SUOMEN KIVUNTUTKIMUSYHDISTYS RY:N JÄSENLEHTI

Kipuviesti

Nro 1/2026

Suomen Kivuntutkimusyhdistys 30 vuotta

Kipupotilaan ravitsemus – miksi ja miten?

Kivun kantaminen on arjen sankaruutta

Pain Cafés: a social model to manage pain



LIITY JÄSENEKSI!

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



Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry on terveydenhuoltoalan ammattilaisten yhdistys, jonka toiminnan tarkoituksena on edistää kivun monialaista hoitoa, kuntoutusta ja tutkimusta Suomessa. Yhdistyksessä on jäseniä noin 730 (v. 2025). Suurimpina ammattiryhminä ovat sairaanhoitajat, lääkärit, hammaslääkärit, psykologit, fysioterapeutit ja sosiaalityöntekijät.

HENKILÖJÄSENYYS

Yhdistyksen jäsenyyttä voi hakea henkilö, joka työskentelee ammatissaan kivun parissa tai jonka työ liittyy kivun hoitoon tai tutkimukseen. Jäsenyyttä voi hakea myös opiskelija, joka tulevassa työssään tulee toimimaan kivun tutkimuksen ja hoidon parissa. Henkilöjäsenmaksu on 40 €
Ilmoittautumislinkki ja lisätietoa löytyy: **https://www.skty.org/jasenyys/hae-henkilojaseneksi/**

JÄSENEDUT

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

KANNATTAJAJÄSENYYS

Yhdistyksen kannattajajäseniksi voivat liittyä oikeustoimikelpoiset yhteisöt, jotka haluavat tukea kivun tutkimuksen ja hoidon hyväksi tehtävää työtä. Yhdistyksen kokouksissa kannattajajäsenillä on puheoikeus muttei äänioikeutta. Kannattajajäsenmaksu on 800 €. Kannattajajäseneksi liityttäessä on ilmoitettava yhteyshenkilön nimi ja osoitetiedot jäsenpostin toimittamista varten.
Ilmoittautumislinkki ja lisätietoa löytyy: **https://www.skty.org/jasenyys/kannattajajaseneksi/**

Sisällys

5 **Tuula Korhonen** Pääkirjoitus

Kivuntutkimusyhdistys 30 vuotta

6 **Lotta Hamari** Tervehdys Suomen Kivuntutkimusyhdistykselle

7 **Eija Kalso** Katsaus juhlavuoteen ja tulevaan

10 Kuvia vuosien varrelta

12 **Soile Haakana, Anna-Maija Koivusalo** Hoitotyön toimikunnan missio: Osaamisen vahvistaminen ja verkostoituminen

15 **Anette Lemström** Mistä kaikki alkoi – kurkistus Lasten ja nuorten toimikunnan historiaan

17 **Eero Antturi** Kipuviestiä uudistaen

Teema-artikkelit

20 **Ursula Schwab** Kipupotilaan ravitsemus – miksi ja miten?

25 **Terhi Runsio** Kivun kantaminen on arjen sankaruutta

28 **Hannaleena Karjalainen** Marion Wüstefeldin haastattelu

31 **Kevin Feaviour** Pain Cafés: a social model to manage pain

Henkilökuva

39 **Seppo Holappa** ”Kipu-Seppona” jo 35 vuotta

Matkakertomus

41 **Hanna Hakomäki, Reetta Keränen** Kivunhoitoa musiikin avulla ja musiikkiterapian keinoin eri-ikäisisten parissa – konferenssikuulumisia Hampurista kesältä 2025

Tutkimus

44 **Anu Portti** Kipuhoitajan työnkuva Suomessa – kohti yhtenäistä osaamista ja arvostusta

Nipistyksiä

48 **Anneli Vainio** Täyskäännös

50 **Tutkittua**

Suomen Kivuntutkimusyhdistyksen sivut

57 **Maiju Marttinen:** Lämmin kiitos teille, Suomen kipuammattilaisten yhteisö

58 **SKTY:n hallitus esittäytyy**

62 **Juhlasymposium**

64 **Koulutuskalenteri**

Kipuviesti

1/2026

29. vuosikerta

Julkaisija
Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry
www.skty.org

ISSN 1796-3141

Päätoimittaja
Tuula Korhonen
kipuviesti@skty.org

Toimituskunta
Hanna Hakomäki, hanna.hakomaki@musiikkiterapia.fi
Heidi Haromo, heidi.haromo@premius.fi
Katja Luostarinen, katja.luostarinen@pshyvinvointialue.fi
Hannaleena Karjalainen, hannaleena.karjalainen@pshyvinvointialue.fi
Henna-Kaisa Jyrkkänen, henna-kaisa.jyrkkanen@pshyvinvointialue.fi

Kipuviesti-lehden tilaus: TietoAkseli Group Oy
PL 1234, 20101 Turku tai reskontrat@tutke.fi
Tilauksen yhteydessä on ilmoitettava tilattava tuote ja määrä sekä toimitus- ja laskutusosoitteet.
Vuosikerran hinta on 50 €.

Osoiterekisteri
TietoAkseli Group Oy
PL 1234, 20101 Turku
puh. 010 347 2800
reskontrat@tutke.fi

Kannen valokuva: Osasuurennos Michelangelon freskosta Sikstuksen kappelissa Vatikaanissa, © iStockphoto

Graafinen suunnittelu
Eero Antturi

Kirjapaino GRANO, Vaasa
2026

Ilmoitushinnasto vuodelle 2026

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

Ilmoitusten myynti: Tuula Korhonen
kipuviesti@skty.fi

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

Lehden painos on 1 300 kpl.

Ilmoitusaineisto: PDF-tiedosto tulee toimittaa lopullisessa muodossaan (lehden koko 210 x 275 mm, tekstipinnan koko 180 x 240 mm. Lehti on 4-värinen.
Ilmoitusaineisto toimitetaan osoitteella: Antturi Design Oy, sähköposti: antturi@antturidesign.com
viestikenttään: Kipuviesti / ilmoitusaineisto
Kopio ilmoituksesta: Tuula Korhonen
(sähköposti: kipuviesti@skty.fi)

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

Ilmoitushinnat

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

Juhlavuoden teemoja mukaellen



Tuula Korhonen
Ylilääkäri
Raahen kipupoliklinikka,
Pohde Kuntoutuspalvelut

Tämän lehden ilmestyessä talven paukkupakkaset ovat vaihtuneet kevään valoisuuteen ja leppeyteen. Ilmassa on odotuksen tuntua. 16.–17.4 kokoonnumme sankoin joukoin Helsinkiin Suomen kivuntutkimusyhdistyksen 30-vuotisjuhlaseminaariin, jossa on teemana *Tieto muuttaa hoitoa*. Seminaaria edeltää 15.4. tutkimusaiheinen päivä.

Luin Kipuviestiä 1/2016, jolloin yhdistyksemme täytti 20 vuotta. Lehti oli täynnä mielenkiintoisia muisteloita vuosien varrelta ja kirjoituksia kivun hoidon kehittymisestä. Suosittelen käymään SKTY:n kotisivuilla, jossa lehti on luettavissa. SKTY oli tuolloin hyvin elinvoimainen ja sitä se on tänäänkin. Uusia innokkaita toimijoita on tullut hallitukseen ja toimikuntiin. Jäsenistön mielipiteitä ja ajatuksia toiminnan kehittämisestä on otettu vastaan ja toteutettu. SKTY pyrkii vastaamaan uusiin haasteisiin, joita esimerkiksi terveydenhuollon uudistukset ja kivunhoidon ammattilaisten ikääntyminen tuovat tullessaan.

Tässä lehdessä käynnistelemme juhlavuoden teemoja, joita jatketaan syksyn lehdessä. SKTY:n hallituksen jäsenet esittäytyvät ja kertovat painopistealueistaan. Väistyvä puheenjohtaja, aina niin energinen ja aikaansaava Maiju Marttinen, tervehtii myös jäsenistöä. Kiitos Maijulle näistä vuosista! Professori Eija Kalso muistelee SKTY:n vaiheita ja valottaa tulevaa. Valtiovallan tervehdyksen tuo kansanedustaja Lotta Hamari.

Lehdessämme on tuttuun tapaan henkilökuvia ja aihekirjoituksia. Uusia tuulia saadaan Brittein saarilta. Psykologi Kevin Feaviour kertoo Pain Cafe Cornwallista. Hanke on käytännön esimerkki ammattilaisten ja kipupotilaiden yhteistyöstä, jossa tarjotaan tietoa, taitoa ja tärkeimpänä konkreettista vertaistukea kipupotilaiden hyvinvoinnin parantamiseksi. Kuinka biopsykososiaalisesta mallista tuli sosiopsykobiologinen. Ehkä saamme tästä ideoita Suomeenkin.

Kipuviestin pitkäaikainen ansioitunut päätoimittaja Riitta Rosio väistyi tehtävästään ja allekirjoittanut jatkaa tästä eteenpäin. Myös Tiiju-Riitta Vuorjoki-Ranta ja Teresa Autio jättivät toimituskunnan loppuvuodesta. Lämmin kiitos teille näistä vuosista. Olemme saaneet uusia innokkaita jäseniä toimituskuntaan, jossa pyritään monialaisuuteen SKTY:n periaatteiden mukaisesti.

Hyvää SKTY:n juhlavuotta kaikille jäsenille! ■

Korjaus

Pahoittelemme, että Kipuviesti-lehden numerossa 2/2025 (s. 43-44) **Jani Mikkosen** ansiokkaan artikkelin *"Hyvinvointikysely kivusta kärsiville..."* yhteydessä ei voitu julkaista kirjallisuusluetteloa ja sen osoite verkossa jäi mainitsematta. Kirjallisuusluettelon voi lukea yhdistyksen sivuilta: www.skty.org/kipuviesti

Tervehdys Suomen Kivuntutkimusyhdistykselle



Lotta Hamari
Kansanedustaja
Eduskunnan hoitotyön verkoston puheenjohtaja

Kipua on monenlaista, mistä kertoo jo sekin, miten monta eri suomen kielen sanaa ja tapaa kuvailla kipua on. Myös tunteilla on yhteys kipuun. Kipu koskettaa tavalla tai toisella meitä kaikkia – yksilöinä, perheinä ja yhteiskuntana. Se vaikuttaa toimintakykyyn, työelämään, mielenterveyteen ja osallisuuteen. Fysioterapeuttina sain tukea ihmisiä tällä matkalla.

Kivun tutkimus, hoito ja ennaltaehkäisy ovat yhteiskunnallinen kysymys, mihin Kipuviesti-lehti ottaa monipuolisesti kantaa. Ne ovat keskeinen osa sosiaali- ja terveyspolitiikkaa. Suomen Kivuntutkimusyhdistys tekee tässä äärimmäisen tärkeää ja vaikuttavaa työtä: tuotatte tutkittua tietoa, edistätte moniammatillista yhteistyötä ja pidätte kivun näkyvänä päätöksenteossa, vertaistukea unohtamatta. Työnne on jatkunut jo kunnioitettavat 30 vuotta.

Yhteiskunnallisesta näkökulmasta kivun hoidon kehittämisessä on edelleen selkeitä painopisteitä. Hoitoon pääsyn yhdenvertaisuus, moniammatillisten kipupolkujen vahvistaminen, tutkimustiedon nopeampi siirtyminen käytäntöön sekä ammattilaisten perus- ja täydennyskoulutus ovat avainasemassa. Myös tiedolla johtaminen ja vaikuttavuuden seuranta ansaitsevat vahvempaa roolia, jotta rajalliset resurssit kohdentuvat parhaalla mahdollisella tavalla. Nämä ovat teemoja, joissa teidän asiantuntemuksenne on korvaamatonta.

Yhteiskunnassa aletaan pikkuhiljaa puhua enemmän myös siitä, miten naisten oireita ja kipuja ikävä kyllä edelleen usein vähätellään terveydenhuollossa, ja miten vaikkapa gynekologisiin palveluihin voi olla vaikea päästä. Tähän on tultava muutos.

Olen perustanut eduskuntaan hoitotyön verkoston, jossa nämäkin teemat ovat esillä. Hoitotyön verkosto on foorumi, jossa sosiaali- ja terveysalan asiantuntijoiden ja ammattilaisten näkemykset ja tutkimustieto voidaan kytkeä lainsäädäntöön ja poliittiseen keskusteluun. Verkoston yhtenä päätavoitteena on edistää näyttöön perustuvaa hoitotyötä ja vakiinnuttaa hoitotyön professiojohtamisen asemaa yhteiskunnassa. Olennaista on myös yhä edelleen tiivistää dialogia ja tiedonvälitystä päättäjien ja asiantuntijoiden välillä.

Kivun hoidon kehittäminen vaatii pitkäjänteistä yhteistyötä yli hallinnonalojen ja ammattirajojen. Siinä meillä riittää työtä jatkossakin.

Haluan onnitella Suomen Kivuntutkimusyhdistystä ja Kipuviesti-lehteä arvokkaasta työstä. Toivotan menestystä työhönne kivun ymmärtämisen, hoidon ja yhteiskunnallisen näkyvyyden vahvistamiseksi. Tämä työ hyödyttää koko Suomea ja toivon sille pitkää ikää ja menestystä, sillä tehtävää vielä riittää. ■

Hyvät Suomen Kivuntutkimusyhdistyksen jäsenet, Bästa medlemmar i Föreningen för Smärtforskning i Finland



Eija Kalso
LKT
Kivun tutkimuksen ja hoidon professori emerita
SKTY:n ensimmäinen puheenjohtaja

Vietämme kipua tutkivien ja hoitavien perustamien yhdistysten juhlavuosia. Kansainvälinen Kivuntutkimusyhdistys (IASP) juhli 50-vuotistaivaltaan 2024 ja Skandinaavinen Kivuntutkimusyhdistys (SASP) juhlistaa puolestaan omaa 50-vuotistaivaltaan toukokuussa 2026 Oslossa. Suomen Kivuntutkimusyhdistyksen (SKTY) 30-vuotisjuhlaa vietetään kuukausi aiemmin Helsingissä.

SKTYn syntyvaiheet

Pohjoismaiset kivuntutkijat perustivat skandinaavisen IASPin osaston heti ensimmäisten joukossa. Muiden osastojen ollessa kansallisia me pohjoismaiset halusimme vahvistaa toimintaamme yhteistyöllä. Se olikin kivuntutkimuksen ja hoidon kehityksen alkuvuosina tärkeätä, koska näin saatiin tietotaito jaettua nopeasti maasta toiseen. Noina vuosina syntyivät myös tärkeät siteet maidemme kivuntutkijoiden kesken.

IASPin eurooppalaiset kansalliset osastot muodostivat EFICin (European Federation of IASP Chapters) 1993. Tämän nimensä sittemmin European Pain Federationiksi muuttaneen järjestön historian alkutaipaleilla oli paljon jännitteitä pohjoisen ja etelän maiden edustajien välillä. Koska skandinaaveilla oli vain yksi ääni viidelle maalle, haluttiin SASP hajoittaa kansallisiksi osastoiksi äänimäärän kasvattamiseksi ja myös kansallisesti tärkeiden asioiden edistämiseksi. Erityisesti Suomessa katsottiin, että kotimaisen kielen käyttö olisi tärkeätä, jotta mahdollisimman moni kipupotilaiden hoidosta kiinnostunut voisi osallistua uuden yhdistyksen toimintaan. Osa SASPilaisista olisi toivonut SASPin jatkavan pohjoismaisen yhteistyön säilyttämiseksi. Uusi SASP jatkaakin nyt edeltäjänsä toimintaa virallisesti IASPista erillisenä yhdistyksenä. Se tavoitteen on erityisesti pohjoismaisen tutkimusyhteistyön edistäminen. Se julkaisee Scandinavian *Journal of Pain* -lehteä.

Helsingissä oli useamman vuoden ajan toiminut Kipuklubi, joka järjesti satunnaisesti keskustelu- ja luentotilaisuuksia. Useat sen jäsenistä olivat SKTY:n perustajajäseniä. SKTY perustettiin Helsingissä 28. elokuuta 1997, kun allekirjoittanut, Irma Tigerstedt, Brita Härtel, Göran Hampf, Maija Haanpää ja Ann-Mari Estlander allekirjoituksillaan vahvistivat yhdistyksen perustamisen, jäseniksi liittymisen ja yhdistyksen sääntöjen hyväksymisen.

Yhdistyksen tarkoitukseksi määriteltiin pyrkimys edistää kliinistä kivun hoitoa harjoittavien henkilöiden yhteistyötä ja koulutusta Suomessa kansallisena ja moniammatillisena järjestönä. Tavoitteena on myös kivuntutkimuksen ja kliinisten hoitomuotojen kehittäminen ja mielipiteenmuokkaus kivun hoitoon liittyvissä kysymyksissä. Yhdistys pyrkii myös edistämään kansainvälistä yhteistyötä erityisesti IASPin, SASPin ja naapurimaiden vastaavien yhdistysten kanssa.

Yhdistys toteuttaa tarkoitustaan

- Tukemalla alan tutkimustyötä ja julkaisutoimintaa
- Vaikuttamalla alan perus- ja täydennys-

”Kivunhoidon käytännön työn verkostoitumista ovat edistäneet erityispätevyyskoulutusohjelmiin liittyvät vierailujaksot, asiantuntijoiden yhteistyönä STM:lle tehty suuri raportti kivunhoidon järjestämisestä Suomessa sekä Terveyskylän Kivunhoitotalon rakentaminen yhteistyönä. ”

koulutukseen
- Osallistumalla hoidon kehittämiseen
- Järjestämällä kansallisia ja kansainvälisiä koulutustilaisuuksia
- Osallistumalla kansainväliseen yhteistyöhön sekä
- Toimimalla lausunnonantajana alalla vaikuttaville paikallisille ja kansainvälisille viranomaisille.

SKTYn toiminnan rakentaminen

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

SKTYn toimintasuunnitelman pohjana olivat IASPin periaatteet, kipu biopsykososiaalisena ilmiönä ja sen hoito moniammatillisena yhteistyönä. Kipua hoitavat ja tutkivat olivat eturintamassa näiden mallien toteuttamisessa. Vasta aivan viime vuosina nämä periaatteet ovat alkaneet tulla hyväksytyksi myös muilla lääketieteen erikoisaloilla. Hyvä me!

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

Lääkäreiden erityispätevyyden vaatimusten määrittely vaati paljon työtä. Tiedolliset ja taidolliset vaatimukset määriteltiin IASPin ohjeiden mukaisesti. Ehdotuksemme lähetettiin kaikkien kliinisten erikoisalayhdistysten arvioitaviksi. Lopputulos hyväksytettiin Suomen Lääkäriliitossa. Erityispätevyyskoulutus oli tarkoitettu oman erikoisalan koulutuksen jatkoksi. Tavoitteena oli saada keskeisille kliinisille erikoisaloille omat kivun asiantuntijat, jotka toisivat tietotaitonsa monialaiseen työskentelyyn. Vastaava koulutusohjelma syntyi myös hammaslääkäreille. Heli Forssell antoi tässä merkittävän panoksen. Olavi Airaksinen otti vastuulleen useaksi vuodeksi erityispätevyyskuulustelujen järjestämisen.

Psykologien erityispätevyysohjelma oli kunnianhimoinen. Ann-Mari Estlander hankki koulutustilaisuuksiin kansainvälisesti arvostettuja luennoitsijoita, mm professorit Dennis Turkin ja Steven Lintonin. Kaikkiaan SKTY on kouluttanut kymmeniä kivunhoitoon perehtyneitä psykologeja, joille olisi valtava tarve, mutta ei virkoja. Myöhemmin myös fysioterapeutit ja sairaanhoitajat rakensivat omat koulutusohjelmansa. Näin maahamme syntyi vähitellen moniammatillisten kivun hoitoon pätevöityneiden ammattilaisten joukko.

Kivunhoidon käytännön työn verkostoitumista ovat edistäneet erityispätevyyskoulutusohjelmiin liittyvät vierailujaksot, asiantuntijoiden yhteistyönä STM:lle tehty suuri raportti kivunhoidon järjestämisestä Suomessa sekä Terveyskylän *Kivunhoitotalon* rakentaminen yhteistyönä.

Maija Haanpäällä oli erityisen suuri panos SKTYn alkuvuosien sihteerinä ja yhteiskunnallisen vaikuttamisen toimikunnan aktiivisena puheenjohtajana. Jukka-Pekka Kouri toimi ensimmäiset vuodet yhdistyksemme lehden *Kipuviestin* ansiokkaana päätoimittajana. Eero Vuorinen kokosi ensimmäisen syöpäpotilaiden kivunhoitoa käsittelevän oppaan ja Maija Haanpää vastaavan hermovauriokivun hoidosta. Katri Hamunen keräsi ICD-10-opuksesta kaikki kipuun liittyvät diagnoosit taskuun



”Tutkittu tieto tarjoaa monia prevention kohteita, joissa moniammatillinen lähestyminen on tärkeä voimavara.

mahtuvaan yhteenvetoon. Ruotsalaiset kollegat pyysivät ja saivat tämän myös oman maansa käyttöön.

Tutkimustoimikunta on pitänyt huolta tutkimuksen ja nuorten tutkijoiden tukemisesta. Heli Forssellin aloitteesta järjestimme SKTY:n toiminnan alkuvuosina onnistuneen tutkijoiden verkostoitumiskokouksen, jonka monipuolinen posteritarjonta jäi erityisesti mieleeni. Kansallinen monikeskustutkimus KROKIETA (*Krooninen kipu ja elintavat)* oli SKTY:n tukema hanke, joka tuotti useammankin väitöskirjan. Tällaista toimintaa toivoisin lisää! Toivoisin myös, että SKTY keräisi tiedot Suomessa tehdyistä kipuun liittyvistä väitöskirjoista. Tämä auttaisi eri alojen kipututkijoita löytämään toisensa, mikä oli edellä mainitun Heli Forssellin ideoiman tilaisuuden tavoite. Tutkimustoimikunta on myös järjestänyt Tuohilammen tutkijakouluja. Tätä toimintaa kannattaa jatkaa.

Ensimmäinen SKTYn kansallinen kongressi pidettiin Tampere-talossa. Paikka todettiin hyväksi niin talon kuin kaupungin yhteyksien vuoksi. Vuosittaiset koulutustilaisuudet akuutin ja syövästä aiheutuvan kivun hoidossa on siitä lähtien pidetty aina marraskuussa Tampere-talossa. Varsinainen vuosikokous pidetään vuorotellen Turussa, Tampereella, Kuopiossa, Oulussa tai Helsingissä. Haluan jo tässä yhteydessä kiittää 30-vuostisjuhlakokouksen ohjelman suunnittelijoita ja järjestäjiä kerrassaan upeasta ohjelmasta! Juhlasymposium järjestetään Helsingin yliopiston päärakennuksessa. Ohjelma alkaa tutkijoiden verkostopäivällä ja siinä esitellään tutkijoiden ja tutkimuksen lisäksi myös EFICin *Rising Star Programme*. Tieto muuttaa hoitoa-teeman alle on rakennettu huikean mielenkiintoinen ohjelma, jota kuuntelemaan on kutsuttu myös yhteiskunnallisia vaikuttajia.

SKTYn toiminnan tulevaisuus

Lopuksi haluaisin esittää muutaman toiveen: jatkakaa tutkimusyhteistyötä niin kansallisesti kuin erityisesti pohjoismaisten ja eurooppalaisten tutkijoiden kanssa. SASP ja EFIC tarjoavat paljon tutkijakoulutusta ja hienoja kongresseja. EFIC tuottaa webinaareja niin moniammatillisen kliinisen työn kuin tutkimuksenkin tueksi ja järjestää myös kliinikoille kohdennettuja koulutuksia sekä kaksiosaisen diplomitutkinnon. Älkää myöskään unohtako pohjoismaista kivunhoidon erityispätevyyden kaksivuotista koulutusta.

Yhteiskunnallinen vaikuttaminen on tärkeätä erityisesti nyt, kun taloudellinen tilanne on vaikea ja SOTE-järjestelmä vielä etsii lopullista muotoaan. Pitkittyneen kivun preventio on tärkeä tavoite perusterveydenhuollossa. Tutkittu tieto tarjoaa monia prevention kohteita, joissa moniammatillinen lähestyminen on tärkeä voimavara. Myös erikoissairaanhoitoa ja vaikuttavaa kuntoutusjärjestelmää tarvitaan. Vertaisryhmät ovat alikäytetty voimavara.

Toivotan SKTYlle ja kaikille kivusta kärsiviä potilaita hoitaville ja kipua tutkiville hyvää ja tuloksekasta tulevaisuutta! ■

Kuvia vuosien varrelta



Kuvat: Soile Haakana

Montrealissa IASP:n kongressissa yhdistyksen pj, neurologian el Petteri Maunu ja dos. Maija Haanpää, entinen puheenjohtaja.



Yhdistyksen vastavalittu pj, prof. Seppo Soinila kiittää vuosikokousta luottamuksesta.



Yhdistyksen pj, anest.el Juha Nevantaus yhdistyksen 20-vuotisjuhlassa Turussa 2016.



Kuopio vuosikokous 2012, pj. dos. Nora Hagelberg ja sihteeri sos.tt Eevi Apponen.



Turku 2016, 20-vuotisjuhlassa pj, dos. Nora Hagelberg ja PsM Vuokko Hägg.



Yhdistyksen pj, anest.el Eero Vuorinen, Kuopio 2006.



LT Satu Pokkinen, HLT Tiina-Riitta Vuorjoki-Ranta ja dos. Tuija Teerijoki-Oksa Turussa 2016.



FT Petteri Koho Turussa vuonna 2016.



Vasemmalta TtM Anna-Maija Koivusalo, joka toimi pitkään yhdistyksen rahastonhoitajana sekä Hoitotyön tmk:n pj:nä. Lisäksi kuvassa on esh Eija Ruoppa, joka on toiminut organisaattorina mm. Aki-Syki -päiviä järjestettäessä.



FT Ann-Mari Estlander, yhdistyksen ensimmäinen varapuheenjohtaja vuonna 2016



Dos. Heli Forssell Turussa vuonna 2016.



Oikealta dos. Irma Tigerstedt, dos. Tarja Heiskanen ja sh Soile Haakana. Kuva otettu Tampereella Syki-päivällä 2015.

Hoitotyön toimikunnan missio: Osaamisen vahvistaminen ja verkostoituminen



Soile Haakana
sairaanhoitaja



Anna-Maija Koivusalo
sh, esh, TtM

Hoitotyön toimikunta perustetaan

Kivun hoitotyöntekijöiden yhteinen historia juontaa juurensa jo aikaan ennen Suomen Kivuntutkimusyhdistyksen perustamista. Kivun hoitotyötä tekevät sairaanhoitajat ympäri Suomen olivat kokoontuneet ja keskustelleet kokemuksistaan kipupotilaiden hoitajina sekä pohtineet kivun olemusta ja auttamiskeinoja. Hämeen kesäyliopiston kanssa yhteistyössä järjestettiin kivun hoitotyöhön liittyviä koulutuksia. Samassa yhteydessä suunniteltiin valtakunnallisen kipuhoitajaverkoston perustamista. Kun tieto perustettavasta moniammatillisesta kipuyhdistyksestä tuli, sairaanhoitajat halusivat ehdottomasti siihen mukaan. Ajatus moniammatillisesta kivun hoidosta eli vahvana. Perustamiskokouksen pöytäkirjan 63 allekirjoittajasta neljä oli sairaanhoitajaa. Sairaanhoitajien osuus jäsenistössä kasvoi nopeasti ja pian se oli suurin ammattiryhmä yhdistyksessä ja on yhä edelleen.

Jo ennen hoitotyön toimikunnan perustamista aktiiviset sairaanhoitajat Brita Härtelin ja Maarit Raappanan johdolla suunnittelivat 40 opintoviikon ammatillisen jatkokoulutusohjelman oppimistavoitteet. Koulutus toteutettiin vuosina 2000–2002 yhteistyössä Jyväskylän ammattikorkeakoulun kanssa.

Hoitotyön toimikunta perustettiin vuonna 2002, vasta kuusi vuotta yhdistyksen perustamisen jälkeen, nimellä Sairaanhoitajien ja lähihoitajien ammatillista jatkokoulutusta ja erikoistumiskoulutusta suunnitteleva toimikunta. Pian toimikunnan nimi muuttui nykyiseksi Hoitotyön toimikunnaksi. Varsinainen toiminta käynnistyi vuoden 2003 alusta Marja Kiurun olleessa toimikunnan ensimmäinen puheenjohtaja.

Kivunhoitotyön osaamisen vahvistaminen

Toimikunnan tehtävä koulutuksen oppisisältösuositusten laatimisessa ammattikorkeakouluille ja toisen asteen oppilaitoksille oli haastavaa ja pitkäjänteistä työtä. Hallitus hyväksyi ensin lähihoitajien sisältösuosituksen ja vuonna 2006 Jämsässä järjestettiin tämän mukaisesti lähihoitajille kivunhoidon koulutusta. Saman vuoden lopussa toimikunta antoi sairaanhoitajien kompetenssiperusteisen suunnitelman hallitukselle, joka toivoi erikoistumiskoulutuksen jäsentelyyn tarkennuksia. Työskentely jatkui.

Kompetenssiperusteiset oppisisältösuositukset valmistuivat ja yhdistyksen hallitus hyväksyi ne viimein vuonna 2010, jolloin sisältösuositukset luovutettiin Opetusministeriöön ja oppilaitoksille. Ministeriö suhtautui asiaan positiivisesti, mutta oppilaitokset kiittivät eivätkä ottaneet niitä käyttöön.

Kymmenen vuotta myöhemmin vuonna 2020 Hoitotyön toimikunnan asiantuntijalausunnolla saimme tehtyä merkittävän muutoksen valtakunnalliseen YleSH eli valmistuvan sairaanhoitajan osaamisvaatimuksiin. Kivun ja kivun hoitotyön osaamisen sisältökuvauksineen nostettiin omaksi erilliseksi osaamisvaatimukseksi kliinisen hoitotyön rinnalle. Toimikunta on siten edistänyt ammattikorkeakoulujen sairaanhoitajakoulutuksen kivun hoidon ja kivun hoitotyön koulutuksen kompetensseja ja opetuksen sisältövaatimuksia vastaamaan tämän hetken työelämän sairaanhoitajalta vaadittavaa osaamista.

Verkostoitumista ja koulutusta

Hoitotyön toimikunnan tavoitteena on ollut toimikunnan työn näkyväksi saattaminen sekä kivunhoitotyöhön liittyvän tiedon ja hyvien hoitokäytäntöjen jakaminen, hoitotyön asiantuntijuuden esiintuominen ja erityisosaamisen vahvistaminen. Tavoitteena on ollut myös edistää kipuhoitajien verkostoitumista ja järjestää



Ensimmäisen verkostoitumispäivän luennoitsijat Mira Kemppainen ja Hannele Siltanen.

koulutusta kivunhoidosta.

Vuonna 2011 järjestettiin ensimmäinen kipuhoitajien (yli 50 % työajasta kipuhoitajana) verkostoitumispäivä. Päivän tarkoituksena on tarjota ajankohtaisista ja toivotuista aiheista muutamia luentoja sekä verkostoitua ryhmätöiden ja taukojen aikana. Ryhmätöissä keskustellaan eri toimipisteiden hoitokäytänteistä ja esitetään ne lopuksi kaikille. Vuosien mittaan olemme pohtineet mm. Hyvän hoidon kriteereitä, päihdepotilaan kivunhoitotyötä ja hoitotyön kehittämistä näyttöön perustuen. Tapahtuma jatkuu edelleen yhteistyössä Orionin kanssa.

Toimikunta suunnitteli ja toteutti kaksi koulutusta kaikille kivun hoidosta kiinnostuneille hoitotyön tekijöille. Vuonna 2013 järjestettiin *Lääkettä, liikettä ja lämpöä – eväitä kivun hoitotyöhön* ja vuonna 2015 *KOHTAAMISIA – kivunhoidon asiantuntijoiden ja terveydenhuollon ammattilaisten näkökulmia ja kohtaamisia kipupotilaiden kanssa*. Ensimmäiseen osallistui yli 80 henkeä. Valitettavasti hoitohenkilökunnan heikentyneet mahdollisuudet päästä koulutuksiin lopetti näiden koulutusten järjestämisen.

Katseet kääntyivät sairaanhoitajien kivun hoidon erikoistumiskoulutuksen suunnitteluun. Koulutuksen sisältö laadittiin kansallisten ja kansainvälisten tavoitteiden mukaisesti. Ensimmäisen yhteistyökumppanin kanssa neuvottelut lopetettiin, koska siinä mallissa hoitotyön toimikunnan vastuu olisi ollut liian suuri. Onneksemme Sanna Salanterä Turun yliopiston hoitotieteen laitokselta ehdotti yhteistyötä. Kivun hoitotyön ammatillinen 30 opintopisteen täydennyskoulutus alkoi keväällä 2018. Toimikunnan jäsenet ovat osallistuneet koulutukseen niin luennoitsijoina kuin mentoreina. Jo lähes sata on valmistunut kivun hoitotyön asiantuntijaksi ja syksyllä valmistuvat seuraavat.

Korona esti vuonna 2020 niin verkostoitumispäivän kuin muidenkin koulutusten järjestämisen ja muutti koulutusmuotoja. Muutama vuosi sitten hoitotyön toimikunta ja fysioterapeuttitoimikunta yhdistivät voimansa ja alkoivat suunnitella moniammatillista etäkoulutusta. Lääkkeetön kivunhoito -koulutus toteutettiin Lapin AMK:n eOppimispalvelun teknisen tuen avulla 17.5.2024 Zoomin kautta. Osallistujia ilmoittautui 480 ja koulutuspäivässä oli lopulta mukana 332 kivun hoidosta kiinnostunutta osallistujaa kattavasti ympäri Suomea, pääasiassa sairaanhoitajia, lähihoitajia, fysioterapeutteja ja opiskelijoita. Viime vuonna webinaari toteutettiin aiheena *Moniammatillisuus kivunhallinnassa ja kivun lääkehoidossa.* Parhaimmillaan kuulijoita linjoilla 416! Järjestävät toimikunnat kirjoittivat etäkoulutuspäivistä yhdessä artikkelit Kipuviestiin (2/2024 ja 2/2025).

Toimikunta ideoi 2024 kipuhoitajan työnkuvan ja osaamisen kartoittamista valtakunnallisesti sekä kompetenssien päivittämistä. Anu Portti teki aiheesta YAMK opinnäytetyön (2025), jossa yhdistys toimii toimeksiantajana. Työn puitteissa järjestettiin kipuhoitajille laajahko kysely kipuhoitajan toimenkuvan tämänhetkisestä tilanteesta. Kipuhoitajan työnkuvaa oli aiemmin tarkasteltu vuonna 2005 (Koivusalo) niin ikään yhdistyksen toimeksiannosta.

Toimikunnan kokoonpano

Hoitotyöntoimikunta on alusta alkaen pyrki-



Hoitotyön toimikunta vuonna 2014 Soile Haakana, Anna-Maija Koivusalo, Jaana Myllymaa, Irma Laurila ja Anna-Leena Nousiainen.



Verkostoitumispäivään osallistujia vuonna 2023.

nyt olemaan jäsenistöltään mahdollisimman kattava sekä maantieteellisesti että ammatillisesti. Toimikunnan jäsenet ovat toimineet kivunhoidon eri osa-alueilla kuten opettajina ja koulutussuunnittelijoina eri asteisissa oppilaitoksissa, kipuklinikoiden sairaanhoitajina erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa niin syöpäkivun, akuutin kivun kuin pitkäkestoisen kivun hoidon parissa. Puheenjohtajina toimikunnan historian aikana ovat olleet Marja Bergman (Kiuru) Rovaniemeltä, Eeva-Riitta Ylinen Kuopiosta, Irma Säily Kemistä, Jaana Myllymaa Hämeenlinnasta, Anna-Maija Koivusalo Helsingistä ja Anna-Leena Nousiainen Rovaniemeltä.

Lisäksi on yritetty aina saada sairaanhoitajien edustaja yhdistyksen hallitukseen. Kipuviestiin toimikunnan jäsenet ovat kirjoittaneet hoitotyöhön liittyviä artikkeleita, katsauksia järjestetyistä tapahtumista jne. Keskustelupalstaa joskus yritettiin, mutta se ei sytyttänyt. Sähköpostilista kipuhoitajista laadittiin jo vuosia sitten ja aina välillä joku sitä kautta hakeekin vastauksia esimerkikisin käytännön työhön liittyvään ongelmaan.

Mukavia muistoja

Kysyimme muutamalta entiselta toimikuntalaiselta Marjalta, Hannelelta, Irmalta ja Anna-Leenalta mukavia muistoja toimikuntatyöskentelystä:

”Toimintaan liittyessä sain ensimmäistä kertaa kokea, että toimikunnan toimenpiteillä voidaan todellakin vaikuttaa reaalielämään eli meidän tapauksessamme kivun laadukkaampaan ja potilaslähtöisempään näyttöön perustuvaan kivunhoitoon. Toimikunta pystyi tosiaan toimenpiteillään edistämään kipupotilaiden elämänlaatua ja ehkäisemään pitkään jatkuneen kipuproblematiikan syntyä erilaisilla väliintuloilla, kuten koulutuksilla.”

”Näin konkreettisesti, että Hoitotyön toimikunnan asiantuntijalausunnoilla pystyttiin vaikuttamaan kivun hoidon laatuun niin työelämässä kuin koulutuksessakin.”

”Parasta oli yhteishenki ja hyvä tekemisen meininki. Mukavaa, motivoivaa tarinaa ja suunnitelmia riitti hyvän ruuan äärellä kokousten jälkeen, jopa niin, että muistiota, ajatuksia ja ehdotuksia kirjoitettiin hyvän ruuan kustannuksella: loppuruoka pakattiin annoslaatikkoon ja syötiin kotimatkalla bussissa ”

”Hoitotyötoimikunta oli parhaimmillaan toimintaa kivunhoidon äärellä ja ytimessä.”

”Tavoitteena oli ennen kaikkea tavoittaa ja yhdistää terveydenhuollon kivunhoidon parissa työskentelevät hoitotyön ammattihenkilöt. Kipuvastuuhoitajien valtakunnallisen yhteistyön mahdollistava sähköpostirinki toimii edelleen. Tärkeää oli kivunhoitotyön näkyväksi tekeminen ja yhtenäistää eri käytäntöjä”

”Hyvä tekemisen meininki, yhteiset tapaamiset ja verkostoituminen. Oli voimaannuttavaa tavata muita samanhenkisiä ja kuulla, että itse kukin taisteli tuulimyllyjä vastaan yrittäessään saada kivun arviointia toteutumaan.”

Miksi haluaisin toimikunnan jäseneksi?

Työskentely hoitotyön toimikunnassa tukee omaa työtä, tarjoaa vertaistukea ja lisää oppia ja ymmärrystä erilaisten työpaikkojen kivun hoitotyöstä. Pääset suunnittelemaan ja osallistumaan koulutuksiin. Joskus kokoukset voivat olla pitkiä, mutta se ei johdu erimielisyyksistä, vaan ystävien ja kollegoiden lämminhenkisestä yhdessäolosta. Jos kiinnostuit toimikuntatyöskentelystä, ota yhteys toimikunnan nykyiseen puheenjohtaja Anna-Leena Nousiaiseen. ■

Mistä kaikki alkoi – kurkistus Lasten ja nuorten toimikunnan historiaan



Anette Lemström
sairaanhoitaja, kipuhoitaja, terveystieteiden kandidaatti, HUS, Uusi lastensairaala, Lasten ja nuorten kipukeskus

Sain toimeksiantona kirjoittaa lyhyesti Lasten ja nuorten toimikunnan historiasta Kipuviestiin. Tämä oli ihana aikamatka menneisyyteen, ja täytyy todeta, että lasten ja nuorten toimikunta on kyllä ollut aktiivinen alkumetreistä saakka ja järjestänyt monenlaista koulutusta jäsenistölleen. Olen aloittanut toimikunnassa 2014, joten turvauduin toimikunnan aiempiin jäseniin tämän kirjoituksen historiaosuudessa. Muutamalta perustajajäseneltä sain ihanasti muisteluja, vanhoja pöytäkirjoja, koulutuspäivien ohjelmia ja toimintakertomuksia vuosien varrelta, jotka toimivat lähteinä.

Lasten ja nuorten toimikunta on perustettu vuonna 2007. Pohjatyönä toimikunnan käynnistymiselle tehtiin kartoitus Anna Axelinin ja Hanna Vuorimaan johdolla. Kartoitus oli kaksiosainen: lasten ja nuorten post-operatiivisen kivun arviointi ja kroonisen kivun kuntoutusmuodot Suomessa. Tästä kartoituksesta löytyy artikkeli Kipuviestissä numero 2/2008 nimellä *”Toteutuvatko lasten ja nuorten kivun arviointi ja kuntoutus Suomessa?”* kirjoittajina Anna Axelin, Marja Mikkelsson, Liisa Metsähonkala, Reijo Korpela ja Hanna Vuorimaa.

Perustajajäsenet olivat kivunhoidossa työskenteleviä raudanlujia ammattilaisia, lääkäreitä, psykologeja, psykoterapeutteja, sairaanhoitajia ja tutkijoita. Jo vuonna 2007 jäsenistö oli moniammatillinen ja edustusta oli eri puolelta Suomea, kuten nykyäänkin, ja tämä on toimikunnalle tärkeää.

Ensimmäisten toimintavuosien aikana kohokohta oli vuonna 2009 järjestetty Bathin sairaalan (*The Royal National Hospital for Rheumatic Diseases*) kipuasiantuntijoiden kaksipäiväinen vierailu Lahdessa. SKTY tarjosi koulutuspäivät jäsenistölle ja osallistujia oli salin täydeltä.

Vuonna 2010 toimikunta oli mukana järjestämässä lasten kivunhoidon pohjoismaista kongressia (The 5th Nordic Pediatric Pain Congress) Turussa. Kaksipäiväisen kongressin ohjelmassa käsiteltiin laaja-alaisesti mm. lapsen kivun kehitysfysiologiaa, lapsen kipututkimusta, kipuun liittyviä psykososiaalisia tekijöitä, kivun kroonistumisen ehkäisyä sekä erilaisten kiputilojen (esim. lapsen syöpäkipu) hoitokäytäntöjä. Myös taideterapia kivunhoidossa oli jo tuolloin vuonna 2010 aiheena muiden joukossa. Nämä koulutuspäivät saivat laaja julkisuutta tiedotusvälineissä ja osallistujia oli n. 150 henkilöä Suomesta, Pohjois-Euroopasta ja Pohjoismaista. Tästäkin koulutuspäivästä on kirjoitus Kipuviestissä.

Seuraavina vuosina järjestettiin seminaarit



Piirustukset: Mai Kaarna, 5 v.



”*Sairaan Kipee 1,2 ja 3”*, jotka keräsivät Helsinkiin kipuammattilaisia eri puolelta Suomea. Luennot olivat tasokkaita ja lisäksi näiden koulutusten ehdottomasti parasta antia oli verkostoituminen kivunhoidon ammattilaisten kanssa.

Vuonna 2016 Lasten ja nuorten toimikunta järjesti ensimmäisen verkostopäivän Helsingissä. Verkostopäivään kutsuttiin ammattilaisia kaikista yliopistosairaaloista ja teemana oli lasten ja nuorten pitkittyneen kivun hoito ja kuntoutuksen järjestäminen Suomessa. Seuraavana vuonna jatkettiin samalla teemalla ja pohdimme kipupoliklinikan toiminnan ideaalimallia. Aloitimme myös suunnittelun lasten ja nuorten kipukyselykaavakkeen sisällöstä. Tämä kipukyselykaavake on ollut käytössä ainakin HUSin Uuden lasten sairaalan Kipukeskuksessa ja uusittu versio on otettu käyttöön vuoden 2025 lopussa.

Toimikunta järjesti myös pitkittyneestä kivusta kärsiville lapsille ja nuorille sekä heidän huoltajilleen ensitietopäivän. Aamupäivällä oli asiantuntijaluentoja kivunhoidosta ja ne välitettiin Helsingistä muihin yliopistosairaaloihin. Iltapäivällä vanhemmat ja lapset jakaantuivat eri ryhmiin ja jokainen yliopistosairaala oli suunnitellut oman ohjelman perheille. Ensitietopäivä sai paljon kiitosta sekä perheiltä että sairaaloiden henkilökunnalta. Erityisesti nuoret kokivat päivän todella onnistuneeksi koska he saivat huomata, että ”on muitakin, joilla on pitkittynyttä kipua”.

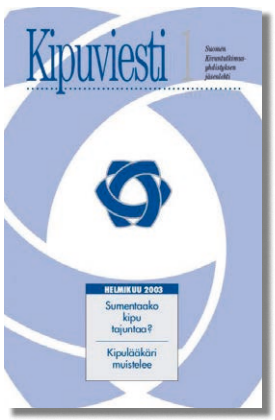
2020-luvulla otimme koulutuspäivillä mukaan toimikunnan koulutusohjelmaan myös akuutin kivun ja lasten ja nuorten syöpäkivunhoidon.

Perustajajäsenillä oli myös haaveena ”bussiturnee”, jossa ryhmä kivunhoidon asiantuntijoita olisi matkannut ympäri Suomea kouluttamassa kivunhoidosta. Tämä idea kaatui omaan mahdottomuuteensa, mutta olisipa ollut hienoa, jos ympäri Suomea olisi matkannut ”kipubussi”.

Lasten ja nuorten toimikunta on edelleen aktiivinen ja suunnittelemme jäsenistölle koulutuksia ja webinaareja ajankohtaisista teemoista kivunhoidossa. Lähes kaikki vanhat toimikunnan jäsenet, minä itse mukaan lukien, painottivat muisteluissa verkostoitumisen tärkeyttä ja hyviä koulutustilaisuuksia. Kaikkien tavoitteena on ollut edistää parempaa ja tutkimukseen perustuvaa lasten ja nuorten kivunhoitoa kaikilla eri osa alueilla. Ja tämä työ jatkuu edelleen. ■

Kipuviestiä uudistaen





Kun sain kutsun suunnittelupalaveriin HUS:n silloiselle Kipuklinikalle Helsingin Topeliuksenkadulle syksyllä 2014 tiesin, että odotettavissa voi olla varsin mielenkiintoinen lehtiuudistus. Tapasin ensi kertaa Kipuviestin päätoimittaja Heli Forssellin sekä Eija Nilssonin yhdistyksen edustajana. Siitä alkoi useamman viikon intensiivinen työvaihe, johon sain evääksi uudistaa lehti modernimmaksi ”moniammatilliseksi tiedejulkaisuksi”, kuten toimeksianto kuului.

Pian kävi selväksi, että juuri sellainen lehti jo olikin, nyt oli vain tarpeen mukauttaa ulkoasu vastaamaan lehden varsin monipuolista sisältöä. Päädyimme päätoimittajan kanssa selkeyttämään sekä lehden artikkelirakennetta että lehden eri osioita, joista selvästi erottuvaksi tuli yhdistysasioille omistettu osuus lehden lopussa.

Samalla lehden formaatti muutettiin A5-koosta aikakauslehtikokoon. Päädyimme myös sidosasuun ja paperivalintaan, jolle liimanide antaisi ryhtiä.

Keskustelimme myös paljon lehden kannesta ja sen merkityksestä ja olimme yhtä mieltä, että kannen tulee houkutella perehtymään lehden sisältöön. Heli Forssell kertoi olleensa mukana jo yhdistyksen logon suunnitteluprosessissa ja sen myötä kanteen haluttiin selkeyttä ja raikkautta sekä leimallisuus, joka tukisi yhdistyksen sinivalkeaa värimaailmaa ja ”yhdistyskuvaa”.

Kun lukuisista vedosvaiheista päästiin lopulliseen muotoon ja yhteisymmärrykseen, ilmestyi ensimmäinen uuden ulkoasun mukainen numero vielä syksyn 2014 aikana.

Johdonmukainen jatkumo

Lehden laajuus on vuosien saatossa vaihdellut ollen 48-108 sivua numeroa kohden. Lehden painosmäärä oli vuonna 2014 vielä 1 500 kpl, mutta on laskenut 1 100:een osin yhdistyksen jäsenmäärän hienoisen laskun vuoksi. Noin neljänneksen vähennys 12 vuoden aikana ei ole kuitenkaan järin suuri verrattuna monen muun järjestölehden tilanteeseen. Lehden toimituskunnan kokouksissa on useaan otteeseen tullut todetuksi, että Kipuviesti juuri painotuotteena on koettu lisäarvoksi, jota jäsenistö arvostaa.

Kipuviesti on sittemmin muotoutunut numero kerrallaan tuolloin luotujen pääperiaatteiden mukaan kuitenkin uudistaen lehteä vuosittain niiltä osin kuin on palautteen ja ideoiden myötä koettu tarpeelliseksi. On lisätty kuvituksen osuutta, tehty grafiikkaa tilaustyönä artikkelien tueksi, kehitetty kokonaan





uusia artikkelityyppejä, lisätty lehden sähköisen version (löytyvät yhdistyksen kotisivuilta) toiminnallisuuksia jne.

Yhteistyö päätoimittajien kanssa (Heli Forssell vuoteen 2017, Maija-Liisa Kalliomäki 2017-2018, Reino Pöyhiä 2019-2020, Riitta Rosio 2021-2025) on ollut aina hyvää ja rakentavaa ja lehti on saatu toimitettua sisällön puolesta monipuoliseksi toimituskunnan aktiivisen osallistumisen avulla.

Toimituskunta onkin saanut lisävahvistusta vuodelle 2026 ja Tuula Korhonen valittu uudeksi päätoimittajaksi. Oma toiveeni on, että lehti saisi edelleen kehittyä jäsenistön hyväksi siten, että se on helposti luettava, sisällöltään hyvin jäsennelty ja mielenkiintoinen samalla välittäen keskeiset uutiset yhdistyksen toiminnasta. ■

Eero Antturi
graafinen suunnittelija



Premius
KUNTOUTUS

ENEMMÄN KUIN HOITOA. TOIVOA.

Kipuklinikka - laajat kivun hoidon ja kuntoutuksen palvelut saman katon alta

Premius Kuntoutuksen kipuklinikka Tampereella tarjoaa monipuolisia palveluita akuutista ja pitkittyneestä kivusta kärsiville ihmisille.

Kipuklinikallamme työskentelee kaksi kivun hoitoon perehtynyttä fysiatrian erikoislääkäriä, fysio- ja toimintaterapeutteja sekä psykologi. Palvelemme lapsia, nuoria ja aikuisia.



Minna Ståhl,
Fysiatrian erikoislääkäri,
lääketieteen tohtori

Minnalla on pitkä kokemus kaikenikäisten tuki- ja liikuntaelinvaivojen sekä pitkittyneiden kiputilojen tutkimisesta, hoidosta ja kuntoutuksesta. Minna hoitaa kokonaisvaltaisella otteella ja tekee mielellään yhteistyötä terapeuttien kanssa, jotta saavutetaan paras mahdollinen hoitotulos.



Vesa-Matti Kuittinen,
Fysiatrian erikoislääkäri

Vesa-Matin erityisosaamista on kaikenikäisten pitkittyneen kivun kuntoutuksen ja hoidon suunnittelu sekä tuki- ja liikuntaelinvaivojen diagnostiikka, hoito ja kuntoutus. Lisäksi hänellä on kokemusta selkäydinvamman jälkeisistä haasteista ja liitännäisongelmista, neurologisen ja ortopedisen kuntoutuksen tehostamisesta, amputaation jälkeisen kuntoutumisen tukemisesta sekä psykososiaalisen hyvinvoinnin edistämisestä.

KYSY LISÄÄ JA VARAA AIKA

www.premius.fi/ajanvaraus
010 292 8570
toimisto@premius.fi

Premius Kuntoutus
Sarvijaakonkatu 5 B, 33540 Tampere

Kipupotilaan ravitsemus – miksi ja miten?



Ursula Schwab
professori (ravitsemusterapia)
Itä-Suomen yliopisto, Lääketieteen laitos, Kansanterveystieteen ja kliinisen ravitsemustieteen yksikkö ja Pohjois-Savon hyvinvointialue, Kuopion yliopistollinen sairaala, Medisiininen keskus, Endokrinologian ja kliinisen ravitsemuksen yksikkö

Ravinnon merkitys kipupotilaalla

Terveyttä edistävä ravitsemus ylläpitää ravitsemustilaa ja tukee kivun hallintaa. Myös kivun hallintaan käytettävien lääkkeiden epäedullisia aineenvaihdunnallisia vaikutuksia voidaan lievittää terveyttä edistävällä ravitsemuksella. Syömisen tulisi olla myös mielihyvän lähde.

Kipu ja sen hoito voivat vaikeuttaa syömistä ja heikentää ruokahalua. Tämä voi johtaa riittämättömään syödyn ruoan määrään ja liian vähäiseen ravinnonsaantiin, minkä seurauksena paino voi laskea. Syöminen voi myös yksipuolistua ja vääristää ravintoaineiden saantia. Näiden seurauksena toimintakyky ja jaksaminen heikentyvät edelleen. Toisaalta liikunnan väheneminen, epäsäännöllinen ateriointi, rikkonainen uni ja välipalatyyppinen syöminen täysipainoisten aterioiden sijaan voi johtaa painonnousuun, epätasapainoiseen ravintoaineiden saantiin, lisääntyneeseen sydän- ja verisuonisairauksien ja tyypin 2 diabeteksen riskiin sekä elimistön suurempaan tulehdusaktiviteettiin. Monipuolinen ja terveyttä edistävien ruokavalintojen huomioiminen tukee terveyttä, kivunhallintaa ja jaksamista.

Seuraavassa käsitellään suositeltavia ruokavalintoja (1) (taulukko 1), jotka turvaavat riittävää energian, proteiinin ja kuidun saantia, optimaalista rasvan laatua ruokavaliossa sekä tasapainoista ja riittävää vitamiinien ja kivennäisaineiden saantia.

Suositeltavat ruokavalinnat

Suositeltava kuidun saanti, naisilla vähintään 25 grammaa ja miehillä vähintään 35 grammaa päivässä, tukee vastan toimintaa Ja vähentää riskiä ummetukselle, jolle osa kipulääkkeistä altistaa. Riittävä kuidun saanti tukee myös elimistön glukoosi- ja lipidiaineenvaihduntaa, joita kipulääkitys voi haastaa.

Kuitua ruokavalioon tuovat täysjyväviljavalmisteet, kasvikset, marjat, hedelmät sekä pähkinät, mantelit ja siemenet. Täysjyväviljavalmisteet ovat erinomaisia kuidun lähteitä. Niissä on myös monipuolisesti vitamiineja ja kivennäisaineita. Suositeltava käyttömäärä on vähintään 6 annosta päivässä. Yksi annos on viipale leipää, ½ lautasellista puuroa, 1 dl keitettyä täysjyvälisäkettä, ½ dl mysliä tai 2 rkl leseitä.

Kasvikset, marjat ja hedelmät sisältävät kuidun lisäksi runsaasti vitamiineja, kivennäisaineita ja muita terveyttä edistäviä yhdisteitä, kuten flavonoideja. Niiden suositeltava käyttömäärä on vähintään 500–800 grammaa päivässä. Noin puolet olisi hyvä olla marjoja ja hedelmiä ja noin puolet kasviksia, joihin kuuluvat vihannekset, juurekset ja sienet.

Rasvan osalta on tärkeää kiinnittää huomiota laatuun. Ruokavalion rasvan laatu vaikuttaa mm. elimistön glukoosiaineenvaihduntaan, tulehdustekijöiden muodostumiseen ja plasman kolesterolipitoisuuteen. Se vaikuttaa myös kipua ja tulehdusta välittävien kudosvälittäjäaineiden synteesiin. Suositeltava ruokavalion rasvan laatu on myös olennainen osa verenpainetta hallitsevassa ja muistisairauksia ehkäisevässä ruokavaliossa. Rasvan laatu voi vaikuttaa myös luustoon ja lihasmassan säilymiseen ikääntyessä (2).

Rasvaa ruokavalioon saadaan ruoanvalmistus- ja leipärasvoista, maitovalmisteista, lihasta ja kalasta sekä pähkinöistä, manteleista ja siemenistä. Rasva on energiatihein ravintoaine, joten käyttömäärän tulee olla kohtuullinen, mut-

Taulukko 1. Suositeltavat käyttömäärät ruoka-aineryhmittäin.

Ruoka-aine-ryhmä	Suositeltava käyttömäärä	Huomioitavaa
Vihannekset, juurekset, sienet, marjat, hedelmät	vähintään 500–800 g/vrk	Monipuolinen käyttö, marjoja ja hedelmiä noin puolet, lisättyä sokeria sisältävien tuotteiden välttäminen
Palkokasvit	50-100 g/vrk	
Viljatuotteet	vähintään 90 g täysjyväviljaa eli 6 annosta /vrk	Vähän suolaa sisältävien tuotteiden suosiminen, lisättyä rasvaa ja sokeria sisältävien tuotteiden välttäminen
Peruna	*	Monipuolinen ravintosisältö. Runsasrasvaisten ja suolaisten vaihtoehtojen välttäminen
Rasvat ja öljyt	vähintään 25 g/vrk ei-trooppisia kasviöljyjä	Voin ja trooppisten kasviöljyjen** välttäminen
Pähkinät, siemenet	30 g/vrk	Suositus pähkinöille, siementen osalta ei riittävää tutkimusnäyttöä suositeltavalle käyttömäärälle, öljykasvien siemeniä enintään 15 g/vrk
Maitovalmisteet	350–500 ml/vrk	Rasvattomat ja vähärasvaiset valmisteet
Kala	300–450 g/vko, josta rasvaista kalaa vähintään 200 g/vko	Terveyttä edistävät ruoanvalmistustavat
Siipikarja	*	Nahattomana
Punainen liha	korkeintaan 350 g/vko	Sisältää naudan, porsaan ja lampaan lihan sekä lihavalmisteet
Kananmuna	enintään 1 kpl/vrk	Vähemmän, jos dyslipidemia, valtimotauti, diabetes
Makeiset, sokerilla makeutetut juomat	Harvoin	
Alkoholi	Ei lainkaan/rajoitetusti	Ei turvallista käyttömäärää, ei lainkaan lapsille, nuorille, raskaana oleville

*Ei riittävää tutkimusnäyttöä suositeltavalle käyttömäärälle
**Kookos-, shea-, palmu- ja palmuydinöljyt
Lähde. Valtion ravitsemusneuvottelukunta ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Kestävää terveyttä ruoasta – kansalliset ravitsemussuositukset 2024.

ta kuitenkin riittävä. Kasviöljyjä suositellaan vähintään 25 g/vrk päivässä riittävän pehmeän rasvan saannin turvaamiseksi. Kasviöljyistä tulee valita myös alfalinoleenihappoa sisältäviä vaihtoehtoja, jotta molempia välttämättömiä rasvahappoja – linoli- ja alfalinoleenihappoa – saadaan riittävästi. Etenkin alfalinoleenihapon saanti voi Suomessa jäädä liian vähäiseksi. Alfalinoleenihappoa merkittävämpiä määriä sisältävät rypsi-, rapsi-, soija-, pellavansiemen-, camelina-, saksanpähkinä-, hampunsiemen- ja vehnänalkioöljyt. Alfalinoleenihaposta muodostuu erityisesti tulehdusta hillitseviä kudosvälittäjäaineita, jolloin kiputuntemukset vähenevät (3).

Käytännössä pehmeää rasvaa saadaan riittävästi, kun leivällä käytetään ohuelti (noin 1 tl/viipale) sydänmerkkikriteerit täyttävää leipärasvaa, jossa on rasvaa vähintään 60 %. Salaattiin suositellaan kasviöljyä tai kasviöljypohjaista salaatinkastiketta. Sopiva käyttömäärä on noin ½-1 rkl /salaattiannos. Kasviöljyt, pullomargariinit ja suositeltavat leipärasvat sopivat ruoanvalmistukseen ja leivontaan. Voi ja voita sisältävät tuotteet sisältävät paljon kovaa rasvaa, joten niiden käytön on hyvä olla mahdollisimman satunnaista.

Myös pähkinät, mantelit ja siemenet ovat hyviä pehmeän rasvan sekä kuidun, proteiinin, vitamiinien ja kivennäisaineiden lähteitä. Niitä suositellaan maustamattomina ja kuorruttamattomina noin 30 grammaa päivässä. Myös siemeniä voi käyttää päivittäin, mutta öljykasvien siemeniä tulisi käyttää Ruokaviraston ohjeistuksen mukaisesti enintään 15 grammaa päivässä (4).

Maito ja maitovalmisteet ovat erinomaisia proteiinin, kalsiumin ja jodin lähteitä. Niiden rasva on pääosin kovaa rasvaa, joten suositeltavaa on valita rasvattomia ja vähärasvaisia tuotteita. Suositeltava käyttömäärä on 3,5–5 dl/vrk. 1 dl nestemäistä maitovalmistetta vastaa yhtä

viipaletta (10–20 g) juustoa. Maito ja piimä tulisi valita rasvattomina. Viilissä, jogurtissa ja rahkassa rasvaa on suositeltavaa olla korkeintaan 1 % ja juustossa korkeintaan 17 %. Kermoista suositellaan kevyempiä ruokakermoja (rasvaa korkeintaan 15 %) ja kasvipohjaisia kaurasta ja soijasta valmistettuja tuotteita.

Kasvipohjaisia tuotteita käytettäessä tulisi suosia kalsiumilla, D-vitamiinilla ja jodilla täydennettyjä tuotteita. Proteiinin osalta on tärkeää huomioida, että vain soijajuomassa proteiinin määrä vastaa lehmänmaidon proteiinimäärä. Muissa kasvipohjaisissa tuotteissa proteiinin määrä on huomattavasti pienempi ja myös aminohappokoostumus yksipuolisempi. Kasvipohjaisten tuotteiden rasvan laatu on yleensä hyvä, mutta poikkeuksia löytyy, joten tuotteen rasvan laatu on hyvä tarkistaa myyntipäällysmerkinnöistä (5).

Ruokavaliossa on hyvä olla päivittäin pääateria, jossa on joko kalaa, siipikarjaa, kasviproteiinivalmistetta tai vähärasvaista lihaa. Kalaa suositellaan 300–450 grammaa viikossa (2-3 ateriaalla). Rasvaista kalaa suositellaan tästä määrästä noin puolet, vähintään 200 grammaa viikossa. Punaista lihaa eli nautaa, possua tai lammasta sekä lihavalmisteita (mm. makkarat, leikkeleet) suositellaan enintään 350 grammaa viikossa. Riistan lihaa ei lasketa punaiseen lihaan eikä sen määrästä ole suositusta. Kananmunia suositellaan enintään 1 kpl päivässä, mutta vähemmän, jos on dyslipidemia, valtimotauti tai diabetes. Kasviproteiinivalmisteiden viitteellinen suositus 50–100 grammaa päivässä.

Runsas sokerin saanti lisää endogeenistä tyydyttyneiden rasvahappojen synteesiä, joten sokeria ja sokeroituja tuotteita tulee käyttää maltillisesti. Sokeroiduilla juomilla on selkeä yhteys kansansairauksiin, minkä vuoksi niitä tulisi olla ruokavaliossa mahdollisimman vähän. Täysmehussa on yhtä paljon vapaata sokeria kuin sokeroidussa mehussa tai virvoitusjuomassa. 1 dl (100 g) täysmehua päivässä voidaan kuitenkin laskea hedelmäksi (1). Suunterveyden näkökulmasta on tärkeää nauttia tämä annos aterian yhteydessä.

Ateriarytmin on hyvä olla säännöllinen sopivan ravinnonsaannin turvaamiseksi. Aterioiden määrästä ei ole suositusta, joten sopiva aterioiden määrä arvioidaan yksilöllisesti jaksamisen, riittävän ravinnonsaannin, syömisen hallinnan, vatsan toiminnan ja suunterveyden turvaamiseksi. Vähintään yksi pääateria on kuitenkin päivässä hyvä olla. Yöpaaston tulee olla enintään 11 tuntia alle 70-vuotiaalla ja enintään 11 tuntia 70 vuotta täyttäneillä (6).

Aterioiden koostaminen lautasmallin mukaisesti ohjaa aterioiden monipuolisuuteen ja sopivaan ruokamäärään aterioilla. Ikääntyneillä suositaan kolmasosalautasmallia riittävän energian ja proteiinin saannin turvaamiseksi (kuva 1).

Valmisruokia voi tarvittaessa hyödyntää täysipainoisen ravitsemuksen turvaamiseksi. Ateriaa täydennetään kasviksilla, kasviöljyllä,



Kuva 1. Suositeltavan ateriakokonaisuuden koostaminen lautasmallin avulla. Ikääntyneille suositellaan kolmasosalautasmallia, jossa kasvisten määrä on peruslautasmallia pienempi, proteiinipitoisen ruoan ja energiapitoisen lisäkkeen määrä vastaavasti suurempi.

Kuva 2. Valmisruoka-aterian täysipainoinen koostaminen.



Niin yksittäisistä elintarvikkeista kuin ateri-oistakin suositeltavimpia valintoja ovat sydänmerkkikriteerit täyttävät tuotteet

täysjyväleivällä, pehmeällä leipärasvalla, rasvattomalla maidolla tai piimällä sekä marjoilla tai hedelmällä (kuva 2).

Niin yksittäisistä elintarvikkeista kuin ateri-oistakin suositeltavimpia valintoja ovat sydänmerkkikriteerit täyttävät tuotteet (5).

Ravitsemustila ja ravinnonsaannin täydentäminen

Mikäli paino laskee tahattomasti, tulee siihen reagoida välittömästi ravinnonsaantia täydentämällä. Jos on perusteltua laihtua, painonlaskun tulee olla maltillista, enintään ½ kg viikossa. Näin turvataan riittävä ravinnonsaanti, lihasmassan säilyminen ja toimintakyky (2,6).

Riittävää ravinnonsaantia voidaan turvata kasviöljylisällä esimerkiksi puurossa, perunasoseessa, pirtelöissä ja sosekeitoissa. Proteiinin saannin tulee olla riittävää, mutta ei kuitenkaan liiallista, sillä pahimmillaan liiallinen proteiinin määrä ruokavaliossa vääristää ruokavalion kokonaisuutta ja voi jopa haastaa riittävää ravinnonsaantia mm. aiheuttamalla voimakasta kylläisyyden tunnetta. Hyviä proteiinin lähteitä ovat maitovalmisteet, liha, kala, kasviproteiinivalmisteet sekä pähkinät, mantelit ja siemenet.

Mikäli ravinnonsaanti jää riittämättömäksi, voidaan hyödyntää kliinisiä täydennysravin-

Kipupotilaalle tulee olla tarjolla asiantuntemusta ravinnonsaannin optimaaliseksi täydentämiseksi.

tovalmisteita ravinnonsaannin turvaamiseksi. Niiden käyttö suunnitellaan ravitsemusterapeutin tai muun niiden käyttöön perehtyneen terveydenhuollon ammattilaisen ohjauksessa. Ravintorikkaimmista valmisteista yksi purkillinen vastaa keskimäärin yhtä täysipainoista ateriaa. Mikäli potilaalla on käytössä ravintolisiä, on tärkeää huomioida, että kliiniset täydennysravintovalmisteet on täydennetty hyvin monipuolisesti.

Mikäli ruokavalion monipuolinen koostaminen on vaikeaa, ravinnonsaantia täydennetään vitamiini- ja kivennäisainevalmisteilla siten, että ravintoaineiden saantisuosituksia ei perusteettomasti ylitetä. Liiallisesta saannista etenkin pitkäaikaisesti voi olla huomattavaa haittaa (1). Kipupotilaalle tulee olla tarjolla asiantuntemusta ravinnonsaannin optimaaliseksi täydentämiseksi.

Tavallisimmin täydentämisen tarvetta on D-vitamiinille. Kaikille 75 vuotta täyttäneille suositellaan rutiinisti D-vitamiinilisää 10–20 µg/vrk dietaarisesta D-vitamiinin saannista riippuen. 18–74-vuotiaille suositellaan D-vitamiinilisää 10 µg/vrk lokakuusta maaliskuuhun, mikäli ruokavaliossa täydennettyjen maitovalmisteiden ja leipärasvojen ja/tai kalan käyttö on vähäistä (7). D-vitamiinin suurin hyväksyttävä saanti on 100 µg/vrk (1). Suomalaiset saavat D-vitamiinia ruokavaliosta keskimäärin 10–13 µg/vrk, joten esim. 100 µg suplementaatiota ei tule käyttää kuin diagnosoidun D-vitamiinin puutoksen korjaamiseen (8).

Kalsiumsuplementaatio on tarpeen, mikäli ruokavaliossa ei ole maitovalmisteita tai täydennettyjä kasvijuomia. Kalsiumin suurin hyväksyttävä saanti on 2500 mg/vrk, joten kalsiumsuplementaatiota ei tule käyttää, mikäli saanti ruokavaliosta on keskimääräistä suurempaa. ■

Kirjallisuutta:

1. Valtion ravitsemusneuvottelukunta ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Kestävää terveyttä ruoasta – kansalliset ravitsemussuositukset 2024. Helsinki: PunaMusta Oy, 2024. https://www.julkari.fi/server/api/core/bitstreams/f42bb83b-9fc9-4146-8a5f-d2b6fba56a24/content
3. Valtion ravitsemusneuvottelukunta ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Vireyttä seniorivuosiin – Ikääntyneiden ruokasuositus. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Ohjaus 3/2023. Helsinki: PunaMusta Oy, 2020.
4. Mutanen M, Voutilainen E, Freese R. Rasvat ja rasvahapot. Kirjassa: Mutanen M, Niinikoski H, Schwab U, Uusitupa M. Ravitsemustiede. Duodecim, Keuruu 2021. s 102-118.
5. Ruokavirasto. Elintarvikkeiden turvallisen käytön ohjeet. https://www.ruokavirasto.fi/elintarvikkeet/ohjeita-kuluttajille/turvallisen-kayton-ohjeet/
6. Sydänmerkki-tuotekriteerit. https://ammattilaiset.sydanmerkki.fi/elintarviketeollisuus/tuotteiden_myontamisperusteet
7. Valtion ravitsemusneuvottelukunta ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Ravitsemushoitosuositus. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Ohjaus 3/2023. Helsinki: PunaMusta Oy, 2023.
8. D-vitamiinivalmisteiden käyttösuositukset. https://www.ruokavirasto.fi/elintarvikkeet/terveytta-edistava-ruokavalio/ravintoaineet/d-vitamiini

Kivun kantaminen on arjen sankaruutta



Terhi Runsio
Kipupsykologi (PsM) ja kognitiivinen psykoterapeutti
Medishare Oy Turku

Tämä artikkeli on julkaistu 9/2025 Suomen Kipu ry:n Kipupuomi-lehdessä samansisältöisenä ja artikkelia voi käyttää myös osana kipukuntoutujan ohjauksessa.

Suomessa elää arkeaan arviolta jopa miljoona ihmistä, jotka kantavat mukanaan pitkäaikaista kipua. Pitkäaikainen kipu on erittäin monimuuttujainen kokonaisuus – varsinaisen kipuaistimuksen lisäksi yksilöllisessä kipukokemuksessa ovat aina mukana vaikuttamassa ihmisen oma tausta ja henkilöhistoria, sopeutumis(kriisi)prosessin vaihe, psyykkinen hyvinvointi, sosiaalinen verkosto ihmissuhteineen, koko elämäntilanne voimavaroineen ja kuormitustekijöineen sekä tulevaisuuteen liittyvät odotukset.

Kivulias ihminen on arjen sankari: Hänen pitää selvitä arki- ja juhlapäiviensä haasteista kivun kanssa ja kivusta huolimatta. Kipu on kuormitustekijä, joka ottaa oman osansa jaksamisesta ja kantajansa energian kokonaismäärästä. Tätä faktaa eivät välttämättä muut ihmiset ymmärrä eivätkä muista, vaikka lähiverkosto muodostuisi kuinka hyvistä tyypeistä tahansa. Pitkäaikaiseen kipuun liittyykin paljon erilaisia vuorovaikutushaasteita. Ensinnäkin omaa kipua voi olla vaikea selittää, etenkin jos vaihtelee tyypiltään, sijainniltaan ja voimakkuudeltaan. Yhtälailla toisen kipukertomusta saattaa olla eri syistä hankalaa kuunnella/ottaa vastaan. Kivulias ihminen voikin joutua toistuvasti kokemaan, ettei hän tule ymmärretyksi, ja tämä kokemus itsessään on myös kuormittava. Monet kivun kanssa elävät kokevat, että heillä on jatkuva ”todistustaakka” kipuun liittyen ja siksi he herkästi pelkäävät, ettei omaa kipua oteta vakavasti.

Pitkäaikaiseen kipuun sopeutuminen

Vaativa pitkäaikainen kipu haastaa kantajansa psyykkiseen sopeutumis(kriisi)prosessiin siinä missä pitkäaikaissairauskin. Eteneminen alun mahdollisesta shokkivaiheesta reaktiovaiheen tunnemyllerryksien kautta korjaamis- ja uudelleensuuntautumisen vaiheisiin on yksilöllinen ja jopa vuosien mittainen prosessi. Nämä vaiheet voivat olla osin päällekkäisiäkin ja sahaaminen edestakaisin näitä vaiheita on mahdollista esimerkiksi erilaisten kipujaksojen tai jonkun muun elämässä vaikuttavan kuormitustekijän vuoksi. Suurin osa tästä pitkäaikaiseen kipuun liittyvästä sopeutumistyöstä tehdään korvien välissä muilta piilossa, ja siksikin kivun pitää olla sallittu puheenaihe – läheiset eivät voi tietää, missä kivulias kipunsa kanssa menee, ellei hän kerro. Kipu aiheuttaa lähisuhteissa herkästi väärinymmärryksiä, ellei siitä puhuta; esimerkiksi vetäytyminen rankemman kipupäivän tai kovan kipukohtauksen aikana ilman minkäänlaista selitystä voidaan tulkita välinpitämättömyydeksi. Tarkkana pitää silti olla, ettei kivusta tule ainoa puheenaihe. Jos huomaa näin käyneen, on todennäköisesti ”juuttunut” sopeutumiskriisiprosessin reaktiovaiheeseen, jolloin kuntouttava yhteistyö esimerkiksi kipupsykologin, kivunhoitoon erikoistuneen lääkärin, fysioterapeutin tai hoitajan kanssa on harkinnan arvoinen satsaus itseen – monen on vaikea tai jopa mahdoton yksin löytää ulospääsyä ”myrskyn silmästä” kivun kanssa ilman ulkopuolista ammattiapua.

Kivun kanssa selviytyminen

Kivunhallinnasta puhutaan paljon. Monelle vaikeaa pitkäaikaista kipua kantavalle ihmiselle se voi kuitenkin olla liian rankka ja kipuongelmien monimuotoisuutta yksinkertaistava vaatimus. On tilanteita joissa kipua ei niinkään voi hallita, ja hankalasta kipupiikistä/kipukohtauksesta selvitäänkin ehkä karsimalla kaikki ylimääräiset ärsykkeet pois. Lisäksi yhdellä ja sa-

malla ihmisellä voi olla erilaisia selviytymisstrategioita kivun eri tyypeissä ja voimakkuuksissa. Kivunhallinnalle vaihtoehtoisia, joustavampia termejä ovat muun muassa pitkäaikaiseen kipuun sopeutuminen, kipuselviytyminen, kipuongelman ja sen seurausten rajaaminen, sekä kipukokemuksen ja oman olotilan säätely.

Lääkkeellisesti pitkäaikaista kipua voidaan monissa tapauksissa hyvin rauhoittaa, mutta ei välttämättä läheskään kokonaan poistaa. Voimakkaissa kiputiloissa (nollasta kymppiin –janalla 7/10-10/10) kivun voimakkuuden puolittuminen voi olla jo varsin hyvä kipulääkkeellinen hoitovaste. Onneksi kipulääkkeiden lisäksi on kuitenkin löydettävissä asioita, joihin pystyy myös itse vaikuttamaan.

Lääkehoidon rinnalla kaikki mielekäs tekeminen ja mielihyvää tuottavat asiat toimivat luomulääkkeenä kipuun, on se sitten lemmikin rapsutusta, makuelämyksiä, kuorolaulua, liikuntaa tai liikahduksia, ulkoilua, lukemista, kulttuuria, puhelu ystävälle yms. Jokainen pitkäaikaisesti kivulias voi pyrkiä vahvistamaan keinoja, jotka tukevat omaa kipuselviytymistä. Esimerkiksi rentoutumiskeinoja harjoittelemalla pystyy lievittämään kivun (tai jonkun muun kuormitustekijän) aiheuttamaa stressiä, rauhoittamaan näin sekä mieltä että kehoa, ja aikaansaamaan hyväksyvämpi tai ainakin sietävämpi suhtautuminen kipuun. Omia toimintatapojaan on syytä ryhtyä vähitellen muuttamaan hiukan väljemmiksi ja sallivammiksi, samoin liian rankkoja tavoitteita tai korkeita vaatimuksia itselle arvioimaan uudelleen ja maltillistamaan. Suhdetta itseen kannattaa kivuliaan muutenkin syynätä, pyrkiä enenevästi itseystävällisyyteen ja itse-empatiaan, sekä puhua tietoisesti itsestään ja itselleen hyväksyvämmällä, arvostavalla tavalla. Jos kipu vaikuttaa uneen tai mielialaan, myös nämä pitää ottaa aina huomioon laadukkaassa kivun hoidossa ja kuntouksessa.

Kipupsykologin vastaanotolla

Kipupsykologin vastaanotolla ihmisen biopsykososiaalista kipuongelmakokonaisuutta ryhdytään purkamaan ja jäsentämään kiireettömästi tutkivalla haastattelulla ja kipuun liittyvillä kyselylomakkeilla. Empaattinen kuuntelu herkällä korvalla, kiputarinan ja kipuhistorian arvostava vastaanotto sekä kipuongelman tarkka kokonaisselvitys ja jäsentävä keskustelu ovat jo monelle pitkäaikaisesti kivuliaalle nopeavaikutteisia, rauhoittavia hoito- ja kuntoutuskeinoja. Vastaanotoilla niitä mietitään, opetellaan ja harjoitellaan yksilöllisesti ja räätälöidysti lisää.

Kipupsykologin opastamia keinoja ovat muun muassa:

- Vahvistava ja rauhoittava sisäinen puhe
- Ystävällinen suhtautuminen itseen
- Unihäiriöiden lievittäminen
- Mielihyvää tuottavan ja omiin arvoihin perustuvan toiminnan lisääminen
- Stressin säätelykyvyn parantaminen
- Jämäkkyys ja itsensä puolustamisen kyky
- Psyykkisten ja psykososiaalisten ongelmien helpottaminen
- Omien toimintamallien joustavuuden lisääminen
- Kipuun ja omaan itseen liittyvien tunteiden ja ajatusten käsittely, tarvittaessa muutostyöskentely

Vertaistuki voi olla korvaamaton apu

Vertaistuki ja kipukokemusten jakaminen ovat parhaimmillaan korvaamattomia pitkäaikaisesti kivuliaalle. Tämä jo senkin vuoksi, että moni

Kipupotilaiden ja kipukuntoutujien esiintuomia kipuselviytymisen vahvistajia

- Yleiskunnosta huolehtiminen
- Terveyden ja sairauksien hoito
- Kylmähoidot ja lämpöhoidot
- Fysioterapia, TNS, lymfahoito, akupunktio
- Rentoutus eri muodoissaan
- Mielekäs mukava tekeminen
- Kivun taustojen ymmärtäminen
- Vertaistuki
- Psykoterapia
- Itselle sopiva ruokavalio
- Keskustelu ja läheisyys
- Kotitöiden helpotus
- Riman laskeminen ja pyristely irti häpeästä
- Hieronta ja kosketus
- Vahvistavien värien käyttö
- Ajatus siitä, että kelpaan tällaisena
- Kivun unohtuminen hetkeksikin
- Lupa siihenkin, ettei aina jaksa
- Ystävällisyys itseä kohtaan
- Apuvälineet
- Netflix
- Sosiaalinen elämä
- Ergonomia

kivulias kokee olevansa niin yksin tilanteessaan. Vertaistuki voi toteutua vapaamuotoisesti tai sitten sen verran ohjatusti vaikkapa ryhmässä, että keskustelu pysyy rakentavasti aiheessa. Suomen Kipu Ry tarjoaa kivuliaille todella paljon kipuun liittyvää materiaalia ja vertaistoimintaa. Muita mahdollisia pitkäaikaisen kivun kantajalle sopivia tukimuotoja voi löytyä esimerkiksi Reumaliitolta, Lihastautiliitolta, Psoriasisliitolta, Neuroliitolta, Selkäliitolta, Nivelyhdistykseltä, Migreeniyhdistykseltä tai Mieli ry:lta. Lisäksi verkkomateriaalina tietoa ja tukimuotoja on myös saatavissa Terveyskylästä (terveyskyla.fi; mm. Kivunhallintatalo, Aivotalo, Vertaistalo, Mielenterveystalo).

Viereinen lista kipuselviytymisen vahvistajista antaa käsityksen siitä, miten monenlaiset asiat voivat toimia kipua helpottavina ja kipuselviytymistä vahvistavina tekijöinä kivun kantajan elämässä. Todennäköisesti moni löytää listasta tuttuja ja potilailla jo käytössä olevia keinoja. Samoin on todennäköistä, että monella potilaalla on käytössään joku kipuselviytymisen keino, jota ei juuri tältä listalta löydy. Pitkäaikaisen kivun kantaminen on moniulotteinen ja täysin yksilöllinen biopsykososiaalinen kokemus. Tästä johtuen myös konstit ovat monet, onneksi. ■

Marion Wüstefeldin haastattelu

Kivun- ja palliatiivisen hoidon pitkän linjan ammattilainen ei malta lopettaa työntekoa eläkkeelläkään

HAASTATTELU
Hannaleena Karjalainen
LL, anestesiologian ja tehohoidon erikoislääkäri
KYS

Marion Wüstefeld, kuopiolainen pitkän linjan kivunhoidon ammattilainen ja SKTY:n aktiivi, jäi eläkkeelle heinäkuun lopulla 2025. Tässä haastattelussa hän kertoo urastaan ja ajatuksistaan kivunhoidon ja palliatiivisen hoidon saralta.



Kuvat: Marika Karppinen

Tapaan Marionin työnsä äärellä KYSin palliatiivisella poliklinikalla, missä hän vielä työskentelee 25-prosenttisesti eläkkeelle jäämisestä huolimatta. ”Työ on minulle rakkain harrastus”, hän sanoo, ja kertoo hymyillen, että tekisi oikein mielellään vielä myös anestesialääkärin töitä. Toisaalta Marion myöntää, että iän myötä osaa jo arvostaa vapaa-aikaa enemmän. Hän nauttii myös rauhallisesta kotielämästä ja läheisten seurasta. Myös matkustelulle on nyt paremmin aikaa ja pari viimeistä viikkoa kuluikin Lanzarotella, joka on yksi mieluisista matkakohteista.

Marion syntyi entisessä DDR:ssä, mutta opiskeli lääkäriksi Unkarissa Pècn kaupungissa, jonne hän muutti 17-vuotiaana. Opiskeluaikana syntyi väitöskirja, jonka aiheena oli kampurajalka ja Marionin suunnitelmissa oli erikoistua lasten ortopediaan. Yliopistolta löytyi myös Marionin ensimmäinen elämänkumppani, ja aviomiehen työn vuoksi he muuttivat unkarilaiseen Nagykanizsan kaupunkiin. Kaupungista löytyi erikoistumispaikka psykiatrialta ja siellä Marion aloitti. Mutta elämä on sattumien summa ja saksakielentaitonsa vuoksi Marion päätyi tulkiksi ESA:n (Euroanaesthesia) kongressiin vuonna 1989 ja tapasi siellä saksalaisen anestesiologian professorin, joka oli kotoisin samasta kaupungista kuin Marion. Hän tarjosi töitä Göttingenistä ja Marion tarttui tilaisuuteen. Näin hän päätyi erikoistumaan anestesiologiaan, joka osoittautuikin hänelle juuri oikeaksi alaksi.

Päätyminen Suomeen ja Kuopioon oli taas toisen aviomiehen ansiota. Aviomies halusi jonnekin ”erämaahan” ja Alaska oli ensimmäinen vaihtoehto. Onneksi se vaihtoehto ei toteutunut ja Wüstefeldit päätyivät riittävän erämaiseen Kuopioon heti Marionin valmis-

tuttua erikoislääkäriksi vuonna 1998. Myös erikoistuminen kivunhoitoon oli sattumaa. Kuopiossa ei ollut anestesialääkäreiden joukossa tarpeeksi kivunhoidon osaajia ja esimies määräsi Marionin koulutukseen. Marion kävi SSAI:n (The Scandinavian Society of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine) kaksivuotisen kivunhoitokurssin vuosina 2008–2010. Lopputyönään hän käynnisti KYSissä maan ensimmäisen APS-tiimin (Acute Pain Service). Tiimi oli pieni, mutta tehokas. Mukana oli muutama innokas ja taitava hoitaja heräämöstä kantavana voimanaan sairaanhoitaja Tuija Leinonen. Marion toimi tiimin lääkärikonsulttina muun työnsä ohessa ja toimi samalla myös heräämön ja plastiikkakirurgian (mukaan lukien palovammat)vastuulääkärinä. Työtä siis riitti. Koska palliatiivinen hoidon järjestäminen oli vielä lapsenkengissään, tuli APS-tiimille myös palliatiivisia potilaita, sekä lapsia että aikuisia. Tämä herätti Marionin kiinnostuksen erikoistua myös palliatiiviseen hoitoon ja hän kävi vuosina 2017–2019 skandinaavisen palliatiivisen hoidon kurssin. Viimeisinä työvuosinaan hänen työnkuvakseen muodostui työskennellä puoliksi leikkaussalianestesiogina, puoliksi konsulttina palliatiivisella poliklinikalla. Palliatiivisella poliklinikalla Marionin työnkuva keskittyi vaativaan kivunhoitoon, erilaisiin invasiivisiin toimenpiteisiin ja yhteistyöhön infuusiopoliklinikan kanssa. Kaiken tämän lisäksi Marion on työskennellyt myös yksityispuolella anestesiologina.

SKTY:ssä Marion on toiminut Akuutin kivun toimikunnassa ja ollut sen myötä järjestämässä lukuisia koulutuksia. SKTY:n hallituksessa hän oli vuosina 2019–2025 ja yhdistyksen edustajana EFIC:ssa (The European Pain Federation). Marion kokee vahvuudekseen hyvän kyvyn verkostoitua ja hankkia kontakteja ympäri Eurooppaa, miksi ei kauempaakin. Hän kokee, että on näin voinut näin tehdä Suomea näkyväksi kansainvälisesti ja toisaalta tuoda muun maailman näkemyksen SKTY:n tietoon ja hyödyksi. EFIC on myös vahva koulutusorganisaatio ja Marion toivoisi, että myös suomalaiset kivunhoidon ammattilaiset osaisivat hyödyntää sitä paremmin.

Kaiken kaikkiaan Marion korostaa tiimityön merkitystä sekä kivunhoidossa että palliatiivisessa hoidossa. Se on ollut hänelle mieluisaa ja tärkeää. Suomessa myös hoitajat ovat pitkälle koulutettuja ammattilaisia ja tätä Marion arvostaa. Työtä on tehty vuosia hyvin pienellä porukalla, mutta pikkuhiljaa kivunhoidon ja palliatiivisen hoidon tärkeys on ymmärretty ja näihin on alettu KYSissäkin panostaa. Hartiat ovat kasvaneet, kun ammattilaisia on enemmän ja ala on laajentunut koskemaan myös lapsia. Marionilla on ollut iso rooli myös tässä.

Koulutus on toinen Marionin korostama alue. Hän on toiminut kouluttajana sekä paikallisesti että kansallisesti ja järjestänyt lukuisia koulutuksia. Marion kokee tärkeäksi myös yhteistyön eri potilasjärjestöjen kanssa – onhan potilas aina työn keskiössä. Hyvä kivunhoito säästää paitsi yksilöä kärsimykseltä, myös yhteiskunnan rahoja. Tätä ei tunnuta aina ymmärtävän säästöpaineiden keskellä.

Marion haluaa ymmärtää, miten ihminen toimii – sekä fysiologisena että psykologisena olentona. Mielen ja kehon välinen yhteys on yksi hänen erityisistä kiinnostuksenkohteistaan. Työssä hänelle tärkeintä on aito yhteys ihmiseen: miten se syntyy ja miten sitä voidaan vahvistaa. Hän rakastaa myös ongelmanratkaisua ja sitä, että näkee työnsä jäljen ja sen merkityksen. Positiivinen palaute kannustaa, mutta se ei ole hänelle välttämätöntä.

Työ ja opiskelu ovat siis olleet Marionille myös voimaa antavia ”harrastuksia”. Vapaa-ajallaan Marion kokee olevansa kovin antisosiaalinen vastapainona työlle. Suurin tuki tulee kotoa ja aviomies on paras työnohjaaja. Marion



Marionin kanssa keskustelemassa anestesiologi, el Kreu Maisniemi (kesk.) ja psykiatri, el Ilkka Ojansuu (oik.) Kivun hoito moniammatillisena yhteistyönä -tapahtumassa Tampereella 2018.

nauttii kotona maaseudun rauhasta, luonnosta, vuodenajoista, kaikesta kauniista ja perheen lisäksi koiran seurasta. Marion jatkaa myös edelleen SKTY:n Akuutin kivun toimikunnassa.

Kysyin Marionilta mieleenpainuvaa kokemusta tai potilastapausta uran varrelta. Niitä on toki kertynyt paljon, mutta maanviljelijän tapaus vuosien takaa on yksi sellainen. Marion kutsuttiin katsomaan ”hankalaa potilasta”, joka sairasti parantumatonta syöpää ja halusi kuolla. Kasvain oli tehnyt etäpesäkkeitä mm. ristiluuhun ja hän oli hyvin kipeä sen vuoksi. Potilas olisi toivonut eutanasiaa ja koska tämä ei ole Suomessa mahdollista, puhuttiin jo palliatiivisesta sedaatiosta. Marion sai kuitenkin houkuteltua potilaan kokeilemaan epiduraalista kivunhoitoa, mikä auttoikin erinomaisesti. Hän sai KYSin ensimmäisen implantoidun kipupumpun ja oli sen avulla 4 kuukautta kivuton. Hän pääsi kotiin, pystyi jatkamaan maatilan töitä ja ennen kaikkea hän sai lisää aikaa mm. siirtää tila pojalleen ja järjestellä asiansa. Koko perhe sai aikaa sopeutua tilanteeseen. Lopulta potilas sai aiemmin puheena olleen palliatiivisen sedaation ja menehtyi rauhallisesti kun sen aika tuli. Tässä tapauksessa Marion haluaa korostaa nimenomaan sitä, että hyvä kivunhoito paitsi parantaa potilaiden elämänlaatua elämän loppuvaiheessa, mutta myös pidentää elinaikaa.

Marionin terveiset meille kivunhoidon ammattilaisille tai sellaisiksi haluaville ovat seuraavat: ”Tämä ala ei sovi kaikille, mutta suosittelen kokeilemaan. Ala on monipuolinen ja kokonaisvaltainen ja siinä korostuu tiimityö ja verkostoituminen. Vaativa kivunhoito ei ole helppoa, mutta antoisaa se on! Myös tutkimusmahdollisuuksia on paljon.”

Marion haluaa lopuksi kiittää SKTY:tä mm. siitä että sai toimia hallituksessa ja EFIC:ssa. Onneksemme Marion on vielä vahvasti mukana toiminnassa ja jakaa osaamistaan uusille sukupolville. ■

Pain Cafés: a social model to manage pain





Kevin Feaviour
Director
Imagine If Partnership
MSc. (Psych)
B.Ed (Hons) FRSA

5.5 million people in the UK have high-impact chronic pain; this will rise by 1.9m by 2040 (1). Many are substantial users of primary, secondary and out-of-hours health services. A systematic review and meta-analysis of studies from 40 countries, conducted in 2017, found prevalence rates of chronic pain ranging from 8.7 % to 64.4 %, with a pooled mean of 31 % (2). General Practitioners (GPs) have limited time, knowledge and confidence to appropriately support pain patients. There is an increase in inappropriate referrals to secondary care and unnecessary analgesia prescriptions. Chronic non-malignant pain is increasingly recognised as a complex, phenomenological interplay between biological, psychological, and social factors. People experiencing chronic pain often present a multitude of overlapping issues including affective disorders (anxiety, depression, anger), fatigue and sleep disorders, reduced mobility and/or disability, loss of social role and social isolation, overuse of medication, and subsequent decrease in quality of life. There is a societal and humanitarian need for pain management to support those in pain and distress. Participants and advocates refer to chronic pain as an 'invisible disability', a term which emphasises under-recognition, its impact on individuals and underinvestment in provision of appropriate, supportive, timely services.

The term chronic pain is widely used but participants at cafés prefer the term 'persistent pain' so this will be used in this paper.

Pain Cafés in Cornwall and Devon have been designed to offer a holistic and multidimensional approach for managing persistent pain using evidence-based health approaches. It is a 'sociopsychobio' approach (adapted from Engels, 1977) (3) to create a holistic delivery that can have the highest impact and efficacy in supporting participants to develop higher levels of personal pain management. Research has demonstrated the efficacy of holistic approaches on persistent pain in older adults.

The Pain Café theory of change is based on a journey of achieving final outcomes, reduced medication and fewer GP visits and emergency admissions to hospital (people with persistent pain are hospitalised nearly three times as often as the general population), through developing intermediate outcomes – social, psychological and health capabilities to change behaviour and mindset – that stem from successful outputs including participants enjoying cafés, feeling able to tell their story, being heard, respected, and validated. The starting point is social rather than medical – engaging people in informal, accessible, open everyday environments, helping people feel comfortable, building a sense of belonging and developing a fundamental core of trust.

Aim

The aim of the Pain Café model is supported self-management – creating a partnership where people are experts in their own lives and



"Meeting with others who suffer with chronic pain and recognising that I am not the only one."

can make choices about managing their pain and enable…

- an improved quality of life, greater social engagement and reduced isolation
- an increased self-managed pain care
- a developed and increased patient empowerment and confidence
- an increased experience of well-being through widening the bandwidth of healthcare and participation
- a reduced perception of pain and psychological distress

The hypothesis is that this, in turn, will reduce their levels of medication (notably opioids), visits to a doctor (GP) and emergency admissions to hospital.

Approach

Pain Cafés use a social methodology for health and pain management to…

- Create: A social space and facilitative environment – safe, informal, easily accessible, local and non-medical; that validates experience; led by peers with lived experience with professional support staff where people can develop confidence to talk openly about their health, feel supported by their peers
- Provide: knowledge transfer – understanding the nature of pain and developing a 'skills not pills' approach, clarifying the language of pain; how to effectively interact with health care providers; developing self-management techniques including mindfulness, physical activity, nutrition, breathing, brain operational information.
- Train: health care professionals and volunteers with lived experience to develop qualified peer and professional support and greater understanding of pain and its impact and develop techniques to manage their pain and wellbeing and better respond to others
- Assess: collect quantitative and qualitative data – participation levels, patient behavioural and psychological change, perception of pain, well-being, return on investment (ROI).

Pain Cafés in Cornwall and Devon

Pain Cafés have been in development by Imagine if in Cornwall since 2019. There are now over 20 cafés in Cornwall, with others developing in neighbouring areas of Devon, Plymouth and Somerset. They are offered face-to-face and online.

Over 7,886 attendances with over 2,900 different people (average figures as we don't have full attendance details). At present there are around 300 attendances per month. Cafés are attended by an age group of between 18–84 years; most participants are aged between 55 and 74. Most people are referred by GP surgeries or other health professionals: however, there are several self-referrals; for a couple of the cafés this figure stands at around 50 %. Most participants are women (72 %). Some young people have sought support and would like something focused on their age group.

Structure

Pain Cafés normally run for 2 hours and feature 3 sections:

- Social chat – getting to know you catching up, everyday conversation that would occur in any café. This is to promote a friendly, informal and accessible atmosphere.
- Focused conversation – engaging with the beliefs, ideas and thoughts that impact on participants' behaviour and pain. The aim is to understand these and offer other perspectives and alternative ideas where necessary to subtly challenge thinking and help change behaviour.
- Tools and techniques – introducing different tools and techniques that people can use including breathwork, meditation, yoga and tai chi, brain and pain, nature and physical movement.

"I feel I have the info to help myself now and learn something new each month. I wish it was more frequent."

Staffing

Cafés are delivered by health professionals, people with lived experience and other professionals within the Voluntary, Community and Social Enterprise sector. There is a mixture of paid and volunteer roles; health and other professionals include this as part of their roles including GP, pharmacist, physio, social prescriber. Those with lived experience tend to volunteer although paid employment options are being developed. It costs around £200 - £250 per café which includes 2 hours delivery with 2 staff, admin, preparation and supervision time, clinical/therapeutic input, rent and refreshments. With 10 people at a café the cost is £13 per hour/participant (£26 per café). A GP consultation costs £56 for 10 minutes (£336 per hour). Cafes offer a considerably cheaper option and a potentially significant saving to health services.

Supporting Activity

- Digital Support

✓ Online Pain Cafés available with a Digital Pain Café Platform https://pain.Pain Café

✓ Educational briefing with tips/tools to manage persistent pain – entitled Takeaway Tuesday.

- Community of Practice and Quality Standards

✓A Community of Practice is offered to support the 'pain baristas' facilitating the Pain Cafés

✓ Ensures they feel supported by acknowledging the range of human issues that can appear requiring tremendous emotional and psychological capacity

✓ Feedback supports our Best Practice pack elements including protocols and key interventions

- Pain in the Arts

✓ Pain in the Arts uses art/craft activities to help manage people's pain and have a new voice

- Pain Coaching

✓ Pain coaching is offered alongside the Pain Cafés; one can engage with coaching by choice

- Partnership Working

✓ Collaboration is in a holistic approach; we work with several partners and funders including Kernow Health, Queens Nursing Institute, RCHT Pain Clinic and University of Exeter, Age UK, Help for Heroes College of Medicine and NHS England, Pain Coaching, GPs and health professionals and many local groups. We follow the NICE Guidelines (2024) for pain care.

Research and Development

Our research and development programme works with people living with pain, health professionals, pharmacists, community organisations and universities to develop the knowledge and understanding to ensure that Pain Cafés are working as effectively as possible. Experience has taught us that more understanding is required in designing the most effective pain management strategies; 'lived experience' is central to shaping the research. We have mapped a theory of change and developed a research programme including impact and evaluation from participants; working with universities and health authorities on research projects including overprescription of pain medication; motivational interviewing for medicine safety; Social Identity Approach to Health; the language of pain and how it impacts pain perception; peer research champions; Pain Cafés in Ireland, and capturing and presenting the voice of participants from their feedback and first person testimonies.

Impact and Outcomes January 2026

The data for this report comes from a sample of 216 people who completed surveys (Bench-

mark and Progress) or attended focus groups and people who chose not to attend after one visit. These participants represent cafés across Cornwall, Devon and Plymouth. This is a small sample; it builds on the Pain Café Impact and Outcomes Report (4) which included 49 survey responses. Our intention is to further understand the 'ingredients' that provide effective services; we constantly review how data is gathered to develop reliability and validity; an online survey will be available later in 2026.

Final Outcomes

Our Pain Café theory of change identifies final outcomes as improvements to health and wellbeing including reduced medication usage, fewer GP visits, improved quality of life and wellbeing and greater control over their lives and pain management. Participants in the surveys reported the following:

1. Reduced Medication and GP Visits

- decreased their medication (62 %); staying on the same level (32 %)
- saw GP less (53 %); about the same (38 %)
- saw pain clinic or other services less (62 %)



2. Quality of Life

- an improved quality of life (69 %).

3. Greater control over their lives and pain management

- felt more able to manage pain (98 %)
- felt more in control of their lives (89 %)
- felt more able to cope and in control (self-efficacy) (86 %)
- felt more motivated to manage their own pain (and support others) (90 %)

Improved wellbeing

Participants rated themselves using the World Health Organisation Wellbeing scale. Results show a significant increase in all the five areas following participation in the Pain Cafés. Participants reported feeling:

- more cheerful and good spirits, (less than half the time to more than half the time);
- calm and relaxed (more than half of the time)
- more active and vigorous, (from no or some of the time to half the time)
- fresh and rested (more than half the time)
- 76% that lives had been filled with things that interest me (over half or most of the time)

Feedback from focus groups noted that staying on same level of medication was better than increasing as might have happened previously; that participants are keen to reduce their medication and are increasingly aware of long terms effects of opioids on their health etc.; the frustration of trying to see seeing a GP, particularly one who knew them, and the difficulty in booking appointments. This impacted negatively on their experience of local surgeries and may have been a factor in reduced visits. Focus groups also reported that participants felt more confident to do things for themselves and that seeing others in a similar situation inspired



"Yes, more control and more empowered – I don't always reach for the tramadol or co-codamol... I reduce my pain by controlled breathing."

that. The psychology of influence within peer groups would seem to be a factor here.

It has been reported that people with persistent pain consult their GPs up to five times more frequently than other patients do translating to 4.6 million GP appointments per year nationally in Britain (5). Data presented here suggests that Pain Cafés could significantly reduce these appointments and concurs with other studies (6). Again, it is noted above that this is a small sample; feedback from focus groups reiterated this – pain cafés were seen as a very important part in helping improve wellbeing; participants looked forward to going to them and made the effort to do so.

Reduced perception of pain

Participants rated level of pain reduced following attendance at cafes. Prior to café attendance 56% rated their pain as 7–8 on a scale of 1-10 (1= no pain; 10 = worst pain); this reduced to 36 % following café attendance. The sense of control and management of life is linked to people's experience of pain. Focus group participants suggested that their perception of pain had reduced but that pain levels remain significant and prominent in their lives. The Pain Café programme acknowledges that pain doesn't always go away but being able to manage it better helps reduce the psychological noise it creates. The scaling tool has been dropped from our surveys as many participants felt that it was an unhelpful tool and very subjective and was used so often it was becoming meaningless

"My GP does not understand or have the knowledge to treat my pain. Their answer is medication. I need someone who knows what to do. Medication is not going to make me better."

Intermediate Outcomes

An objective of the Pain Cafés is to increase participants personal social, emotional and health capabilities; these are identified as intermediate outcomes in the Pain Café theory of change.

1. Social Capability:
Increasing social connectedness; use of informed peer support; using new tools and techniques to manage their pain in social situations; higher aspirations for the future e.g. employment, volunteering. Participants reported:

- improved knowledge of self-management strategy 'skills and not pills' (98%)
- using new tools and techniques to manage pain (91%) and to manage social situations (75%)
- increased use of informed peer support (83%)
- gained or extended employment situation (30%)
- reduced amount of sick leave (30%)

Changes in employment also refers to civic engagement – many participants have started volunteering and supporting new members to the cafés; some are facilitating cafés – creating a sustainable self-managed resource part of the long-term plan. Focus group feedback reiterated this data, acknowledging the new techniques they were using e.g. breathwork, meditation, pacing and acknowledging the pain. This is widening the bandwidth of healthcare.

2. Emotional Capability:
Increased confidence, motivation, self-efficacy and reduced fear, distress and pain related interference e.g. catastrophizing. Following attendance at cafés participants reported feeling:

"Talking to other people in similar situations and picking up tips to cope better."

- increased confidence in new skills and techniques (91%)
- more confident in managing their pain (90%)
- more motivated to manage their own pain (and support others) (90 %)
- feeling less fear and pain related interference (57%)

Using another confidence measure, participants reported a significant rise in 'confidence to live a normal lifestyle' after attending the cafés, supporting the data above.

Using a 1–7 scale from not confident (1) to completely confident (7) participants after using the cafés recorded:

- feeling confident (6–7 on the scale) - increase from 12 % to 28 % (16 point)
- not confident (1–3 on the scale) – decrease from 54 % to 33 % (21 point)

Using the same scale to rate their 'confidence to do some sort of work' participants recorded:

- Feeling confident (6–7 on the scale) increase from 12 % to 44 % (32 point)
- Not confident. (1–3) on the scale) decrease from 57 % to 22 % (35 point)

"Meeting with others who suffer with chronic pain and recognising that I am not the only one."

"People do not understand—they don't see you as in pain. It can be embarrassing. At least here you can share and be honest"

It suggests that Pain Cafés can have a significant role in building people's belief and confidence in self-managing their lives and being able to enter employment and other activities e.g. volunteering. These figures are supported by the fact that many participants have taken volunteering and facilitation roles within the cafés and are supporting other community groups e.g. Community Health Hubs. Feedback from focus groups support this.

Self-management demands levels of motivation and confidence, so it is crucial to build this capacity.

It is noted that many participants were retired or unable to work – however included volunteering and other civic engagement. Building skills and knowledge gives participants a new repertoire and sense of purpose which improves power.

3. Health Capability:
Increase in new tools and techniques instead of medication, improved sleep and physical activity and strength. Participants reported:

- using new tools and techniques to manage their pain rather than medication (91 %).
- improved sleep patterns (45 %)
- increased physical strength and endurance (39 %)

Pain Cafés focus on increasing participants' ability to manage biological factors notably sleep, activity and movement and breathing to reduce medication usage. Participants want to be more physically active with more energy and more sleep. Pain Cafés support people with ideas to improve movement including 'everyday activity' and armchair exercises, e.g. yoga. Sleep and the lack of sleep continue to be a major presenting issue. Sessions have focused on enabling participants to develop techniques to support improved sleep including mindfulness, breathing, yoga and sleep hygiene. However, this requires considerable effort and training. It is noted that 37% participants reported no improvement in their sleep patterns and 52% felt that their physical activity and endurance had not increased.

The focus on sleep and activity requires more focus and we are developing an activity and movement programme. A sleep therapist has joined the team. Building confidence in physical movement and challenging some of the myths and unhelpful beliefs is crucial. Pain Cafés have also focused on nutrition and gut health and are expanding awareness of this and links to persistent pain.



"This is the only space I can really share and say this stuff. I don't really talk about how I'm feeling with my family, because I know how they'll react and I don't like to burden them with it all."

"The café allows me to be me. They understand my ups and downs and have given me info and understand my pain is okay and be always present and helps me work out what can help me."

"I am feeling better mentally—more positive—I don't feel my pain is as intense."

"A cheerful, uplifting atmosphere emphasis on the positives the can-do and not the can't do. No pressure to be a doing to do or do anything" take everything at your own pace."

Key Ingredients of Pain Cafés

From the research employed above Pain Cafés have explored what key features, or ingredients, can lead to successful outcomes. This review is being developed for a further paper. Some ingredients have been identified, and a brief description is presented below.

1. Ingredient: Safe psychological space

This is very important. Many people have commented on being nervous to attend the first session but have found the cafés to be informal, accessible, warm and easy to join. The emphasis is a café atmosphere where conversation is welcomed and sharing valued. The social element is central and making it an 'everyday space with everyday conversation'. Listening to and validating people's experience, acknowledging the struggle and efforts they put in and valuing them as people with a range of identities – so much more than pain. The safety allows people to feel comfortable and most importantly develop trust to be open and explore.

2. Ingredient: Valuing all and making the invisible visible

Cafés value everyone and their contributions. They recognise that many people, in the past, have felt unheard, disrespected and undervalued. Pain Cafés promote that everybody has something to offer and in doing so people feel heard and validated. Feeling "invisible" and "not believed" is a key theme in discussions so the focus is on understanding, empathy and acknowledging the strengths and qualities people have developed.

3. Ingredient: We are social

Participants note that the social element of the cafés is a key reason for coming to the cafés – it is very normal, not all about medication and feels welcoming and supportive. People are social beings, and social connectedness is a major determinant in developing health and wellbeing. Pain is social – the experience of pain is impacted on by the context, environment and social situations in which people live.

4. Ingredient: Informed Peer Support

Peer support has been identified as one of the most important and helpful elements of Pain Cafés. The ability to share and be understood. The received understanding and validation and knowing you are not alone is often stated. Peers also share what has worked and support a change of attitude and approach to experiment. However not all peer support is helpful – it can be detrimental. Facilitation within cafés focuses on 'informed peer support' ensuing that it validates people, is factually correct and supports dignity and agency.

Ingredients: Developing control and self-efficacy

Participants regularly report that learning new skills and techniques has given them more confidence and control in their lives by being able to manage their pain more effectively. This allows for a greater sense of purpose and ability to contribute in their lives.

Concluding comments

Pain Cafés have supported participants to experience an increase in quality of life and self-management of pain including:

✓ increased wellbeing, ✓ greater self-efficacy and confidence, ✓greater knowledge and skills, ✓ useful peer support, ✓reduced their levels of medication, ✓used doctors less

The Pain Café model can offer a good return on investment; they are cheaper than GP visits and make use of significant social factors that can empower self-supported management of health building the social and psychological elements of Engels (1977) model. It is important

"Sense of community—its less lonely dealing with pain just being able to meet those like you as you can't really understand what it is like unless you've been through it."

"The group is friendly and welcoming, listening to others who have experienced similar problems to me is excellent as sometimes I feel you are the only one with that particular pain..."

"It certainly helps to be in a like-minded group with peer support and suggestions—the mindfulness session is a great help."

to examine and analyse community and support links that impact on people's experience of pain to increase empowerment and understanding. Recent research shows a significant increase in GP/health professional consultations up to 5-6 visits per year from 3–4 (8). The median has increased from 27–60 for frequent attenders (people who attend five times more than the average patient) (9); this includes those with chronic pain. We do not have absolute figures, but some calculations can be considered.

- If people attended a GP for 35 appointments a year this would amount to 5.83 hours (at £336/hour) – a total of £1960. A pain café for one person costs £312 per year (12 hours at £13 /hour). This is a significant difference, under a quarter of the cost and more hours.
- Data reported here suggests that there is a 55 % reduction in GP visits following attendance at pain cafes. If this reduction was 20 visits (3.3 hours) would lead to a saving of £1120 per person. 55 % of 2900 participants (average reported in 2.0) is 1595 people; 1595 saving £1120 is a saving of £1 786 400 (£1.8m).

This doesn't consider other savings that may have also occurred including reduced medication and associated health costs, reduced benefit payments, reduced use of other services e.g. mental health, increased employment and reduced sickness benefit. These are broad figures; clearly more analysis and specific data is required. However, it does provide an indication as to the useful contribution Pain Cafés can have to improving health and wellbeing, reducing financial and resource burden on health services and supporting people's contribution to the economy and society. ■

References

1. Commission for Healthier Working Lives. Towards a healthier workforce. The Health Foundation; 2024
2. Steingrímsdóttir ÓA, Landmark T, Macfarlane GJ, Nielsen CS. Defining chronic pain in epidemiological studies: a systematic review and meta-analysis. Pain. 2017;158(11):2092–18.
3. Engel GL (1977) The need for a new medical model: a challenge for biomedicine Science 1977 Apr 8;196(4286):129-36.
4. Feaviour KL (2024) Pain Cafes (Cornwall): Impact and Outcomes Report; early results Imagine If February 2024
5. Royal College of Anaesthetists (2020)
6. Br J Pain. 2018 Nov 16;13(2):121–129. doi: 10.1177/2049463718812501 'The Doctor doesn't need to see you now': reduction in general practice appointments following group pain management Ajay Clare 1, Sarah MacNeil 2, Tamzin Bunton 2, Stephanie Jarrett
7. The World Health Organisation- Five Well-Being Index (WHO-5)
   EFIC. www.europeanpainfederation.eu Accessed April 2025.
8. Midlothian Health and Social Care Partnership (2024) Primary Care Data (https://www.midlothian.gov.uk/mid-hscp/info/4/data-1/68/primary-care-data#:~:text=GPs,Public%20Health%20Scotland%2C%202023).
9. IDS Media (2024) "Who are frequent attenders in primary care?" (https://www.idsmedia.co.uk/news/who-are-frequent-attenders-in-primary-care/#:~:text=any%20age%20group-,Insight,to%20you%20and%20your%20clients?)

”Kipu-Seppona” jo 35 vuotta



Seppo Holappa
akuutin kivun hoitaja,
Pohde

Olen akuutin kivun vastuuhoitaja Pohteella (Pohjois-Suomen hyvinvointialue) ja työpisteeni sijaitsee Oulun yliopistollisessa sairaalassa.

Aluksi työskentelin leikkausosastolla anestesiahoitajana ja kiinnostuin kivunhoidosta. Tuolloin etsittiin akuutin kivun hoitajaa puoleen virkaan, johon sisältyi kivun hoidon koulutusta. Sain viran, jota on jatkunut ihan näihin päiviin asti. Eli kivunhoidon kanssa olen ollut tekemisissä jo 35 vuotta. Tehtävän kuva nykyiseen on ajan kuluessa muotoutunut.

Kivunhoito on muuttunut huomattavasti niin lääkityksen kuin kivun hoidon erityismenetelmienkin suhteen. Lääkehoidon osaamista on kertynyt, kun olen oman työni ohella päässyt osallistumaan kipulääkkeiden tutkimustyöhön tutkimushoitajana. Olen osallistunut muutaman lääkkeen kansainvälisiin tutkimuksiin Oulun tutkimusyksikössä ennen lääkkeen pääsyä markkinoille. Jokaisesta tutkimuksesta on ollut hyötyä jatkossa myös työni hoitamisessa, koska tuntemus lääkkeistä ja niiden vaikutusmekanismeista on laajentunut.

Ajan myötä työni tuli tutuksi osastoilla ja huomattiin selkeä parannus kivun hoidossa henkilökunnan kivun hoidon koulutuksen sekä päivittäisten osastokiertojeni myötä. Aiemmin olin leikkaussalissa töissä anestesiahoitajana, joten pääsin helposti tutustumaan eri erikoisalojen toimenpiteisiin leikkaussalissa ja samalla tutustuin leikkaaviin lääkäreihin, jotka toimivat osastoilla myös osastonlääkäreinä. Näin ollen yhteistyö alusta asti on ollut kivun hoidon osalta vaivatonta puolin ja toisin.

Minut tunnetaan osastoilla ja koko sairaalassa nimikkeellä ”Kipu-Seppo”. Tämä johtuu siitä, että olen tehnyt tätä työtä suurimman osan ajasta yksin eikä sijaisia ole ollut ennen kuin parin viime vuoden ajan. Joten aina kun kipuhoitajaa on tarvittu osastoilla akuutin kivun hoidon vuoksi, minut on kutsuttu paikalle. Muistaakseni tuo nimike lähti alkujaan liikkeelle, kun kävin ortopedien meetingissä kertomassa kivun hoidon tilanteesta osastoilla noin 25 vuotta sitten ja silloin taisi heidän esimiehensä esitellä minut ” Kipu- Seppona”. Tuon nimikkeen käyttö on laajentunut sittemmin. Otan sen positiivisena asiana, joka kuvastaa hyvää yhteistyötämme

Työni on hurjasti laajentunut alun jälkeen ja tällä hetkellä kuulun kivunhoidon asiantuntija luennoitsija- rekisteriin, mikä tuo kutsuja eri puolelle Suomea luennoimaan kivun hoidosta. Rekisterissä ei ole montaa sairaanhoitaja nimikkeellä olevaa luennoitsijaa kivun hoidon osalta. Ensisijainen vastuualue koulutuksen osalta on tietenkin Pohde ja Oulun yliopistollinen sairaala.

Ilman tukea ei kukaan pärjää tässä työssä, jossa kohdataan potilaita pahimmillaan äärimmäisten kipujen keskellä esimerkiksi erilaisten onnettomuuksien tai tapaturmien jälkeen. Tällaisissa tilanteissa hyvä yhteistyö eri erikoisalojen välillä on erittäin tärkeää, jotta taataan potilaalle paras mahdollinen hoito. Usein tehtävänäni on miettiä, mitä erikoisalaa voidaan milloinkin hyödyntää kivun hoidon tehostamiseen hyvinkin haasteellisissa tilanteissa ja järjestää apua paikalle. Koen tekeväni työtä, jota arvostetaan sekä henkilökunnan että erityisesti potilaiden osalta. Jos olen käynyt jotakin potilasta aiemmin osastolla katsomassa ja asiat saadaan tämän jälkeen kivun hoidon osalta parempaan kuntoon, usein samainen potilas haluaisi minun osallistuvan hänen hoitoonsa tullessaan uudelleen toimenpiteeseen. Tätä asiaa ei millään voida luvata, koska potilaita on

”Vaikka potilaalle on menossa vahva kipulääkitys tai kivun hoidon erityismenetelmät, älä koskaan sano potilaalle, että et voi olla kipeä.”

paljon. Mieltä kuitenkin lämmittää, kun osastolta pyydetään katsomaan aiemmin jo tutuksi tullutta potilasta leikkauksen jälkeen. Se on paras osoitus, että työni on tuottanut tulosta ja kivun hoidon ammattitaitooni luotetaan.

Resurssien pienuuden vuoksi en voi ottaa sairaalan ulkopuolelta tulevia potilaspuheluita vastaan, vaikka tarve sille on koko ajan nousussa. Tällä hetkellä Oys:n akuutin kivun vastuualueella on minun lisäkseni toinen akuutin kivun hoitaja päätoimisena sekä vastuulääkäri, joka tekee tätä työtä oman työnsä ohella.

Hoitopaikkojen vähenemisen vuoksi myös leikkaustoiminta keskittyy, mikä näkyy myös Oulussa kasvavina jonoina. Jonoja pyritään vähentämään nopeuttamalla toimintaa ja erillisinä jonojen purkutoimintana. Tämä on varmasti jokaisen hyvinvointialueen haaste tällä hetkellä. Hoitoajat sairaalassa toimenpiteiden jälkeen ovat huomattavasti lyhentyneet ja osa potilaista on nopean kotiutuksen vuoksi kotona vailla kivunhoidollista tukea sekä ohjausta. Tietoa toki annetaan potilaalle, mutta esilääkkeiden ja vahvan kipulääkityksen jälkeen annettu ohjaus ei välttämättä jää muistiin. Monella on kokemuksia myös perusterveyden huollon paineista ja huoli, että saako kaivattua hoitoa sieltä tarvittaessa ja millä aikajanalla se toteutuu. Sairaalassa kivun hoidon osalta pärjätään vahvojen kipulääkkeiden sekä kivun hoidon erityismenetelmien avulla, mutta miten sitten kotona? Ikävä tosiasia on, että jos akuutin kivun osalta epäonnistutaan toimenpiteiden jälkeen, on riskinä kivun kroonistuminen ja jonot kipupoliklinikoille pitenevät. Eli tässäpä tämän päivän kivun hoidon haasteita ja varmasti samanlaista haastetta riittää myös jatkossa.

Ohjeeni kivunhoidon parissa työskenteleville on, että tutustu potilaaseen jo ennen tapaamista potilastietojärjestelmän kautta. Käy läpi potilaan perussairaudet ja käytössä oleva lääkitys. Esittele itsesi käynnillä ja kysy, missä ja millainen kipu on ja varaa aikaa potilaan kohtaamiselle. Selvitä potilaan aiempi kipulääkkeiden käyttö. Vaikka potilaalle on menossa vahva kipulääkitys tai kivun hoidon erityismenetelmät, älä koskaan sano potilaalle, että et voi olla kipeä. Kivun tuntemukseen vaikuttaa yllättävän moni asia ja on hyvä muistaa, että lääkityksen vaste on meille kaikille yksilöllinen. Kivun hoidon perusta rakennetaan luottamuksellisella hoitosuhteella potilaaseen ja selvittämällä, mitkä asiat kyseisen kiputilan aiheuttavat. Varsinkin, jos potilaalle tehdään laajoja hoitotoimenpiteitä/ leikkauksia, on syytä käydä potilaan kanssa lävitse, miten hänen kipujaan hoidetaan. Tärkeintä on, ettei liikoja lupauksia ei anneta ja jos jotain luvataan, siitä pidetään kiinni.

Olen varma, että kivun hoidon kehittämin ja siihen panostaminen on tärkeä keino taata eri erikoisalojen jononpurkujen onnistuminen varsinkin leikkaustoiminnan osalta ja samalla varmistetaan potilaan nopea kuntoutuminen niiden jälkeen. Hyväkin leikkaustulos voidaan pilata huonolla kivun hoidolla. ■

Kivunhoitoa musiikin avulla ja musiikkiterapian keinoin eri-ikäisisten parissa – konferenssikuulumisia Hampurista kesältä 2025

Musiikkiterapeutit, SKTY:n Taideterapioiden toimikunnan jäsenet FT, dosentti **Hanna Hakomäki** ja FM, väitöskirjatutkija **Reetta Keränen**

Euroopan musiikkiterapiajärjestö European Music Therapy Confederation (EMTC) järjestää kansainvälisen musiikkiterapiakonferenssin joka kolmas vuosi ja vuonna 2025 oli vuorossa jo kolmastoista kerta. Konferenssi järjestettiin Hampurissa 23.–27. kesäkuuta ja paikalle tuli 700 osallistujaa ympäri maailmaa. Konferenssin teemana oli *Bridges – Siltoja.* Teeman mukaisesti pyrkimyksenä oli tuoda vuoropuheluun ja keskusteluun monenlaisia, myös vastakkaisia näkökulmia ja erilaisia kiinnostuksen kohteita sekä edistää naapurialojen välistä vuorovaikutusta. EMTC:n konferenssit on suunnattu paitsi eri musiikkiterapian näkökulmien edustajille myös muilta tieteenaloilta tuleville opiskelijoille, tutkijoille ja ammattilaisille.



Konferenssin järjestivät yhdessä kolme merkittävää saksalaista organisaatiota: Saksan musiikkiterapiayhdistys (German Music Therapy Association), yksi Saksan suurimmista musiikkiyliopistoista (The Hamburg University of Music and Drama) ja yksityinen ammattikorkeakoulu ja lääketieteellinen yliopisto (MSH Medical School Hamburg), joka on mahdollistanut monien terveydenhuollon ammattialojen kandidaatin ja maisteritutkintojen suorittamisen.

Hampurin kaupunki sopi hyvin konferenssin Siltoja teemaan sekä musiikkiterapian näyttämöksi. Kaupungissa on yli 2500 siltaa ja upea konserttitalo *Elbphilharmonien* sekä paljon muistoja ja tärkeitä paikkoja Beatles-yhtyeen varhaisvuosilta.

Runsaassa tarjonnassa kivunhoito musiikkiterapian keinoin oli pääteemana kolmessa luennossa. Esittelemme tässä lyhyesti mainitut kolme konferenssiesitystä niiden konferenssiabstraktien ja esitysten taustalla vaikuttaneiden tutkimusten pohjalta.

Abstraktikirja on saatavilla https://repository.publisso.de/resource/frl:6504981

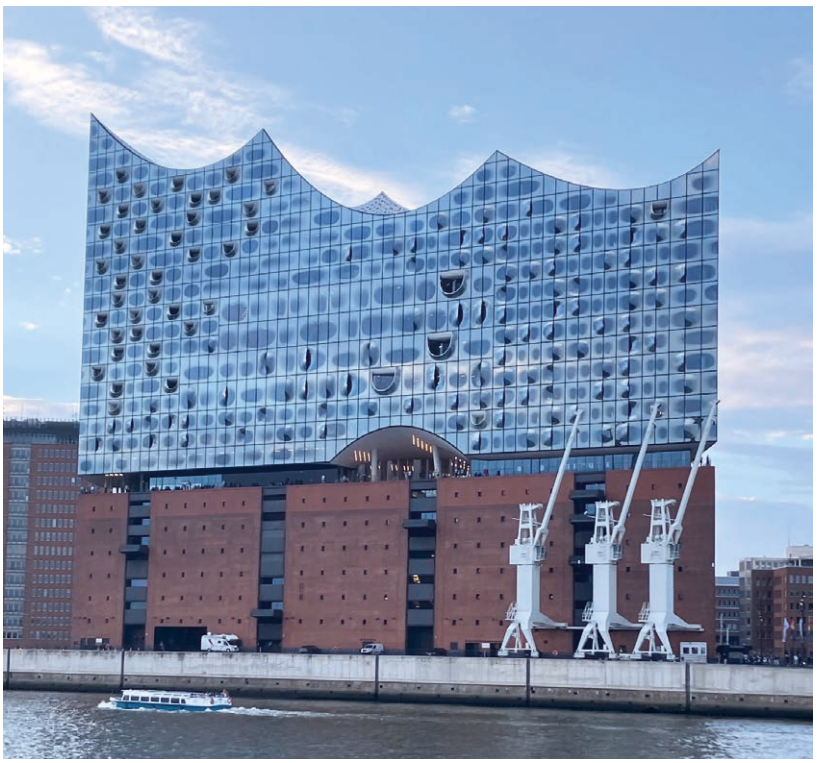
Musiikki-interventiot kivunhallinnassa – tutkimusnäyttöä eri hoitokonteksteista

Musiikkipohjaiset interventiot, mukaan lukien musiikkiterapia, saavat yhä enemmän huomiota lupaavina lähestymistapoina kivunhallintaan. Vaikka musiikkipohjaisten interventioiden kipua lievittävät vaikutukset on jo vankasti osoitettu, tieto niiden taustalla olevista mekanismeista on edelleen melko rajallista. Tämän vuoksi musiikkipohjaisten interventioiden koko terapeuttista potentiaalia kivunhallinnassa ei vielä hyödynnetä. Tässä katsauksessa (scoping review) koottiin yhteen nykyinen tutkimusnäyttö musiikkipohjaisten interventioiden taustamekanismeista kivunhallinnassa. Kartoitus sisältää sekä kliinisiä tutkimuksia että laboratoriotutkimuksia. Tietoa kerättiin ja tiivistettiin kivun tyypistä, musiikki-intervention ominaisuuksista, kohdemekanismeista, tulosmittareista, tutkimusasetelmista, tilastollisista analyyseistä sekä demografisista ja kliinisistä muuttujista. Laboratoriotutkimusten tuloksia verrattiin kliinisiin tutkimuksiin ja pohdit-

tiin, kuinka näitä löydöksiä voitaisiin hyödyntää musiikkiterapian käytännöissä akuuttien ja pitkittyneiden kipujen hoidossa. Yleisesti käytettyjen tutkimusasetelmien ja analyysien vahvuuksia ja heikkouksia nostetaan esiin ja tulevia tutkimuksia varten annetaan suosituksia. Joke Bradt esitteli valmisteilla olevaa katsausta ja totesi, että parempi ymmärrys taustamekanismeista mahdollistaa uusien musiikkipohjaisten interventioiden kehittämisen tai olemassa olevien parhaan mahdollisen hyödyntämisen sekä nopeuttaa niiden käyttöönottoa kliinisessä hoidossa.

Tätä tutkimusta ei ole vielä julkaistu, mutta aiheen ympärillä toimivaan Music for Pain verkostoon voi tutustua seuraavasta linkistä:

Burns, D., Bradt, J., Dusek, J.A. (2025). A Collaborative Approach in Mechanistic Music-Based Intervention and Pain Research: NCCIH Research Networks. https://doi.org/10.1162/leon.a.2555



Hanna Hakomäki

Elbphilharmonie (lempinimi Elphi) on vuonna 2016 valmistunut konserttitalo HafenCityn kaupunginosassa Hampurissa.

Reseptiivisen musiikkiterapian vaikutus pahoinvointiin ja oksenteluun sekä stressiin ja kipuun nuorten sytostaattihoidon aikana

Sytostaattihoitoa saavat nuoret altistuvat kivulle sekä pahoinvoinnille ja oksentelulle. Tämän tutkimuksen ensisijaisena tavoitteena oli arvioida reseptiivisten musiikkiterapian keinojen, useimmiten musiikin kuuntelun, käyttämisen mahdollisuutta sytostaattihoidon aikana ja sen vaikutuksia hoitoa edeltävään pahoinvointiin, oksenteluun, ahdistukseen ja kipuun. Toissijaisena tavoitteena oli tutkia reseptiivisen musiikkiterapian vaikutuksista nuorten käsityksiin selviytymiskeinoista ja sitä, miten se vaikutti heidän sykevälivaihteluunsa. Musiikkiterapiamenetelmänä käytettiin musiikkimielikuvatyöskentelyä (Bonny Method Guided Imagery and Music – BMGIM), jossa potilas voi halutessaan kertoa kuunneltuun musiikkiin liittyviä mielikuvia. Menetelmässä kuunnellaan siihen liittyvää huolellisesti valittua musiikkia. Tapaamiset sisälsivät myös keskustelua. Kymmenen syöpää sairastavaa nuorta kutsuttiin osallistumaan tutkimukseen, jossa he saivat neljällä eri hoitokerralla yksilöllistä, koulutetun musiikkiterapeutin toteuttamaa musiikkiterapiaistuntoa juuri ennen sytostaattihoitoa. Tutkimuksessa havaittiin ahdistuneisuuden, pahoinvoinnin ja oksentelun vähentyneen merkittävästi sekä yksittäisten hoitokertojen sisällä että eri hoitokertojen välillä. Sykevälivaihtelun ja elämänlaatupisteiden havaittiin nousseen merkittävästi. Haastatteluissa nousi esiin merkityksellisiä keskustelun teemoja. Tutkimuksen tulokset tukivat musiikkiterapian käyttöönottoa näiden nuorten sytostaattihoitojen aikana, ja heidän kokema stressi väheni sekä psyykkinen ja fyysinen hyvinvointi parani.

Giordano F, Rutigliano C, Ugolini C, Iacona E, Ronconi L, Raguseo C, Perillo T, Rosa A, Santoro N, Testoni I. Effect of Music Therapy on Chemotherapy Anticipatory Symptoms in Adolescents: A Mixed Methods Study. J Pain Symptom Manage. 2024 Jul;68(1):e62-e74. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2024.04.019. Epub 2024 Apr 27. PMID: 38679306.



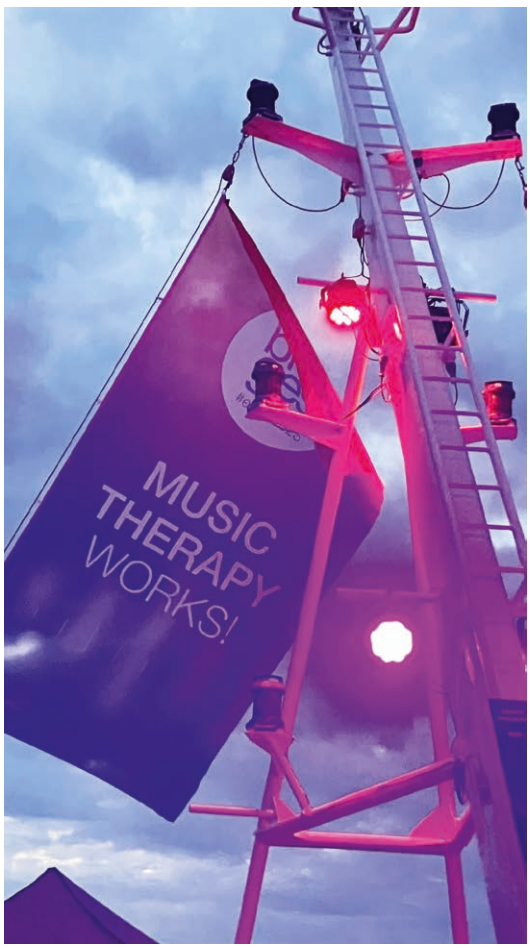
itseluottamusta ja toimijuuden kokemusta. Lisäksi interventiot vahvistivat vanhemman ja lapsen välistä läheisyyttä sekä auttoivat koko perhettä rauhoittumaan toimenpiteen aikana. Tätä projektia ja tutkimusta on esitelty laajemmin Kipuviestin numerossa 2/2024.

Carlsen Misic, M., Olsson, E., Thernström Blomqvist, Y., Ullsten, A. "Preparation Is Key": Parents' and Nurses' Perceptions of Combined Parent-Delivered Pain Management in Neonatal Care. Children 2024, 11(7), 781; https://doi.org/10.3390/children11070781

Vanhempien osallistuminen vastasyntyneen kivunlievitykseen tuutulaulun ja ihokontaktin avulla sekä imetyksellä

Vanhempien tarjoama kivunhallinta vastasyntyneelle on inhimillinen ja myötätuntoinen ajatus, ja tieteellisesti osoitettu olevan yksi tehokas tapa lievittää toistuvien kivuliaiden toimenpiteiden aiheuttamaa kipua varhaisessa elämänvaiheessa. Lisäksi vanhemmat itse ilmaisevat haluavansa osallistua aktiivisesti vauvansa kivun lievitykseen.

Ruotsalaisessa monitieteellisessä monikeskustutkimuksessa ja monimenetelmällisessä projektissa (Parents as pain management in Swedish neonatal care, SWEpap) on kyseessä kansainvälisesti uraauurtava tutkimus, jossa vanhempien tuutulaulua sisällytetään hoitokäytäntöihin. Tämä musiikkiterapian ja hoitotieteen malli yhdistettynä tutkimukseen rakentaa siltaa tiedon ja käytännön välille, mobilisoi vanhempien voimavaroja kivunlievitykseen sekä pyrkii edistämään kliinisen käytännön muutosta. Projektin laadulliset tulokset osoittavat, että sekä vanhemmat että hoitajat pitivät vanhempien toteuttamia interventioita toteuttamiskelpoisina ja turvallisina. Nämä interventiot vahvistivat sekä vanhempien että hoitajien



Kipuhoitajan työnkuva Suomessa – kohti yhtenäistä osaamista ja arvostusta



Anu Portti
kliinisesti erikoistunut sairaanhoitaja, sairaanhoitaja YAMK

Kivunhoito on terveydenhuollon ydintehtäviä, mutta sen toteuttaminen on harvojen hartioilla. Suomessa toimii vain noin 70 kipuhoitajaa ja APS (Acute Pain Service) -hoitajaa, vaikka kipu koskettaa tavalla tai toisella suurta osaa väestöstä. **Kipuhoitajan työnkuva Suomessa – kohti yhtenäistä koulutusta ja osaamiskompetensseja** -tutkimus tarjoaa kattavan kuvan siitä, mitä kipuhoitaja Suomessa tekee, millaista osaamista työ vaatii ja millaisessa asemassa nämä asiantuntijat työskentelevät. Tutkimuksen ydinviesti on selkeä: kipuhoitajan työ on korkeaa asiantuntijuutta vaativaa, mutta koulutuksen, tehtävänkuvien ja palkkauksen kirjavuus heikentää sen näkyvyyttä ja arvostusta. Työnkuvien ja osaamiskompetenssien yhtenäistäminen olisi askel kohti yhdenvertaisempaa kivunhoitoa ja vahvempaa hoitotyön asiantuntijuutta.

Kivunhoidon kenttä Suomessa – suuria eroja ja niukkoja resursseja

Kipu on yksi yleisimmistä terveydenhuollon kohtaamista ongelmista. Kivun Käypä hoito -suosituksen (2017) mukaan jopa 40 prosenttia terveyskeskuslääkärikäynneistä liittyy kipuun ja krooninen kipu koskettaa lähes viidennestä aikuisväestöstä. Kivun yhteiskunnalliset kustannukset ovat mittavat, esimerkiksi suurimman kipusairausryhmän eli selkäsairauksien vuotuiset kustannukset ovat noin 469 miljoonaa euroa, tuotantopanosmenetykset eli työkyvyttömyyseläkkeet ja sairauspoissaolot mukaan luettuna jopa kaksi miljardia euroa (Tule ry, 2021).

Näistä luvuista huolimatta kivunhoito on harvojen hartioilla. Suomessa on 22 kipupoliklinikkaa, ja niissä toimii vain pieni joukko kivunhoidon erikoisosaajia. Noin 70 Kipu- ja APS-hoitajan lisäksi kivunhoitoon erikoistuneita lääkäreitä oli viime vuonna 66 ja määrä on tasaisessa laskussa (Lääkäriliitto, n.d.). Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) on linjannut vaatimukset Suomessa toteutettavalle kivunhoidolle perustuen kansainvälisen kivuntutkimusyhdistyksen (IASP) suosituksille. STM:n mukaan kivunhoidon resursointi ja organisointi eivät ole riittäviä eivätkä alueellisesti tasapuolisia. Tavoitteet toteutuvat vaillinaisesti sekä yliopisto- että keskussairaaloissa. (STM, 2017.) Tutkimus tuo esiin, että kipuhoitajien tehtävänkuvat, nimikkeet ja palkkaus vaihtelevat suuresti hyvinvointialueittain. Jo pelkkä nimikkeiden kirjavuus hämärtää käsitystä siitä, kuka on kipuhoitaja ja mitä hänen työnsä pitää sisällään.

Tutkimus antaa äänen kipuhoitajille

Käsillä oleva tutkimus on ensimmäinen valtakunnallinen selvitys kipuhoitajien työnkuvasta Suomessa. Tutkimus toteutettiin Webropol-kyselynä, joka lähetettiin kaikille Suomen kipu- ja APS-hoitajille. Vastaajia oli 39, mikä on melko kattava otos koko ammattikunnasta.

Monimenetelmätutkimuksena toteutettu kysely sisälsi sekä määrällisiä että laadullisia osioita. Tällainen tutkimus mahdollistaa ilmiön laajemman ja syvällisemmän ymmärryksen erilaisten näkökulmien, analyysi- tai aineistonkeruutapojen ansiosta. (Vilkka & Mankki, 2024, s. 14–15.) Määrällinen osa kartoitti koulutusta, työkokemusta, palkkausta ja muita selkeästi mitattavia muuttujia, kun taas laadulliset vastaukset tarjosivat syvällisemmän kuvan kipuhoitajien kokemuksista, työn sisällöistä ja kehittämistarpeista. Tuloksia analysoitiin sekä tilastollisesti että induktiivisen sisällönanalyysin ja teemoittelun avulla (Vuori, 2021; Guntner ja muut, 2021).

Lopulta tutkimus painottui jonkin verran laadullisesti. Laadullinen tutkimus ”tarjoaa äänen” ryhmille tai joskus myös yksittäisille toimijoille (Hakala, 2024, s. 17). Tutkimuksen

tarkoituksena oli tarjota ääni kipuhoitajille ja antaa heille mahdollisuus kertoa työstään, sen vaatimuksista ja toiveista ammattiryhmän tulevaisuuteen liittyen. Laadulliseen tutkimukseen kuuluu myös ”asian katsominen sisältäpäin”. Itse kipuhoitajana tutkija on hyvin sisällä aiheessa, tuntee sen pienet nyanssit ja voi toimia tutkimuksessa ”sisäpiiriläisenä”, joka laadullisessa tutkimuksessa voi olla myös positiivinen aspekti. (Vilkka, 2021)

Kolme työn ydinaluetta

Tulokset osoittivat, että kipuhoitajan työ jakautuu selkeästi kolmeen pääalueeseen:

1. Kliininen kivunhoitotyö – sisältäen potilaiden kivun hoidon lukuisat eri menetelmät ja erikoistekniikat, kivun arvioinnin, lääkehoidon sekä lääkkeettömän kivunhallinnan, potilasohjauksen ja hoidon vaikuttavuuden seurannan.
2. Koulutus ja kehittäminen – kipuhoitajat kouluttavat muuta henkilökuntaa, kehittävät yksiköidensä kivunhoidon käytäntöjä sekä osallistuvat ohjeistusten ja hoitopolkujen laadintaan.
3. Moniammatillinen yhteistyö – kipuhoitaja toimii linkkinä potilaan, lääkäreiden, fysioterapeuttien, psykologien ja muiden hoitajien välillä ja hänen asiantuntijuutensa on keskeinen osa moniammatillista kiputiimiä.

Nämä kolme osa-aluetta muodostavat kipuhoitajan työn ytimen – kliinisen asiantuntijuuden, kouluttajan ja kehittäjän roolit limittyvät arjessa jatkuvasti. Tutkimus toi esiin, että kipuhoitajat kokevat työnsä merkitykselliseksi ja monipuoliseksi, mutta myös kuormittavaksi ja vastuulliseksi.

Koulutus ja osaamisvaatimukset – yhtenäisyyttä kaivataan

Tulosten mukaan kipuhoitajien koulutustausta vaihtelee huomattavasti. Osa on suorittanut laajemmat kivunhoidon erikoistumisopinnot esimerkiksi Turun yliopiston ja Suomen kivuntutkimusyhdistyksen yhteistyössä järjestämässä koulutusohjelmassa, mutta monilla koulutus koostuu yksittäisistä täydennyskoulutuksista tai työkokemuksen kautta hankitusta osaamisesta. Yhteisiä osaamiskriteereitä ei ole kansallisesti määritelty, mikä johtaa siihen, että kipuhoitajien työn sisältö ja vastuut voivat olla hyvinkin erilaisia eri sairaaloissa ja hyvinvointialueilla. Tutkimuksessa nousi esiin tarve valtakunnallisista kompetenssivaatimuksista ja yhteisestä erikoistumiskoulutuksesta, joka takaisi osaamisen tasalaatuisuuden ja tukisi ammatillista asemaa.

Kansainvälisesti kipuhoitajien koulutus ja rooli ovat monin paikoin tarkemmin määriteltyjä. Esimerkiksi Yhdysvalloissa kipuhoitajat kuuluvat laajavastuisen hoitotyön asiantuntijoihin (Advanced Practice Pain Management Nurse) ja heidän koulutuksensa on maisteritasoinen (ASPMN, 2025). Vastaavia malleja on myös mm. Australiassa ja Kanadassa (Assefa, 2023; Sonneborn & Miller, 2021). Tutkimuksen mukaan suomalaiset kipuhoitajat tekevät hyvin samankaltaista asiantuntijatyötä, mutta ilman virallista asemaa tai siihen kuuluvaa palkkausta. Sairaanhoitajien urakehitysmallin mukaan 30-60 opintopisteen lisäkoulutuksen saanut sairaanhoitaja on nimikkeeltään erikoistunut sairaanhoitaja ja YAMK tai maisterin tutkinnon suorittanut hoitaja on laajavastuisen hoitotyönasiantuntija. Laajavastuisen hoitotyönasiantuntijan nimikkeistä on Suomessa käytössä kaksi: asiantuntijasairaanhoitaja sekä kliinisen hoitotyönasiantuntija/kliinisesti erikoistunut sairaanhoitaja. Nämä on esitetty osaamisvaatimuksineen mm. jo vuonna 2009 kehitetyssä FinAME-hoitotyön asiantuntijamallissa. (Suomen sairaanhoitajat, 2023; Hotus, 2022.) Malli ja nimikkeet meillä periaatteessa siis on, nämä pitäisi vain ottaa laajemmin käyttöön.

Myös Suomen sairaanhoitajat (2023) peräänkuuluttavat laajavastuisen hoitotyön asiantuntijoiden tehtävänkuvien kehittämistä APN-raportissaan (=Advanced-based practise) ja hyödyntämistä käytännön hoitotyössä. Kansainvälisen tutkimusnäytön mukaan asiantuntijoiden käyttö parantaa väestön saamia palveluita, hoitoon pääsyä sekä hoidon laatua ja vaikuttavuutta. Lisäksi niiden avaamat uramahdollisuudet lisäävän merkittävästi alan veto- ja pitovoimaa sekä sairaanhoitajien työtyytyväisyyttä. (Suomen sairaanhoitajat, 2023.)

Vastaavia suosituksia on tehnyt mm. EFN (European Federation of Nurses) eli Euroopan sairaanhoitajayhdistys. Se jakaa sairaanhoitajat osaamisen ja koulutuksen mukaan kolmeen ryh-

mään: general care nurse, specialist care nurse ja advanced nurse practitioner. (EFN, 2017.) Näistä kaksi jälkimmäistä vastaavat melko hyvin suomalaista mallia. Myös Kansainvälinen kivuntutkimusyhdistys IASP (International Association for the Study of Pain) ja sen eurooppalainen vastine EFIC (European Pain Federation) sekä ICN (International Counsil of Nurses) eli kansainvälinen sairaanhoitajaliitto ovat tehneet selkeät vaatimukset kivunhoidon osaamisesta sairaanhoitajille ja sovellettavista ammattinimikkeistä (EFIC, 2019; IASP, 2018; ICN, 2023). Nämä ovat laajalti käytössä maailmalla ja olisivat varsin helposti sovellettavissa myös Suomessa.

Palkka ja ammatillinen asema eivät vastaa työn vaativuutta

Tutkimuksen tulokset paljastivat kipuhoitajien aseman ja palkkauksen epäyhdenvertaisuuden. Palkka vaihtelee alueittain suuresti, eikä vastaa työn vaativuutta tai erikoisosaamista. Lisät ja palkkiot ovat kirjavia ja nimikkeiden moninaisuus hämärtää työn arvostusta. Kipuhoitajat kokevat, että heidän työnsä vastuullisuus ei näy palkkauksessa tai urakehitysmahdollisuuksissa. Työ on kuitenkin henkisesti ja ajallisesti kuormittavaa, ja sen vaatimustaso vastaa pitkälti laajavastuisen hoitotyön asiantuntijatehtäviä.

Kipuhoitajat toivovat selkeää urakehitysmallia, joka tunnistaisi heidän asiantuntijuutensa ja mahdollistaisi etenemisen pelkästään kliinisestä työstä kehittämis- ja koulutustehtäviin. Tämä lisäisi työn vetovoimaa ja parantaisi alan pysyvyyttä – tulosten perusteella nykytilanne uhkaa heikentää sekä kivun hoidon laatua, että osaajien saatavuutta:

”Tästä voitaneen päätellä, että juuri työn merkityksellisyys on syy, miksi kipu- ja APS-hoitajat viihtyvät alipalkatussa, aliarvostetussa ja paineisessa työssään. Voidaan kuitenkin pohtia, onko alan pitovoima riittävä, kun vastaajista suurin osa oli ollut työssään vain 0-4 vuotta. Yli 15 vuotta työskennelleitä oli ainoastaan viisi. Tämä viittaisi siihen, että yksin työn merkityksellisyys ei riitä pitämään ammattilaisia työssään vaan tarvittaisiin muutakin. Tulosten perusteella tämä tarkoittaisi ainakin lisää palkkaa, tukea ja arvostusta johdolta sekä helpotusta liialliseen kuormitukseen. ” (Portti, 2025)

Tutkimus siis osoittaa, että kipuhoitajat kokevat työnsä merkitykselliseksi ja palkitsevaksi, mutta kuormitus, arvostuksen puute ja riittämätön palkka heikentävät voimakkaasti työssä jaksamista. Arvostuksen puutetta koetaan sekä esimiesten että yhteiskunnan tahoilta. Työ sisältää sekä kliinistä asiantuntijuutta että laajaa kehittämis- ja koulutusvastuuta, mutta usein ilman riittäviä resursseja tai tukea. Monet kipuhoitajat kertovat kokevansa yksinäisyyttä ja rajallisia vaikutusmahdollisuuksia organisaatiossaan.

Yhtenäiset osaamisvaatimukset ja selkeä uramalli ratkaisuiksi

Tutkimuksen johtopäätös on selkeä: kipuhoitajien työnkuva ja osaamisvaatimukset tulisi yhtenäistää kansallisella tasolla. Tämä tukisi kivunhoidon laatua, potilasturvallisuutta ja terveydenhuollon tasa-arvoa.

Mahdollisia ratkaisuja olisivat:

- Kansalliset osaamiskompetenssit kipu- ja APS-hoitajille esim. IASP- ja EFIC-suositusten pohjalta.
- Yhtenäinen erikoistumiskoulutus, joka turvaisi tasalaatuisen osaamisen.
- Asiantuntijanimikkeiden käyttöönotto, esimerkiksi kliinisesti erikoistunut sairaanhoitaja, kaikille koulutetuille kipu- ja APS-hoitajille.
- Selkeä uramalli ja palkkausjärjestelmä, joka tunnistaa työn vaativuuden ja tarvittavan erityisosaamisen.
- Kipuhoitajien ammatillisen aseman vahvistaminen osana hoitotyön laajavastuista asiantuntijatehtävää (APN-malli)

Nämä toimenpiteet loisivat pohjan kivunhoidon kehittämiselle ja vahvistaisivat hoitajien ammatti-identiteettiä. Samalla ne edistäisivät potilaiden tasa-arvoa: kivunhoidon laatu ei saisi riippua asuinpaikasta tai hoitoyksikön resursseista.

Lopuksi

Kipuhoitajien työ on yhdistelmä kliinistä osaamista, ihmisen kokonaisvaltaista kohtaamista ja jatkuvaa kehittämistä. Tutkimus tekee näkyväksi sen, että kipuhoitajat toimivat jo nyt laajavastuisen hoitotyön asiantuntijoina, vaik-

ka virallinen asema ja palkkaus eivät tätä vielä heijasta. Yhtenäinen koulutus ja selkeä urapolku eivät ole pelkästään kipuhoitajien etu – ne hyödyttävät potilasta, organisaatiota ja koko yhteiskuntaa. Kun asiantuntijuus tunnustetaan ja resursointi vastaa työn vaativuutta, paranee myös hoidon laatu ja potilastyytyväisyys.

Jatkossa olisi hedelmällistä tutkia kipu ja APS-hoitajien roolia ja merkitystä myös potilaiden ja kollegoiden näkökulmasta. Näin päästäisiin tutkimaan hoitajan toteuttaman kivunhoidon vaikuttavuutta, merkitystä ja laatua laajemmin ja kehittämään sitä tarvittaviin suuntiin. Lisäksi asiantuntijuuden merkitystä tulisi painottaa muillakin hoitotyön erikoisaloilla kuin kivunhoidossa. Näin voitaisiin edistää hoitotyön arvostusta ja houkuttelevuutta maassamme laajemminkin. Asiantuntijuuden tunnustaminen tarjoaisi varmasti samanlaista lisäarvoa esimerkiksi myös haavanhoitajien ja avannehoitajien työhön. ■

Kirjallisuutta

Assefa, M., LeClerc, I., Muggah, E., Deonandan, R., Godbout, C. & Finestone, H. (2023). Chronic noncancer pain management: Integration of a nurse-led program in primary care. Canadian Family Physician, 69(3), 52-60. DOI:10.46747/cfp.6903e52

ASPMN – American Society for Pain Management Nurses. (2025). Advanced Practice Regocnition Program. Noudettu 3.2.2025 osoitteesta https://www.aspmn.org/advanced_practice_recognition.php

EFIC – European Pain Federation. (2019). Core Curriculum for the European Diploma in pain nursing. Noudettu 21.6.2025 osoitteesta https://europeanpainfederation.eu/wp-content/uploads/2019/11/EFIC-CORE-NURSING-WEB-FINAL-Published-on-website.pdf

EFN – European Federation of Nurses. (2017). EFN Workforce Matrix 3+1. Executive summary. Noudettu 27.8.2025 osoitteesta https://efn.eu/wp-content/uploads/EFN-Workforce-Matrix-31-Executive-Summary-May-2017.pdf

Gunther, K., Hasanen, K. & Juhila, K. (2021). Johdanto: analyysi ja tulkinta. Teoksessa J. Vuori (toim.) Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Noudettu 20.11.2024 osoitteesta https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/analyysitavan-valinta-ja-yleiset-analyysitavat/analyysi-ja-tulkinta/

Hakala, J.T. (2024). Laadullisen tutkimuksen ABC. Menetelmäopas opinnäytteen tekijälle. Gaudeamus Oy.

Hoitotyön tutkimussäätiö – Hotus. (2022). FinAME-asiantuntijuusmalli. Noudettu 20.11.2024 osoitteesta https://hotus.fi/tutkimusnaytto-kayttoon/tukirakenteet-ja-toimintamallit/finame-asiantuntijuusmalli/

IASP – International Association for the Study of Pain. (2018). IASP Curriculum Outline on Pain for Nursing. Kansainvälisen kivuntutkimusyhdistyksen asettama työryhmä: Twycross, A., Quinn, R., Leegaard, M.S. & Gordon, D. Noudettu 29.11.2024 osoitteesta https://www.iasp-pain.org/education/curricula/iasp-curriculum-outline-on-pain-for-nursing/

ICN – International Counsil of Nurses. (2020). Guidelines on Advanced Practise Nursing. Noudettu 27.8.2025 osoitteesta https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-06/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf

Kipu. Käypä hoito -suositus. (2017). Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä: Haanpää, M., Hagelberg, N., Helin-Salmivaara, A., Kokki, H., Komulainen, J., Pohjolainen, T., Saikkonen, K. & Salanterä, S. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Noudettu 29.12.2024 osoitteesta https://www.kaypahoito.fi/hoi50103

Lääkäriliitto. (n.d.). Lääkärit Suomessa. Noudettu 22.10.2025 osoitteesta https://www.laakariliitto.fi/tutkittua-tietoa/tutkimukset/laakarit-suomessa/

Sonneborn, O. & Miller, C. (6.6.2021). The Pain Nurse Practitioner and Pain Nurse's Role and Views on Opioid Management in Australia: A National Questionnaire Survey. Pain Management Nursing, 22(6), 740-746. DOI: 10.1016/j.pmn.2021.05.002

STM – Sosiaali- ja terveysministeriö. (2017). Kroonisen kivun ja syöpäkivun hoidon kansallinen toimintasuunnitelma vuosille 2017–2020. Asiantuntijaryhmän ehdotus. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:4. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3850-2

Suomen sairaanhoitajat. (2023). Laajavastuinen hoitotyö – sairaanhoitajan uramalli lähellä ihmistä. APN-raportti. Suomen sairaanhoitajien asettama laajavastuisen hoitotyön asiantuntijatyöryhmä: Suutarla, A., Jokiniemi, K., Axelin, A., Flinkman, M., Hämäläinen, S., Kotila, J., Lehtikunnas, T., Palomaa, M., Sulosaari, V. & Tuomikoski, A. Noudettu 5.1.2025 osoitteesta https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2023/04/APN-raportti-2023_final.pdf

Tuki ja liikuntaelin liitto – Tule ry. (1.12.2021). Tehokkaalla kivun hoidolla ja kuntoutuksella säästöjä hyvinvointialueille. Noudettu 22.10.2025 osoitteesta https://suomentule.fi/news/tiedote-1-12-21-tehokkaalla-kivun-hoidolla-ja-kuntoutuksella-saastoja-hyvinvointialueille/

Vilkka, H. (2021). Näin onnistut opinnäytetyössä. Ratkaisut tutkimuksen umpikujiin. PS-kustannus.

Vilkka, H. & Mankki, V. (2024). Johdatus monimenetelmätutkimukseen. Santalahti-kustannus.



Anneli Vainio

Täyskäännös

Pääsin seuraamaan kipukoirien koulutusta Viikkiin. Köröttelin Kehätien päästä päähän Helsingin Yliopiston eläinlääketieteellisen tiedekunnan yhteydessä toimivaan Dog Labiin, missä minua odottivat kokenut avustajakoirien kouluttaja Nona Borgström, Ortonin fysio- ja toimintaterapeutit Juulia Turunen ja Johanna Holma sekä kolme kipuoireista koirineen. Videoyhteyden päässä oli vielä kolme muuta koulutettavaa omistaja-koiraparia. Minut esiteltiin koirille ja heidän omistajilleen.

Dog Lab ja dosentti Anna Hielm-Björkmanin johtama Dog Risk -tutkimusryhmä ovat osa itsenäistä akateemista ja monialaista PAWWS-konsortiota. Se yhdistää eläinlääketieteen, terveystieteet, ja eläimen ja ihmisten suhteita ja yhteiseloa tutkivat humanistiset ja yhteiskuntatieteelliset tieteenalat – AOS (Animal Organization Studies) – monialaiseksi kokonaisuudeksi, jonka voisi ehkä suomentaa sanahirviöllä eläinorganisaatiotutkimus.

Miten kipukoiria sitten koulutetaan? Kipuoireinen pyyhkii kipukohtauksen aikana otsaansa tai muuta hikeä erittävää ruumiinosaa kuivalla sideharsolapulla, joka sitten säilytetään ilmatiiviissä lasipurkissa. Koulutustilanteessa koiran eteen asetetaan rivi purkkeja, joiden kannessa on reikiä. Osa purkeista sisältää kohtauksen aikana kerättyjä sideharsolappuja, osa puhtaita. Puhtaat laput ovat tässä koulutusvaiheessa häiriönä. Kun koira haistaa kohtauslapun, se painaa edessään olevaa nappulaa, joka kilahtaa. Oikeaan osuneesta kilahduksesta eläin palkitaan. Näin koira oppii erottamaan ja demonstroimaan ”kohtaushajun” neutraalista lapusta.

Tällä tavalla koirille opetetaan kivun tunnistamista ja hälyttämistä erityyppisissä kiputiloissa, esimerkkeinä migreeni, CRPS ja Ehler-Danlosin oireyhtymä. Ne pystyvät sen tekemään jo ennen kuin kipuoireinen itse tietää kohtauksen olevan tulossa, ja näin kipupotilas pystyy ajoissa reagoimaan tulevaan kohtaukseen. Tunnistaminen perustuu koiran erinomaiseen hajuaistiin. Koulutus ei tuota koirille ylimääräistä stressiä: eläimet ovat innokkaita oppimaan uutta, ja omistajien mukaan touhu näyttää koirista olevan ”tosi siistiä”!

Eräs osanottajista, nuori nainen, kertoi sairastavansa sekä vaikeaa migreeniä että fibromyalgiaa. Hänen koiransa pystyy koulutuksen ansiosta ennakoimaan kipukohtaukset ja myös erottamaan ne toisistaan: migreenin ollessa tulollaan koira painaa nappulaa, ja fibromyalgiakipua se ennakoi painelemalla kuonollaan kipukohtia lihaksissa. Näin emäntä pystyy jopa estämään kivun ennalta nauttimalla lääkkeen ja asettumalla lepäämään. Osanottajat korostivat myös sitä, että koiralla on lempeän ja empaattisen olemuksensa kautta jo sinänsä rauhoittava ja kipua tyynnyttävä vaikutus. Se voi asettua kipukohdan viereen makaamaan, lämmittää ja antautua omistajansa rapsuteltavaksi. Tämän voin koiranomistajana allekirjoittaa jo ilman kipuakin.

Täytyy sanoa, että visiittini Viikissä teki minuun suuren vaikutuksen ja voimisti perusteellista ajattelun muutosta, jonka olen nähnyt olevan ”ilmassa ” jo aikaisemmin. Olen tiennyt, että koirat osaavat ja ymmärtävät monia asioita, joista meillä ei vielä ole aavistustakaan.

Taide ennakoi usein tulevaa. Anni Kytömäen, Iida Turpeisen, Tiina Raevaaran ja Elisa Aaltolan kirjat ja kirjoitukset ovat osa tätä muutosta eläimen ja ihmisen suhteissa. Espoon Kaupunginteatterissa esitettävä Pipsa Longan näytelmä *Peter asui talossa – delfiini pisteestä pisteeseen*

pohtii tosielämässä tapahtunutta eläinkoetta, jossa Peter-nimiselle delfiinille alettiin opettaa englantia. Oppiakseen ihmiskieltä Peter siirrettiin kahdestaan nuoren naisen kanssa taloon, jonka kaikkiin huoneisiin oli laskettu vettä. Kun tutkimus loppui, delfiini siirrettiin toiseen laboratorioon, jossa hänen elintilanaan oli vain yksinäinen amme. Pian hän teki itsemurhan.

PAWWS -hanke sanoittaa tätä paradigman muutosta seuraavasti: siinä pyritään pois traditionaalisesta eläinsuhteesta, jossa eläimet ovat työkaluja, resursseja, ihmisten harjoittaman hyväksikäytön ja riiston kohteita. Se korostaa eläinten eettistä kohtelua, joka perustuu kasvaneeseen tietoisuuteen suhteestamme toislajisiin.



Luin ystävänpäivänä Eläinsuojelukeskus Tuulispään päivityksen, joka sopii tähän yhteyteen. Lainaan sitä kirjoittajan, Selman, luvalla:

”Eläinten turvakodilla vaalitaan monenlaisia ystävyyssuhteita. Esimerkiksi: nuoret hiehot Paprika ja Tuulikki kaulailevat ja hoitavat toisiaan pussaamalla. Ruunat Tarkki ja Duplin leikkivät päivittäin yhdessä. Kukkoveljet Simon ja Per jakavat sekä herkut että orsipaikat. Kutut Saima ja Aila ovat kokeneet yhdessä paljon. Vanu-kani viihtyy tiiviisti kämppiksensä Rumpalin kyljessä. Sumu ja Halla -ketut löysivät viimein yhteisen sävelen. Aatu-ponin läheisyys poistaa Niksun eroahdistuksen. Hupsu ja Ruby -hanhipari on hulluna toisiinsa. Sikamummot Siiri ja Saara ovat viettäneet koko elämänsä yhdessä.”

Mitä sitten tarkoittaa olla ihmisenä eläinten ystävä?

Kunnioittaminen ja arvostus eivät vaadi ystävyyttä tai rakkautta toista olentoa kohtaan. Mutta ystävyys ja rakkaus vaativat perustakseen kunnioituksen ja arvostuksen. Muutoin nämä termit tyhjenevät merkityksestään ja muuttuvat irvikuviksi itsestään.

Emme ole ystäviä kaikkien ihmistenkään kanssa ja silti tunnistamme, että meidän on kunnioitettava toisen ihmisen yksilöllisyyttä ja vältettävä vahingoittamasta häntä. Tämän perustavanlaatuisen kunnioituksen olemme toki velkaa myös toisen lajisille tunteville ja tietoisille olennoille. Ihmisen ei kuitenkaan tarvitse kokea olevansa eläinrakas tai varsinainen eläinten ystävä kunnioittaakseen eläinten oikeutta omaan elämäänsä. Mutta erityisesti tuota kunnioitusta tarvitaan, jotta ihmisen eläinystävyys ja -rakkaus olisi kestävällä ja reilulla pohjalla.

Kunnioitus tarkoittaa yksinkertaisimmillaan sitä, että tunnistaa toisen itseisarvon, sen, että eläin on arvokas omana ainutlaatuisena itsenään eikä välineenä johonkin ihmisen tavoittelemaan hyötyyn. Sitä, että tunnistaa, että toisella on oma elämä, oma tahto, mieli ja kieli, omat ajatukset, omat ilot, surut, pelot ja salaisuudet. Sitä, että haluaa toiselle hyvää ja välttää vahingoittamasta häntä.

Ystävänpäivän kunniaksi on hyvä hetkeksi pysähtyä tämän kysymyksen ääreen: millainen ystävä minä olen eläimille? ■

Takajuostestimulaatio voi auttaa välttämään krooniseen kipuun liittyvää ylikuolleisuutta

Krooninen neuropaattinen kipu on vaikeahoitoinen tila, josta kärsii väestössä jopa joka kymmenes. Valtaosa kroonisesta kivusta kärsivistä saa hyvän ja pitkäaikaisen hoitovasteen esimerkiksi hermosärkylääkityksillä ja kipuun suunnatulla fysio- ja toimintaterapialla. Kuitenkin osa potilaista ajautuu riippuvuutta aiheuttavaan, pitkäaikaiseen opioidilääkehoitoon, jonka on osoitettu lisäävän kokonaiskuolleisuutta. Lisäksi kroonisen kivun on osoitettu olevan myös itsenäisesti yhteydessä lisääntyneeseen kokonaiskuolleisuuteen.

Takajuostestimulaatio on kroonisen kivun neuromodulaatiohoito, jossa selkärangankanavaan viety elektrodi välittää sähkövirtaa selkäytimen tuntoratoihin, takajuosteeseen. Laitteiston virran tuottaa ihon alle asetettu impulssigeneraattori, jonka kautta laite myös ohjelmoidaan. Ennen laitteiston pysyvää asentamista on viikon mittainen koejakso, jonka aikana vaste kivun lievitykselle arvioidaan.

Nyt tehdyssä tutkimuksessa havaittiin, että potilailla, jotka eivät saaneet vastetta takajuostestimulaatiolle, kuolleisuus oli kohonnut vertailuväestöön nähden. Vastaava kohonnut kuolleisuus havaittiin niillä potilailla, joiden hoito keskeytyi seuranta-aikana. Kuolemansyyt eivät kuitenkaan poikenneet vertailuväestöstä kummassakaan ryhmässä. Löydökset vastaavat aiempia tutkimustuloksia krooniseen kipuun liittyvästä ylikuolleisuudesta.

Tutkimus osoitti kuitenkin ensimmäistä kertaa maailmassa, että ne potilaat, joiden takajuostestimulaatiohoito jatkui läpi seuranta-ajan, eivät eronneet vertailuväestöstä kuolleisuuden suhteen. – Tämä löydös viittaa siihen, että krooniseen kipuun liittyvä ylikuolleisuus on mahdollista välttää menestyksekkäällä kivunhoidolla. Hoitomuotona takajuostestimulaatio eroaa myös merkittävästi pitkäaikaisesta, riippuvuutta aiheuttavasta ja kuolleisuutta lisäävästä opioidilääkehoidosta.

Tutkimukseen osallistui 330 kroonisesta neuropaattisesta kivusta kärsivää potilasta, joita seurattiin 10 vuoden ajan.

Luikku, AJ, Martikainen, A, Ikäheimo, TM, Nissen, M, von und zu Fraunberg, M, Jyrkkänen, HK, Huttunen, J. Mortality Outcomes After Spinal Cord Stimulation: A 10-Year Survival Analysis of 330 Patients With Chronic Neuropathic Pain. Neurosurgery October 23, 2025.

Antti Luikku

Monialainen kivunhoito toteutuu erikoissairaanhoidon kipupoliklinikoilla

Monialainen kivunhoito toteutuu erikoissairaanhoidon kipupoliklinikoilla, sen sijaan perusterveydenhuollon mahdollisuudet toteuttaa monialaisuutta ovat usein rajoittuneita.

Tämän tutkimuksen tarkoitus oli selvittää, onko olemassa perusterveydenhuollossa tehtyjä tutkimuksia pitkittyneen kivun monialaisesta hoidosta. Lisäksi haluttiin saada selville, mitkä terveydenhuollon ammattilaiset osallistuvat niihin, mitä interventiot pitivät sisällään, mitä seurantamenetelmiä käytettiin ja oliko interventioilla vaikutusta päätemuuttujiin.

Tutkijat suorittivat systemaattisen katsauksen (PubMed, Ovid MEDLINE, Scopus, CINAHL, and PsychINFO vuodesta 1999 -10/2022). Katsaukseen otettiin mukaan seuraavat kriteerit täyttävät tutkimukset: potilaat olivat yli 18- vuotiaita, heillä oli yli kolme kuukautta kestänyt ei-syöpäkipu, kyseessä oli moniammatillinen interventio, johon osallistui kolme tai enemmän terveydenhuollon ammattilaista, interventio tapahtui perusterveydenhuollossa ja tutkimus oli raportoitu englanniksi. Tutkijat identifioivat 1250 tutkimusta, joista lopulliseen analyysiin kelpuutettiin 17 tutkimusta.

Katsauksen mukaan yleisin moniammatillinen kokoonpano käsitti lääkärin ja fysioterapeutin (94,1%) ja psykologin (58,8%). Keskimäärin interventioon osallistui 5 eri ammattiryhmän henkilöä- edellisten lisäksi mm. sairaanhoitaja, sosiaalityöntekijä, ravitsemusasiantuntija, farmaseutti – yhteensä 10 eri ammattiryhmää. Päätemuuttujina tutkimuksissa oli terveyteen liittyvä elämänlaatu (HRQoL) 6/17, kivun voimakkuus tai kivun aiheuttama haitta 8/17, depressio ja/tai ahdistuneisuus 6/17, fyysinen suorituskyky 3/17, opioidien kulutus 5/17, työhön liittyvät tekijät 7/17 ja kustannustekijät 5/17. Lisäksi potilailta kysyttiin kivunhallintakyvystä, havaituista oireista, hoitotyytyväisyydestä, intervention vaikutuksesta ja yleisestä hyvinvoinnista.

Katsaukseen mukaan otetut tutkimukset olivat keskenään varsin heterogeenisiä sisällön, interventioon osallistuneiden ammattiryhmien suhteen, tutkimusmetodin ja seurantamuuttujien suhteen. Lisäksi potilasmäärät olivat yleensä varsin pieniä. Aineisto ei antanut mahdollisuutta meta-analyysiin. Tutkimusten laatu vaihteli kohtuullisesta matalaan.

Katsauksen tekijät totesivat, että perusterveydenhuollossa tehdyistä pitkäaikaisen kivun moniammatillisista interventioista on saatavilla hyvin niukasti tutkittua tietoa. Tämä katsaus on sinänsä ainutlaatuinen ja pionee-

ritutkimus selvittää, miten moniammatillinen kivunhoito mahdollisesti toteutuu perusterveydenhuollossa. Koska tutkimuksia oli vähän, on vaikea päätellä, miten moniammatillisuus käytännössä toteutuu. On todennäköistä, että suurimmassa osassa hoitointerventioissa on työparina lääkäri ja hoitaja. Perusterveydenhuollon toimintakulttuuri ja resurssipula todennäköisesti estävät moniammatillisuuden toteutumisen, toisaalta moniammatillisuutta varmaan toteutetaan, mutta se jää tutkimusprotokollien ulkopuolelle. Tutkitun tiedon vähäisyys johtunee myös siitä, että perusterveydenhuollon toimijoilla ei ole mahdollisuutta tutkimustyöhön – monista syistä.

Suurin osa kipupotilaista hoidetaan kuitenkin perusterveydenhuollossa, joten tieto siellä tapahtuvan moniammatillisuuden toteuttamisesta ja vaikutuksista on tärkeää. Tämä katsaus korostaa tarvetta kehittää systemaattisesti perusterveydenhuollossa tapahtuvien interventioiden tutkimusprotokollia, jotta moniammatillisuutta voidaan kehittää ja sen saatavuutta lisätä.

Huttunen MH et al. Multidisciplinary management of persistent pain in primary care -A systematic review. (2024). Eur J Pain;28(6):886-900.

Anita Saariaho

Tuore meta-analyysi neuropaattisen kivun hoidosta

Toukokuussa 2025 Lancet Neurologyssä julkaistu laaja systemaattinen katsaus ja meta-analyysi kokoaa ajantasaisen näytön neuropaattisen kivun lääkehoidoista ja non-invasiivisista neuromodulaatiomenetelmistä. Tutkimus yhdisti 313 satunnaistettua, kaksoissokkoutettua ja lumekontrolloitua tutkimusta, joissa oli yhteensä lähes 49 000 aikuista osallistujaa. Arviointi perustui pääosin vasteen saaneisiin (vähintään 50 % kivun väheneminen tai vaihtoehtoisesti 30 %/kohtalainen lievitys) sekä hoidon keskeytyksiin haittavaikutusten vuoksi. Tulokset esitetään NNT- (number needed to treat) ja NNH-lukuina (number needed to harm), jotka auttavat vertailemaan hoitojen hyöty-haitta-suhdetta käytännön päätöksenteossa.

Meta-analyysin keskeinen viesti on, että perinteiset ensilinjan lääkkeet säilyttävät asemansa. Ensimmäisen linjan hoitoina kohtalaisen vahvalla näytöllä säilyivät trisykliset antidepressantit NNT=4,6/NNH=17,1 (25–150 mg/vrk jaettuna 1–2 annokseen), gabapentinoidit NNT=8,9/NNH=26,2 (gabapentiini 1200–3600 mg/vrk, pregabaliini 150–600 mg/vrk ja mirogabaliini 10-30 mg/vrk) sekä SNRI:t NNT=7,4/NNH=13,9 (venlafaksiini 150–225 mg/vrk jaettuna 1-2 annokseen ja duloksetiini 60–120 mg/vrk).

Toisen linjan hoitoina heikolla näytöllä olivat perifeeriseen neuropaattiseen kipuun tehokkaina kapsaisiinilaastarit NNT=13,16/NNH=1129,3, kapsaisiinivoide NNT=6,1/NNH=18,6 sekä lidokaiinilaastarit NNT=14,5/NNH=178.

Kolmannen linjan hoitoina heikolla näytöllä olivat botuliinitoksiini-A NNT=2,7/NNH=216,3, toistomagneettistimulaatio NNH=4,2/NNH=651,6 sekä opioidit NNT=5,9/NNH=15,4 (Tramadoli 200–400 mg/vrk jaettuna 2–3 annokseen tai enintään 120 mg/vrk opiaattia morfiiniekvivalenttiannoksena).

Riittämätöntä näyttöä oli karbamatsepiinista, okskarbamamatsepiinista, lakosamidista, lamotrigiinistä, NMDA:sta, SSRI:stä, aivojen tasavirtastimulaatiosta (tDCS), TENS:stä, selkäydinstimulaatiosta ja topiramaatista. Suositus käytön välttämiselle tuli kannabinoideille, valproaatille, levetirasetaamille sekä meksiletiinille.

Käytännön sovelluksissa meta-analyysi korostaa yksilöllisyyttä: hoidon aloittaminen ensilinjan lääkkeellä ja vasteen arviointi 4–12 viikon kuluttua on järkevä lähtökohta. Annosteluissa kannattaa noudattaa varovaista titrausta, huomioida munuaisten ja maksan toiminta sekä samanaikaiset lääkitykset. Haittavaikutusten seuranta on keskeistä; sedaatio, huimaus, painonmuutokset, psyykkiset oireet ja kardiovaskulaariset riskit on otettava huomioon, ja opioideihin liittyy erityinen tarve suunnitella lopetusstrategia ja arvioida riippuvuusriskiä.

Tutkimuksen rajoitukset on syytä tuoda selkeästi esiin. Mukaan valittujen tutkimusten välillä oli merkittävää kliinistä ja metodologista heterogeenisuutta. Diagnoosikriteerit ja potilasvalinnat vaihtelivat. Monissa tutkimuksissa seuranta oli lyhyt, mikä rajoittaa pitkäaikaisvaikutusten ja turvallisuuden arviointia. Julkaisu ja pienen otantakoon vinoumaa havaittiin, mikä voi johtaa NNT-lukujen yliarviointiin. Neuromodulaatioiden osalta näyttö on toistaiseksi rajallinen ja tarvitaan suurempia, pidempikestoisia ja huolellisesti sham kontrolloituja satunnaistettuja tutkimuksia.

Käytännön johtopäätökset pysyvät kuitenkin selkeinä. Trisykliset antidepressantit, gabapentinoidit ja SNRI lääkkeet säilyvät ensilinjan hoitoina. Paikalliset valmisteet, kuten kapsaisiinilaastarit ja lidokaiinilaastarit, ovat käyttökelpoisia toisen linjan vaihtoehtoja paikalliseen perifeeriseen neuropatiaan. Botuliinitoksiini A, M1 alueen rTMS ja opioidit on sijoitettu harkittaviin reservivaihtoehtoihin. Hoitopäätökset tulee tehdä yksilöllisesti ja jaetun päätöksenteon periaatteella. Teho–haitta

suhde, potilaan komorbiditeetit ja hoidon tavoitteet on aina arvioitava.

Soliman N. ym. Lancet Neurol. 2025;24(5):413-428.

Vesa-Matti Kuittinen

Omahoitoterapiat temporomandibulaarihäiriöiden hoidossa – systemaattisten kirjallisuuskatsausten näyttö

Pitkittyneestä kasvokivusta kärsii noin 10–15 % väestöstä, valtaosalla kipu johtuu TMD oireista (temporomandibular disorders) puremalihaksissa ja leukanivelissä. Pitkittyneen kiputilan hoito edellyttää biopsykososiaalista, näyttöön perustuvaa ja potilaslähtöistä lähestymistapaa. Nykyisissä hoitosuosituksissa omahoidon osuus korostuu TMD oireiden hoidossa.

Systemaattinen kirjallisuushaku suoritettiin neljää tietokantaa käyttäen (PubMed (NLM), Scopus (Elsevier), LILACS (VHL), and Cochrane Library (Wiley)) PRISMA-julkilausuman mukaisesti noudattaen PRIOR-suositusta. Ennen katsauksen toteuttamista noudatettiin PROSPERO-rekisteriin (CRD42021276856) rekisteröityä tutkimusprotokollaa. Tässä systemaattisista katsausartikkeleista tehdyssä kokoavassa tutkimuksessa Bijelic ym. ovat löytäneet haulla yhteensä 1740 katsausartikkelia TMD oireiden omahoitoa koskien, josta lopulliseen analyysiin päätyi 11 katsausartikkelia, jotka koostuivat yhteensä 49 alkuperäisartikkelista. Samoja alkuperäistutkimuksia katsausartikkeleissa oli 53 %. Näistä 11 katsausartikkelista kuusi raportoi omahoidon suotuista vaikutuksesta TMD oireisiin, kun taas viidessä katsausartikkelissa raportoitiin näytön omahoidon puolesta tai vastaan olevan puutteellista, verrattuna muihin hoitomuotoihin. Keskeiset näyttöön liittyvät puutteet koskivat elämänlaatuun ja haittavaikutuksiin liittyviä tuloksia. Menetelmälliset puutteet johtuivat pääasiassa riittämättömistä alkuperäistutkimusten suunnittelukriteereistä tai siitä, ettei poissuljetuista tutkimuksista ollut annettu viitteitä.

Tämän laajan systemaattisista tutkimuksista kokoavan artikkelin mukaan potilaalle annettu omahoidon ohjaus, potilas-edukaatio mukaan lukien, käyttäytymisterapia, kognitiivis-behavioraalinen terapia ja leukojen liikeharjoitteet ovat tehokkaita kivun lieventämisessä ja parantavat leukojen toimintaa TMD potilailla erityisesti aikuisväestössä. Omahoitointerventioita tulisi käyttää ensilinjan hoidossa. Omahoitointerventioiden vaikutuksesta elämän laatuun ja interventioiden mahdollisista haitoista raportoidaan tutkimuksissa harvemmin, tulevaisuudessa myös nämä muuttujat tulee sisällyttää tutkimuksiin.

Tessa Bijelic, Ambrosina Michelotti, Rosaria Bucci, Daniela Del Sorbo, EwaCarin Ekberg, Birgitta Häggman-Henrikson. Self-Management Therapies for Temporomandibular Disorders – Evicence from Systematic Reviews. Journal of Oral Rehabilitation, 2026;53; 265–281.

Mervi Tuomisto

Hoitohenkilöstön koulutuksen ja perehdytyksen vaikutus palliatiivisen kivun hoidon tuloksiin sädehoitoa saavilla potilailla

Useita Itäisen Afrikan maita on saanut melko huonot arviot, mitä tulee palliatiivisen kivun hoitoon. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten hoitohenkilöstölle suunnattu kivunhoidon ja palliatiivisen hoidon koulutus vaikuttaa sädehoitoa saavien potilaiden kivun hoidon laatuun. Tutkimus toteutettiin kvasi-kokeellisena ennen–jälkeen-asetelmana yhdessä onkologisessa yksikössä Egyptissä. Tutkimukseen osallistui 69 sairaanhoitajaa ja 153 potilasta.

Hoitohenkilöstölle toteutettiin strukturoitu koulutusohjelma, joka sisälsi palliatiivisen kivunhoidon periaatteita, kivun arviointia, lääkkeellisiä ja lääkkeettömiä hoitomenetelmiä sekä potilaslähtöistä hoitoa. Ennen ja jälkeen koulutuksen arvioitiin hoitajien tietämystä, asenteita ja käytäntöjä kivun hoidossa sekä potilaiden kokemaa hoidon laatua.

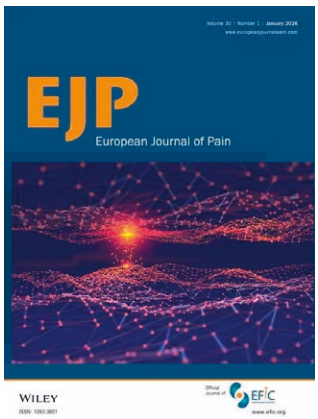
Tulokset osoittivat, että koulutus paransi merkittävästi hoitajien tietoa, asenteita ja käytännön toimintaa palliatiivisessa kivun hoidossa. Samanaikaisesti potilaiden arvio hoidon laadusta parani kaikilla osa-alueilla, kuten tuen, kunnioituksen, vuorovaikutuksen ja kokonaisvaltaisen hoidon kokemuksessa. Parannuksia havaittiin riippumatta hoitajien taustatekijöistä, kuten iästä tai työkokemuksesta.

Tutkimuksen johtopäätöksenä todetaan, että systemaattinen ja kohdennettu koulutus on tehokas keino parantaa palliatiivisen kivun hoidon laatua ja potilaskokemusta. Tulokset tukevat hoitohenkilöstön jatkuvan koulutuksen merkitystä osana laadukasta ja potilaslähtöistä kipuhoitoa.

Noha Mohammad Ibrahim, Samia Eaid Elgazzar & Mohamed Gamal Elsehrawy. The impact of nurse education and training on palliative pain management outcomes in radiotherapy patients. 2025

Teresa Autio

Tietokoneavusteinen adaptiivinen testaus voi auttaa vähentämään kyselylomakkeisiin käytettyä aikaa



Kivun moniulotteisen luonteen vuoksi sen arvioinnissa suositellaan käytettäväksi useita validoituja mittareita, jotka kattavat eri osa-alueita kuten fyysinen ja psyykkinen hyvinvointi sekä unenlaatu. Näiden mittareiden systemaattista käyttöä kliinisessä työssä ja tutkimuksessa haittaa kuitenkin merkittävästi vastaajan kokema kuormitus: ei ole harvinaista, että kipupotilas joutuu vastaamaan satoihin kysymyksiin jopa kymmenien eri kyselylomakkeiden muodossa.

Tämä brasilialainen 300 tertiääriklinikan kipupotilasta sisältävä poikkileikkaustutkimus kuvaa miten tietokoneavusteinen adaptiivinen testaus (Computerised Adaptive Testing, CAT) voi auttaa vähentämään kyselylomakkeisiin käytettyä aikaa sekä esittelee muuntokaavoja (equalisation function), joilla laajalti käytössä olevien kyselyiden tuloksia voidaan muuntaa toisikseen.

CAT-menetelmä perustuu osiovasteteoriaan (Item Response Theory, IRT), joka on tilastollinen lähestymistapa kysymysten ja mitattavan konstruktion (esim. elämänlaatu, unenlaatu) välisen suhteen mallintamiseen. Menetelmän ydin on siinä, että järjestelmä valitsee jokaiselle vastaajalle yksilöllisesti räätälöidyt kysymykset perustuen aikaisempiin vastauksiin.

Käytännössä CAT toimii seuraavasti: vastaajalle esitetään ensimmäinen kysymys, jonka vastauksen perusteella järjestelmä arvioi vastaajan tason mitattavassa konstruktiossa (esim. elämänlaatu). Seuraava kysymys valitaan sen perusteella, mikä kysymys tarjoaa eniten informaatiota kyseisellä tasolla. Prosessi jatkuu, kunnes saavutetaan riittävä mittaustarkkuus. Lopputulos raportoidaan standardoidulla T-asteikolla.

Tämä lähestymistapa on tehokkaampi kuin perinteinen kaikkien kysymysten esittäminen, sillä se valitsee kullekin vastaajalle ”parhaat” eli eniten informaatiota tuottavat kysymykset.

Tutkijat suorittivat simulaation 5000 vastauksella kehitettyjen CAT-järjestelmien testaamiseksi. Tulokset olivat vaikuttavia. Unen laadun arvioinnissa tarvittavien kysymysten määrä väheni keskimäärin 80,6 % (6,58 kysymystä vs. alkuperäiset 34 kysymystä), elämänlaadun arvioinnissa vähennys oli 76,8 % (9,96 kysymystä vs. alkuperäiset 43 kysymystä). Tutkijat kehittivät myös kliinisen tulkintajärjestelmän CAT-tulosten tulkinnan helpottamiseksi.

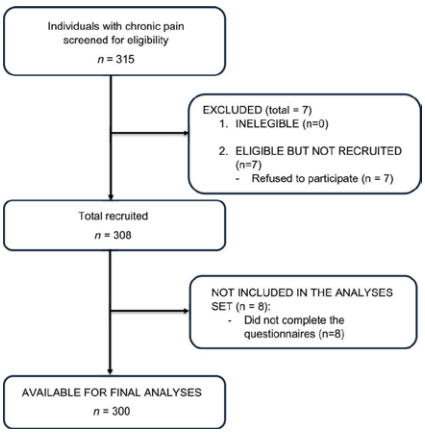
Tutkijat kehittivät muuntokaavat, joilla eri mittareiden tuloksia voidaan muuntaa keskenään vertailukelpoisiksi. Tämä mahdollistaa esimerkiksi unikyselyn tulosten muuntamisen ISI:stä PSQI:hin ja toisin päin, ja vastaavasti elämänlaatukyselyjen WHOQOL-BREF ja SF-12 välillä. Tutkijat huomauttavat, että näitä muunnoskaavoja suositellaan käytettäväksi vain ryhmätasolla (vähintään 20 tutkittavan ryhmissä), ei yksittäisten potilaiden tulosten muuntamiseen.

Merkitys ja sovellukset

Kipututkijan näkökulmasta tämä tutkimus tarjoaa useita tärkeitä innovaatioita. Potilaiden kuormituksen vähentämiseksi CAT-menetelmä mahdollistaa huomattavasti lyhyemmät kyselyt (80 % vähennys) säilyttäen samalla mittaustarkkuuden. Tämä voi parantaa potilaiden osallistumista tutkimuksiin ja vähentää keskeyttämisiä, mikä johtaa parempaan otantaan ja luotettavampiin tuloksiin. Meta-analyysien tekeminen voi myös helpottua, sillä muuntokaavat eri uni- ja elämänlaatumittarien muuttaminen yhteismitallisiksi mahdollistavat eri mittareita käyttäneiden tutkimusten tulosten vertailun ja yhdistämisen. Tämä on erityisen arvokasta systemaattisissa katsauksissa ja meta-analyyseissä, joissa yksi keskeisimmistä haasteista on ollut tulosmuuttujien heterogeenisuus.

Tutkimuksella on myös rajoituksensa. Aineisto kerättiin tertiääritason kipuklinikoilta, mikä johti neuropaat-

Development of a Computerised Adaptive Testing and Equalisation Approaches to Assess Sleep and Quality of Life in Chronic Pain



tisen kivun yliedustukseen (77,3 %). Tulosten yleistettävyys laajempaan kipupotilaiden populaatioon vaatii lisätutkimuksia. Tutkimus ei arvioinut CAT-menetelmän soveltuvuutta muutosten mittaamiseen ajan kuluessa. Pitkittäistutkimuksia tarvitaan sen arvioimiseksi, kuinka hyvin CAT tunnistaa kliinisesti merkittävät muutokset hoidon aikana. Lisäksi CAT-menetelmä vaatii tietokoneen, tabletin tai älypuhelimen, mikä voi olla este joidenkin potilaiden osallistumiselle.

Tämä innovatiivinen tutkimus osoittaa, että tietokoneavusteinen adaptiivinen testaus on toteuttamiskelpoinen ja tehokas menetelmä unen- ja elämänlaadun arviointiin pitkittynyttä kipua sairastavilla potilailla. Kysymysten määrän väheneminen noin 80 % ilman mittaustarkkuuden heikkenemistä on merkittävä saavutus, joka voi mullistaa kipututkimuksen käytäntöjä.

Mittarien muuntokaavat puolestaan tarjoavat käytännöllisen työkalun aikaisempien tutkimusten tulosten vertailuun ja yhdistämiseen, mikä edistää näyttöön perustuvan kivunhoidon kehittymistä. Tutkijoiden kehittämä avoin lähdekoodi (saatavilla GitHub-palvelussa) mahdollistaa menetelmän laajemman käyttöönoton tutkimusyhteisössä.

Jatkossa tarvitaan kuitenkin validointitutkimuksia laajemmissa aineistoissa, joissa eri kipudiagnoosit ovat tasaisemmin edustettuina, sekä pitkittäistutkimuksia CAT-menetelmän muutosherkkyydestä. Lisäksi olisi arvokasta kehittää CAT-järjestelmiä myös muille kipututkimuksen keskeisille osa-alueille, kuten toimintakyvylle ja psyykkiselle hyvinvoinnille.

Nogueira SC, Fernandes AM, Lussani R, ym. Development of a computerised adaptive testing and equalisation approaches to assess sleep and quality of life in chronic pain. Eur J Pain. 2025 Oct;29(9).

Jaakko Ilola



Lehti kivunhoidon ammattilaisille

Kivuntutkimusyhdistys

Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry

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

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

Yhdistys toteuttaa tarkoitustaan

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

SKTY:n hallituksen jäsenten yhteystiedot
Puheenjohtaja **Vera Leo**
pj@skty.org

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

Taloudenhoitaja **Anu Portti**
talous@skty.org

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

www.efic.org

www.sasp.org

Lämmin kiitos teille, Suomen kipuammattilaisten yhteisö



Maiju Marttinen

Enpä tiennyt mihin ryhdyin, kun vastasin edeltäjäni Petteri Kohon puheluun eräänä pimeänä syysiltana Espoon kotini parkkipaikalla. Olin nuori kiputohtori, joka oli nauttinut yhdistyksen jäsenyydestä lähinnä apurahojen ja laadukkaiden koulutusten muodossa. Hämmennys oli suuri, kun Petteri kysyi: ”Olisitko käytettävissä yhdistyksen hallitukseen?” Huomasin vastaavani myöntävästi. Petteri jatkoi: ”Siis puheenjohtajaksi”. Tuosta puhelusta alkoi neljän vuoden matka, jota en varmasti ikinä unohda. Valtavasti oppia, mielenkiintoisia haasteita, upeita ihmisiä, hyviä ystäviä. Kyseisellä puhelulla on ollut koko ammatillisen urani kannalta ratkaiseva merkitys.

Voisin luetella tässä kymmeniä antoisia hetkiä ja projekteja, joissa sain puheenjohtajakaudellani olla mukana. Tyydyn kuitenkin toteamaan, että Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry:n puheenjohtajuus on todellinen kansallisen kivun hoidon näköalapaikka. Uskon, että saimme hallituskollegoiden ja toimikuntien kanssa taas osaltamme vietyä yhdistyksen toimintaa pienen askeleen eteenpäin.

Ennen kaikkea mieleen on kuitenkin jäänyt teidän asialle vihkiytyneiden ammattilaisten vankkumaton sinnikkyys kipuasioiden edistämiseksi. Intohimonne asiaa kohtaan välittyi siitäkin huolimatta, että taloudelliset olosuhteet eivät aina ole olleet kivun hoidon puolella. Teidän innostuneisuutenne on inspiroinut ja innostanut minua. Suomen kipuammattilaisten yhteisö on vertaansa vailla.

Puheenjohtajuus on opettanut minulle yhdistyksen toiminnan ohella ennen kaikkea johtamista: ihmisten kuuntelemista, yhteisten tavoitteiden kirkastamista ja rajallisten resurssien kanssa toimimista. Tavallaan on paradoksaalista, että puheenjohtajuus on osaltaan vahvistanut johtamisidentiteettiäni, ja siten tukenut yhä vahvemmin tätä ammatillista suuntaani kliinikkoidentiteetin sijaan. Toivon, että voin tulevaisuudessa vaikuttaa esimerkiksi moniammatillisuuden toteutumiseen yhä vahvemmin hallinnollisesta roolista käsin.

Aloittaessani puheenjohtajana joku kysyi minulta, miten ihmeessä suostuin moiseen työllistävään vapaaehtoistehtävään. Katson taaksepäin kuluneita neljää vuotta ja minun on yhä vaikeampaa hahmottaa kysyjän näkökulmaa. Tunnistan vain erittäin suurta merkityksellisyyttä.

Kiitos teille luottamuksesta, oli kerrassaan hienoa saada toimia Suomen Kivuntutkimusyhdistyksen puheenjohtajana. Kiitos kohtaamisista. Kiitos yhteistyöstä. Valtavan suuri kiitos upeille hallituskavereille. Kiitos jokaiselle yhdistyksen jäsenelle työstänne kipuasiamme eteen. Työ jatkuu. ■

SKTY:n hallituksen jäsenten esittely

Vera Leo
puheenjohtaja

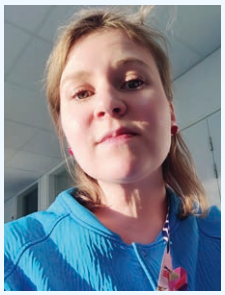


Olen Vera Leo, koulutukseltani psykologian tohtori ja neuropsykologian erikoispsykologi. Toimin sekä kipupsykologina että neuropsykologina Turun yliopistollisessa keskussairaalassa, jossa olen työskennellyt syksystä 2021 alkaen. Työskentelen myös yksityissektorilla, luennoin ja osallistun yliopistolla opetustyöhön. Ennen Tyksiä olen työskennellyt neurologisen kuntoutuksen parissa sekä kuntoutus- ja neuropsykologina että tutkijana. Väittelin Helsingin yliopistosta 2020 lauletun musiikin kuuntelemisen hyödyistä akuuttivaiheen AVH:n kuntoutuksessa. Kuntoutuksen kehittäminen on aina ollut ja on yhä lähellä sydäntäni.

Pitkittynyttä kipua olen kohdannut jo työskennellessäni neurologisten potilaiden kanssa, mutta kipupsykologina työskentely on varsinaisesti tullut osaksi työnkuvaani siirryttyäni Tyksiin, jolloin aloitin neuropsykologin tehtävänäni ohella työskentelemään myös Kipupoliklinikalla. Työnkuvani kipupsykologina on sittemmin laajentunut Kipupoliklinikan lisäksi kasvojen ja pään alueen kipujen pariin Suu- ja leukasairauksien klinikalle ja viimeisimmäksi Fysiatrian poliklinikalle ja Selkäkeskukseen.

Tuoreena puheenjohtajana haluan jatkaa edellisen hallituksen aloittamaa kehitystyötä, ajaa kivunhoidon moniammatillisuutta ja kuunnella jäsenistön tarpeita, jotta SKTY tukisi vielä paremmin jäsenistön ammattitaidon ja kivuntutkimustoiminnan kehittämistä. Uskon moniammatillisen yhteistyön voimaan niin kivunhoidossa ja kuntoutuksessa kuin yhdistystoiminnassakin.

Suvi Viljakainen
varapuheenjohtaja



Olen ammatiltani sairaanhoitaja (AMK) ja työskentelen Tuki- ja liikuntaelinkeskuksen leikkausosastolla Taysissa. Saan kohdata leikkauspotilaita prosessin joka vaiheessa. Olen tehnyt anestesiahoitajan työtä valmistumiseni jälkeen vuodesta 2011. Tämä on parasta mitä Suvi-sairaanhoitaja voi tehdä! Olen nähnyt hoitotyötä ylivoimaisesti eniten Tampereella. Arvokkaat kokemukset matkalla sain myös Keski-Ruotsissa harjoitteluvaihdosta ja Keski-Suomesta, jossa tein suuntaavan vaiheen opinnot perioperatiiviseen hoitotyöhön ja aloitin ensimmäisessä sairaanhoitajan kesäsijaisuudessa vuodeosastolla, jonka jälkeen pääsin anestesiahoitajan työtehtäviin leikkausosastolle. Opiskeluaikanani Jyväskylässä minulla oli onni päästä päiväksi APS-hoitajan matkaan. Tästä sain tulevaisuuden vision: ”olisinpa joskus yhtä taitava, viisas, potilaan kokonaisuuden ja kivunhoidon huomioiva kipuhoitaja”. Kiitos Virpi Markkanen – olet idoli!

Syksystä 2012 työpaikkani on ollut Tays ja täällä minulle avautui mahdollisuus alkaa perehtyä ja tehdä APS-hoitajan työtä anestesiahoitotyön ohessa. Yhtenäisiä ohjeistuksia ei oikein ollut, APS-toiminta oli jokseenkin lääkärivetoista ja organisaatio oli muutoksessa. Aktiiviselle (akuutin kivun) kipuhoitajalle oli tila ja mahdollisuus alkaa ajatella käytänteitä hoitotyön osalta, osana moniammatillista tiimiä ja avainhenkilöiden myönteisessä ilmapiirissä. Kiitos potentiaalini tunnistamisesta Maija-Liisa Kalliomäki, joka kannusti hakeutumaan Kivun hoitotyön täydennyskoulutukseen 2018 ja lähtemään mukaan SKTYn toimintaan ja akuutin kivun toimikunnan jäseneksi hänen tilalleen. Aki-tmk nosti minut uudelle tasolle yhdistystoiminnassa nimettyään minut puheenjohtajakseen 2023. Erityiskiitos myös Marion Wüstefeld, joka ehdotti minua hallitukseen - tässä sitä nyt ollaan osana upeaa porukkaa, toista vuotta SKTY ry:n hallituksessa, tänä vuonna varapuheenjohtajan nimikkeellä.

Kesällä 2025 työelämä antoi tunnustuksen tekemästäni laaja-alaisesta akuutin kivun hoitoon ja sen kehittämiseen liittyvästä työstä – minusta tuli oman yksikköni ensimmäinen (kivun hoitotyön) asiantuntijahoitaja. Työelämän intohimoina ovatkin juuri

toimintamme kehittäminen, hoitohenkilökunnan kouluttaminen, tuleviin sairaanhoitajiin ja heidän asenteisiinsa kivunhoidossa vaikuttaminen, mutta mitä suurimmassa määrin myös kliininen työ, jossa saan käyttää osaamistani ja toivottavasti näyttää hyvän esimerkin tuoreemmalle kollegalle. Huomaan, että paljon on tekemistä ihan käytännön tasolla leikkauspotilaan kivunhoidon toteutumisessa asianmukaisesti ja että se vielä tulisi dokumentoiduksi. Väitän, että potilasohjaus kivunhoidon tavoitteesta ja keinoista, sekä potilaan yksilöllisyyden huomioiminen hoidossa ja kohtaamisissa ovat ensisijaisen tärkeitä kivunhoidon onnistumisessa! Hauska harrastukseni SKTY:ssä antaa hyvin paljon: upeiden ammattilaisten verkoston, tietoa ja taitoa, inspiraatiota, ja ystäviäkin.

Toivon, että keksisimme uusia väyliä tavoittaa kivunhoidosta kiinnostuneet nuoret ja että he kiinnostuisivat kivunhoidosta. Haluan olla mukana tavoittamassa nuoria kivunhoidon parissa toimivia ammattilaisia, jotka innostuisivat mukaan SKTYn toimintaan. Opiskelijajäsenyys on hieno uusi juttu! Koulutustoimintamme on valtakunnallisesti arvokasta ja Kipuviesti upea. Otahan seurantaan @suomenkivuntutkimusyhdistys Instagramissa!

Jolanda Ehrström



Olen Jolanda Ehrström, fysioterapeutti, ammatillinen opettaja sekä kouluttaja ja tutkija. Toimin ammatinharjoittajana fysioterapeuttina Mehiläisellä Helsingissä tuki- ja liikuntaelinongelmien kuntoutuksen parissa. Minulla on manuaalisen terapian erikoistumiskoulutus (Maitland® Concept) ja olen erikoistunut etenkin alaraajojen ongelmista. Kliinisessä työssä olen tehnyt yhteistyötä vuodesta 2010 lähtien etenkin erikoissairaanhoidon HUS:n Uuden lastensairaalan kanssa (Helsinki) ja nykyään heidän kipukeskuksensa kanssa. Vuodesta 2020 lähtien olen myös toiminut tuntiopettajana fysioterapian tutkinto-ohjelmassa Metropolian ammattikorkeakoulussa. Minulla on ammattiopettajan pätevyys (AmO) ja ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon jälkeen olen keväällä 2024 väitellyt Helsingin yliopiston lääketieteellisestä tiedekunnasta fysioterapeuttien kivunopetukseen liittyvällä väitöskirjalla. Minulla on myös Suomen fysioterapeutit ry:n myöntämä Kipufysioterapian erikoisasiantuntija nimike. Nykypäivänä jaan aikani kliinisen työn, opetustyön (perus-, jatkokoulutus sekä tilauskoulutukset) ja tutkimustyön kesken. SKTY:n hallituksessa ja fysioterapian toimikunnassa olen toiminut loppuvuodesta 2023 alkaen.

Lasten ja nuorten pitkittyneet kiputilat ovat tehneet minuun lähteettömän vaikutuksen ja ovat myös alkuperäinen syy, miksi olen kiinnostunut kipuaiheesta ja kipukokemuksen ymmärtämisestä. Lasten ja nuorten pitkittyneen kivun haasteena on osittain ollut se, ettei ennen vuotta 2020 ole ollut olemassa hoitosuosituksia miten pitkittyneestä kivusta kärsivää nuorta voitaisiin parhaiten auttaa. Puhumattakaan täydennyskoulutuksista, joissa olisi keskitytty nuorten kipukokemukseen ja siihen vaikuttaviin tekijöihin. Tämä asiakasryhmä onkin inspiroinut minut vuosien varrella oppimaan kivun mekanismeista ja fysiologiasta, sekä hankkimaan tietoa kivunhoidosta.

Nuorten kivunhoidon kehittämisen lisäksi minua kiinnostaa fysioterapeuttien ja etenkin fysioterapiaopiskelijoiden kivunopetuksen kehittäminen. Kipuaihe tulisi mielestäni nostaa yhdeksi ydinosaamiseksi fysioterapeuttien ydinosaamisten kuvausten joukkoon. Lisäksi ammattikorkeakoulujen fysioterapian peruskoulutus hyötyisi kansallisista kivunopetussuosituksista. Tutkimusideoita voisikin viedä eteenpäin hyödyntäen laajaa kokemusta ja verkostoa, jota Suomen Kivuntutkimusyhdistyksellä on.

Riikka Holopainen



Olen Riikka Holopainen. Työskentelen osa-aikaisesti Etelä-Savon hyvinvointialueella kuntoutuksen erityisasiantuntijana ja tämän lisäksi teen tutkimusta ja toimin kouluttajana. Toimin myös Evoolve Pain Care Academyssä biopsykososiaaliseen lähestymistapaan liittyvää koulutusta kehittämässä. Yritän myös pitää hieman käsiä savessa käytännön fysioterapia-työssä asiakkaiden parissa, joilla on tuki- ja liikuntaelimistön vaivoja ja pitkäaikaista kipua.

Olen siis ammatiltani fysioterapeutti ja viimeisimmältä koulutukseltani terveystieteiden tohtori. Väittelin 2021 aiheena biopsykososiaalinen lähestymistapa tuki- ja liikuntaelimistön hoidossa. Tämänhetkiset tutkimushankkeeni liittyvät lonkan ja poven artroosin hoitoon, sekä alaselkäkivun pitkittymisen ennaltaehkäisyyn. Ennen väitöskirjatyöskentelyn alkua kävin Suomen Fysioterapeuttien järjestämän kipufysioterapian koulutuskokonaisuuden, jossa nykyään toimin kouluttajana, ja tällä hetkellä suoritan EFIC:in organisoimaa kipufysioterapian eurooppalaista tutkintoa. Hallituksen jäseneksi päädyin Maiju Marttisen kutsumana ja toimin SKTY:ssä myös tutkimustoimikunnassa.

Jukka Huttunen



Työskentelen Kuopion yliopistollisessa sairaalassa (KYS) neurokirurgian osastonylilääkärinä. Olen koulutukseltani neurokirurgian erikoislääkäri ja neurokirurgian dosentti, ja minulla on kivunhoidon erityispätevyys.

Kliininen ja tieteellinen työni on keskittynyt erityisesti vaikean ja kroonisen kivun hoitoon. Erityisiä kiinnostuksenkohteitani ovat neuromodulaatio sekä muut neurokirurgiset kivunhoidon interventiot, joiden tavoitteena on parantaa potilaiden toimintakykyä ja elämänlaatua tilanteissa, joissa konservatiiviset hoitomuodot ovat olleet riittämättömiä.

Suomen Kivuntutkimusyhdistyksen hallitustyössä pidän keskeisenä kivunhoidon tieteellisen tutkimuksen edistämistä sekä tutkimusnäyttöön perustuvien hoitokäytäntöjen kehittämistä. Lisäksi minulle on tärkeää kivunhoidon erityispätevyyskoulutuksen jatkuva kehittäminen ja sen aseman vahvistaminen osana suomalaista moniammatillista kivunhoitoa.

Vesa-Matti Kuittinen
hallituksen koulutusvastaava



Olen fysiatrian erikoislääkäri Tampereelta. Työskentelen osastonlääkärinä ortopedistä ja neurologista osastokuntoutusta tarjoavalla Pirkanmaan hyvinvointialueen Hatanpään kampuskuntoutusosastolla sekä ammatinharjoittajana. Teen myös väitöskirjaa, jonka aiheensa on psykososiaalisen hyvinvoinnin yhteys selkäydinvamman liitännäisongelmiin sekä itsenäiseen toimintakykyyn. Hakeuduin aikoinaan fysiatrian erikoisalalle tavoitteenani tarjota apua pitkittyneestä kivusta kärsiville. Nälkä on niin sanotusti kasvanut syödessä, ja kivun kuntoutuksen edistämisestä Suomessa on muotoutunut intohimoni. SKTY:n toiminnassa olen mukana lääkäritoimikunnassa, kansallisen kivunhoidon järjestämisen työryhmässä, sekä vastikään myös hallituksessa aloittaneena. Oma tavoitteeni on se, että ainakin Suomessa tulevaisuudessa ihmisillä olisi parempi elämänlaatu ja toimintakyky pitkittyneestä kivusta huolimatta.

Anu Portti
taloudenhoitaja



Olen Anu ja toimin kliinisesti erikoistuneen sairaanhoitajan nimikkeellä Lapin keskussairaalan kipupoliklinikalla. Potilailleni olen kuitenkin ”kipuhoitaja”. Työskentelin aikaisemmin kirurgisella osastolla sairaanhoitajana, josta ajauduin APS-hoitajaksi reilu 10 vuotta sitten. Nykyisin työnkuvaani kuuluu pitkään jatkunut kipu, akuutti- ja syöpäkipu sekä Lapin alueen stimulaattoripotilaiden säädöt, kontrollit yms. Nautin suuresti työstäni osana moniammatillista tiimiä huippukollegan kanssa.

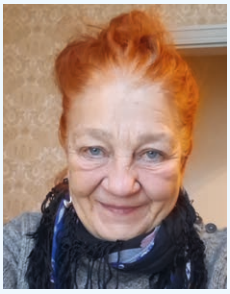
Olen koulutukseltani sairaanhoitaja ja minulla on myös kivunhoidon erityispätevyys. Lisäksi valmistuin ylemmästä ammattikorkeakoulusta vastikään hyvinvoinnin asiantuntijaksi. Seuraavaksi työn alla on ammatillinen opettajankoulutus.

Yhdistystoiminnassa olen varsin uusi tulokas. Olen ollut hoitotyöntoimikunnassa sihteerinä reilun kolme vuotta ja hallituksessa Maiju Marttisen kutsumana toista vuotta. Ajauduin samalla myös taloudenhoitajaksi, lähinnä koska tähän ei muita halukkaita löytynyt enkä osaa sanoa ei.

Kivunhoidossa pidän kulmakivenä moniammatillisuutta ja halua puhua sairaanhoitajien ja erityisesti kipu- ja APS-hoitajien osaamisen tunnistamisen ja tunnustamisen puolesta. Koen, että erityisosaamisen arvostaminen ja esilletuominen ovat sairaanhoitajien kohdalla vielä lapsenkengissä. Myös sairaanhoitajien urakehitysmallien käytäntöön tuominen vaatii paljon työtä ja puolesta puhumista.

Täällä pohjoisessa koen tärkeäksi myös laadukkaan kivunhoidon varmistamisen kaikille etäisyyksistä ja asuinpaikoista riippumatta. Aihe on taas erittäin ajankohtainen palveluverkkouudistuksen ja toimipaikkojen jatkuvan alasajon myötä.

Anita Saariaho
yhdistyksen sihteeri



Tiede ja biologia ja erityisesti lääketiede ja ihmisen olemisen kokonaisuus ovat olleet vuosikymmeniä työni ja vapaa-ajan kohteina. Rantauduin Pohjois-Suomeen vaellusvuosieni jälkeen anestesialääkäriksi ja eipä aikaakaan ku(i)n (kauhis...) olin parantamassa kaiken karvaista kipua puuduttamalla blokeilla ja tuhteilla lääkkeillä ja muilla aneläkärin konsteilla. Mutta kipu ei parantunutkaan. Onneksi kipututkimus laajeni, otti uusia suuntia ja kivun biopsykososiaalinen malli antoi ymmärrystä moninaisille tekijöille, jotka altistavat pitkäaikaiselle kivulle ja pitävät sitä yllä. Samaan aikaan kivun hallinnan periaatteet laajenivat piikki/puukko/lääke- kattauksesta. ”Parantumaton” kipu haastoi hankkimaan lisää tietoa, opiskelin kognitiiviseksi terapeutiksi ja tutkin lapsuustrauman ja aleksitymian vaikutusta pitkäaikaiseen kipuun ja liityin – tietysti – Suomen Kivuntutkimusyhdistykseen.

Nyt olen toiminut yhdistyksen hallituksessa ja kolmas vuosi sihteerinä alkanut. Pidän tärkeänä kivunhoidon koulutuksen parantamista kaikille ammattilaisille niin perustasolla kuin jatko-opinnoissa sekä tutkimustulosten parempaa jalkautumista käytännön työhön. Tarvitaan myös yhteiskunnallista vaikuttamista tasa-arvon saavuttamiseksi kivunhoidossa, mikä edellyttää resursseja koulutukseen ja saatavuuteen kaikilla terveydenhuollon tasoilla.

Ulla Salo



Olen Ulla Salo ja työskentelen toimintaterapeuttina Lasten ja nuorten terapia-asema Sateenkaaressa Turussa. Terapia-asemaa ylläpitää Terapiayhdistys Sateenkaari ry., jonka puheenjohtajana olen toiminut jo yli kymmenen vuoden ajan. Aikaisemmalta ammatiltani olen nuoriso-ohjaaja. Lasten ja nuorten toimintaterapiassa olen erikoistunut NDT-Bobath- lähestymistapaan ja sensorisen integraation terapiaan. Asiakkaat, jotka tulevat terapiaan pitkittyneen kivun vuoksi mm. kipupolin tai psykiatrian lähetteillä ovat konkretisoineet työssäni moniammatillisuuden merkityksen, hyvä verkosto takaa laadukkaan kuntoutuksen lapselle ja hänen perheelleen. Työssäni olen toteuttanut myös asiakkaiden vanhemmille ja isovanhemmille suunnattuja taideryhmiä. Olen opiskellut ekspressiivistä taideterapiaa Inartes Instituutissa ja ilmaisuterapian lähestymistavat ovat asettuneet osaksi ”minua”. Mielikuvitus on moniaistinen ja me kaikki ihmiset tarvitsemme leikkiä ja luovuutta löytääksemme joustavuutta ajatteluun ja uteliaisuutta tutkia ja löytää uusia tapoja ajatella ja toimia. Merkityksellisen toiminnan ei aina tarvitse olla suorittamista ja päämäärätietoista, vaan kokeileminen, eri vaihtoehdoilla leikittely ja itse tekemisestä kumpuava ilo on tärkeää tunnistaa. Muutama vuosi sitten ilahduin valtavasti kuullessani, että SKTY oli perustanut taideterapioiden toimikunnan, johon minut otettiin lämpimästi vastaan. Toimikunnassa olen nykyään sihteerinä ja nyt aloitin hallituksessa. Odotan mielenkiinnolla verkostoitumista ja moniammatillisia koulutustapahtumia.

Tieto muuttaa hoitoa – juhlasymposium

15.–17.4.2026

Helsingin yliopisto, Fabianinkatu 33, 00100 Helsinki





Keskiviikko 15.4.2026, Tutkijoiden verkostopäivä
pj Maiju Marttinen

9.00 – 10.00	Ilmoittautuminen ja aamukahvi
10.00 – 10.15	Avaussanat, apulaisprofessori Vesa Kontinen, HUS, Helsingin yliopisto
10.15 – 11.00	Tutkijan urapolku ja tutkimusryhmän perustaminen, Tuomas Lilius, apulaisprofessori, HUS, Helsingin yliopisto
11.00 – 11.10	Jaloittelutauko
11.10 – 11.30	Tutkijan presentaatio 1 ja keskustelua
11.30 – 11.50	Tutkijan presentaatio 2 ja keskustelua
11.50 – 13.00	Lounas
13.00 – 13.30	EFIC Rising Star Programme -esittely
13.30 – 13.50	Tutkijan presentaatio 3 ja keskustelua
13.50 – 14.10	Tutkijan presentaatio 4 ja keskustelua
14.10 – 14.40	Kahvitauko
14.40 – 15.00	Tutkijan presentaatio 5 ja keskustelua
15.00 – 15.45	Kivun perustutkimuksen hyödyntäminen kivun kliinisessä tutkimuksessa ja hoidossa nyt ja tulevaisuudessa, Henna-Kaisa Jyrkkänen, LT, neurokirurgi, KYS
15.45 – 16.00	Päätössanat

Torstai 16.4.2026

8.00 – 8.30	Ilmoittautuminen ja aamukahvi
8.30 – 8.40	Koulutuspäivien avaus, Anette Lemström
SESSIO I	Kivuntutkimuksen vuodet, pj Tarja Heiskanen
08.40 – 09.15	Kivun immunologiset mekanismit, Aki Hietaharju, dosentti, neurologi, TAYS
09.15 – 9.50	Unen merkitys kivun kokemisessa, Teemu Miettinen, PsT, HUS
9.50 – 10.25	Tunteet ja kipu, Lauri Nummenmaa, professori, PET-keskus, Turku
10.25 – 11.00	Keho tuntee, mutta mieli ei – somatisaatio ja vuorovaikutus, Titta Ruuttu, psykologi, Mehiläinen Oy
11.00 – 12.00	Lounas ja näyttelyyn tutustuminen
SESSIO II	Uutta kivun hoidossa, pj Juhani Ojala
12.00 – 12.25	Unikosta suzetrigiiniin – vaihtoehtoja opioideille akuutin kivun hoidossa, Vesa Kontinen, apulais-professori, HUS, Helsingin yliopisto
12.25 – 13.15	Puudutukset akuutin kivun hoidossa: Michael Azbel, anestesiologi, HUS ja Niklas Mattila, anestesiologi, HUS
13.15 – 13.50	The Possibilities of Music Therapy in Pain Management, prof Joke Bradt, PhD, Board Certified Music Therapist, Drexel University



13.50 – 14.15	Kahvi ja näyttelyyn tutustuminen
14.15 – 16.00	Tulevaisuuden kivunhoito: alustukset ja paneelikeskustelu, pj Vesa Kontinen Panelistit: Katri Hamunen, dosentti, anestesiologi, HUS Maiju Marttinen, LT, terveydenhuollon erikoislääkäri, Keusote Minna Ståhl, LT, fysiatri, HUS Kutsutut yhteiskunnalliset vaikuttajat
16.00	Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry:n vuosikokous
19.00	Iltajuhla, Ravintola Sipuli

Perjantai 17.4.2026

08.00 – 08.40	Ilmoittautuminen ja aamukahvi
08.40 – 08.45	Koulutuspäivän avaus
SESSIO III	Kipu eri elämänvaiheissa, pj Maiju Marttinen
08.45 – 09.30	Vanhempien johdolla kohti parempaa keskosten kivunhoitoa, Anna Axelin, professori, Turun yliopisto
09.30 – 10.00	Perheen rooli lapsen pitkittyneen kivun hoidossa, Hanna Vuorimaa, PsT, HUS
10.00 – 10.30	Endometrioosiin liittyvä kipu ja elämänlaatu, Saara Pasternack, psykologi, HUS
10.30 – 11.00	Kahvi ja näyttelyyn tutustuminen
11.00 – 12.00	Liike vai lääke – Pitkittynyt kipu ja toimintakyky, Heini Liimatta, LT, yleislääketieteen erikoislääkäri, Keusote ja Riikka Holopainen, TtT, fysioterapeutti, Eloisa
12.00 – 13.00	Lounas ja näyttelyyn tutustuminen
SESSIO IV	Eteenpäin kivunhoidossa, pj Elina Tiippana
13.00 – 13.35	Tieto kivusta talteen: Digihoitopolkujen rooli, Saila Strand, palvelusuunnittelija, HUS
13.35 – 14.10	Tekoäly kivunhoidossa, esimerkkinä pitkittyneen selkäkivun riskitekijöiden tunnistaminen, Linda Nieminen, LT, fysiatri, Pirha
14.10 – 14.25	Kahvi ja näyttelyyn tutustuminen
14.25 – 14.40	Kipu, Käypä hoito -suositus, Pekka Mäntyselkä, professori, Itä-Suomen yliopisto
14.40 – 15.10	Moniammatillinen kivunhoito ennen ja nyt, Ann-Sofi Storbacka, sairaanhoitaja ja Eveliina Ryynänen, sairaanhoitaja, HUS
15.10 – 16.10	Syövästä toipuneiden psyykkiset oireet ja kipu, Elina Kiehelä, psykologi, Helsingin kaupunki, Mehiläinen Oy ja Tarja Heiskanen, kivunhoitolääketieteen dosentti, HUS
16.10 – 16.15	Symposiumin päätössanat

Koulutustilaisuus on torstain 16.4. ja perjantain 17.4. osalta hybridikoulutus, osallistumismaksu on osallistumistavasta riippumatta sama. Etänä osallistuville lähetetään sähköpostiin osallistumislinkki noin viikko ennen tapahtumaa.
Koulutukselle anotaan pisteet erikoislääkärikoulutukseen sekä kivun hoidon erityispätevyyteen. Koulutustilaisuudessa ei jaeta luentomonisteita. Luentolyhennelmät julkaistaan luennoitsijan luvalla koulutuspäivien jälkeen SKTY:n kotisivujen jäsenosiossa.

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

Tulevia tapahtumia

IASP 2026 World Congress on Pain
26.10.–30.10.2026
Bangok, Thaimaa
(https://www.iasp-pain.org/upcoming-events/list/)

SASP Conference 2026
50 years of Pain Science Networking in the Nordic Countries
20.5.–22.5.2026
Bergen, Norja

EFIC 2027
(https://europeanpainfederation.eu/events/month/

HUS Aivokeskus
27.5.2026
Riippuvuuspsykiatria ja Kipupoliklinikka
Pitkäkestoinen kipu ja lääkeopioidiriippuvuus

Hybridikoulutus
Ilmoittautuminen 10.5.2026 mennessä:
https://www.hus.fi/tapahtumat/pitkakestoinen-kipu-ja-laake-opioidiriippuvuus

HUS Kipuklinikan seminaarit kevät 2026

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

Tammikuu 28.1.26 klo 14-16: Harvinaisia kipusairauksia
• 14.00-14.30 Suunpolteoireyhtymä
• 14.30-15.00 Syringomyelia
• 14.30-15.00 Erythromelalgia
• 15.00-15.30 ACNES

Helmikuu 25.2.26 klo 14-16: Syöpäkipu
• 14.00-14.40 Kannattaako vaihtaa tai kierrättää opioidia?
• 14.40-15.20 Opioidien konversiosuhteet ja mitä pitää huomioida?
• 15.20-16.00 Ketamiini ja deksmedetomidiini vaikean syöpäkivun hoidossa

Maaliskuu 18.3.26 klo 13-16: Fibromyalgia update (Teams)
• 13.00-13.40 Fibromyalgian mekanismit ja oirekuva
• 13.40-14.10 Potilaiden kokemukset fibromyalgian diagnostiikasta ja hoidosta
• 14.10-14.40 Fibromyalgian Käypä hoito
• 14.40-15.10 Fibromyalgiapotilas fysioterapeutin vastaanotolla
• 15.10-15.40 Potilaan omahoidon vahvistaminen
• 15.40- 16.00 Kysymyksiä ja keskustelua

Toukokuu 13.5.26 klo 14-16: Akuutti kipu: läkkään potilaan leikkauksen jälkeisen kivun hoito
• 14.00-14.20 Ikääntymisen vaikutus kivun kokemiseen
• 14.20-14.40 läkkään potilaan akuutin kivun ja kivun hoidon arvioinnin erityispiirteet
• 14.40 – 15.25 läkäs potilas ja
  – NSAIDS ja parasetamoli
  – opioidit
  – gabapentinoidit
• 15.25 – 15.55 Lääkkeettömät menetelmät iäkkään potilaan leikkauksen jälkeisen kivun hoidossa
  – fysioterapeutti
  – sairaanhoitaja
• 15.55- 16.00 Yhteenveto ja keskustelu

SKTY:n Lääkäritoimikunta järjestää 1.10.2026 ja 8.10.2026 kaikille ammattilaisille avoimen kaksiosaisen webinaarisarjan kivunhoidosta.

Webinaarit ovat maksuttomia, ja niihin voi osallistua myös SKTY:n ulkopuoliset ammattilaiset.

Alustavana ohjelmana:

1.10.2026 Nosiplastinen kipu (Markku Mali, reumatologi, Turku), The sociopsychobiological model in pain treatment (Kevin Feaviour, psykologi, Cornwall)

8.10.2026 Minäpystyvyyden tukeminen (Vesa-Matti Kuittinen, fysiatri, Tampere) / Psykofyysinen fysioterapia kivunhoidossa (luennoitsija ilmoitetaan myöhemmin)

Laitathan jo alustavasti kalenteriisi ylös nämä päivät! Webinaarit sijoittuvat työpäivän jälkeen alkuiltaan ja niiden arviotu kesto noin 1,5h/kerta.

SAVE THE DATE

MONIAMMATILLINEN NÄKÖKULMA
KIVUNHOITOON KESKOSISTA TEINEIHIN –
OSA 2

KOULUIKÄISEN JA NUOREN HAASTEELLISET KIVUT MONIAMMATILLISESTA NÄKÖKULMASTA

11.9.2026

WEBINAARIN OHJELMA JA ILMOITTAUTUMISLINKKI
JULKAISTAAN OSOITTEESSA **SKTY.ORG** KEVÄÄN AIKANA.

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

LASTEN JA NUORTEN SEKÄ TAIDETERAPIOIDEN TOIMIKUNNAT



Neuromodulaatiotoimikunnan webinaarisarja

SKTYn neuromodulaatiotoimikunta järjestää maksuttomia webinaareja kivun laitehoitoihin liittyen neljä kertaa vuodessa. Tervetuloa mukaan moduloiviin keskusteluihin!

Tulevat webinaarit:

5/2026 Selkäydinstimulaation komplikaatiot

9/2026 Sakraalistimulaatio

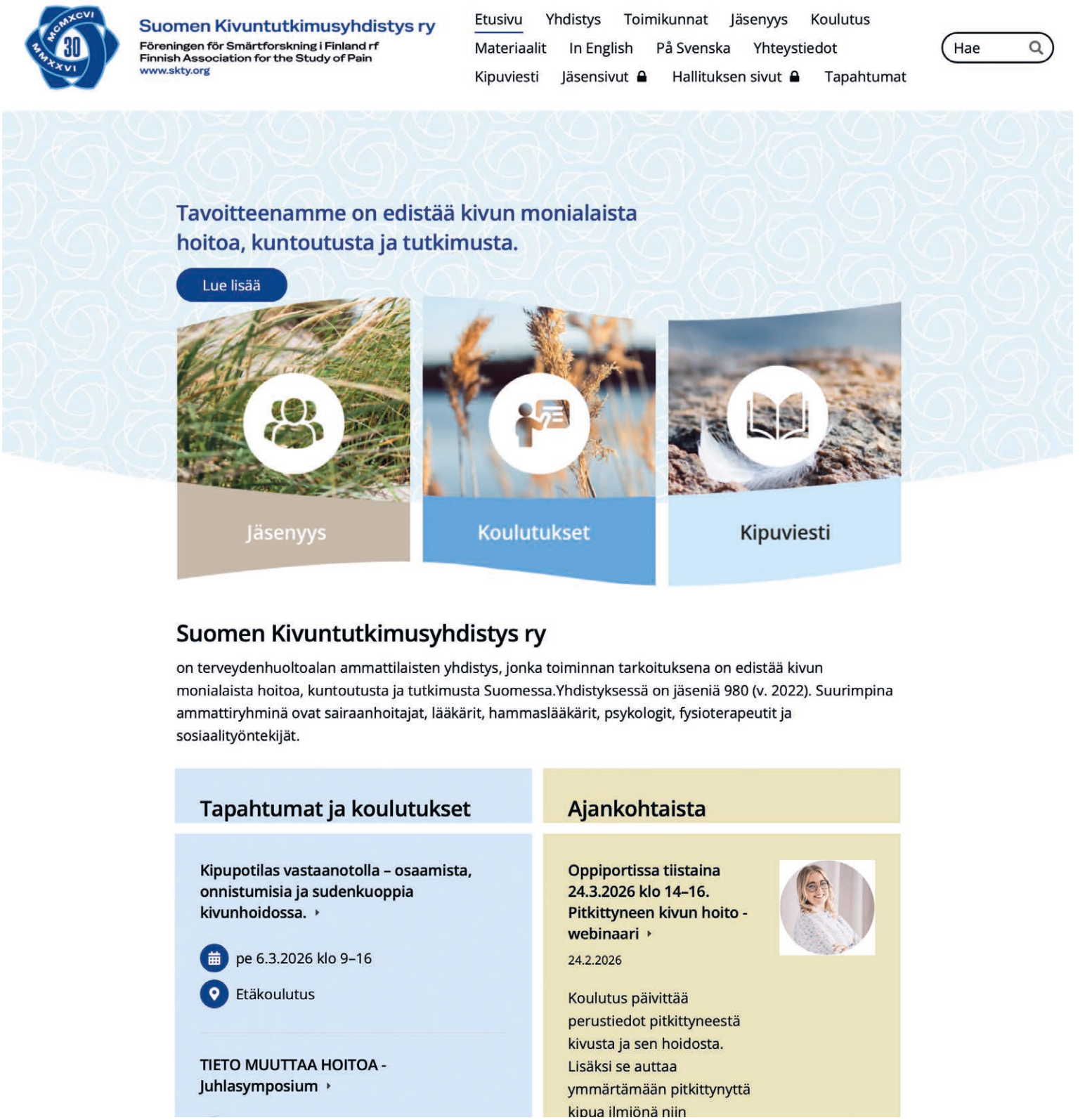
11/2026 Takaraivohermon stimulaatiohoito

Kutsulinkkiä varten yhteys sähköpostitse Henna-kaisa.jyrkkanen@pshyvinvointialue.fi toimikunnan pj.

Voit jakaa tämän linkin (toimii sähköisessä lehdessä osoitteessa: skty.org/kipuviesti) kollegallesi liittääkseni hänet webinaarikutsulistalle.

Oletko tutustunut jäsensivuihin?

www.skty.org

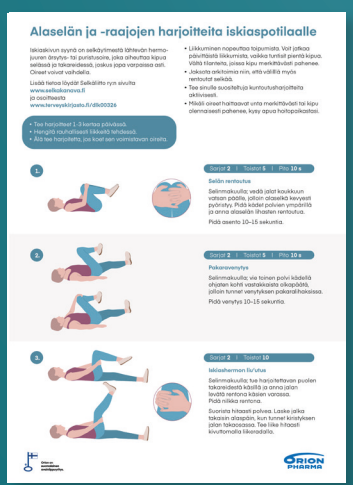


Kivun hyvä hoito on mahdollista

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

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

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







Orion Pharma 2/2026

Orion on suomalainen avainlippuyritys.