovat taipuvaisia aliarvioimaan tiettyjen tekijöiden, kuten pelon esiintymistä potilailla (15, 17). Englannissa kehitetty riskinarvioinnin mittari (Start-selkäkysely) on lyhyt 9 kohdan kysely, jolla pyritään tunnistamaan tarvitseeko potilas psykologisesti painotunutta hoitoa vai riittääkö hänelle peräti pelkkä neuvonta (18). Kokenut fysioterapeutti ei pystynyt arvioimaan ilman kyselyä potilaiden psykososiaalista kuormittuneisuutta - subjektiivisen fysioterapeuttisen arvion perusteella merkittävä osa matalan riskin potilaista ylihoidettiin ja merkittävä osa korkean riskin potilaista alihoidettiin (19). Olemme kääntäneet kyselyn suomeksi ja validoineet sen selkäpotilailla (20). Satunnaistetussa kontrolloidussa asetelmassa Start-selkäkyselyn avulla toteutettu riskiprofiilin mukainen hoito paransi toimintakykyä säästäten kustannuksia verrattuna ilman kyselyä toteutettuun parhaaseen mahdolliseen hoitoon (19). Myös perusterveydenhuollossa Start-selkäkyselyn avulla räätälöidyllä hoidolla saatiin potilaiden toiminta- ja työkykyä paranemaan tavanomaiseen hoitoon verrattuna ilman lisäkustannuksia (21).

Toinen käyttökelpoinen riskimittari selkäpotilailla (ja tuki- ja liikuntaelinpotilailla yleensä) on Örebron kipukysely (22), jonka olemme myös kääntäneet suomeksi ja validoineet potilasaineistossa (23). Örebron kysely on meta-analyysin mukaan lähes täydellinen riskimittari kipupotilaiden työkyvyttömyysriskin arvioinnissa (24). Nykytiedon mukainen ideaalinen aika kyselylomakkeen käytölle on ensimmäinen vastaanottokäynti (25). Kysely antaa laajan kuvan psykososiaalisista riskitekijöistä, joista keskustellessa yksilölliset psykososiaaliset tekijät potilaan ongelmien taustalla saadaan selville ja voidaan asettaa tavoitteet ja hoitosuunnitelma yksilölliselle hoidolle (16, 26).

Epäspesifisen alaselkäkivun 'täsmähoitojen'

Satunnaistetussa kontrolloidussa asetelmassa Start-selkäkyselyn avulla toteutettu riskiprofiiliin mukainen hoito paransi toimintakykyä säästäten kustannuksia verrattuna ilman kyselyä toteutettuun parhaaseen mahdolliseen hoitoon.

puuttuessa potilaille voidaan tarjota yksilöllisen riskiprofiiliin mukaista hoitoa, joka perustuu selän mekaanisten toimintahäiriöiden ja epäedullisten liikemallien, psykososiaalisten riskitekijöiden sekä elämäntapatekijöiden tunnistamiseen ja hoitoon näihin asioihin koulutetun fysioterapeutin toimesta.

Millaista on yksilöllinen hoito biopsykososiaalisessa viitekehyksessä?

Biopsykososiaalisen lähestymistavan taustalla on vahvan terapiasuhteen luominen. Tämä tarkoittaa validoivaa, reflektoivaa, kiireetöntä kuuntelua, joka auttaa luomaan potilaalle kokemuksen kuulluksi ja ymmärretyksi tulemisesta. Tärkeää on auttaa potilasta ymmärtämään kipuun liittyviä tekijöitä hänen omaa tarinaansa hyödyntäen. Potilaalle tulee antaa selitys kivun syystä, vaikka se vain harvoin onkaan spesifi MK:ssa näkyvä löydös. Potilailla on usein negatiivisia uskomuksia alaselkävivusta, ja niiden tiedetään lisäävän kivun pitkittymisen riskiä (27, 28). Näiden uskomusten esiintuonti ja muuttaminen voidaan nähdä yhtenä hoidon päätavoitteista (29) yhdessä minäpystyvyyden tukemisen kanssa. Tutkiminen ja hoito tulisi olla kytköksissä potilaalle merkityksellisiin toimiin. Tavoitteena on saada potilas takaisin hänelle tärkeisiin toimintoihin, jotka ovat jääneet kivun takia tekemättä. Kipuun liittyy usein opittuja liikemalleja tai muuta kipukäyttäytymistä, jotka saattavat ylläpitää oireilua pitkittyessään. Näihin vaikuttamalla pystymme usein saamaan suoria vaikutuksia kipuun ja toimintakykyyn (30). Elämäntapatekijöillä, kuten unella ja liikunnalla on lisäksi oma osuutensa kipuoireissa ja niidenkin osalta pyritään löytämään ratkaisuja yhdessä potilaan kanssa.

Kuvantamislöydösten tulkinnan merkitys

Kuvantamisen (etenkin magneettikuvauksen) käyttö on lisääntynyt niin maailmalla kuin

meillä alaselkäpotilaiden arviossa. Akuutti tai muu tilapäinen selkäkipu ei edellytä kuvantamista, ellei epäillä vakavaa sairautta tai tarvita leikkausarviota. Tällöin MK on ensisijainen kuvantamismuoto. Jos kuvantamistutkimuksia tehdään, löydösten merkitys on selitettävä potilaalle (31). Poikkeavien löydösten määrän tai merkityksen korostaminen saattaa pahentaa tai ylläpitää kiputilannetta.

Erityisesti epäspesifisessä alaselkävivussa kuvantamistutkimuksen tulokinnan merkitys korostuu. Hoitavien lääkäreiden on todettu määrävän vähemmän opiaatteja kivun hoitoon alaselkäkipupotilaille, joiden MRI lausuntoon on sisällytetty vastaavien löydösten esiintyminen oireettomassa väestössä (32). Tällaisen toimintatavan käyttöönotto laajemmin olisi täysin mahdollista, mutta lisätutkimusta vielä tarvitaan.

Potilasopas hoidon tukena

Potilasopaslehtinen on todettu kustannustehokkaaksi hoidoksi työterveyshuollossa lievässä alaselkävivussa yksinään ja yhdistettynä tavanomaiseen hoitoon ja sen on todettu vähentävän terveydenhuollon kustannuksia (33). Nyt tutkimuksen alla oleva uusi potilasopas on laadittu Australiassa professori Mark Hancockin johdolla. Potilasopas on käännetty englannin kielestä suomeksi ja validoitu vuoden 2016 aikana yhteistyössä Jyväskylän yliopiston kanssa. Uusi potilasopas sisältää mm. tietoa epäspesifin alaselkävivun biopsykososiaalisesta luonteesta ja kuvantamistutkimusten merkityksestä potilaille (ja ammattilaisille).

Tutkimus- ja kehityshankkeiden esittely

Alla on kuvattu kolme projektia, joiden tavoitteena on kehittää alaselkävivun kuntoutusta psykososiaalisten tekijöiden varhaisen tunnistamisen avulla ja arvioida uuden hoitomallin vaikuttavuutta.

Akuutti tai muu tilapäinen selkäkipu ei edellytä kuvantamista, ellei epäillä vakavaa sairautta tai tarvita leikkausarviota.

Fysioterapeuttien CFT-koulutus

Olemme kouluttaneet 22 fysioterapeuttia ympäri Suomea yksilölliseen biopsykososiaaliseen lähestymiseen alaselkäkipujen hoidossa CFT-menetelmän mukaisesti yhteistyössä Peter O’Sullivanin, Steven Lintonin ja Kasper Ussingin kanssa. Koulutuksen käyneet fysioterapeutit ovat videoineet yhden potilastapaamisen ennen koulutusta ja yhden noin vuosi koulutuksen jälkeen. Lisäksi he täyttivät uskomuksia ja asenteita kartoittavat kyselyt useamman keran kahden vuoden aikana. Näiden avulla kartoitamme, millainen vaikutus koulutuksella on fysioterapeuttien uskomuksiin ja asenteisiin alaselkävastausta ja miten tämä heijastuu käytännön potilastyössä. Tässä projektissa olemme kääntäneet englannista suomeksi ammattilaisten selkäkipuun liittyviä uskomuksia ja asenteita arvioivat kyselyt ABS (Attitudes to Back pain Scale for musculoskeletal practitioners) ja BBQ (Back Beliefs Questionnaire) ja testanneet niitä laajasti ammattilaisilla. Keräämme koulutukseen osallistuneiden fysioterapeuttien hoitamilta alaselkäkipupotilailta tietoa heidän selkävastausta ja hoidon vaikutuksista. OMT-fysioterapeutti Mikko Lausmaan väitöskirjan ensimmäinen osatyö tulee käsittelemään ABS ja BBQ mittarien käännösprosessin sekä selkäkipuun liittyvien uskomusten ja asenteiden kartoituksen otoksesta suomalaisia fysioterapeutteja ja lääkäreitä.

TtM, fysioterapeutti Riikka Holopaisen väitöskirjaan tähtäävässä tutkimuskokonaisuudessa tavoitteena on arvioida potilaiden käsityksiä heidän kohtaamisistaan terveydenhuoltojärjestelmässä, fysioterapeuttien käsityksiä CFT-menetelmän oppimisprosessista ja koulutuksen vaikutusta vuorovaikutukseen. Siihen liittyvä ensimmäinen artikkeli on juuri julkaistu (34). Tutkimuksessa selvitettiin 17 alaselkäkipuisen potilaan käsityksiä heidän kohtaamisistaan terveydenhuoltojärjestelmässä. Haastatelluilla oli

runsaasti negatiivisia kokemuksia kohtaamisista terveydenhuollon ammattilaisten kanssa: kiireen ja pompottelun tunnetta ja epävarmuutta kipujen syistä. Toisaalta yksikin merkityksellinen kohtaaminen saattaa muuttaa kaiken: kokemus huolenpidosta, kuulluksi tulemisesta ja oivallus oman aktiivisuuden merkityksestä auttavat ulos noidankehästä. Terveydenhuollon ammattilaisten pitäisi pystyä paremmin tunnistamaan jo varhaisessa vaiheessa kivun pitkittymisen riskissä olevat potilaat, ja rakentaa selkeät yksilölliset tavoitteet ja suunnitelma yhdessä potilaan kanssa. Tarvitaan lisää joustavuutta ja halua vastata potilaiden tarpeisiin. Todennäköisesti tutkimme ja hoidamme osaa potilaista liikaa, ja toiset taas jäävät ilman riittävää tukea.

Luokitteluun perustuva alaselkäkipupotilaiden hoitomalli perusterveydenhuollossa

(’Selkä kantaa’)

LL Anna-Sofia Simulan vetämän Selkä kantaa -hankkeen tarkoituksena on tutkia luokitteluun perustuvan alaselkäkipupotilaiden hoitomallin kustannustehokkuutta perusterveydenhuollon normaalissa toimintaympäristössä. Interventioalueilla (Etelä-Savon sosiaali- ja terveyspalvelut (ESSOTE), Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri (EKSOTE) ja Lapin sairaanhoitopiiri) järjestetään alaselkävastausta hoitoon osallistuville ammattilaisille koulutusta kohdennetusta hoitomallista ja tarjotaan riskin arviointikysely sekä potilasopas työvälineiksi. Uuden potilasoppaan vaikuttavuutta ja soveltuvuutta arvioidaan ryväsastutusta asetelmassa ennen laajoja ammattilaisten koulutuksia ja kohdennetun hoitomallin systemaattista käyttöönottoa. Web-pohjaisilla kyselyillä seurataan alaselkäkipupotilaiden hoidon vaikuttavuutta ja kustannustehokkuutta ennen ja jälkeen hoitomallin käyttöönottoa. Lisäksi kartoitetaan

Toisaalta yksikin merkityksellinen kohtaaminen saattaa muuttaa kaiken: kokemus huolenpidosta, kuulluksi tulemisesta ja oivallus oman aktiivisuuden merkityksestä auttavat ulos noidankehästä.

potilaiden kivun erityispiirteitä, psykososiaalisia tekijöitä, elämänlaatua, sosioekonomista tilannetta, elämäntapoja, työhön liittyviä asioita, terveydenhuollon palvelujen käyttöä ja tehtyjä alaselän tutkimuksia. Organisaatiotasolla selvitetään muutosta M40-M53 diagnooseilla hoitoon hakeutuvien määrään, vastaanottokäyntien määrään sekä jatkotutkimusten määrään. Potilas ja organisaatiotason resurssikulutusten sekä sairauspoissaolojen perusteella arvioidaan hoitomallin kustannustehokkuutta. Hoitomallin tehokkuutta selvitetään vertaamalla interventioalueiden hoitotuloksia ennen koulutusta koulutuksen jälkeisiin tietoihin.

Yksilöllisen riskiprofiilin mukainen selkäkivun hoitomalli työterveyshuollossa

Hankkeen tavoitteena on selvittää, onko yksilöllisen riskiprofiilin mukaisen selkäkivun hoitomallin käyttöönotto työterveyshuollossa vaikuttavaa ja kustannustehokasta. Työterveyshuollon yksiköt on ryvässatunnaistettu toimimaan joko uuden hoitomallin (n=13) tai normaalin hoitokäytännön (n=15) mukaisesti. Uudessa hoitomallissa keskeisinä elementteinä on 1) väärien kipukäyttäytymistä lisäävien viestien välttäminen, 2) kuvantamista ei yleensä tarvita ja 3) yksilöllisen psykososiaalisen riskiprofiilin arvioiminen. Käytämme potilaiden informoinnissa kääntämäämme Australiassa kehitettyä potilasopasta ensimmäistä kertaa työterveyshuollossa. Hoitomallissa voidaan tarjota potilaille yksilöllisempää hoitoa kunkin potilaan tarpeeseen ja tutkimuksista saatuun vaikuttavuuteen perustuen käyttäen Start-selkäkyselyä ja Örebron kipukyselyä yksilöllisen riskiprofiilin arvioimiseksi. Aktiiviyksikköjen ammatillaiset (lääkärit ja työfysioterapeutit) saivat alkuun 4 päivän tehokoulutuksen ja jokaiseen yksikköön järjestetään lisäkoulutusta. Pyrimme lopuksi arvioimaan, miten työterveyshuoltoyksikköjen toiminnan kehittäminen on on-

nistunut ja mitkä tekijät ovat sitä edesauttaneet ja miten sitä voisi parantaa. Verrokkiryhmän yksiköille pyritään järjestämään tutkimuksen loppumisen jälkeen koulutus uuteen hoitomalliin, mikäli se osoittautuu toimivaksi ja vaikuttavaksi.

Tulevaisuuden näkymät

Kansainvälisesti ollaan päästy pitkälti yksimielisyyteen muun muassa selkäpotilaiden yksilöllisen riskiprofiilin arvioinnin ja hoitopolkujen kehittämisen tärkeydestä selkäpotilaiden toiminta- ja työkyvyn parantamiseksi (35). Selkäpotilaiden arviossa ja hoidossa kuitenkin eivät hyvätkään riskimittarit korvaa vahvaa hoitosuhdetta, jossa käytetään validoivaa, reflektoivaa ja kiireetöntä kuuntelua tavoitteena antaa potilaalle kokemus kuulluksi ja ymmärretyksi tulemisesta, sekä hoidon toteuttamista yksilöllisesti esiin nousseiden moniulotteisten tekijöiden pohjalta. ■

Kirjallisuusuviitteet:

1. Berkow R. The Merck Manual of diagnosis and therapy. Berkow R (toim.), 14. painos, Merck Sharp & Dohme Research Laboratories, 1982.
2. Aprill C, Bogduk N. High-intensity zone: a diagnostic sign of painful lumbar disc on magnetic resonance imaging. *Br J Radiol* 1992; 65: 361-9.
3. Modic MT, Steinberg PM, Ross JS, Masaryk TJ, Carter JR. Degenerative disk disease: assessment of changes in vertebral body marrow with MR imaging. *Radiology* 1988; 166: 193-9.
4. Endean A, Palmer KT, Coggon D. Potential of magnetic resonance imaging findings to refine case definition for mechanical low back pain in epidemiological studies: a systematic review. *Spine (Phila Pa 1976)* 2011; 36: 160-9.
5. Brinjikji W, Luetmer PH, Comstock B, Bresnahan BW, Chen LE, Deyo RA, Halabi S, Turner JA, Avins AL, James K, Wald JT, Kallmes DF, Jarvik JG. Systematic literature review of imaging features of spinal degeneration in asymptomatic populations. *Am J Neuroradiol* 2015; 36: 811-6.
6. Takatalo J, Karppinen J, Niinimäki J, Taimela S, Näyhä S, Mutanen P, Blanco Sequeiros R, Kyllönen E, Tervonen O. Does lumbar disc degeneration on MRI associate with low back symptom severity in young Finnish adults? *Spine (Phila Pa 1976)* 2011; 36: 2180-9.
7. Steffens D, Hancock MJ, Maher CG, Williams C, Jensen TS, Latimer J. Does magnetic resonance imaging predict future low back pain? A systematic review. *Eur J Pain* 2014; 18: 755-65.
8. Waddell G, Main CJ, Morris EW, Di Paola M, Gray IC. Chronic low-back pain, psychologic distress, and illness behavior. *Spine (Phila Pa 1976)* 1984; 9:209-13.
9. Hartvigsen J, Hancock M, Kongsted A, Louw Q, Ferreira ML, Genevay S, Hoy D, Karppinen J, Pransky G, Sieper J, Smeets R, Underwood M for the Lancet Low Back Pain Series Working Group. What is low back pain and why we need to pay attention. *Lancet*, painossa.
10. Chou R, Shekelle P. Will this patient develop persistent disabling low back pain? *JAMA* 2010; 303: 1295-302.
11. Foster NE, Maher C, Anema JR, Cherkin D, Chou R, Cohen SP, Gross DP, Ferreira P, Fritz J, Koes B, Turner JA, for The Lancet Low Back Pain Series Working Group. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges and promising directions. *Lancet*, painossa.
12. Karppinen J, Arokoski J, Paananen M, Lausmaa M, Takala E-P, Pohjolainen T. Yksilöityjä menetelmiä epäspesifisen alaselkävivun diagnostiikkaan ja hoitoon. *Duodecim* 2016; 132: 1427-31.
13. Vibe Fersum K, O'Sullivan P, Skouen JS, Smith A, Kvåle A. Efficacy of classification-based cognitive functional therapy in patients with non-specific chronic low back pain: a randomized controlled trial. *Eur J Pain* 2013; 17: 916-28.
14. O'Sullivan K, Dankaerts W, O'Sullivan L, O'Sullivan PB. Cognitive Functional Therapy for disabling nonspecific chronic low back pain: Multiple case-cohort study. *Phys Ther* 2015; 95: 1478-88.
15. Beales D, Kendell M, Chang RP, Håmsø M, Gregory L, Richardson K, O'Sullivan P. Association between the 10 item Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire and physiotherapists' perception of the contribution of biopsychosocial factors in patients with musculoskeletal pain. *Man Ther* 2016; 23: 48-55.
16. Linton SJ, Vlaeyen JWS, Ostelo R. The back pain beliefs of general practitioners and physical therapists. Are professionals fear-avoidant? *J Occup Rehabil* 2002; 12: 223-32.
17. Jellema P, van der Windt DA, van der Horst HE, Stalman WA, Bouter LM. Prediction of an unfavourable course of low back pain in general practice: comparison of four instruments. *Br J Gen Pract* 2007; 57:15-22.
18. Hill JC, Dunn KM, Lewis M, Mullis R, Main CJ, Foster NE, Hay EM. A primary care back pain screening tool: identifying patient subgroups for initial treatment. *Arthritis Rheum* 2008; 59: 632-41.
19. Hill JC, Whitehurst DG, Lewis M, Bryan S, Dunn KM, Foster NE, Konstantinou K, Main CJ, Mason E, Somerville S, Sowden G, Vohora K, Hay EM. Comparison of stratified primary care management for low back pain with current best practice (STarT Back): a randomised controlled trial. *Lancet* 2011; 378: 1560-71.
20. Piironen S, Paananen M, Haapea M, Huupli M, Zitting P, Ryyänänen K, Takala E-P, Korniloff K, Hill JC, Häkkinen A, Karppinen J. Transcultural adaption and psychometric properties of the STarT Back Screening Tool among Finnish low back pain patients. *Eur Spine J* 2016; 25: 287-95.
21. Foster NE, Mullis R, Hill JC, Lewis M, Whitehurst DG, Doyle C, Konstantinou K, Main C, Somerville S, Sowden G, Wathall S, Young J, Hay EM; IMPaCT Back Study team. Effect of stratified care for low back pain in family practice (IMPaCT Back): a prospective population-based sequential comparison. *Ann Fam Med* 2014; 12: 102-11.
22. Linton S, Nicholas M, MacDonald S. Development of a short form of the Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire. *Spine (Phila Pa 1976)* 2011; 36: 1891-5.

23. Ruokolainen O, Haapea M, Linton SJ, Korniloff K, Häkkinen A, Paananen M, Karppinen J. Construct validity and reliability of Finnish version of Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire. *Scand J Pain* 2016; 13: 148-53.
24. Karran EL, McAuley JH, Traeger AC, Hillier SL, Grabherr L, Russek LN, Moseley GL. Can screening instruments accurately determine poor outcome risk in adults with recent onset low back pain? A systematic review and meta-analysis. *BMC Med* 2017; 15: 13.
25. Linton S. A cognitive-behavioral approach to early interventions to prevent chronic pain-related disability. *Painossa*.
26. Linton S, Nicholas M. After assessment then what? Integrating findings for successful case formulation and treatment tailoring. Kirjassa: Breivik H, Campbell WJ ja Nicholas MK (toim.) *Clinical Pain management: Practice and Procedures*, 2. painos, ss. 95-106, London: Hodder & Stoughton, 2008.
27. Lin IB, O'Sullivan PB, Coffin JA, Mak DB, Toussaint S, Straker LM. Disabling chronic low back pain as an iatrogenic disorder: a qualitative study in Aboriginal Australians. *BMJ Open* 2013; 3: e002654.
28. Overmeer T, Boersma K. What messages do patients remember? Relationships among patients' perceptions of physical therapists' messages, patient characteristics, satisfaction, and outcome. *Phys Ther* 2016; 96: 275-83.
29. Bunzli S, McEvoy S, Dankaerts W, O'Sullivan P, O'Sullivan K. Patient perspectives on participation in Cognitive Functional Therapy for chronic low back pain: A qualitative study. *Phys Ther* 2016; 96: 1397-407.
30. O'Sullivan P, Caneiro JP, O'Keeffe M, Smith A, Dankaerts W, Fersum K, O'Sullivan K. Cognitive functional therapy: an integrated behavioral approach for the targeted management of disabling low back pain. *Phys Ther*, painossa.
31. Simula A-S, Holopainen R, Lausmaa M, Takatalo J, Arokoski J, Karppinen J. Miten tutkin ja hoidan alaselkäkipua perusterveydenhuollossa. Suomen Lääkärilehti, painossa.
32. McCullough BJ, Johnson GR, Martin BI, Jarvik JG. Lumbar MR imaging and reporting epidemiology: do epidemiologic data in reports affect clinical management? *Radiology* 2012; 262: 941-6.
33. Rantonen J., Karppinen J, Vehtari A, Luoto S, Viikari-Juntura E, Hupli M, Malmivaara A, Taimela S. Cost-effectiveness of providing patients with information on managing mild low back symptoms in an occupational health setting. *BMC Public Health* 2016; 16: 316.
34. Holopainen R, Piirainen A, Heinonen A, Karppinen J, O'Sullivan P. From "Non-encounters" to autonomic agency. Conceptions of patients with low back pain about their encounters in the health care system. *Musculoskeletal Care*, painossa.
35. Buchbinder R, van Tulder M, Öberg B, Menezes Costa L, Woolf A, Schoene M, Croft P. For the Lancet Low Back Pain Series Working Group. Low back pain: A call for action. *Lancet*, painossa.

Lääkärin määraamisestä potilaan arvojen ja valintojen kunnioittamiseen



Timo Pohjolainen

Dosentti, fysiatrian
erikoislääkäri
Helsinki Hospital
timo.pohjolainen@helsinki-
hospital.com

Vain yksi sukupolvi sitten lääkäri mää-
rasi, potilas ja läheinenkin uskoi. Lää-
kärillä oli usein vahva käsitys siitä,
mitä kannattaa tehdä. Potilaan rajoit-
tamaton oikeus päättää omasta kehostaan jäi
vähemmälle huomiolle. Potilaskeskeisyys on
kuitenkin noussut viimeisen vuosikymmenen
aikana tärkeäksi puheenaiheeksi terveyden-
huollossa. Voidaankin hyvin ihmetellä, mitä
muuta se terveydenhuolto parhimmillaan sit-
ten on? SOTE-sotkussa poliitikot – ja myös asi-
antuntijat lausunnoissaan ovat edenneet varsin
järjestelmäkeskeisesti.

Lääketieteen kehittyttyä ja tiedon valtavasti
lisääntyttyä lääkärin, hoitajan ja terapeutin on
tullut mahdolliseksi tuntee eri erikoisalojen
syvin ja uusin tieto. Tiedon ja taidon siruissa
osataan yhä enemmän yhä vähemmästä. Poti-
laan oireet voidaan nähdä eri erikoisalojen ka-
leidoskoopista ja viitekehystä käsin hyvin
eri lailla. Se mitä näkyy, riippuu katsojan näkö-
kulmasta.

Tietoisuus sairauksista, niiden patofysiologia,
tutkimusten ja hoitojen tekninen osaaminen
ovat saaneet yhä keskeisemmän roolin. Samal-
la, kun olemme oppineet hoitamaan sairauksia
yhä paremmin, potilaat itse ovat tulleet netti-
tiedon kautta kiinnostuneiksi ja uteliaiksi sairau-
ksista. He hakevat tietoa sairauksista verkoista,
tekevät omia diagnoosejaan ja hakeutuvat sekä
lääketieteen että uskomushoitojen piiriin. Po-

tilaat seilaavat asiantuntijalta toiselle konsul-
toimassa kutakin oirettaan. Myös tämä on ollut
viemässä terveyshuollon ammattilaisen asen-
netta yhä enemmän potilaskeskeisyyteen.

Potilaan arvoja ei voi kysymättä tietää. Stan-
dardihoidoksi voidaan olettaa vain sellainen,
josta vallitsee suuri yksimielisyys. Potilaskes-
keisessä lääketieteessä hoitovalinta perustuu
potilaan arvoihin, hänen elämänsä tarinaan,
jonka hän yhdistää saamaansa lääketieteelli-
seen tietoon. Terveydenhuollon ammattilaisten
tavoitteena on saada aikaan parhaat mahdolli-
set sairauden hoitotulokset, joten heidän pyr-
kimyksenään on saada potilaat sitoutumaan
hoito-ohjelmiin. Potilailla on kuitenkin oikeus
tietää myös ongelmista, kuten yli diagnostiikka-
ta tai tutkimusten ja hoitojen haittavaikutuk-
sista sekä komplikaatioista. Heillä on oikeus
tehdä itseä koskevat päätökset saadun tiedon
perusteella. Asiantuntijavallan käyttäminen ja
tiedon pimentäminen kostaavat pitemmän
päälle maineen kolhuina ja epäluuloisuuden
lisääntymisenä. Läpinäkyvyys, avoimuus ja
yhteistyö lisäävät potilaan sitoutumista oman
hoitoonsa ja vahvistavat hänen kokemustaan
oman elämänsä päättäjänä.

Tarkoittaako potilaskeskeisyys sitä, että poti-
laasta on tullut shoppaileva terveyspalvelujen
käyttäjä ja ostosparatiisissa seilaava? Tuskinpa
– mutta yhä useampi potilas selvittelee jo en-
nalta, mistä voisi olla kysymys ja mitä hoitoja



olisi tarjolla. Tietotekniikka ja verkko lisää demokratiaa myös terveydenhuollossa. Potilaiden käytössä olevat tietotekniset apuvälineet ja heille kohdennettu tieto kuten Käypä hoito suositusten potilasversiot parantavat informaatiota ja auttavat heitä päätöksenteossa.

Potilaskeskeisyys pitää sisällään myös oikeudenmukaisuuden periaatteen mutta tuo tasavertaisuuden harkintavastuun terveydenhuollon ammattilaisille. Silloin, kun palveluja rahoitetaan yhteisestä pussista, varat on reilouden nimissä jaettava kaikkia kansalaisia hyödyttävällä tavalla.

Potilaiden autonomian lisääntyessä on kuitenkin muistettava, että ihmisillä on hyvin erilainen kyky ja tapa tehdä valintoja vaikeissa ja monimutkaisissa tilanteissa. Lääkärin, hoitajan ja terapeutin tehtävä on selvittää selkokielellä, mitä eri vaihtoehdot merkitsevät potilaan arjessa. Hoitopäätöksiä ei voi tehdä vain tieteellisistä faktoista käsin. Joka tapauksessa aika on siirtää fokusta piirun verran potilaan suuntaan. ■

Ylipaino ja kipu



Eija Kalso

LKT, professori
Yliääkäri
HUS kipuklinikka
eija.kalso@helsinki.fi

U seissa tutkimuksissa on osoitettu selvä yhteys korkean elopainon ja kroonisten kipujen tai kipuherkkyyden välillä. Taustalla saattaa olla useita tekijöitä kuten painon aiheuttama rasitus nivelille, leikkauksen vaikutuminen runsaan subkutaanisen rasvan vuoksi ja erityisesti rasvakudoksen ylläpitämä hiljainen inflammaatio. Rungas ylipaino myös estää aktiivisen liikunnan ja sen aiheuttaman mielihyvän. Ylipainoon voi liittyä myös mielialan laskua ja univaikeuksia, mitkä puolestaan edistävät ja ylläpitävät kroonista kipua.

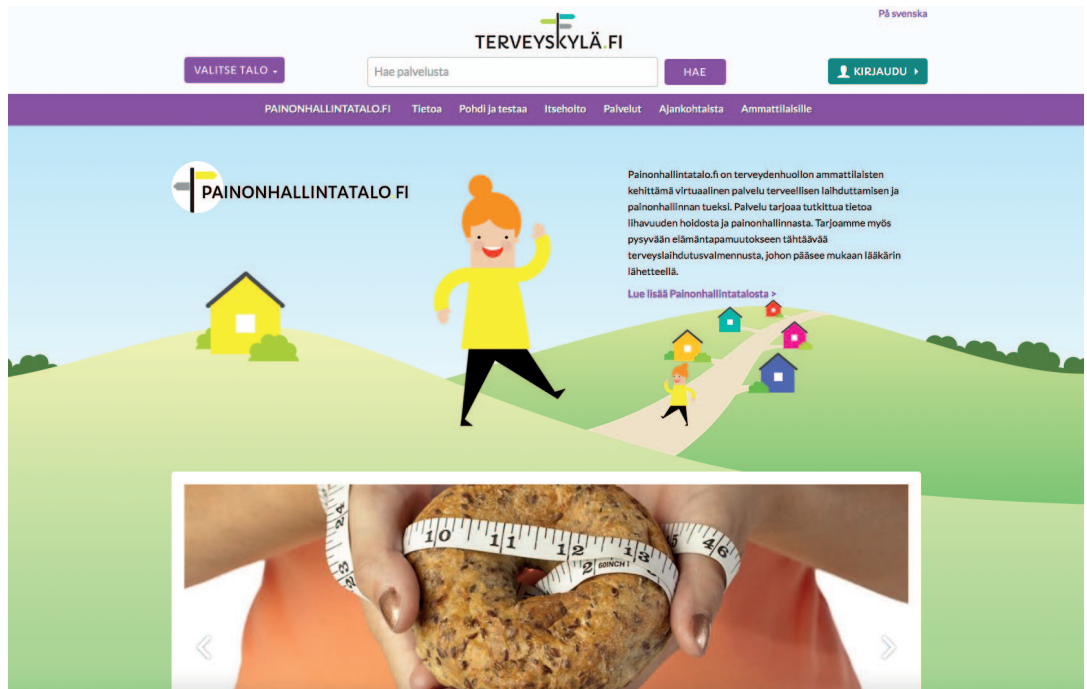
Suomalaisetkin tutkijat ovat aiemmin osoittaneet, että riittävä painon pudotus liikunnan ja ravitsemustottumusten korjaamisen jälkeen vähentää polvien nivelrikkoon liittyvää kipua tehokkaammin kuin kipulääkkeet. Viime vuosina voimakkaasti yleistynyt bariatrisen kirurgian auttaa potilaita laihtumaan ja tällä toimenpiteellä on osoitettu olevan useita terveyshyötyjä. Bariatrisen kirurgian vaikutukset kipuun tarjoavatkin uusia mielenkiintoisia tutkimusmahdollisuuksia. Turkulainen tutkimusryhmä on hyödyntänyt kansallisen PET-keskuksen tarjoamia mahdollisuuksia ja selvittänyt bariatrisen kirurgian terveysvaikutuksia. Ryhmä on osoittanut, että toimenpiteen jälkeen tapahtuva painon lasku mm. normalisoi aivojen glukoosimetabolian ja aivojen valkoisen aineen tiheyttä.

Endogeeninen opioidijärjestelmä säätelee lähes kaikkia elimistön toimintoja. Tässä yhteydessä on tärkeä mainita sen osuus paitsi kivun

ja tunteiden myös riippuvuuksien säätelyssä. Ylipaino on osittain myös riippuvuussairaus, joten ei ole yllättävää, että opioidijärjestelmän ja vaikean lihavuuden välillä saattaa olla tärkeitä yhteyksiä. Vaikeasti ylipainoisilla on mm. todettu olevan häiriintynyt endogeeninen opioidijärjestelmä. Professori Lauri Nummenmaa tekee mielenkiintoista tutkimusta tunteista ja aivojen opioidijärjestelmästä. Hänen ryhmänsä on selvittänyt bariatrisen kirurgian vaikutuksia aivojen opioidijärjestelmään. PET-kuvantamisen avulla voitiin osoittaa, että bariatrisen kirurgian jälkeen seurannut keskimäärin n. 26 kg painon pudotus johti puolen vuoden kuluttua aivojen myy-opioidireseptorien määrän kasvuun noin 23 %:lla.

Myös aivojen endogeeniset kannabinoidit säätelevät tunteita ja syömistä. CB1-reseptorin antagonisti rimonabant oli jo kliinisessä käytössä laihdutuslääkkeenä. Se vedettiin kuitenkin pois markkinoilta, koska sen käyttöön liittyi lisääntynyt depression ja itsemurhien riski.

Aivan tuore yhdysvaltalainen tutkimus osoitti, että 30% painonpudotus bariatrisen kirurgian jälkeen nosti polvilumpioon ja ranteeseen kohdistetun painekivun kynnystä 30-40% vuoden seurannassa. Nämä tulokset viittaisivat merkittävän painonpudotuksen todellakin vähentävän keskushermoston herkimystä kivulle. Bariatrisen kirurgian on vaativa toimenpide ja kansalaisten terveyden ja kansantalouden vuoksi kannattaisi ensisijaisesti pyrkiä estämään lihavuuden kehittymistä terveellisillä



elintavoilla.

Elintavat ovatkin saamassa yhä keskeisemmän roolin kroonisen kivun ehkäisyssä ja hoidossa. Paras ehkäisy alkaa tietysti jo lapsuudessa liikunnan, riittävän unen ja terveellisen ravinnon avulla. Kipuklinikoillakin kannattaa kiinnittää aiempaa enemmän huomiota potilaiden elintapoihin ja ottaa aktiivisesti käyttöön erilaisia menetelmiä edukaatiosta liikunta- ja laihdutusryhmiin. Kansallisen virtuaalisairaan Terveyskylän Painonhallintatalo (www.terveyskyla.fi) on tuottanut palkittuja tuloksia nettipohjaisilla laihdutusohjelmilla. Kivuntutkijoiden kannattaisi ryhtyä yhteistyöhön niin e-Health-tutkijoiden kuin bariatrista kirurgiaa suorittavien kollegoiden kanssa. Tutkimusaiheista ei varmasti ole pulaa!

Kirjallisuutta:

Tuulari JJ, Karlsson HK, Hannukainen JC ym. Weight loss after bariatric surgery reverses insulin-induced increases in brain glucose metabolism of the morbidly obese. *Diabetes*.2013;62:2747-51.

Tuulari JJ, Karlsson HK, Antikainen O ym. Bariatric surgery induces white matter and grey matter density recovery in the morbidly obese: A voxel-based morphometric study. *Hum Brain Mapp* 2016;37:3745-56.

Karlsson HK, Tuulari JJ, Tuominen L ym. Weight loss after bariatric surgery normalizes brain opioid receptors in morbid obesity. *Mol Psychiatry* 2016;21:1057-62.

Stefanik JJ, Felson DT, Apovian CM ym. Changes in pain sensitization after bariatric surgery. *Arthritis Care* 2018 (epub ahead of print)

Kivun psykologiasta

Terhi Runsio

Medishare Oy Turku
sekä TYKS suu- ja leu-
kasairauksien klinikka

Kipu on biopsykososiaalinen kokonaisuus. Biopsykososiaalisessa mallissa ihmisen terveyttä ja sairautta tarkastellaan monitasoisen järjestelmän toimintana, jossa keho, tunteet, motivaatio, ajatukset ja sosiaaliset suhteet ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa ja muutoksessa keskenään muodostaen näin dynaamisen kokonaisuuden. Kroonista kipua ajatellen tämä käytännössä tarkoittaa, että ihan jokaisella ihmisellä on se kuuluisa ”psykye plus” kipukokemuksessaan. Pähkittyäni pitkään asian parissa venyttäisin oikeastaan kivun määritelmää vielä seuraavasti:

Pitkäaikainen kipu on täysin yksilöllinen ja bio-psyko-fyysis-sosiaalis-ekonomis-kulttuurinen kokemus.

Tuossa yksilöllisessä kipukokemuksessa ovat aina mukana vaikuttamassa muun muassa: ihmisen tausta ja henkilöhistoria, kivun välittömät seuraukset, kivuliaan persoonallisuus, sosiaalinen kenttä ja elämäntilanne sekä tulevaisuuteen liittyvät odotukset. Kun ymmärtään tämä kokonaisuus, käy selväksi että kahden kivuliaan kipuja ei oikeasti voi verrata, eikä nelonen, kytönen tai kasi nollasta kymppiin – voimakkuusasteikolla tarkoita samaa asiaa eri kivun kantajille. Kun vielä huomioidaan, että kipuun liittyvät psykologiset ja psykososiaaliset tekijät ovat moniulotteiset, selittyy myös hoidon ja kuntoutuksen yksilöllisen räätälöinnin

tarve etenkin vaikeasti kivuliaille.

Pitkäaikaiseen kipuun liittyviä psykologisia ja psykososiaalisia tekijöitä:

- Kognitiot (ajatukset, tieto sekä tulkinnat omasta kivusta, yleinen usko omaan selviytymiseen, katastrofiuskomukset, pystyvyyksikäsitykset)
- Tunteet (kivun pelko, masennus, kipuun liittyvä ahdistuneisuus, huoli, avuttomuus, viha ja kiukku; toisaalta joskus myös helpotus, kiitollisuus ja ilo jos alussa ollut vaikkapa myös pahanlaatuisten kivun taustatekijän mahdollisuus)
- Kipuun liittyvä käyttäytyminen (minkälaisia selviytymismalleja kivun kantajalla on käytössään)
- Persoonallisuustekijät (Huom: Ei ole olemassa ”kipupersoonallisuutta”, mutta erilaisia kivun kanssa selviytymistä vahvistavia ja heikentäviä persoonallisuuspiirteitä, sekä kivun kautta muuta oireilevia kyllä)
- Kognitiivinen kapasiteetti (esimerkiksi keskittyminen ja keskittymisen ylläpito, tarkkaavaisuus ja sen jakaminen, hahmottaminen, muisti, ajattelu, havainnointi, sanahaku, oppiminen, toiminnanohjaus, ongelmanratkaisu ja päätöksenteko)
- Elämäntilanteen kokonaisuus (kuormitustekijät, selviytymiskeinot, ulkoiset voimavara-

Kirjoittaja on toiminut erikoissairaanhoidon kipupsykologina vuodesta 2006 lähtien.

Kirjoittaja piti aiheesta luennon Kipu ry:n 25-vuotisjuhlaseminaarin lokakuussa 2017. Luento löytyy myös Youtubesta.

lähteet, sosiaaliset/taloudelliset ym. mikro- ja makroympäristöt)

- Vuorovaikutustekijät (vuorovaikutustavat ja -mallit, positio/rooli/asenne esimerkiksi suhteessa läheisiin tai vaikkapa hoitosuhteessa)
- Psykkinen, työstämätön traumatausta (voi herkistää kivulle, lisäksi kipu voi aktivoida trauma).

Ahdistus ei ole pitkäaikaisen kivun automaattinen seuralainen. Mutta pitkäaikaisesti kivuliaalla saattaa olla monenlaisia ahdistusoireita, kuten epämääräistä huolestuneisuutta, ärtyneisyyttä, tuskaisuutta, paniikkia, levottomuutta, keskittymisvaikeuksia, kipuun liittyviä pakkoajatuksia tai vaivaavia mielikuvia. Ahdistus ilmenee usein myös kehollisina oireina, esim. hikoiluna, suun kuivumisena, päänsärkynä, lihasjännityksenä, sydämen tykytyksenä, hengitysvaikeuksina ja univaikeuksina. Ahdistus on tiiviisti sidoksissa kipukokemukseen: ahdistuksen nousu lisää koettua kivun voimakkuutta ja myös siksi ahdistuksen hoito on kivun hoitoa.

Masennuksen esiintyminen kivuliailla vaihtelee tutkimustuloksissa paljon. On syytä huomata varsinaisen kliinisesti diagnosoitavan masennuksen ja masentuneen olotilan/alakulon välinen ero kipupotilaita arvioidessa. Jälkimmäisen on yleisempää ja sitä voidaan varmaan kutsua myös kipu-uupumukseksi. Masennus voi olla reaktio myös kipuun liittyvään terveyden menetykseen, unettomuuteen ja toimintakykyrajoitteisiin tai kivusta aiheutuvaan elämänmuutokseen.

Kognitiiviseen viitekehykseen perustuvien tutkimusten mukaan masennukseen näyttää vaikuttavan se, paljonko kipu rajoittaa toimintaa, sekä missä määrin kivulias tuntee pystyvänsä vaikuttamaan tilanteeseensa. Kivulias, joka kokee toimintakykynsä heikoksi, joka ei usko omaan kykyihinsä ja/tai jolla ei ole tukea antavia ihmissuhteita, on alttiimpi masentumaan.

Koska masennus heikentää kivuliaan kipuselviytymistä, masennuksen hoito on kivun hoitoa.

Kipuselviytymisen tarkastelussa tärkeää on myös vaihtaa välillä näkökulmaa kipuun liittyvistä toimintarajoituksista pystyvyksäsihtyksiin: Mihin/miten/missä määrin pystyn kivusta huolimatta? Osa kivuliaista tarvitsee kokemuksen perusteella tutkivaa keskustelua avuksi pärjäämisensä ja selviytymisensä tunnistamisessa ja tunnustamisessa. Etenkin itseltään hyvin paljon vaativat ihmiset ovat alttiita vähäteleämään toimintaansa ja kykyjensä.

Onneksi paljon on tehtävissä. Pitkäaikaisessa kipuselviytymisessä korostuukin keinojen moninaisuus. Sinä lukija voit seuraavasta noin kymmenen kivun kantajan nimeämästä listasta katsoa, löytyisikö siitä jotain uutta kokeilemisen arvoista itsellesi.

Sairauksien hyvä hoito, yleiskunnosta huolehtiminen, avanto, huumori, lemmikki, taide, hieronta ja kosketus, lääkkeet (suun kautta ja voiteina), ei jää kuuntelemaan kipua, kylmä- ja lämpöhoidot, fysioterapia, TNS, lymfahoito, kotitöiden helpotus, liikunta, jumppa ja venyttely, rentoutus eri muodoissaan, vahvistavien värien käyttö, mielen hallinta suggestioilla, myönteinen ajattelu, mielekäs tekeminen, ”Kelpaan tällaisenakin” -ajatus, kivun syyn ymmärtäminen, vaihtoehtoiset hoitomuodot, itselle sopiva ruokavalio, keskustelu ja läheisyys, vertaisryhmät, psykoterapia, akupunktio, rukous, suklaa, uudet kokemukset, oma psyykkaus: Olen ainutlaatuinen, työnohjaus, satulatuoli ja MBD-kengät, ”Huonomminkin voisi olla” -ajatus, lihaskunnon vahvistaminen, roikkuminen (rangan venytys), selän pyöristys jalat koukussa, ergonomia ja asennot, tyyny, sohva ja rentoutus-CD, sosiaalinen elämä, lapset ja lastenlapset, luovutuksesta sisuuntumiseen, irti häpeästä ja lenkille, lämmin vaatetus, lämmitettävä tyyny/tossut/rukkaset, avanto ja/tai kylmäallas,

kävely, itsestä huolehtiminen, vaatimusten koh-
tuullisuus, elämästä nauttiminen, jalkapallo,
kivun unohtuminen hetkeksikin, perheen tuki,
infrapunasäuna, lupa siihenkin ettei jaksa, uu-
den kokeileminen, jumppapallo, säkkituoli, ti-
kapuut (rangan venytys).

Kipupsykologi puolestaan voi edistää kivuli-
aan asiakkaansa kanssa ainakin seuraavia asioi-
ta, asiakkaan yksilöllisten tarpeiden mukaisesti:

Empaattinen validointi, kiputarinan vastaanottaminen =>	Kuulluksi tuleminen ja jakaminen
Psykoedukaatio =>	Kipukokemuksen ilmiöiden selittäminen ymmärrettävästi
Fyysisen kunnon ylläpito/parannus <=MOTIVOINTI =>	Kohdennetut harjoitteet & mikroharjoittelu
Sairauksien/terveyden hoito	Rentoutustaitojen harjoittelu
Vahvistavan/rauhottavan sisäisen puheen harjoittelu	Uniterveyden vahvistaminen
Kuulluksi tuleminen ja jakaminen	Tarkkaavaisuuden siirto pois kivusta
Sietävämpi läsnäolo kivun kanssa	Jämäkkyys ja itsensä puolustaminen
Itse-empatian harjoittelu, kohtuullisuus itseä kohtaan	Mielihyvää tuottavan ja omiin arvoihin
Stressinsäätelykyvyn parantaminen	perustuvan toiminnan lisääminen

Orionilla on

burana[®]

Para-Tabs[®]

Orion Pharma 2/2018

 **ORION
PHARMA**

 Orion on
suomalainen
avainlippuyritys.

aesculapius.fi



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



Outi Heinola
sosiaalityöntekijä
Eksote

Olen työskennellyt terveydenhuollossa sosiaalityöntekijänä 15 vuoden ajan. Sitä ennen keskustelin ratkaisusuuntautuneella työotteella perheväkivaltaa kokeneiden tai väkivaltaisesti käyttäytyneiden asiakkaiden kanssa. Kipupoliiklinikan monialaiseen työryhmään olen kuullut usean vuoden ajan.

Pitkäaikaisesta kivusta kärsiviä asiakkaita tavatessani olen yrittänyt hyödyntää koko työhistoriaani. Tosin terveydenhuollossa pyritään nykyisin vuolaaseen potilasvirtaukseen. Pitkään jatkuvissa asiakassuhteissa olen kuitenkin jutellut sosiaaliturvan lisäksi elämästä ja siihen asennoitumisesta laajemminkin. Kroonisen kivun kanssa taisteleva yksilö voi hyötyä tavanomaista sosiaalityötä kokonaisvaltaisemmasta lähestymistavasta, jos hän maltaa puuskuuttaa hieman hitaammin.

Asiakkuuden alku saattaa olla haastava, jos pitkäaikaisesta kivusta kärsivä on onnistunut välttämään aikaisemman sosiaalityöntekijän intervention. Sairastamisensa aikana hän on jo tavannut muita eri alojen ammattilaisia. Usein tällainen kipupotilas tulee sosiaalityöntekijän vastaanotolle puhdikkaana hakemaan nimenomaan oikeutta. Monen asiakkaan mielestä kukaan aikaisemmista asiantuntijoista ei ole ottanut riittävän tosissaan hänen kipuaan, koska se ei ole poistunut.

Sosiaalityöntekijälle asiakas voi vyöryttää vaativan haasteen saadakseen apua toivotonmuutta herättävään kärsimykseen. Sosiaalityöntekijän tulisi alkaa toimeksiantajalle ikään

kuin asianajajaksi, joka tarmolla puskee koko vakuutusjärjestelmän läpi suoraan tikkataulun kymppiin. Oikeastaan työntekijän pitäisi muuttaa koko sosiaaliturvaan liittyvä lainsäädäntö. Asiakkaan sanoin ilmaistuna ratkaiseva käänne hänen tukalaan tilanteeseensa tulisi käynnistää vakuutuslääkärin luona, ”että tämä näkisi, kuinka kipeä minä olen”. Kyse on koko elämisen laatuun vaikuttavasta sosiaaliturvasta.

Suomessa toimeentulo on paljolti sidoksissa työntekoon. Sosiaalietuusjärjestelmä tukee lyhytaikaisen sairastamisen aikana, mutta pitkä poissaolo ansiotyöstä pienentää elintasoja. Usein pitkittynyt kipu heikentää työkykyä. Kliinissä potilastyössä kivun todentamiseen ei vielä ole käytössä riittävän kehittyneitä välineitä. Niinpä moni joutuu jäämään ilman korvausta, vaikei selviytyä arjestaan. Useat kipupotilaat ovat joutuneet olemaan kauan, jopa useamman vuoden, pois työelämästä. Nykyisin hyvin toimivasta kuntoutusjärjestelmästä huolimatta monen pitkäaikaisen kipupotilaan ansioitunutkin työura voi päättyä pitkittyneeseen työmarkkinatuella elämiseen. Taloudellisen tilanteen kannalta tämä tarkoittaa radikaalia elintason ja elämäntapojen muutosta. Sairauden myötä elämän ovella kolkuttelee köyhyys. Voidaan sanoa, että hyvinvointivaltion verkko on laaja, mutta isosilmukainen. Jos putoaa korkealta, voi luisahtaa verkon läpi suoraan kovalle kivilattialle. Se sattuu lisää. Valitettavasti kipupotilas on sekä työnantajalle että vakuutusyhtiölle monesti liian kallis. Hänelle ei kannata maksaa palkkaa eikä eläkettä.

Aiemmin mainittua ”asianajajan” tehtävää sosiaalityöntekijä ei kykene toteuttamaan. Sen lisäksi asiakas ei yleensä odota sosiaalityöntekijältä muuta kuin konkreettista apua sosiaaliturvaan ja talouteen liittyvissä asioissa. Työntekijän tulisi täyttää ripeästi erilaisia anomuslomakkeita niin, että asiantuntija tekee työn vaivattomasti asianosaisen puolesta. Tapaamisissa yleisimpiä kysymyksiä on kuntoutustuen, työkyvyttömyyseläkkeen tai toimeentulotuen hakeminen. Toisinaan vammais- tai hoitotuki ovat mietinnässä. Hakemuksien osoite on useimmiten Kela. Tällaisessakin tilanteessa olen joutunut tuottamaan paljon pettymystä ja harmia, kun en ole toiminut odotuksen mukaan. Jos asiakas on todella väsynyt tai hänellä on käden käytön ongelmia, toki autan vaikkapa lomakkeen täyttämässä. Muuten pyrin siihen, että asiakas itse tekee tarvittavan työn ja olen taustatukena, jotta hän voisi jatkossa selviytyä mahdollisimman omatoimisesti. Toki myöhemminkin hän voi aina uudelleen ottaa yhteyttä uusien kysymysten tullessa, sillä Suomen sosiaaliturva on varsin monimutkainen ja vaikea ammattilaisellekin.

Tilanteen selvittelyn pitkittyessä ja useamman tapaamisen aikana luottamus asiakassuhteessa lisääntyy. Luottamusta vahvistaa myös, kun vastaanotolla voidaan avoimesti puhua syvästä turhautumisesta kehoon työntekijään, joka ei ole aikaisempia terveydenhuollon kontakteja pystyvämpi. Tunteiden purkamisen jälkeen asiakas voi olla avoin aikaisempaan laajempaan tilanteen tarkasteluun. Silloin alkaa sellainen asiakassuhde, jossa voidaan puhua muustakin kuin toimeentulosta.

Kipuongelmat ovat niin hankalia, että moniammatillinen yhteistyö on tärkeä tuki niin potilaalle kuin työntekijöille. Keskustelu on erityisesti psykologin erityisosaamista, mutta kokemukseni mukaan kipupotilaiden kanssa kaikki ammattiryhmät ovat tavanomaista kuuntelevampia ja keskustelevampia. Jos lääketieteelliset ratkaisut eivät poista tuskaa, tarvitaan muita keinoja käyttöön.

Syvempään luottamukselliseen kontaktiin päästyäni olen sosiaalityöntekijänä yrittänyt

herätellä potilaan luovia toimintatapoja. Kaikkea en ole saanut kiinnostumaan, mutta silloin tällöin joku herää katselemaan elämäänsä uudesta näkökulmasta ja löytää jopa terveyttään edistävän harrastuksen. Yksi nyplää kivusta pitkin. Toinen voi löytää apua musiikista tai kirjoittamisesta -tai ehkä maalaa kuvia. Tärkeintä on saada yhteys omiin tunteisiinsa ja päästä käsittelemään niitä. Mielikuvituksen käytöstä on hyötyä arkitodellisuuden herättämien tunteiden käsittelyssä. Huumorilla taas voi kiivetä oman hankalan tilanteensa yläpuolelle ja katsella korkeammalta aukenevia laajoja maise-mia.

Jos kipua ei saada poistettua, hyvä lopputulos saattaa olla sekin, että kivusta, jonka kanssa on elinikäisessä aviossa, voisi tulla hyväksyttävä kaveri. AA-kerhossa on käytössä tärkeä elämänsäviisaus: ”Jumala suokoon minulle tyyneyttä hyväksyä ne asiat, joita en voi muuttaa, rohkeutta muuttaa niitä asioita, joita voin ja viisautta erottaa nämä toisistaan”.

Kipupotilaan ei yleensä tarvitse käydä liikuntaharrastuksessa yksin, sillä seuralainen kulkee uskollisesti aina mukana. Ei edes rinnalla vaan kehon sisällä. Tavoiteltavaa olisi kuitenkin opetella keskittymään niin intensiivisesti esimerkiksi näytelmään tai musiikkiesitykseen, että aivan kuin olisi ostanut aina mukava kulkevalle kaverille lipun viereiseen penkkiin. Tai jättää kipu esiintymissalin ulkopuolelle, sillä viereisen penkin hintaa ei valitettavasti hyväksytä edes Kelan toimeentulotuessa.

Odotan sitä, että jonain päivänä otettaisiin käyttöön sellainen metrimitta tai kuvantamismenetelmä, jolla kipu voidaan objektiivisesti osoittaa todeksi. Silloin kivusta kärsivä asiakas voisi tuntea, ettei hänen kärsimyksensä ole keksittyä. Toivon, että sairaudesta kärsivä voi saada toimeentulonsa muutenkin kuin minimityötömyyspäivärahalla. Odotan, että työnteon ja sairastamisen rajaa voidaan hämärtää nykyistä joustavammilla työnteon mahdollisuuksilla. Vielä mieluummin näkisin päivän, jolloin löydetään keinoja erota kivusta. Niin kauan kuin nämä eivät toteudu, mennään eteenpäin AA-laisin konstein. ■



Yksilöllisestä harjoittelusta apua pitkittyvään alaselkäkipuun

Vesa Lehtola

Fysioterapeutti OMT, Kotkan OMT-Fysio
Filosofian tohtori, Itä-Suomen yliopisto

Movement control impairment in recurrent subacute low back pain. A randomized controlled trial between specific movement control exercises and general exercises.

Itä-Suomen yliopisto 26.1.2017.

Kustos dosentti Olavi Airaksinen
Vastaväittäjänä dosentti Karl-August Lindgren

Esitarkastajat professori Arja Häkkinen ja professori Marja Mikkelsen.

Kansainvälisten hoitosuositusten mukaan tutkijoiden tulisi panostaa enemmän alaselkäkipujen kliinisten alaryhmäluokkien tutkimiseen. Yhden tällaisen ryhmän muodostavat potilaat, joilla todetaan liikekontrollin häiriö. Näillä potilailla on vaikeuksia hallita selkensä asentoa istumisen, seisomisen tai selän taivutusliikkeiden yhteydessä. Kontrollihäiriö on yleensä seuraus aiemmasta selän kipujaksosta. Tilanne on ongelmallinen senkin vuoksi, että potilaat eivät itse huomaa aiheuttavansa väärällä selän asennolla kivun provosoitumisen. Englanninkielisessä kirjallisuudessa käytetään ilmaisua ”movement control impairment”. Tutkimusnäyttöön perustuen fysioterapeutit pystyvät luotettavasti diagnosoimaan kliiniset alaselän liikekontrollin häiriöiden alaryhmäluokat. Liikekontrollin häiriötä esiintyy alaselkäkipuisilla henkilöillä huomattavasti enemmän kuin oireettomilla henkilöillä. Hoitosuositusten perusteella terapeuttinen harjoittelu on yksi harvoista epäspesifiseen krooniseen alaselkäkipuun suositeltavista terapioista. Tällä hetkellä ei kuitenkaan tarkasti tiedetä, mitä harjoitteita tulisi ohjata kullekin alaselkäkipuiselle potilaalle.

Väitöstyöni tarkoitus oli vastata kysymykseen, kumpi hoitomuodoista, yksilöllisesti suunniteltu liikekontrollin häiriötä korjaava harjoittelu (SMCE) vai yleinen harjoittelu, lievittää tehokkaammin epäspesifistä alaselkäkipua kolmen kuukauden (viiden kerran hoitointervention) jälkeen ja 12 kuukauden kuluttua.

Liikekontrollin häiriö -alaryhmäluokkaan diagnosoitunut koehenkilöt saivat viisi fysioterapeuttin käyntiä ja niillä joko spesifejä tai yleisiä harjoitteita. Kullakin käyntikerralla koehen-

Sisäänottokriteerit

Potilaalla tuli olla vähintään kuusi viikkoa kestänyt epäspesifi alaselkäkipu, hänen tuli olla 16–65-vuotias ja hän oli nähnyt kirjallisen suostumuslomakkeen.

Vähintään yksi alaselän kipujakso ennen tutkimuksen aloittamista.

Osallistujan Roland-Morris -lukeman tuli olla ≥ 5 pistettä, DEPS < 12 pistettä, Tampa Scale for Kinesiophobia < 38 pistettä ja Motorisen Kontrollin Arviointilomake < 80 pistettä.

Fyysisessä tutkimuksessa osallistujalta tuli löytyä $\geq 2/6$ positiivista Luomajoki-testiä. Suoran jalan kohotustesti (SLR) ei saanut jäädä alle 50° ja si-nivelen kipuprovoakatietotestit eivät saaneet olla positiiviset.

kilöt saivat lyhyesti myös manuaalista terapiaa. Manuaalisen terapian tekniikat valitsi hoitava fysioterapeutti.

Päämittarina toimi yksilöllinen haitta-aste mitattuna Roland-Morris-selkäoirekyselyllä. Kolmen kuukauden kuluttua intervention aloituksesta suoritettiin hoidon välitöntä vaikutusta kuvaava mittaus ja lopullinen seurantamittaus suoritettiin 12 kuukauden kuluttua intervention aloituksesta.

Tulokset

223 tutkimukseen hakeutuneesta koehenkilöstä 70 potilasta läpäisi sisäänottokriteerit. 129 koehenkilöä karsiutui ensimmäisessä inklusio-vaiheessa. 12 kuukauden seurannassa mittaukset suoritettiin 61 koehenkilölle (keskeytysprosentti 12,9 %). Tutkimustulos osoitti, että molemmat ryhmät paranivat merkittävästi kolmen kuukauden intervention jälkeen ja tulos säilyi 12 kuukauden seurannassa. Verrattuna lähtötilanteen lukemiin, spesifejä harjoitteita saaneen ryhmän tulokset olivat sekä tilastollisesti että kliinisesti merkittävästi parempia kuin yleisten harjoitteiden ryhmäläisillä. Haitta-asteen muutos oli -6,9 spesifille ryhmälle ja -5,2 yleisten harjoitteiden ryhmälle ($p<0,01$).

Kliininen merkitys

Tutkimustuloksen kliininen merkitys mitattiin Numbers Needed to Treat-analyysillä. Kolmen kuukauden mitauksessa 87,1 % SMCE-ryhmästä vähensi haitta-astetta (Roland-Morrisilla mitattuna) enemmän kuin 50 %. 54,5 % yleisten harjoitteiden ryhmästä vähensi haitta-astetta (Roland-Morrisilla mitattuna) enemmän kuin 50 %.

Kliinisessä käytännössä NNT-lukema kolme tarkoittaa, että joka kolmas SMCE:llä harjoitteleva parantuu paremmin (kynnysarvo 50 %) kuin yleisillä harjoitteilla. 12 kuukauden seurannassa 93,3 % SMCE-ryhmästä ja

Poissulkukriteerit

Osallistumishalukkaita potilaita kartoitettiin vakava alaselkäpatologia ja kontraindikaatiot fyysiselle harjoitukselle.

Ennen satunnaistamista poistettiin ne, joilla oli neurologisia oireita (alaraajaheikkoutta), spesifi selkäsairaus (esim. kasvaimet ja murtumat) ja ne, joiden selkä oli operoitu.

DEPS-, TSK- ja MCAQ-mittausten tarkoitus oli poistaa ne potilaat, joiden alaselkkipu oli ei-mekaanista alkuperää, ts. depressio, pelkokäyttäytyminen sekä ne, joilla oli heikko kyky omaksua harjoitteet.

77,4 % yleisten harjoitteiden ryhmästä vähensi haitta-astetta yli 50 %. NNT-lukema oli kuusi SMCE-ryhmän eduksi.

Potilaskohtaisen Toiminnallisen Asteikon (PTA) ja Oswestryn (ODI) mittaustulosten perusteella molempien ryhmien tulokset paranivat merkittävästi, ja 12 kuukauden seurannassa SMCE-ryhmän itse nimeämä toiminnan haitta parani tilastollisesti merkittävästi ($p<0,03$) (mitattuna PTA-mittarilla). SMCE-ryhmän kipulääkityksen tarve oli vähentynyt tilastollisesti merkittävästi 12 kuukauden seurannassa ($p<0,00$).

Pohdinta

Epäspesifin alaselkävaivan alaryhmäluokittelu potilaisiin, joilla on ensisijaisesti liikekontrollin häiriö osoittaa, että tämän tutkimuksen tulokset voidaan luotettavasti yleistää vastaaviin potilaisiin. Subakuutin alaselkävun tutkiminen on tärkeää. Mikäli löytyy tehokkaita hoitomenetelmiä ehkäisemään alaselkävun muuttuminen krooniseksi, kalleimmat potilaiden hoitokustannukset voitaisiin välttää.

Tutkimusasetelman puutteina on mm. harjoitteiden mahdollinen vaikutusmekanismin yhtäläisyys: yleisissä harjoitteissa on elementti liikekontrollin harjoittamisesta. Liikekontrollin häiriön harjoitteita saanut ryhmä toteutti myös harjoittelun välipäivinä 1–2 kertaa päivässä lannerangan asentoa korjaavia lyhyitä harjoituksia, mikä saattaa vaikuttaa tulosten tulkintaan.

Tutkimustulosten tulkinnassa pitää huomioida myös potilaiden subakuutti tila: osa tutkittavista saattoi parantua spontaanisti.

Yhteenveto

Tulosten perusteella manuaalisen terapian ja harjoitteiden yhdistelmähoito on erinomainen vaihtoehto niille potilaille, joilla on alaselän liikekontrollin häiriö. Potilaiden itse kokema haitta lievittyy ja toimintakyky paranee merkittävästi. Potilaat hyötyvät enemmän spesifistä, yksilöllisesti räätälöidystä harjoitusohjelmasta kuin yleisistä harjoitteista välittömästi fysioterapiajakson jälkeen, ja tulos myös säilyy 12 kuukauden seurannassa.

Tutkimustulosta ei voi yleistää koskemaan muiden kliinisten alaryhmäluokkien potilaita. Useat tuoreet tutkimustulokset kuitenkin tukevat saatuja tuloksia; selän käyttämisen opettaminen lievittää kivusta aiheutuvaa pelkoa, parantaa selkäpotilaan toimintakykyä ja lievittää selkävun aiheuttamaa haittaa. ■



Kivut ja purentaelimistön toimintahäiriöt (temporomandibular disorders, TMD) tavallisia jo alakouluikäisillä

Anu Vierola
EHL, HLT

Prevalence and determinants of pain and temporomandibular disorders in 6-8 year-old children (Kipujen ja purentaelimistön toimintahäiriöiden esiintyvyys sekä niiden taustalla esiintyvät riskitekijät 6-8 vuotiailla lapsilla)

http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-2670-8/urn_isbn_978-952-61-2670-8.pdf

15.12.2017, Itä-Suomen yliopisto
Kustos: emeritusprofessori Matti Närhi

Vastaväittäjä: professori Eija Kalso
Väitöskirjan ohjaajat: emeritusprof. Matti Närhi, prof. Liisa Suominen, prof. Timo Lakka, prof. Jari Kellokoski
Väitöskirjan esitarkastajat: prof. Marja Mikkelsson ja suukirurgi, hlt Tuija Teerijoki-Oksa

Lapsilla kipujen esiintyvyys vaihtelee eri tutkimusten mukaan 10 ja 83 %:n välillä. Yksittäiset, yhdessä kohtaa kehoa esiintyvät kivut, kuten päänsärky tai alaraajakipu, ovat yleisiä lapsilla, mutta jo lapsuudessakin kipuja esiintyy samaan aikaan useammassa kehon osassa. Hammassäryn jälkeen päänsärky sekä purentaelimistön toimintahäiriöstä (TMD) johtuvat kivut ovat yleisimpiä yksittäisiä kiputiloja pään alueella. Lapsuuden aikana kehossa esiintyvät kivut voivat häiritä jokapäiväistä toimintaa ja on mahdollista, että kivut jatkuvat aikuisikään saakka. Jotta kipujen kroonistuminen saataisiin estettyä, niiden taustalla olevien riskitekijöiden tunnistaminen ja mahdollinen ennaltaehkäisy on tärkeää.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää alakouluikäisillä lapsilla esiintyviä kipuja ja purentaelimistön toimintahäiriöitä sekä selvittää elintapatekijöiden, sosioekonomisen taustan ja psykologisen hyvinvoinnin yhteyttä kipujen ja purentaelimistön toimintahäiriöiden esiintyvyyteen.

Aineisto

Väitöstutkimus perustuu Itä-Suomen

yliopiston biolääketieteen yksikön Lasten liikunta ja ravitsemus – tutkimuksen (Physical Activity and Nutrition in Children (PANIC) Study) 512:n 6–8-vuotiaan lapsen lähtöaineistoon. Eri kehon osissa esiintyvät kivut sekä elämäntavat, kuten liikkumattomuus ja liikunta, unenlaatu ja ruokailukerrat sekä sosioekonominen tausta ja psykologinen hyvinvointi perustuivat kyselykaavakkeilla kerättyihin tietoihin. Unen määrää mitattiin Actiheart-mittarilla. Muut kliiniset ja antropometriset mittaukset suoritettiin tutkimushoitajan tai lääkärin toimesta. Purentaelimistön toimintahäiriöt määritettiin hammaslääkärin tekemässä kliinisessä tutkimuksessa.

Tulokset

Tutkimustulokset osoittivat, että elimistössä esiintyvät kivut sekä purentaelimistön toimintahäiriöt olivat yleisiä 6–8-vuotiailla lapsilla. Eniten esiintyi alaraajakipuja (36 %) ja päänsärkyä (31 %). Huono unen laatu, pääaterioiden väliin jättäminen sekä unenaikainen hampaiden narskuttelu olivat yhteydessä useammin esiintyviin aamupäänsärkyihin. Merkittävä

elämäntapatekijöihin liittyvä johtopäätös oli, että huono kardiorespiratorinen kunto ja liikumattomuus liittyivät suurempaan kipujen esiintyvyyteen. Aiemmin ei ole pystytty osoittamaan kunnon yhteyttä kipuihin alakouluikäisillä lapsilla. Ylipainoisilla tai lihavilla lapsilla kipuja esiintyi vähemmän kuin laihoilla lapsilla. Liikunta-aktiivisuus ei vaikuttanut kipujen esiintyvyyteen, mutta vanhempien matalampi tulotaso lisäsi kipujen esiintyvyyttä tutkittavilla lapsilla. Tutkimus osoitti myös, että lapsilla, joilla oli selkäkipua, päänsärkyä ja niskahartiaseudun palpaatioarkuutta oli lisääntynyt riski purentaelimistön toimintahäiriölöydöksille.

Pohdinta

On huolestuttavaa, että lapsilla esiintyvien kipujen määrä on ollut kasvussa viimeiset vuosikymmenet. Suurimmalla osalla kivut ovat akuutteja ja itserajoittuvia, mutta on olemassa joukko, jolla kipu muuttuu krooniseksi ja kipu voi seurata aikuisikään saakka. Huono fyysinen kunto, ei niinkään fyysisen aktiivisuuden määrä näyttäisi olevan yhteydessä runsaampiin kipuihin alakouluikäisillä lapsilla. Hyvä fyysinen kunto on samalla hyvä rasittavan liikunnan määre, joten voidaan ajatella, että ei niinkään liikunnan määrä vaan liikunnan kuntoa kasvattava vaikutus auttaa ehkäisemään kipuja jo lapsuudessa.

Yleisten suositusten mukaan yli 2 tuntia kestävää yhtäjaksoista istumista tulee välttää. Tämäkin tutkimus osoitti liikkumattomuuden (mm. viihdemedian käyttö, tietokoneella olo, lukeminen, lautapelit) ja runsaampien kipujen yhteyden. Tämän tiedon valossa on perusteltua suositella lapsille jumppa/verrytelytaukoja, jolloin yhtäjaksoista istumista tai paikallaan oloa saadaan vähennettyä. Myös

ruokailukertojen säännöllisyyteen tulee kiinnittää enemmän huomiota. On osoitettu, että esimerkiksi aamupalan väliin jättäminen tai lisääntynyt napostelu lisäävät päänsärkyä, ja tässäkin tutkimuksessa pääaterioiden väliin jättäminen lisäsi aamupäänsärkyjen esiintyvyyttä. Myös hampaiden yöllinen narskuttelu sekä levoton uni näyttäisivät olevan yhteydessä heti aamusta esiintyvään päänsärkyyn. Samassa taloudessa asuvat aikuiset pystyvät parhaiten tarkkailemaan lapsen yön kulkua ja kertomaan yöllisistä tapahtumista. Hammaslääkärin vastaanotolla nähdään hampaiden narskutteluun viittaavat merkit purentaelimistöstä. Samalla on hyvä kysyä esiintyykö lapsella päänsärkyä, ja jos esiintyy niin mihin vuorokauden aikaan. Yö ja nukkuminen tulee muutenkin ottaa puheeksi niin hammashoitokäynnillä kuin muillakin terveydenhoitoon liittyvillä käynneillä, jotta mahdolliset unen laatuun vaikuttavat tekijät tunnistettaisiin. Eikä vain päänsärky, mutta myös muut kehon kivut olisi perusteltua näiden tutkimustulosten valossa selvittää, sillä tutkimuksessa osoitettiin selkeä yhteys purentaelimistön toimintahäiriöiden sekä niskahartiaseudun palpaatioarkuuden ja selkäkivun välillä.

Nämä tutkimustulokset auttavat paremmin tunnistamaan lapset, joilla on riski saada kipuja, ja puuttumaan kivun syihin mahdollisimman varhain kroonisten kiputilojen ehkäisemiseksi. Tutkimustulosten perusteella on myös suositeltavaa jo lapsilla sisällyttää hammaslääkärin tekemään tarkastukseen purentaelimistön toimintahäiriöiden tutkimus. Muitakin lasten kipuja tutkittaessa ja hoidettaessa tulisi kiinnittää huomiota myös purentaelimistön toimintaan. ■



Opioidien ja muiden lääkkeiden yhteisvaikutuksia sekä glia-aktivoituminen kroonisessa opioidi-käsittelyssä

Viljami Jokinen

HLT

Opioid Analgesia: modulation by drug interactions and glial activation

Opioidit ovat tehokkaita syöpäkivun ja leikkauksen jälkeisen kivun hoidossa käytettyjä kipulääkkeitä. Lääkkeet, jotka tehostavat opioidien kipua lievittävää vaikutusta ja siten vähentävät tarvittavaa opioidi-annosta saattavat olla hyödyllisiä lisälääkkeitä kivun hoidossa opioidien sivuvaikutusten vähentämiseksi. Sivuvaikutukset kuten sedaatio, toleranssi sekä opioidien aiheuttama kivulle herkistyminen voivat vaikeuttaa opioideilla toteutettavaa kivunhoitoa. Yleisesti pidetään mahdollisena, että morfiinin kipua lievittävän vaikutuksen häviämisen mekanismi toleranssissa ja opioidien aiheuttamassa kivulle herkistymisessä saattaa liittyä inflammatioon keskushermostossa.

Tämän väitöskirjatutkimuksen tavoitteena oli tutkia lääketyhteisvaiku-

tuksia, jotka saattavat tehostaa opioidien vaikutuksia sekä estää tai kumota opioidi-toleranssia, mutta myös arvioida keskushermoston immuunisolujen mikroglia- ja astrosyyttien osuutta morfiini-toleranssissa sekä opioidien aiheuttamassa kivulle herkistymisessä Sprague-Dawley urosrotilla. Spironolaktonilla, jonka on osoitettu tehostavan morfiinin vaikutuksia, ei itsessään havaittu antinosiseptiivista vaikutusta lämpökokeissa, mutta se akuutisti tehosti morfiinin aiheuttamaa antinosiseptiota, luultavasti estämällä vierasainepumppu P-glykoproteiinia ja lisäämällä morfiinin aivopitoisuuksia. Spironolaktoni ei estänyt morfiini-toleranssin kehittymistä. Spironolaktoni lisäsi oksikodonin antinosiseptiivista vaikutusta sekä aivopitoisuuksia, luultavasti estämällä oksikodonin metaboliaa.

Pregabaliini tehosti morfiinin ja oksikodonin sedatiivista vaikutusta sekä antinosiseptiivista vaikutusta lämpökokeissa. Käyttäytymismuutoksia ei voitu selittää farmakokineettisellä yhteisvaikutuksella ainakaan keskusher-

moston tasolla. Pregabaliini ei estänyt tai kumonnut morfiini-toleranssia.

Krooninen morfiini-käsittely aiheutti toleranssin sekä kipukynnyksen laskun. Immunohistokemiallisesti määritetty mikroglia-reaktiivisuus lisääntyi selkäytimen, mutta ei aivojen tasolla. Selkäytimestä eristettyjen mikroglia-solujen transkriptomi viitasi useiden inflammatioon ja kipuun liitettyjen geenien luennan lisääntymiseen.

Tämän väitöskirjan tulokset rotalla viittaavat siihen, että spironolaktonilla on farmakokineettinen yhteisvaikutus morfiinin ja oksikodonin kanssa, jolla periaattessa saattaa olla vaikutusta opioidi-hoitoon. Pregabaliinin ja opioidien välinen yhteisvaikutus ei vaikuta olevan farmakokineettinen ja täten mekanismi lieenee keskushermoston tasolla tapahtuva farmakodynaaminen yhteisvaikutus. Selkäytimestä eristettyjen mikroglia-solujen transkriptomi vahvistaa hypoteesia, jonka mukaan mikroglia-aktivaatiolla kroonisen morfiini-käsittelyn jälkeen on yhteneväisyyksiä patologisen kivun kanssa. ■



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

KUTSU SUOMEN KIVUNTUTKIMUSYHDISTYS ry:n SÄÄNTÖMÄÄRÄISEEN VUOSIKOKOUKSEEN

Aika: 19.4.2018 klo 16:15

Paikka: FinnMedi 2, Syke-Sali, Biokatu 6, Tampere

Kokouksessa käsitellään sääntöjen määräämät asiat

ESITYSLISTA

1. Kokouksen avaus
2. Valitaan kokouksen puheenjohtaja, sihteeri ja kaksi pöytäkirjan tarkastajaa, jotka toimivat myös ääntenlaskijoina
3. Todetaan kokouksen laillisuus ja päätösvaltaisuus
4. Hyväksytään kokouksen työjärjestys
5. Käsitellään hallituksen kertomus edellisen toimintakauden toiminnasta ja tehdään sitä koskevat päätökset
6. Esitellään edellisen tilikauden tilinpäätös ja toiminnantarkastajien lausunto
7. Päätetään tilinpäätöksen vahvistamisesta ja vastuuvapauden myöntämisestä
8. Päätetään niistä mahdollisista toimenpiteistä, joihin edellä 5-7 kohdissa käsitellyt asiat antavat aihetta
9. Vahvistetaan seuraavan toimintakauden toimintasuunnitelma
10. Vahvistetaan seuraavan tilikauden tulo- ja menoarvio
11. Päätetään seuraavan vuoden jäsen- ja kannatusjäsenmaksun suuruudesta
12. Päätetään puheenjohtajan, hallituksen jäsenten ja toimihenkilöiden palkkioista, heidän matka- ja päivärahoistaan sekä toiminnantarkastajien palkkiosta
13. Valitaan erovuoroisten tilalle hallituksen jäsenet ja varajäsenet
14. Valitaan kaksi toiminnantarkastajaa ja heidän varahenkilönsä
15. Päätetään toimikunnista ja valitaan niiden jäsenet
16. Yhdistyksen kunniajäsen 2018
17. Hallituksen ehdotus yhdistyksen sääntöjen muutoksiksi ja talousohjesäännöksi
18. Muut mahdolliset esille tulevat asiat
19. Kokouksen päättäminen

16.3.2018

Petteri Koho
Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry
puheenjohtaja

Taina Heinonen
Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry
sihteeri

Miten vanhemmat hoitavat syöpää sairastavan lapsen kipua?

Syöpää sairastavien lasten hoito siirtyy yhä enenevässä määrin polikliniseksi ja kotiin, joten vanhempien vastuu myös lasten kivun hoidosta kasvaa. Pääosin pohjoisamerikkalaista populaatiota edustava tutkimus selvitti validoitujen mittausten avulla vanhempien (n=230, 89 % äitejä) näkemyksiä syöpää sairastavan lapsen kivun hoidosta. Kysely suoritettiin netin välityksellä.

Kolmeneljäsosaa vanhemmista raportoi lapsensa kokeneen kipua kuluneen kuukauden aikana. Lasten kipu oli pääsääntöisesti VAS-asteikolla arvioituna >3/10 (90 %). Lähes kaikki vanhemmat (88 %) käyttivät kivun hoitona ei-lääkkeellisiä menetelmiä esim. huomion kiinnittämistä muualla, lepoa ja keskustelua. Lääkkeellisiä menetelmiä esim. tulehduskipulääkkeitä käytti puolestaan 66 % vanhemmista. Lääkkeitä kivunlievityksessä käyttävät vanhemmat ja vanhemmat, joiden lapsi koki kovaa kipua, luottivat vähemmän kykyihinsä hoitaa lapsen kipua.

Syöpää sairastavat lapset kokevat merkittävästi kipua

vanhempien antamasta kivun hoidosta huolimatta. Näitä perheitä hoitavan henkilökunnan olisikin tärkeä ohjata vanhemmille erilaisten kivunhoitomenetelmien käyttöä ja tukea heitä lapsen kivun hoitoon liittyvässä päätöksentekoprosessissa.

Tutelman PR, Chambers CT, Stinson JN, Parker JA, Fernandez CV, Witeman HO, Nathan PC, Barwick M, Campbell F, Jibb LA, Irwin K. Pain in Children with Cancer: Prevalence, Characteristics, and Parent Management. Clin J Pain. 2017 Jul 3. [Epub ahead of print]

Anna Axelin

TMD potilaiden psyykkisen kuormittuneisuuden arvioiminen uudella DC/TMD diagnostiikalla vaatii lisätutkimuksia

Tutkimuksessa vertailtiin kansainvälisessä käytössä olevilla TMD diagnostisilla menetelmillä, vanhemmalla RDC/TMD (142 potilasta) ja uudella DC/TMD (157 potilasta) menetelmällä saatuja tuloksia. Potilasryhmät eivät poikenneet toisistaan demograafisten tekijöiden suhteen. Ryhmien välillä ei havaittu eroja kivun intensiteetin (CPI) tai vaikeusasteen (GCPS) tai somaattisten Axis I diagnoosien suhteen. Sen sijaan psyykkistä kuormitteisuutta mittaavat

Axis II menetelmät antoivat toistaan merkittävästi poikkeavia tuloksia; vakavien depressio-, ahdistus- ja somaattisten oireiden kokeneminen oli huomattavasti vähäisempää DC menetelmällä saatujen tulosten valossa verrattuna RDC menetelmään. Tutkimuksen perusteella diagnostiikassa käytettyjen raja-arvojen luotettavuutta tulee testata uusilla tutkimuksilla ja eri kulttuuriympäristöissä.

Reiter S et al. Comparing Axis II scores according to the RDC/TMD and DC/TMD in Israeli patients. J Oral Facial Pain and Headache 2017;31:323-330.

Heli Forssell

Kansainväliset määritteet TMD hoidossa käytetyille omahoito ohjelmille

Omahoitoa pidetään oleellisenä osana kaikenlaisten TMD oireiden hoitoa ja se saattaa yksinään olla riittävä hoito vähäoireisilla, motivoituneilla TMD potilailla. Kirjallisuudessa kuvaillut omahoito-ohjelmat vaihtelevat kuitenkin suuresti määritteiden, terminologian ja sisällön suhteen. Ryhmä kansainvälisiä TMD-asiantuntijoita pyrki Delfoi-menetelmää käyttäen määrittämään TMD omahoidon ja sen osat sekä luomaan näille selkeät määritelmät. Omahoito jaettiin

6 osa-alueeseen: potilaan informoiminen, potilaan suorittamat lihasharjoitteet, lihashieronta ja termiset hoidot, dieetti ja ravintoneuvonta ja kuormittavien tapojen monitorointi. Artikkelivalottaa ansiokkaasti kuhunkin menetelmään liittyviä sisältöjä ja toteuttamista ja luo pohjan omahoitomenetelmien kehittämiseksi ja niiden hoitovaikutusten näyttöön perustuvalle testaamiselle.

Durham J et al. Self-management programmes in temporomandibular disorders: results from an international Delphi process. J Oral Rehabil 2016;43:929-936

Heli Forssell

Laservalon nilkkanyrjähdysten toipumisessa

Tutkimuksessa selvitettiin kontrolloidusti laservalon vaikutusta nilkkanyrjähdyksestä kärsineille miehille, joita oli 20 kummassakin ryhmässä. Voimalaskelmaa ei oltu tehty, mutta rando-misaatio ja sokkoutus toteutuivat. Päätemuuttujina olivat nilkan turvotus ja kipu sekä VAS-asteikolla että McGill-kaavakkeella. Turvotus laski tehokkaammin LED-ryhmässä kuin kontrolliryhmässä. Kuuden päivän kohdalla McGill-kyselyn pisteet olivat selvästi matalammat LED-ryhmässä kuin kont-

rolliryhmässä. VAS-pisteitä tutkijat eivät aukikirjoittaneet, mutta merkityksellisiä eroja väitettiin löytyneen. Valo nopeuttaa kudoksen korjaantumista vammasta, vaikuttaa solujen aineenvaihduntaan ja parantaa mikroverenkiertoa. Valon aallonpituudella ja annoksen koolla on merkitystä terapiaa suunniteltaessa.

Evaluation of the therapeutic effects of led ($\lambda 627 \pm 10$ nm) on the initial phase of ankle sprain treatment: a randomized placebo-controlled clinical trial Bruno de Moraes Prianti & Giovanna Figueiredo Novello & Tamires de Souza Moreira Prianti & Davidson Ribeiro Costa & Diego Rodrigues Pessoa & Renata Amadei Nicolau *Lasers in Medical Science* <https://doi.org/10.1007/s10103-018-2460-6>, in print

Maija-Liisa Kalliomäki

Ennuslaskuri pitkittyneelle opioidikäytölle sairaalahoidon jälkeen

Pitkittynyt sairaalahoidon jälkeinen opioidin käyttö puhuttaa maailmalla ja meillä. On jo aiemmaltaan olemassa erilaisia ennuslaskelmia, mutta ne ovat osin vanhanaikaisia. Amerikkalaisryhmä teki retrospektiivisen analyysin 27705 käsitävästä potilasaineistosta vuosilta 2008-2014 käyttäen non-parametrisia menetelmiä ja "tree-based"-regressiota suuren datamäärän analysointiin. Työ oli rekis-

teröity TRIPODIin, jonne ilmoitetaan kehitteillä olevat ennuslaskurit. Mukaan valikoitui 13 parametria, joista selkeimmin pitkittynyttä käyttöä ennustivat 45-54 vuoden ikä, tupakointi, anamneesissa kipua tai psykiatrista sairastavuutta, aiempi kipulääkkeiden käyttö, isommat sairaalahoidon aikaiset morfiiniannokset ja pitkittynyt sairaalahoido. Kaiken kaikkiaan pitkittynyttä opioidin käyttöä oli 5.3%:lla. Tulosten tulkinnassa huomioitava valikoitunut väestö –vähäosaisempia ja etnisiä minoriteetteja valtaosa potilaista.

Prediction of Future Chronic Opioid Use Among Hospitalized Patients S. L. Calcaterra, MD, MPH1,2, S. Scarbro, MS3,4, M. L. Hull, MPH1, A. D. Forber, BS5, I. A. Binswanger, MD, MPH2,6, and K. L. Colborn, PhD5 *J Gen Intern Med*. DOI: 10.1007/s11606-018-4335-8 in print

Maija-Liisa Kalliomäki

Mitä kalliimpi lääke, sitä vahvempi nosebovaikutus

Lääkkeen negatiivista lumevaikutusta kutsutaan noseboksi. Hampurilainen työryhmä tutki terveillä vapaaehtoisilla ihottumalääkkeeksi uskotellun voiteen nosebovaikutuksen riippuvuutta aineen kalleudesta. Iholle levitettiin samaa perusvoidetta otettuna eri

pakkauksista. Yksi pakkauksista näytti kalliilta, toinen halvalta ja kolmannen kerrottiin olevan tehotonta vertailuainetta. Nosebovaikutus indusoiin kuumentamalla koehenkilön tietämättä lääkekeksi luulluilla voiteilla käsiteltyjä kohtia yhtä paljon, mutta enemmän kuin vertailuaineella käsiteltyjä kohtia. Tämän jälkeen oli varsinaisen testi, jossa sama lämpötila kohdistettiin sekä lääke- että vertailuainekäsiteltyihin kohtiin. Kipu voimistui "lääkekäsitellyissä" kohdissa ja enemmän kohdassa, joka oli käsitelty kalliiksi luullulla lääkevoiteella. Toiminnallisessa magneettikuvauksessa kalleusriippuvainen nosebovaikutus korreloi pihtipoinun rostraalisen etuosan toiminnan vaimentumiseen. Nosebovaikutus välittyi keskiaivoharmaan kautta laskevia ratoja edelleen selkäytimen takasarveen asti.

Tinnermann A, Geuter S, Sprenger C. ym. Interactions between brain and spinal cord mediate value effects in placebo hyperalgesia. *Science* 2017;358:105-108.

Antti Pertovaara

Suoliston mikrobit keskeisenä mekanismina syöpälääkkeiden aiheuttamassa kivussa

Kemoterapiassa käytettyjen

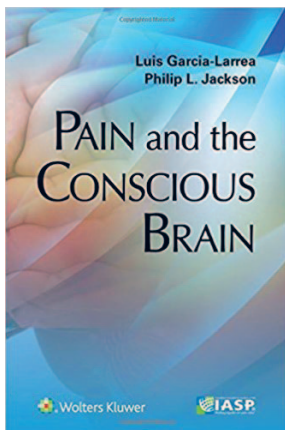
solunsalpaajien sivuvaikutuksiin kuuluu kivulias ääreishermon neuropatia. Bostonilainen työryhmä osoitti hiirillä, että solunsalpaaja oksaliplatiinin aiheuttaman kipuperkistymisen mekanismeissa ovat mukana suoliston mikrobit. Hiiret, jotka olivat kasvaneet steriileissä oloissa tai joilla suoliston mikrobit oli tuhottu antibiooteilla, eivät saaneet oksaliplatiinihoidosta kivuliasta neuropatiaa paitsi, jos heille syötettiin mahaletkun kautta mikrobeja. Gram negatiivisen bakteerin seinämän lipopolysakkaridi osoittautui keskeiseksi myötävaikuttavaksi tekijäksi oksaliplatiinin kipuvaikutukselle, joka paikannettiin takajuuren ganglioon ja "Toll-like"-reseptori 4:n välittämäksi. Kipuvaikutuksen hermostolisiin mekanismeihin vaikuttaminen on lupaavampi mahdollisuus kehittää hoito solunsalpaajien aiheuttamaan kipuun kuin suoliston mikrobien tuhoaminen, koska suoliston mikrobien on osoitettu edesauttavan solunsalpaajien kemoterapiavaikutusta (Iida ym. *Science* 2013;342:967-70).

Shen S, Lim G, You Z, ym. Gut microbiota is critical for the induction of chemotherapy-induced pain. *Nature Neurosci*. 2017;20:1213-6.

Antti Pertovaara

Pain and the Concious Brain

Pain and the Concious Brain
Louis Garcia-Larrea,
Philip L. Jackson eds.
(255 pages, Wolters Kluwer, IASP 2016)
ISBN 978-1496333629

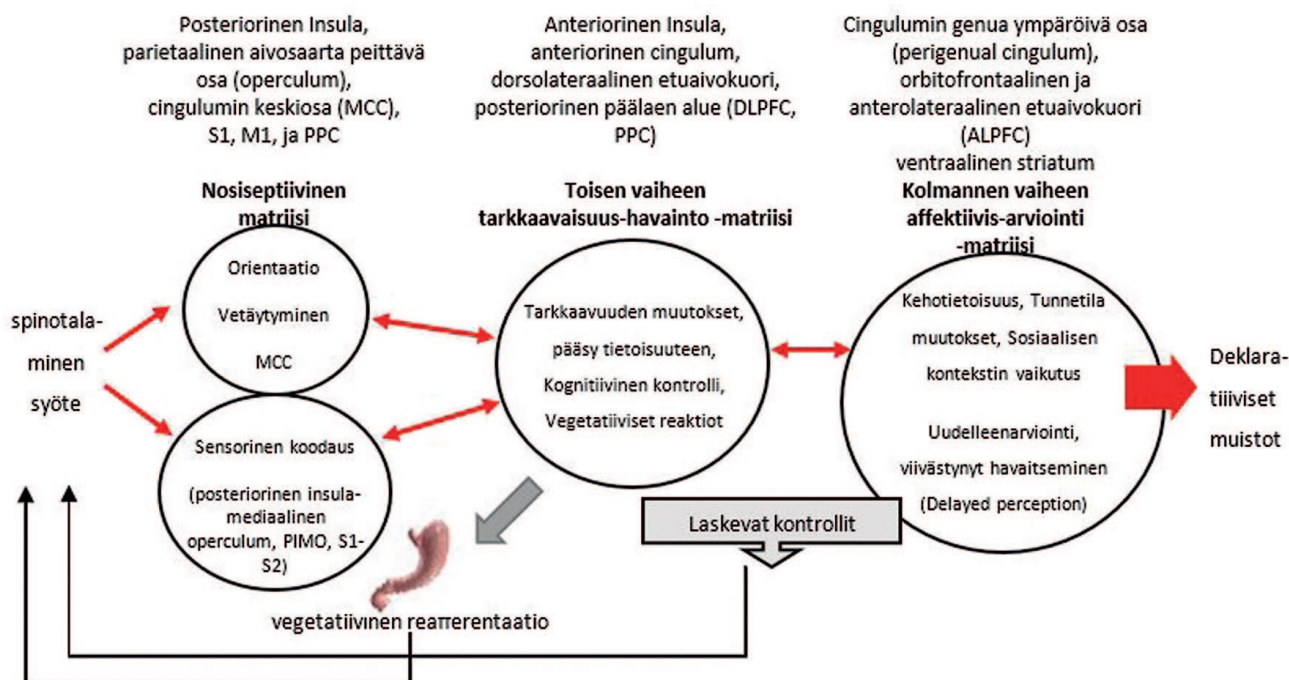


Kaksikymmentä vuotta ennen kirjan julkaisua, tietoisuustutkija Benjamin Libet ja Barry Stein kävivät v. 1996 mielestäni huimaavan kahdenkeskisen kommentointikeskustelun psykofysiologian maailmankongressissa Tampere -talon pääsalissa liittyen Steinin pääesitykseen sensorisen informaation integraatiosta cortexilla. Tuon kongressin abstraktit (1) esittelivät pääasiassa sensorisen tiedon primaaria ja modaaliteettien integratiivista prosessointia perustuen EEG ja PET tutkimuksiin, funktionaalinen MRI tekniikka oli vasta alkuvaiheissaan Suomessa. Noista ajoista on tutkijoiden sukupolvi ehtinyt vaihtua ja psykofysiologisen tutkimustiedon kumuloituminen harpannut tutkimusteknisesti, määrällisesti, kirjaimellisesti ja kuvaannollisestikin uudelle vuosituhannelle. Tietoisuuden ja myös kiputietoisuuden tutkimuksen haastavuudesta kertoo kuitenkin se, kuten Ronald Melzack esipuheessaan ilmaisee, että tämä kirja on vasta ensimmäinen kipukokemuksista laaja-alaisesti, neurotieteellisesti käsittelevä kokoomateos.

Tietoinen kipukokemus edellyttää useiden väliaivo- ja cortexin alueiden yhteistoiminnallista aktivoitumista, puhutaan Melzakin neuromatriisi -käsittein neuraalisesta kipumatriisista (painmatrix, PM). Luvussa neljä esitellään PM -malli (Garcia-Larrea, Jackson ja Peyron) eri aivoalueiden vuorovaikutuksesta nosiseptiivisessä prosessoinnissa senso-

risen syötteen tasolta aina tietoisesti mieleen palautettavan deklaratiivisen muistiaineksen muodostumiseen asti (kuva 1, kirjoittajan suomennos). Kirjan tietoinen ikään kuin rakentuu kuvatus PM-mallin ympärille käsitellen sen eri vaiheita eri näkökulmista (vrt. kirjan 15 lukua).

Alkuosan luvut käsittelevät kivun tiedostetuksi tuleminen ehtoja ja prosesseja myös erilaisissa poikkeavissa tietoisuuden tiloissa kuten eri kooma-asteet, unitila, meditaatio tai hypnoosi ja myös dementiamuutosten vaikutusta kipukokemuksen laatuun. Rhatmell (2) toteaa kirjaa koskevassa arvioinnissaan, että tämän osan anti on kivun diagnosoinnin ammattilaisille ja klinikoille merkityksellistä (mm. katsaus kivun kliiniseen arviointiin nonverbaalisten kipuilmaisujen perusteella eri DOC (Disorder of Conciousness) -tiloissa). Luvut ovat samalla jokainen neurotieteellisiä tutkimuskatsauksia antaen lisäymmärrystä ja osin kritiikkiäkin PM-mallin perustaksi. Kritiikkinä Legrain (s.184) tutkimuksiin nojaten esittää, että kipumatriisin kortikaalisen hermoston perusmerkitys on reagoimisen, havaitsemisen ja tulkinnan prosessointi sellaisissa tapahtumissa, jotka ovat potentiaalisesti kehoa vahingoittavia riippumatta ärsykkeiden sensorisen modaaliteetin alkuperästä (vrt. nosiseptiivinen vs. visuaalinen). Mielenkiintoisesti osin tähän päätelmään päätyvät myös PM-mallin kirjoittajat, mutta tämän lukijan



Sari Rusanen

PsM, kuntoutus- ja työterveyspsykologi, työnohjaaja, terveys- ja kivunpsykologiaan erikoistuva
sari.rusanen@pirte.fi

mielestä ärsyttävästi vasta kirjan loppuosassa. Kirjan massiivisen datamäärän (esim. yhteensä 855 tutkimusartikkeli viittausta) ymmärtämistä helpottaa, mikäli lukijalla on perustiedot tarkkaavaisuus/tietoisuuden top-down, default-mode- ja bottom-up prosesseista, joskin sirpale kerrallaan nämä prosessit aukeavat myös tämän teoksen avulla.

Kirjan keskiosan antia ovat kehotietoisuuden kehittymisen ja kipukokemuksen yhteyden kuvaus, sikiön ja vastasyntyneen kipukokemuksen kuvaus sekä kipukokemuksen muuntuminen multimodaalisessa havaitsemisen tilanteessa. Psykologille mielenkiintoisinta olivat katsaukset plasebo- ja nosebovaikutuksiin sekä huomion suuntautumisen (attention) vs. ennakointi (anticipation) vaikutusten neuroalisiin prosesseihin – erityisesti tutkimustulosten tulkinnat. Otetaan näiden ilmiöiden ja PM-mallin havainnollistamiseksi arkinen esimerkki: Selkäkipuinen mies menee vaimonsa kanssa kenkäkauppaan. Nosiseptiivinen ärsy-

ke (spinotalaminen syöte) syntyy selkäydintasolla, vioittuneen L IV-V -tason juurihermon reagoidessa ahtauneessa kanavassa kantaaskelluksen tärehdykseen. Aikaisemmin mies on kenkiä kokeillessaan oppinut tarvitsevansa vahvasti iskuvaimennetut kengät (ennakoiva ehdollistuminen), ettei kipua syntyisi (analgesia -vaikutus, jos myyjä heti uskottavasti väittäisi kenkien olevan vahvasti iskuvaimennetut). Kauppaan astuessaan mies lievästi ahdistuu kiihkeä vaimon toiminnasta ja samassa sanoittaa ääneen, että ”sovituspennä näyttäisi olevan ihan liian matalalla” (arousal tilanne pohjalla havaintohetkellä). Kiihtyneenä ja epävarmoin odotuksin hän sovitaa kenkää – askeltaa – ja nopeasti toteaa (vrt. PM-mallin mukaisesti: ensimmäisessä koeaskelmassa koettu tärehdyk + nosiseptiivisen signaalin toisen ja kolmannen vaiheen prosessointi) sen olevan sopimaton, sillä se ei edes ole oikeaa merkkiä (nosebon aktivoituminen: opittu malli ”vain tietyn urheilukenkävalmistajan iskuvaimennus riittää”).

Vaimo yrittää vaikuttaa puolisoonsa ja tarjoaa pehmentäviä pohjallisia lisäiskunvaimennukseksi. Tämä on tuloksetonta, sillä jo aiempi ehdollistuminen sekä juuri pohjalliskokeilua edeltänyt kipukokemus ko. kenkämerkin kohdalla on madaltanut kipukokemuksen syntymisen kynnystä neuraalisessa prosessoinnissa (ennakointi kivun suuntaan vahvistaa kivun intensiteettiä epävarmassa tilanteessa). Mielenkiintoisemmin olisi tapahtunut, jos mies olisi meditatiivisen mindfulness -harjoittelun aktiivinen harrastaja ja kyennyt toisessa sovitustilanteessa soveltamaan taitoaan. Kirjan Mindfulnessia ja kiputietoisuutta käsittelevässä luvussa todetaan, että meditoivan henkilön kyky tulkita sensorinen I-vaiheen prosessointi on ”puhtaampaa” tässä ja nyt kokemusta ilman uudelleenarvioinnin (l. reappraisal tai delayed perception) -kipua mahdollisesti voimistavaa vaikutusta.

Kuinka siis löytää analgeettiset kengät? Jos ennen kauppaa astumista mies olisi pelästynyt kaupan pihalla vaarallisen näköisesti ryntäilevää koiraa ja pelkotila olisi jäänyt päälle sovitushetkeen saakka, pelko voisi tuottaa analgeettista vaikutusta (vrt. luku 14) ja ”väärän merkisetkin kengät” tuntuisivat sopivilta. Tai jos jo ennen sovitusta mies olisi ollut 100%:n varma, että kengät aiheuttavat liiallista kipua, kipuun valmistautuminen tuottaisi analgeettista vaikutusta (huomion tietoisien poissuuntaamisen vaikutus, kognitiivinen kontrolli). Muita analgeettisia sovitustuloksia lisäävät vaihtoehdot olisivat mahdollisesti olleet myyjän ominaisuuksissa miestä miellyttävät (esim. oksitoerginen aktivoituminen) piirteet tai vaimon ennen kauppakierrosta antaman palkkiolupauksen mielessä aktivoituminen juuri ennen sovitushetkeä (opioidierginen aktivoituminen) – assosiaativihjeeksi vaimo silittelisi hyväksyvästi puolisonsa niskaa hänen istuessaan.

Kirjan loppuosa puolestaan käsittelee nosi-

seption merkitystä tietoisuuden kehittämisessä evoluution näkökulmasta, sekä emootioiden vaikutusta kipuun PM-mallin mukaisesti. Jaan Panksep esittelee DPS (Deep Brain Stimulation) tutkimuksia fysiologisen kipukokemuksen ja sosiaalista alkuperää olevan emotionaalisen kärsimyksen yhteydestä. Emotionaalinen kärsimys on hänen mukaansa syntynyt vuorovaikutustilanteista, jossa emon ja poikasen läheisyys estyy (vrt. sensoriset deprivatiokokeet). Kivun ja emotionaalisen kärsimyksen (kuten eroahdistus, suru, depressio) neuraalisista ”virtapiireistä” (PAG ja nk. Panic/grief-system) ovat pitkälti päällekkäisiä ja havaittavissa samankaltaisina ihmisellä, kädellisillä sekä esim. kanoilla.

Luvussa 14 Garcia-Larrea ja Jackson vetävät yhteen PM-mallin II- ja III-vaiheen prosessointiin liittyviä tarkkaavuudenohjauksen ja emootioiden vaikutuksia. Tarkkaavuuden ohjauksen vaikutukset kipukokemukseen on kirjan koostamisen logiikassa jaoteltu yleisen vireys/tarkkaavuuden ylläpitokyvyn sekä selektiivisen huomioon tapahtumiin. Yleisen tarkkaavuuskyvyn vaikutuksia kipukokemukseen on kirjassa tarkasteltu luvuissa, jotka käsittelevät mm. unen, eri asteisten koomatilojen kiputietoisuutta. Selektiivinen huomioon vaikuttuksiin keskitytään vasta tässä luvussa. Tarkkaavuus kohdistuu tilanteissa relevantteihin käyttäytymistä määrittäviin tekijöihin. Mielen hermoston jatkuva aktiivisuuskuvioiden vaihtelu on tilanneadaptiivista, kivulla on kuitenkin fight or flight -järjestelmiin vaikuttava bottom-up hälytysvaikutus – kipusignaalien prosessointi ohittaa ylemmän tason kognitiiviset toiminnot häiriten mm. keskittymiskykyä, mutta samalla kipukokemus ohjaa hermoston aktiivisuuden kipua kohti (top-down: Edeltävä kipu lisää sensoristen ja motoristen mm. S1 ja M1 alueille saapuvaa signaalivirran prosessointia). Tällainen tarkkaavuuden valmistava aktiivisuus (bottom-up -top-down

luuppi) voimistaa valmiustilaa havaita mahdollisesti uusi kipusignaali. Myös emootioiden vaikutukset jaotellaan mielialan (mood) ja erillisiin nopeammin vaihteleviin tunnetiloihin. Kirjassa käsitellään lähinnä nopeasti vaihtelevien tunnetilojen tietoisuusvaikutusta esitteleviä tutkimuksia kuten suru- tai kärsimyskuvien, akuutin pelon (vrt. kenkien sovituseseimerkki), tuoksujen, musiikin tai toisen ihmisen kivun näkemisen vaikutus kipukokemukseen.

Jäin kaipaamaan ja pohtimaan muistiprosessien neuraalisen osuuden tarkempaa kuvausta kipukokemuksessa. Kivun kroonistumisen prosesseista löytyi yksittäisiä mainintoja, oletettavasti ne olisivat pääteltävissä PM-mallin pohjalta, mutta tämän ymmärtämiseen tai asian avaamiseen ei kirjoittajana tietopohjani riitä. Myöskään traumatisoituneen henkilön kipukokemusta ei mainittu. Muistiaineksen mieleen palautumisen syvempää merkitystä kipukokemuksen syntymisessä sivutaan yllättävästikin vasta viimeisessä ”Robot Pain” -luvussa. Kuvitteellisen kipua tuntevan robotin ohjelmoinnissa ehdollisen oppimisen algoritmi ohjaa oppijaa yrityksen ja erehdyksen tiellä suuntautumaan sellaisiin yrityksiin, jotka ovat toiminnan päämäärän kannalta palkitsevimpia eivät vain yhden tapahtuman kannalta vaan myös vaikutukseltaan tuleviin tapahtumiin. Miksipä se ei olisi näin myös oppivan ihmisen elämässä? Muistiprosessien osalta kirjaa lukiessaan lukijan tulisi osata päätellä muistiaineksen vaikutus automaattisena osana kipumatriisi-mallin III-vaiheen uudelleenarviointi (reappraisal, delayed perception) -prosessia.

Moniammatillisen kivunhoidon eri ammattiryhmien toimijat hyötyvät tästä massiivisesta kipututkimustiedon kattauksesta mielestäni monin tavoin: Tieto lisää toinen toistemme näkökulman ymmärtämistä, datakattaukset toimivat erilaisten tutkimussuunnitelmien pohjana sekä opetus- ja valmennusmateriaalien

kokoamisen apuna ja kirja on myös sopiva, joskin kovin vaativa, opetuksen oheismateriaaliksi taipuva teos. Kukin ammattilainen tulkitkoon teoksen hyötyjä omien malliensa valossa. Esimerkiksi, mikä onkaan tietoisuustutkimuksen merkitys toiminnallisten tai käyttäytymisterapioiden kehittämiseksi tulevaisuudessa? Koska teos on psykologin näkökulmasta ”hard data”-todistusaineistoa kipukokemuksen subjektiivisuudesta ja sosiaalisesta luonteesta, on pakko myös kysyä: Jos edeltävät n. 150 vuotta ovat olleet biomedikaalisen damage-pain malliin perustuvaa kipulievityksen voittokulkua, niin nyt lienee menossa damage-pain ja tietoisuusmallien yhdistämisen aika? ■

Kirjallisuutta

- Abstracts, International Organization of Psychophysiology (IOP) 8th World congress of IOP, June 25-30, 1996, Tampere, Finland.
- Rathmell, J. P. Pain and the Concious Brain, book review. *Anesth Analg* 2017; 124 (2): 694.

Kehon viisaat viestit

Vapaaksi kivusta, stressistä ja kuormittavista tunteista

Kirjoittajat: Juha Siira ja Karita Palomäki
(160 s., Kirjapaja 2016)
ISBN 9789522885302



Kivunhoidossa on varsin yleisesti hyväksytty näkemys, että stressin- ja tunteidensäätely on läheisesti yhteydessä kipukokemukseen. ”Kehon viisaat viestit” kirjassa paneudutaan tähän teemaan syvällisesti ja samalla käytännönläheisesti. Kirjassa tuodaan esiin konkreettisesti miten keho ja mieli toimivat saumattomasti vuorovaikutuksessa. Mielen sisällöt vaikuttavat välittömästi kehoon ja taas kehon tuntemukset heijastuvat mieleen. Keholliset reaktiot ja tuntemukset ovat rehellisiä ja aitoja – keho ei valehtele. Usein keholliseen tuntemukseen kätkeytyy olennaista tietoa liittyen ihmisen menneisyyden kokemuksiin, tiedostamattomiin tunteisiin ja ratkaisemattomiin ristiriitoihin. Olennaista on miten osaamme kuulla, tulkita ja ymmärtää kehomme viestejä. Haastavaa voi olla hyväksyä kehomme, joskus varsin epämiellyttävätkin tuntemukset, osaksi itseä. Jotta voisimme oppia kehostamme ja tukea hyvinvointiamme tulisi meidän pysähtyä itsemme äärelle. Tähän kyseinen teos lukijoihin haastaa.

Kirjan tarkoitus on johdattaa lukijan havaitsemaan ja kuulemaan kehon viisaita viestejä. Tähän pyritään tarjoamalla selkeää teoretietoa aiheesta, kuvaamalla useita potilastapauksia sekä useita erilaisia käytännönharjoituksia. Kirja on rakennettu prosessinomaiseksi ja kirjoittajien suositus on, että kirjassa edetään järjestelmällisesti sekä pysähtyen harjoituksiin ja pohdintatehtäviin. Ideana on erilaisten taitojen omaksumisesta, joten kirjan tavoitteisiin pääseminen edellyttää aiheisiin ja harjoituksiin palaamista uudelleen ja uudelleen. Mikäli jotkut kirjan osat ovat jo tuttuja ja kyseiset taidot hallinnassa, voi toki kirjassa edetä nopeammin.

Kirja on suomenkielinen ja sivuja on 160. Teksti itsessään on mielestäni melko helppolukuista, mutta käytännön taitojen omaksuminen voi olla haastavaa. Kirja on suunnattu ensisijaisesti kivusta ja/tai stressistä kärsiville ihmisille. Teos tarjoaa hyödyllistä tietoa kokonaisvaltaisesta kivunhoidosta kiinnostuneille terveydenhuollon ammattilaisille, vaikei omakohtaista kokemusta haittaavasta kivusta tai stressistä olisikaan.

Kehotietoisuus on yksi keskeisistä kirjan käsitteistä, kun tarkastellaan kehon, mielen ja meissä virtaavan energian yhteyttä. Kehotietoisuudella tarkoitetaan kykyä aistia tarkasti, mitä omassa kehossa tapahtuu. Kehotietoisuutta tukee mahdollisimman neutraali, rauhallinen, joustava ja hyväksyvä havainnointi. Kehotietoisuudessa pyritään havainnoimaan niin mielen sisältöjä kuin kehon tuntemuksia siten miten ne ovat, ilman tuomitsemista tai arvottamista.

Kun kipu tai stressi on jatkunut pitkään, on tyypillistä, että niihin liittyviä tuntemuksia pyritään sulkemaan tietoisuuden ulkopuolelle. Pyritään työntämään epämiellyttäviä tuntemuksia pois itsestä. Hartaana toiveena on saada elää ilman raastavia tuntemuksia. Meillä ei välttämättä ole kykyä tai voimavaroja kohdata raskautettu itsemme. Näin saatamme vieraantua itsestämme ja menettää yhteyden kehoomme. Samalla menetämme tärkeän osan itsestämme, kokemusmaailma saattaa jähmettyä ja menetämme luontaisen energiamme. Meillä ei ole enää luottamusta kehoomme ja sen vahvatkaan viestit eivät tavoita ymmärrystämme. Kirjassa ajatuksena on, että vieraantuudesta voi ehkäistä kohentamalla itsensäätelyä.

Kirjan keskeisessä osiossa, ”vapauta stressi

ja kipu kehosi kautta”, kuvataan useita erilaisia kehollisia stressin- ja kivun itsesäätelykeinoja. Säätelykeinoja vahvistetaan mm. mielikuvien ja hengityksen avulla, vahvistamalla kehon ja mielen turvan kokemusta, hyödyntämällä rentouttavaa ääntä sekä huomion suuntaamista. Huomion suuntaamisessa korostetaan jouhevaa ja virtavaa havainnointia. Näissä harjoituksissa huomio siirtyy jouhevasti mm. kivuliaiden kohtien ja vähemmän kivuliaiden kohtien välillä. Monissa harjoituksissa kiinnitetään tietoisesti huomiota kivuliaisiin kohtiin ja niissä viivytään oma aikansa. Kunnes havainnointi siirtyy jouhevasti eteenpäin.

Edellä mainitut itsesäätelykeinot ovat ehkä ainakin kivunhoidon asiantuntijoille yleisellä tasolla tuttuja ja ansiokasta oli keskittyä juuri käytännön harjoitteisiin ja kirjaimellisesti itsesäätelytaitojen omaksumiseen. Näiden teemojen jälkeen edetään vähän vieraampiin tekniikoihin ja ehkä astetta haastavampiin.

Kirjassa käsitellään silmänliikkeiden hyödyntämistä kivunhoidossa. Ajatuksena on, että kokiessamme voimakasta kipua, katseemme hakeutuu tiettyyn kohtaan näkökentässä ja vastaavasti toiseen kohtaan, kun kipu on lievää. Kirjassa kuvatun harjoituksen tarkoituksena on vaikuttaa kipukokemukseen kiinnittämällä huomiota näkökenttämme eri osa-alueisiin ja liikkumalla niiden välillä. Ajatuksena on, että silmänliikeharjoitukset edesauttaisivat kipuradaston tervehdyttämistä ja ne tukisivat uusien hermoverkkoyhteyksien syntyä.

Akupunktion hyödyntäminen kivunhoidossa on suhteellisen yleistä, mutta kirjassa tuodaan esiin miten akupunktiopisteitä voi hyödyntää kivun itsehoidossa. Kirjassa esitellään muutamia harjoituksia, joissa naputellaan

akupunktiopisteitä omilla sormenpäillä. Kirjan esipuheen kirjoittanut Yhdysvaltalainen psykologi Fred Gallo on yksi tämän suuntauksen pioneereista. Hän on kehittänyt kivunhoitomallin, jossa hyödynnetään kehotietoisuutta ja hyväksyvää läsnäoloa yhdistettynä akupunktiopisteiden stimulointiin.

Kivun ja stressin lisäksi kirjassa kiinnitetään erikseen huomiota tunteisiin. Osana kivunhallintaa kehotetaan työskentelemään tunteiden kanssa. Kipu on usein kietoutunut vyyhdin lailla erilaisiin tunteisiin. Tämä vyyhdin tunnistaminen ja tiedostaminen on usein jo hyvä alku tunteiden käsittelyssä. Lisäksi korostetaan, että on hyvä oppia tunnistamaan tunteiden kehollisia muotoja. Tunteiden kanssa työskentely voi sisältää mm. sen huomioimista, että tunteet ovat vaan tunteita ja voi olla hyödyllistä vain päästää niistä irti.

Hektisen arjen keskellä oli pysähdyttävää lukea riittämättömyyden tunteesta, mikä on yksi kipukokemusta voimistavasta tunteesta. Yhdessä harjoituksessa esitetään kysymyksiä riittämättömyyden tunteita kantavalle. Kysymyksiä olivat mm: ”Miltä tuntuu olla minä silloin, kun vapaudun itseni tuomitsemisesta ja hyväksyn itseni ja jaksamiseni?” ja ”Miltä tuntuu olla minä silloin, kun vapaudun ajatuksesta, että olen vajavainen ja ajattelen sen sijaan, että olen sopiva ja täydellinen juuri tässä hetkessä?” Nämä ja monet muut kirjan näkökulmat varmasti puhuttelevat ja ohjaavat ihmisiä kivun ja stressin keskellä. ■

Salla Salo

psykologian maisteri, kipupsykologi

salla.salo@tyks.fi

TYKS/kipuklinikka/ PL 52/20521 Turku



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

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

Yhdistys toteuttaa tarkoitustaan

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

SKTY:n hallituksen jäsenten yhteystiedot

Puheenjohtaja **Petteri Koho**

Orton

Tenholantie 10, 00280 Helsinki

pj@skty.org

Sihteeri **Taina Heinonen**

Päijät-Hämeen keskussairaala, fysiatrian pkl

Keskussairaalankatu 7, 15850 Lahti

siht@skty.org

Rahastonhoitaja **Sarita Aho**

Validia Kuntoutus, Nordenskiöldinkatu 18 B, PL 103, 00251 Helsinki

sarita.aho@saunalahti.fi

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



www.efic.org



www.sasp.org



Petteri Koho
puheenjohtaja

Kuluvan vuoden IASP-teema 'Excellence in pain education' on Suomen kivuntutkimusyhdistyksen osalta tätä kirjoitettaessa käynnistynyt mukavasti. Yhteiskunnallisen vaikuttamisen toimikunta tuotti lääkäripäiville yhden session ohjelman. Sairaanhoidajien kivun hoitotyön täydennyskoulutuksen ohjelma on valmistunut ja koulutus käynnistyy Turun yliopiston ja SKTYn yhteisvoimin. Fysioterapeuttien kipufysioterapian koulutus käynnistyy 4. kerran ja meneillään oleva kivun psykologian asiantuntijakoulutus on päätösseminaaria vaille valmis. Osallistumme kansalliseen palliatiivisen hoidon kehittämishankkeeseen asiantuntijan roolissa. Kipuhammaslääkärin ja fysioterapeuttien verkostoitumistapaamiset ovat jo toteutuneet tammi-helmikuun aikana.

Kevään vuosikokouksessa käsitellään sääntömääräisten asioiden lisäksi sääntömuutoksia. Hallituksen tulee ehdottamaan siirtymistä 'kahden kokouksen malliin', jossa yhdistyksellä on kevätkokous kevään koulutustilaisuuden yhteydessä ja syyskokous AKI-SYKI päivien yhteydessä. Kevätkokouksessa tullaan käsittelemään edellisen vuoden toiminta-

kertomus ja tilinpäätöksiä, syyskokouksessa puolestaan tulevan vuoden budjetti ja henkilövalinnat. Nyt em. asiat käsitellään kun toimikaudesta on jo kulunut neljäsosa. Lisäksi hallitus on laatinut ehdotuksen yhdistyksen talousohjesäännöstä, jonka tarkoituksena on lisätä läpinäkyvyyttä ja antaa raamit yhdistyksen talouden hoitoon.

Yhdistyksen taloudellinen tilanne on vakaa, kiitos aikaisempien hyvien vuosien. Vaikka Suomen talous osoittaa elpymisen merkkejä, yhdistyksen kuluvan vuoden budjetti saaminen tasapainoiseksi tullee olemaan haasteellinen tehtävä. Eri koulutustilaisuuksiin näytteilleasettajien saaminen ja ilmoitusten myynti Kipuviestiin vaativat yhä enemmän työtä ja tulos on vaatimattomampi. Hallitus ottaa uusia ajatuksia yhteistyökumppaneiden ja ilmoitusten myymiseen kernaasti vastaan.

Pidetään omasta tietopääomastamme kiinni ja kartutetaan sitä mm. yhdistyksen järjestämissä koulutustilaisuuksissa. Tavataan Tampereella KTYn ja SASPin yhteiskokouksessa.



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

Olen parin viime viikon aikana seurannut hämmennyneenä keskustelua ehdotuksesta vaihtaa yhdistyksen nimi. Mieleeeni tuli, että yhdistyksen johdossa ja jäsenistössä on ilmeisesti käynyt niin suuri sukupolven vaihdos, että olisi aika kerrata yhdistyksen syntyvaiheita ja tavoitteita.

Suomen Kivuntutkimusyhdistys perustettiin 1996 edistämään kipuun liittyvää tutkimusta, opetusta ja kivunhoitoa. Yhdistyksen esikuvana oli alan kansainvälinen kattojärjestö IASP eli International Association for the Study of Pain. IASP on kansainvälinen monialainen ammattilaisten järjestö, jonka jäseneksi voivat hakea kaikki ammattilaiset, jotka tekevät tutkimusta tai hoitavat erilaisia kiputiloja mukaan lukien akuutti, krooninen ja syöpään liittyvä kipu. IASPilla on lisäksi noin 20 erilaista ryhmää (Special Interest Group), jotka edistävät jonkun tietyn kivun alan tutkimusta, koulutusta ja hoitoa (esim. TULE-kivut, CRPS, neuroopaattinen kipu). Maailman kivuntutkijoiden kongressi järjestetään joka toinen vuosi. Siinä on suurten luentojen lisäksi kymmeniä eri aiheisia työpajoja, satoja postereita ja perusasioiden, niin tutkimuksen kuin klinikankin, kertauskurssi. IASP julkaisee PAIN-lehteä, joka on tieteellisesti korkeata-

soinen julkaisusarja. Lisäksi uutuutena on alkanut Pain Reports, joka on avoin sähköinen julkaisusarja. Lisäksi Pain Clinical Updates päivittää jäsenistön tietoja erilaisista kliinisistä ongelmista. IASP tukee kansallisia järjestöjä myös taloudellisesti. Se on tukenut monen kansainvälisen luennoitsijan osallistumista SKTY:n koulutustapahtumiin. Kansallisten yhdistysten puheenjohtajat kutsutaan myös IASPin maailmankongressien yhteydessä neuvottelemaan järjestön tulevaisuudesta.

IASPin kanssa tekee yhteistyötä noin 100 kansallista yhdistystä, joilla on sama visio kuin IASPilla eli ”yhteistyöllä parempaa kivunhoitoa kaikkialle maailmaan”. Suomen Kivuntutkimusyhdistys on tällainen itsenäinen kansallinen yhdistys, jonka yksityiset jäsenet voivat halutessaan hakea myös IASPin jäsenyyttä. EFIC eli European Pain Federation perustettiin 1993 ja se koostuu kansallisista yhdistyksistä. Suomen Kivuntutkimusyhdistys on EFICin osa ja yhdistyksemme puheenjohtaja edustaa SKTY:tä EFICin neuvostossa (council). EFIC järjestää kongressin joka toinen vuosi ja sen lisäksi useita tutkimukseen tai kliiniseen pätevytykseen keskittyviä kursseja vuosittain. Sillä on oma julkaisusarja (European Journal of Pain) ja se on aloittanut kipulääketieteen

diplomiin tähtäävän koulutusohjelman. EFIC on aktiivinen yhteiskunnallisessa vaikuttamisessa. Sillä on suora linja Euroopan Unioniin yhteistyössä potilasjärjestöjen kanssa. IASP ja EFIC ovat yhdessä tukeneet kipuun liittyvien diagnoosien huomioimista uudessa ICD-11-järjestelmässä, jonka valmistelu on loppumetreillä. IASP, EFIC ja SKTY osallistuvat joka vuosi saman kipuun liittyvän teeman edistämiseen erilaisten koulutustapahtumien kautta. Vuoden 2018 teemana on ”2018 Global Year for Excellence in Pain Education”. Teemavuoden aikana IASP julkaisee sivuillaan kaikkien, myös ei-jäsenen, käyttöön tietoiskuja (fact sheets).

Monen vuoden ajan suomalaisia edusti IASPissa SASP eli Scandinavian Association for the Study of Pain. Se oli lähes jokaisen kivun tutkimuksen ja hoidon pioneerin tärkeä kasvattamo, jossa perus- ja kliiniset tutkijat oppivat toisiltaan. SASP oli IASPin ensimmäisiä ”kansallisia” yhdistyksiä ja moni olisi toivonut sen jatkavan vahvana pohjoismaisena organisaationa. Tilanne muuttui kuitenkin, kun SASP lopetettiin ja kansalliset yhdistykset korvasivat sen. SASPin toimintaa jatkaa ”uusiSASP”, joka on epävirallinen yhdistys. Sillä on oma lehtensä (Scandinavian Journal of Pain). Tänä keväänä uusiSASP järjestää



kokouksen Suomen Tampereella yhdessä SKTY:n kanssa.

Kun Suomen Kivuntutkimusyhdistys perustettiin 1996, suunniteltiin yhdistyksen nimi ja periaatteet sellaisiksi, että yhdistyksemme täyttäisi IASPin kriteerit niin tavoitteiltaan kuin jäsenkunnaltaankin (monialainen) siltä varalta, että SKTY hakisi tulevaisuudessa IASPin kansallisen yhdistyksen statusta. Näinhän sitten kävikin. Näistä periaatteista ei kannata luopua ja kansainvälisten emojärjestöjen yhteydestä ei kannata luopua. IASPin toimintaa voi edelleen käyttää mallina monen toimintamuodon kehittämisessä.

IASPin ja SKTY:n perustavoitteena on edistää tutkimusta, joka opetuksen ja koulutuksen avulla siirtää parempia hoitokäytäntöjä kipupotilaiden hyväksi. SKTY on ollut aktiivinen kaikilla näillä osa-alueilla. Se on tukenut tut-

kimustyötä ja tutkimukseen perustuva näyttö on ollut edellytys koulutusten ohjelmille. Koulutukset on pyritty räätälöimään moneen tarpeeseen. On kuitenkin varsin haasteellista rakentaa koulutustilaisuuksia, joissa jokainen kokee oppivansa jotain. Vaarana on, että osa kuulijoista ei saa mitään uutta tietoa ja toiset kokevat tiedon olevan liian vaikeata. Jokainen joutuu tekemään kompromisseja. Rinnakkaisseminareilla ja erillisillä tiettyjen ammattiryhmien koulutusohjelmilla pyritään tarjoamaan "täsmäkoulutusta".

SKTY on ollut aktiivinen kaikilla tärkeillä osa-alueilla eli tutkimuksessa, koulutuksessa ja kliinisen työn tukijana. SKTY on luonut erityispätevyyskoulutusohjelmat useille ammattiryhmille ja kirjoittanut erilaisia oppaita ja diagnoosiluetteloita kliinisen työn tueksi. Yhteiskunnallisen vaikuttamisen toimikunta teki aikanaan erittäin ansiokasta työtä monella saralla järjestäen mm. yhteisiä tilaisuuksia poliittisten päättäjien kanssa. SKTY oli mukana myös STM:n työryhmässä tuottamassa raporttia *Kroonisen kivun ja syöpäkivun hoidon kansallinen toimintasuunnitelma vuosille 2017–2020*. Raportti luovutettiin vuosi sitten peruspalveluministerille. Raportti löytyy STM:n sivuilta. Tällä hetkellä suuri yhteinen hanke on kansallisen *Terveyskylän Kivunhallintatalon* rakentaminen kansallisena yhteistyönä. Tämäkin hanke perustuu kouluttamiseen (kansalaiset, päättäjät, potilaat, omaiset, ammattilaiset) ja tarjoaa jatkossa myös läheteellä toteutuvia hoitointerventioita. Kyseessä on erittäin suuri hanke, jonka tavoitteena on mm. vähentää kansalaisten eriarvoisuutta kivunhoidon saatavuudessa pit-

kien välimatkojen maassamme.

Yhdistyksen nimi on aikanaan huolella harkittu. Englanninkielinen sana "study" kattaa tutkimuksen lisäksi myös opetuksen paremmin kuin suomen sana "tutkimus". Joka tapauksessa tutkimus ja opiskelu ovat kaiken kliinisen työn kehityksen perusta. Yhdistyksen toiminnassa täytyy tutkimuksen ja opetuksen olla mukana, jos haluamme yhdistyksen painoarvon kansallisena vaikuttajana jatkuvan. Tutkimuksen tuoma kriittinen ajattelu on erityisen tärkeää nykypäivänä, kun media tarjoaa erilaisille kokemusasiantuntijoille ja bloggareille kanavia vaihtoehtoisten totuuksien tarjontaan.

"Ei nimi miestä pahenna, jollei mies nimeä" sopii tämänkin nimikeskustelun motoksi. Jos muutosta halutaan toimintaan, ei se tapahdu nimeä vaihtamalla. SKTY:n täysmittaisena aktiivisena jäsenenä voi toimia, vaikka ei kokisikaan itseään tutkijaksi. Yhdistys tarvitsee toimintaansa niin tutkijoita, kouluttajia kuin klinikoitakin. Yhdistyksen saavutukset ovat perustuneet vapaaehtoiseen työhön, jonka tekijöitä tarvitaan jatkossakin. SKTY:n jäsenten ei niinkään pitäisi kysyä "mitä minä voin saada yhdistykseltä" vaan "mitä minä voin antaa yhdistykselle". Ehdotankin, että Suomen Kivuntutkimusyhdistys pitää nimensä ja kansainväliset yhteytensä. Nimikilpailun sijasta kannattaisi jäsenet haastaa ehdottamaan yhdistykselle uusia tavoitteita ja ideoita niiden saavuttamiseksi kysymällä: *Mitä sinä olisit valmis tekemään yhdistyksen hyväksi – suomalaisen kivun tutkimuksen, opetuksen ja hoidon parantamiseksi?* ■

Eija Kalso

Kivunhoidon verkostoitumispäivä 15.9.2017

Valtakunnallinen kivunhoidon verkostoitumispäivä järjestettiin Orion OY:n tiloissa Espoossa, 15.9.2017 jo seitsemännen kerran. Aiheena oli ”Kipupotilaan elämänlaatu”. Verkostoitumispäivään osallistui 35 vähintään 50 % työajastaan akuutin ja kroonisen kivun osa-alueella kivun hoitotyötä tekevää sairaanhoitajaa ympäri Suomen. Myyntipäällikkö Kirsi Maaskola avasi verkostoitumispäivät ja toivotti Orion Pharman puolesta osallistujat lämpimästi tervetulleeksi.

Suomen Kivuntutkimusyhdistyksen Hoitotyön toimikunnan puheenjohtaja Anna-Maija Koivusalo toivotti osallistujat tervetulleeksi ja kertoi yhdistyksen hoitotyön toimikunnan historiasta. Anna-Maija oli koonnut kattavan esityksen hoitotyön toimikunnan roolista ja merkitystä kivunhoidon kehittäjänä sekä kivunhoidon asiantuntijasairaanhoitajien verkostoitumisen edistäjänä vuosisadan varrelta.

Verkostoitumispäivä koostui jälleen kerran todella mielenkiintoisista asiantuntijaesityksistä. LT Tarja Heiskanen luennoi aiheesta ”Vahvat opioidit pitkittyneen kivun hoidossa”. Pitkittyneen kivun hoidossa tavoitteena ovat kivun lievittymisen lisäksi toimintakyvyn ja elämänlaadun paraneminen. Hoidon perustana on toimiva hoitosuhde, moniammatillinen lähestymistapa, lääkkeettömät hoitomuodot sekä potilaan aktiivinen rooli hoidossa. Ennen opioidihoidon aloittamista on kokeiltava



Myyntipäällikkö Kirsi Maaskola toivotti osallistujat tervetulleiksi.

muita kivun hoitomuotoja. Parhaiten opioidilääkityksestä hyötyvät potilaat, joiden kipuongelma on paikallinen, psyykinen ja somaattinen oheissairastavuus vähäistä ja joilla on ehjä sosiaalinen tukiverkko. Lääkitystä käytetään lääkkeettömien hoitojen rinnalla tukemaan potilaan aktiivisuutta. Heiskanen korosti, että lääkehoitoa määrävän lääkärin tulee tuntea potilas ja kivun aiheuttava syy.

LK Pekka Vartiainen esitteli tutkimustaan kivunhoidon vaikuttavuudesta pitkään jatkuneen kivun kanssa elävän potilaan elämänlaatuun. Vartiainen käsitteli moniammatillista ki-

vunhoitoa ja kroonisen kivun mittamista; mitä mitataan ja miten, mitä on elämänlaatu ja millaisia elämänlaatumittareita on käytössä. Vartiainen mukaan moniammatillisen kivunhoidon vaikuttavuudesta on selkeää näyttöä. Hyöty on osoittautunut pitkäaikaiseksi sekä kustannustehokkaaksi, mikäli se aloitetaan aikaisessa vaiheessa. Hoidon pääpaino on toimintakyvyn parantamisessa sekä oheisongelmien vähentämisessä, ei niinkään kivun poistamisessa.

Iltapäivällä oli osallistujat jakautuneet neljään ryhmään ryhmätyöskentelyä varten. Kaikissa ryhmissä käytiin antoisaa, laajaa ja syvällistä keskustelua annetuista aiheista.

Ensimmäinen ryhmä käsitteli aihetta *Kipupotilaan voimavaroja arjessa: fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset voimavarat, kivunhallinta ja hoitoon sitoutuminen*. Ryhmä totesi sairaanhoitajan roolin olevan merkittävä potilaan motivoijana. Ryhmä toi esille, miten tärkeää on korostaa potilaan todellisia voimavaroja, unohtamatta potilaan ns. ”voimavara syöppöjä”. Ryhmä esitteli VOIMIA VIE – VOIMIA TUO -mallin, jolla saadaan potilas tietoiseksi omista voimavaroistaan ja voimavarojensa syöppöistä. Ryhmän mukaan on tärkeää suunnitella alustavasti moniammatillisessa tiimissä kroonisen kipupotilaalle moniammatillinen hoitopolku sekä siihen osallistuvat tahot. Ryhmäläiset pitivät tärkeänä, että hoidon toteutus



Hoitotyön toimikunnan puheenjohtaja Anna-Maija Koivusalo sekä luennoitsijat Tarja Heiskanen ja Pekka Vartiainen.

tapahtuu erikoissairaanhoidossa, jossa on käytettävissä monipuolisesti eri erikoisalan asiantuntijoita. Ryhmä korosti terveydenhuollon ammattilaisten yhtenäisten periaatteiden ja toimintatapojen merkitystä kroonisen kipupotilaan ohjauksessa, jolloin potilaan saama tieto on näyttöön perustuvaa ja ajantasais- ta jokaisen ammattilaisen antamana. Ryhmä korosti potilaan sitouttamista omaan hoitoonsa tuoden esille kipupotilaan yksilöllinen valmentautumis- jakso, jonka avulla potilas sitoutuu ja valmentautuu hoitoonsa.

Toinen ryhmä käsitteli aihetta *Kipupotilaan elämänlaadun mittarit ja niiden hyödynnettävyys kipupotilaan hoidossa*. Ryhmä esitteli omassa työssään käytössä olevia kroonisen kipupotilaan elämänlaadun mittareista 15D-mittaria, EQ-5D-mittaria sekä ESAS- oirekyselyä. Ryhmä totesi, että mittareita

käytetään aina hoidon alussa, mutta ei juurikaan myöhemmin hoitosuhteen varrella. Tärkeää olisi mitata samalla mittarilla kroonisen kipupotilaan elämänlaatua säännöllisesti hoitopolun aikana. Ryhmä toivoi, että kaikki käytettävissä olevat elämänlaatumittarit olisivat sähköisinä ja niitä käytettäisiin mittareina systemaattisesti hoidon laadun ja vaikuttavuuden arvioinnissa. Ryhmä esitteli myös HUS-alueella hoitotaulukossa käytössä olevan ESAS- oirekyselymittarin potilaan oireenmu- kaiseen arviointiin.

Kolmas ryhmä käsitteli aihetta *Lääkehoidon vaikutukset kipupotilaan elämänlaatuun, hyödyt ja haitat*. Potilaat itse kokevat lääkehoidon hyödyt eri tavoin, mikä vaikeuttaa potilasohjausta. Sosiaalisen median rooli kroonisten kipupotilaiden asenteiden ja odotusten muovaajana on merkittävä. Ryhmässä

todettiin krooniseen kivunhoitoon liit- tyvien väärin käsitysten olevan lujassa ja siksi Terveyskylä.fi- sivustolta löytyvä Kivunhallintatalo koettiin erittäin tervetulleeksi luotettavaksi tietoläh- teeksi kipupotilaille. Ryhmä korosti kroonisen kipupotilaan hoidossa eri ammattiryhmien kirjaamisen merki- tystä, jonka avulla kivun hoito ja hoito- työ saadaan näkyväksi.

Neljäs ryhmä käsitteli aihetta *Lääk- keettömän hoidon mahdollisuudet kipu- potilaan elämänlaadun edistäjänä*. Ryh- mässä keskusteltiin kroonisen kipupo- tilaan kohtaamisen ja kohtaamisissa tapahtuvan reflektoinnin merkityk- sellisyydestä alkavalle hoitosuhteelle. Potilaan on kyettävä hyväksymään, että hänellä on krooninen sairaus. Haaste- na koettiin myös potilaat, jotka eivät hyväksy, halua kokeilla eivätkä moti- voidu käyttämään lääkkeitä hoi- toja. Ryhmä esitteli erilaisia lääkkeit- tömiä hoitomuotoja, joista heillä oli hyviä kokemuksia; kivunhallintaryh- mät, mindfulness, musiikki, virtuaali- maailma ja maalaaminen. Myös lapsi- potilaat, joiden kokemus kipu kulkee käsi kädessä pelon kanssa, huomioitiin. Esimerkiksi sairaalaklovnien avulla on voitu edistää lapsipotilaan elämänlaa- tua. ■

Hoitotyön toimikunta:

Anna-Maija Koivusalo, Anna-Leena Nou- sianen Maritta Valkonen, Irma Laurila ja Soile Haakana

Kipuhammaslääkärien verkostoitumispäivä



Suomen kivuntutkimusyhdistyksen kasvokiputoiminta järjesti laatuaan toisen kipuhammaslääkärien verkostoitumiskokouksen tammikuun 26. päivä 2018 Helsingin Munkkiniemessä. Tilaisuuteen osallistui noin 30 kivun hoidosta kiinnostunutta hammaslääkäriä laajalti ympäri Suomea. Aamukahvien jälkeen osallistujille tarjottiin monipuolinen luento-ohjelma, jonka aloitti yleissivistävä mutta myös käytännöllinen katsaus näyttöön perustuvasta hoidosta. Tieteellinen ote ja keskusteltuihin hoitoihin liittyvän tutkimustiedon kriittinen arviointi säilyivätkin punaisena lankana läpi koko luento-ohjelman. Muutkin päivän aikana käsitellyt teemat koskettivat myös läheisesti kivun hoidon parissa työskentelevien hammaslääkärien arkea. Luennot muun muassa neu-

ropaattisen kivun lääkehoidosta, suupoltteen hoidosta ja purentakiskojen vaikuttavuudesta keräsivät kuulijoiden keskittymisen. Luennot selkeästi herättivät kollegoissa ajatuksia ja esimerkiksi teema purentahäiriöiden hoidossa käytetyistä kiskoista ja kysymys kannattaako purentahäiriöihin liittyvää kipua leikata, saivat aikaan runsasta keskustelua. Varsinaisen tieteellisen ohjelman lisäksi kaksi juuri väitellyttä hammaslääkäriä pitivät lyhyet katsaukset omasta väitöspoluistaan. Hyvässä tunnelmassa ja kollegiaalisessa hengessä vietetty päivä päättyi vapaamuotoisen yhdessäoloon lounaan parissa, jossa osallistujat pääsivät kertaamaan kuulumisiaan ja vaihtamaan ajatuksiaan. ■

Viljami Jokinen

Ulkomaiset koulutukset

SASP

18.-20.4.2018, Tampere

9th World Congress of the World Institute of Pain (WIP)

9.-12.5.2018, Dublin, Irlanti

17th World Congress on Pain

12.-16.9.2018, Boston, USA

25.–26.10.2018, Tampere





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

Etusivu Yhdistys Jäsenyys Koulutus Toimikunnat Materiaalit Kipuviesti In English På Svenska Yhteystiedot

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

KIPUVIESTI **HAE JÄSENYYYTÄ** **HOITO-OPPAAT**

KOTIMAiset KOULUTUKSET

- Kivun hoito moniammatillisena yhteistyönä, 25.-26.10.2018, Tampere, 25.10.2018
- Yhdistyksen vuosikokous ja vuoden pääkoulutustapahtuma, 19.4.2018, Tampere, Koulutustilaisuus järjestetään yhdessä SASP:n kanssa, 19.4.2018

AJANKOHTAISTA

- 11th Congress of the European Pain Federation EFIC, 4.-7.9.2019, Valencia, Espanja, 4.9.2019
- 7th International Congress on Neuropathic Pain, 9.5.2019
- Course on Sonoguide Interventions and Procedures in Musculoskeletal Diseases, 12-14.9.2018, Barcelona, Espanja

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

HENKILÖJÄSENYYS

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

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

JÄSENEDET

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

KANNATAJAJÄSENYYS

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

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