

SUOMEN KIVUNTUTKIMUSYHDISTYS RY:N JÄSENLEHTI

Kipuviesti

Nro 2/2023

Integratiivinen kivunhoito

Breathworks-mindfulness

Taideterapiat täydentävät kivun lääkkeetöntä hoitoa

Musiikin mahdollisuudet kivun hoidossa



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 1000 (v. 2022). Suurimpina ammattiryhminä ovat sairaanhoitajat, lääkärit, hammaslääkärit, psykologit, fysioterapeutit ja sosiaalityöntekijät.

HENKILÖJÄSENYYS

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

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

JÄSENEDET

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

KANNATAJAJÄSENYYS

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 yhteys henkilön nimi ja osoitetiedot jäsenpostin toimittamista varten.

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

5 Päätoimittajan palsta

Integratiivinen kivunhoito

6 **Tuula Korhonen** Breathworks-mindfulness kivunhallintaryhmät

12 **Riikka Vuoristo** Rentoutuminen lääkkeettömän kivunhoidon menetelmänä

14 **Essi Grén et al.** Taideterapiat täydentävät kivun lääkkeetöntä hoitoa

12 **Riikka Vuoristo** Rentoutuminen lääkkeettömän kivunhoidon menetelmänä

18 **Seppo Soinila** Musiikin mahdollisuudet kivun hoidossa

Digitaaliset palvelut

23 **Annikka Kallio** Digipolku tehostaa leikkauksen jälkeisen pitkittyneen kivun hoitoa

Tutkimusraportteja

25 **Jenni Hämäläinen** Akuutin kivun arviointiin ja hoitoon tarvitaan säännöllistä koulutusta

28 **Maija Paukkunen** Yksilöllisen riskiprofilin mukainen selkävivun hoitomalli työterveyshuollossa – implementaatiotutkimus

23 **Annikka Kallio** Digipolku tehostaa leikkauksen jälkeisen pitkittyneen kivun hoitoa

In memoriam

34 **Eija Kalso** Noran muistolle

Apuraharaportti

37 **Taru Virtanen** S-ketamiinin vaste selän luudutusleikkauspotilailla

Matkaraportteja

40 **Jani Takatalo** SpineWeek kansainvälisen alaselkätutkimusseuran (ISSLS) kautta

42 **Niklas Särkilahti** Terveiset Persianlahden rannalta

Kirja-arvostelu

44 **Jenny Paananen** Muistoja kohti katsomisesta

Tutkittua

48 **Nipistyksiä: Anneli Vainio** Hajoavan maailman käyttöohjeita

Suomen Kivuntutkimusyhdistyksen sivut

51 **Varapuheenjohtajan terveiset** Ann-Sofi Storbacka

52 **Reetta Keränen, Essi Grén, Hanna Hakomäki, Maj-Kristine Lindgren, Hanna Pohjola, Hanna Vuorimaa, Tanja Pihlaja, Ulla Salo** Taideterapioiden toimikunnan esittely

56 **Noora Virta-Nieminen** Jenny Paananen Suomen Kivuntutkimusyhdistyksen vuosikokouskoulutus 20.–21.4. Tampereella

59 **Koulutusta**



Kipuviesti

2/2023

26. vuosikerta

Julkaisija

Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry

www.skty.org

ISSN 1796-3141

Päätoimittaja

Riitta Rosio

kipuviesti@skty.org

Toimituskunta

Teresa Autio, terasa.autio@gmail.com

Arja Hiller, arja.hiller@fimnet.fi

Tuula Korhonen, tuula.korhonen@pohde.fi

Riitta Rosio, riitta.rosio@utu.fi

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

Kipuviesti-lehden tilaus: TietoAkseli Group Oy

PL 1234, 20101 Turku tai reskontrat@tutke.fi

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

Vuosikerran hinta on 50 €.

Osoiterekisteri

TietoAkseli Group Oy

PL 1234, 20101 Turku

puh. 010 347 2800

reskontrat@tutke.fi

Kannen valokuva: iStockphoto

Graafinen suunnittelu

Eero Antturi

Kirjapaino GRANO, Vaasa
2023

Ilmoitushinnasto vuodelle 2023

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

Ilmoitushankkija: Tuula Korhonen

tuula.korhonen@pohde.fi

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

Lehden painos on 1500 kpl.

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

Ilmoitusaineisto toimitetaan osoitteella: Antturi Design Oy,

sähköposti: antturi@antturidesign.com

viestikenttään: Kipuviesti / ilmoitusaineisto

Kopio ilmoituksesta: Tuula Korhonen

(sähköposti: tuula.korhonen@pohde.fi)

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

Ilmoitushinnat

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

Integratiivinen kivunhoito – Jotain uutta, jotain vanhaa, jotain lainattua



Riitta Rosio
päätoimittaja

Tämän lehden teemana on Kansainvälinen Kivuntutkimusyhdistyksen IASP:n vuoden teema, integratiivinen kivunhoito. Vaikka käsite voi olla uusi, se sisältää paljon tuttua ja jo käytössä olevaa. Se perustuu ajatukseen, että kivun psykososiaalinen luonne huomioiden yksittäinen hoitotoimenpide on todennäköisesti harvoin riittävä lievittämään erityisesti pitkäaikaista kipua tai sen liitännäisoireita, kuten unihäiriöitä, pelkoa, ahdistusta, masennusta sekä sosiaalista, kognitiivista ja fyysistä toimintakyvyn laskua. Myös hoitokeinoja tulee kohdistaa eri vaikutuskanavien kautta, parhaassa tapauksessa useiden kanavien, jolloin voidaan odottaa parasta hoitotulosta. Integratiivisessa kivunhoidossa interventiot voivat olla samanaikaisia tai peräkkäisiä mekanismeista ja tavoitteista riippuen.

Integratiivinen kivunhoito käsittelee yleisesti kahden tai useamman kivunhoidon strategian yhdistelmää. Sille on ominaista monitieteellisyys, yhteistyö, konsultointi ja koordinoitu toiminta kivunhoidossa. IASP määrittelee integratiivisen kivunhoidon aikakoordinoituna, kivun mekanismeihin perustuvana, yksilöllisenä ja näyttöön perustuvana useiden kivunhoitomenetelmien integroimisena. Tämä tarkoittaa, että hoidon tulisi perustua syvälliseen käsitykseen kivun mekanismeista ja se tulisi ajoittaa huolellisesti, jotta potilaan yksilöllisiin tarpeisiin vastataan tehokkaasti.

Erilaiset lääkkeettömät, ohjatusti tai omahoitona toteutetut kivunhoitokeinot ovat keskeisessä asemassa integratiivisessa kivunhoidossa. Haasteena on kuitenkin se, että näyttö on vielä puutteellista useiden lääkkeettömien kivunhoitokeinojen kohdalla. Tässä lehdessä tarkastellaan useiden lääkkeettömien kivunhoitokeinojen, kuten musiikin, taideterapioiden ja mindfulnessin mahdollisuuksista kivunhoidossa. Aiheeseen liittyen Tutkittua-palstalla kannattaa käydä katsomassa, mitä tutkimuksia on tehty ääneen lukemisesta kivunhoidossa. ■

Hei Suomen Kivuntutkimusyhdistyksen jäsen, haluaisitko olla mukana Kipuviestin tekemisessä? Onko sinulla hyviä verkostoja tai intoa luoda uusia? Haluatko pysyä kärryillä ajankohtaisesta kipututkimuksesta ja kivunhoidon käytänteistä? Tai onko sinulla ideoita lehden uudistamiseen? Pidätkö suomen kielestä ja kirjoittamisesta? Nyt sinulla on mahdollisuus tulla mukaan Kipuviestin toimituskuntaan käyttämään kaikkea potentiaalia ja työskentelemään hyvässä hengessä, iloisessa seurassa. Kipuviestin toimituskunta kokoontuu n. 8 kertaa vuodessa (pääasiassa etänä) suunnittelemaan ja toteuttamaan lehteä yhdessä. Olisi hienoa saada sinusta vahvistusta hyvään porukkaamme. Otathan yhteyttä kipuviesti@skty.org ja keskustellaan lisää!

Breathworks-mindfulness kivunhallintaryhmät



Tuula Korhonen

ylilääkäri, Raahen kipupoliklinikka, Pohde kuntoutuspalvelut
anestesia erikoislääkäri, kivun hoidon erityispätevyys
Breathworks-, MBSR- ja CMR (compassionate mindful resilience)-ohjaaja

Pitkäkestoisen kivun hoito perustuu biopsykososiaaliseen malliin. Käypä hoito -suositus painottaa lääkkeettömiä kivunhallintakeinoja (1). Kiireisessä vastaanottotyössä perusterveydenhuollossa lääkärillä ei ole aina aikaa perehdyttää ja motivoida potilasta oppimaan uusia kivunhallinnan taitoja. Kivun hoito keskittyy herkästi lääkehoitoon, jonka vaste on rajallinen ja vain pieni osa kivun hoidon kokonaisuutta. Kivun hoidon monialaisuus ei toteudu kaikkialla rajallisten resurssien vuoksi.

Kivunhallintaryhmät ovat kustannustehokas tapa oppia uusia kivunhallinnan keinoja. Vertaistuki on tärkeä voimavara. Lähes kaikilla Suomen kipupoliklinikoilla toteutetaan kivunhallintaryhmiä. Tulokulmana voi olla esimerkiksi tietoa antava keskusteluryhmä, sovellettu rentoutus, psykofyysinen fysioterapia, Brattbergin malli, kognitiivinen psykoterapia tai mindfulness. Suomen kipupoliklinikoiden ryhmistä on kerrottu Kipuviesteissä Kiertomatka kipupoliklinikoilla -sarjassa. Pääsääntöisesti ryhmät toteutuvat läsnäoloryhmänä. Viime aikoina on saatu hyviä kokemuksia myös etänä tapahtuvista kivunhallintaryhmistä.

Englannissa British Pain Society on laatinut vuonna 2013 aikuisten kivunhallintaohjelmien ohjeet, jotka ovat näyttöön perustuvia (2). Kivunhallintaryhmien vaikuttavuuden mittaaminen on tärkeää työn laadun seuraamiseksi.

Breathworks-kivunhallintaohjelma

Mindfulness tarkoittaa tietoisista hyväksyvää läsnäoloa tässä hetkessä. Mindfulness-menetelmässä opitaan kehotietoisuutta, tutustutaan automaattisiin ajatus- ja toimintamalleihin ja tutkitaan omaa suhdetta kipuun ja kärsimykseen. Meditaatio- ja myötätuntoharjoitteiden avulla opetellaan uusia taitoja ja lähestymistapoja,

kuinka elää täyttää elämää kivun kanssa.

Mindfulness-menetelmää on sovellettu pitkäkestoisesta masennuksesta ja kivusta kärsivien oirehallinnassa Dr Jon Kabatt-Zinnin aloittamana jo vuodesta 1979. Hän kehitti 8 viikkoisen *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR) -kurssin joka on levinnyt ympäri maailmaa osaksi kivun ja masennuksen hoitoa ja menetelmästä on paljon tutkimusnäyttöä (3).

2000-luvun alussa neuropaattisesta kivusta kärsivä englantilainen Vidyamala Burch kehitti MBSR:n pohjalta *Mindfulness based pain management* (MBPM) ohjelman, jossa opetellaan fyysisten hankalien oireiden kohtaamista ja myötätuntoa. Vidyamala on yksi Breathworksin perustajajäsen. Breathworks on voittoa tavoittelematon organisaatio, joka kouluttaa Breathworks-ohjaajia. Menetelmä on levinnyt kaikkiin maanosiin ja MBSR:n tavoin osoitautunut tehokkaaksi ja kustannustehokkaaksi lääkkeettömäksi kivunhallintakeinoksi (4).

Kokemuksia Breathworks kivunhallintaryhmistä Raahen kipupoliklinikalla

Ryhmän valmistelu

Ryhmään kerätään osallistujia pitkin vuotta kipupoliklinikan asiakkaita. Ryhmään voi



Reproduced from 'Living Well with Pain and Illness – the mindful way to free yourself from suffering' by Vidyamala Burch pub Piatkus, Nov 08

myös lähettää suoraan, jos lähettävä lääkäri tai psykologi on arvioinut potilaan soveltuvuuden ryhmään. Kontraindikaationa on vaikea lääkeriippuvuus tai vaikea psyykkinen sairaus. Edellytyksenä on kyky ja halu toimia ryhmässä. Etäryhmäläisiltä edellytetään kohtalaista

tietokoneen käytön osaamista. Kipupoliklinikan hoitaja soittaa ryhmästä kiinnostuneille varmistaen, että ryhmä on oikea-aikainen. Jos ryhmäläinen tietää poissaoloja tulevan yli 2/8 kuntoutuksen, leikkauksen tai muun syyn vuoksi, ryhmään osallistumista kannattaa siirtää. Ryhmäläiseltä varmistetaan motivaatio ja sitoutuminen tehdä töitä oman kivunhallinnan parantamiseksi.

Ryhmään otetaan 8–12 osallistujaa. Kokeuksia on jopa 16 hengen ryhmästä, mutta se osoittautui haastavaksi toteuttaa.

Ryhmän alkua edeltää ensitietopäivä, jossa on luennot pitkäkestoisen kivun synnystä ja hoidosta. Kivun lääkehoito käydään perusteellisesti läpi, koska tähän teemaan ei ryhmässä enää palata. Kipupsykologi pitää luennon kivunhallinnasta. Tärkeimpänä on kivunhallintaryhmän käyneen vertaisen puheenvuoro. Oma-kohtaisessa kokemuksessa ilmenee muutos, joka tapahtuu suhteessa omaan kipukärsimykseen. Ryhmän kokenut kertoo parhaiten, miten ryhmässä kannattaa olla ja miksi kannattaa panostaa ryhmäprosessiin. Tähän puheenvuoroon ryhmäläiset usein palaavat jälkeenpäin.

Ryhmän toteutus

Raahan kipupoliklinikalla on toteutettu Breathworks-kivunhallintaryhmiä vuodesta 2015 alkaen 25 kertaa. Näistä kolme on toteutettu etänä Teams-yhteydellä. Ryhmän vetäjänä on toiminut Breathworks-ohjaajakoulutuksen käynyt kipulääkäri Tuula Korhonen. Alkuaikoina työparina oli toimintaterapeutti ja nykyään kipuhoitaja. Kipulääkäri vetää etäryhmät yksin. Kipuhoitaja ja osastonsihtööri huolehtivat kipuryhmien koordinoinnista, kuten materiaalien lähettämisestä, kipukyselyistä ja yhteydenpidosta ryhmän aikana.

Ryhmän teoria on Mindfulness ja terveys-kirjassa. Joka kerralle on oma teemansa ja sii-



Tyynydemonstraatio: Ensisijainen kärsimys (vasen) ja toissijainen kärsimys (oikea).

hen liittyvät kotiharjoitteet. Olemme itse tehneet työkirjan ja meditaationauhoitteet.

Ryhmän kulku ("kursiivilla ryhmäläisten palautteita teemaan liittyen")

Viikko 1: "Hengitysmeditaatio ja kehomeditaatio, niiden avulla rauhoittuu"

Aloitamme tutustumalla mindfulness-menetelmään ja luonnollisen hengityksen merkitykseen kivun ja stressin hallinnassa. Opimme erottamaan ensisijaisen kärsimyksen (kipuaistimus fyysisenä kokemuksena) ja toissijaisen kärsimyksen (kivun seuraukset kehossa ja mielessä, kuten hengityksen pidättäminen, jännittyminen, katastrofointi, ahdistus, masennus, unettomuus). Mindfulness auttaa kohtaamaan ensisijaista kärsimystä myötätunnolla ja auttaa tiedostamaan toissijaista kärsimystä, johon voimme itse vaikuttaa askel askeleelta (kuva1). Kotiharjoitteena on kehomeditaatio.

Viikko 2: "Älä anna ajatusten viedä elämää, elä sitä"

Opimme katsomaan ajatuksia ja tunteita hieman etäämpää. Opimme tunnistamaan au-

tomaattisen tavan ajatella ja toimia. Voimme muuttaa haitallisia toimintamalleja ottamalla aikaisän ärsykkeen ja toiminnan välille. Opimme olemista olemisen tilassa eli havainnoimme tätä hetkeä perusaisteillamme ilman arvostelua ja mielen tuottamaa tarinaa siitä, mitä minulle tapahtuu ja mitä tästä seuraa. Olemme tässä hetkessä ja tässä hengityksessä hengitysmeditaation avulla.

Viikko 3: "Olen oppinut pysähtymään, koska sain luvan"

Harjoittelemme tietoista liikettä eli hengityksen ohjaamaa liikettä. Liike seuraa hengitystä ja hengitys liikettä, mikä parantaa kehotietoisuutta. Käymme läpi yli- ja aliaktiivisuuden kehän. Tiedostamme tekemisen ja kivun yhteyden pitämällä tekemisen päiväkirjaa tulevina viikkoina. Päiväkirja avulla huomaamme, mikä/minkä kestoinen tekeminen kipeyttää. Alamme jaksoittaa tekemistä tai tekemään asioita uudella tavalla ja ehkä opimme luopumaan turhasta tekemisestä, vaikkapa liiallisesta siivoamisesta (kestopuheenaihe).

Viikko 4: ”Uskallan mennä kipua kohti, en mene rikki”

Teemana on kipukärsimyksen myötätuntoinen kohtaaminen. Ensimmäisellä viikolla opimme, että kipuaistimus on ensisijainen kärsimys ja toissijainen kärsimys syntyy kehon ja mielen reaktiosta kipuun. Toissijainen kärsimys syntyy kivun vastustamisesta, joka on välillä kivun estämistä ja välillä kivun valtaan joutumista

ta voimavaroista riippuen. Nyt harjoitteleminen, kuinka olla kivun kanssa kohtaamalla epämiellyttävää aistimusta samalla tavoin kuin lohdutaisin pientä lasta, joka on loukannut itseään, lempeydellä ja ystävällisyydellä. Opettelemme myötätuntoisen hyväksymisen meditaation.

Viikko 5: ”Positiivisuuden palautuminen”

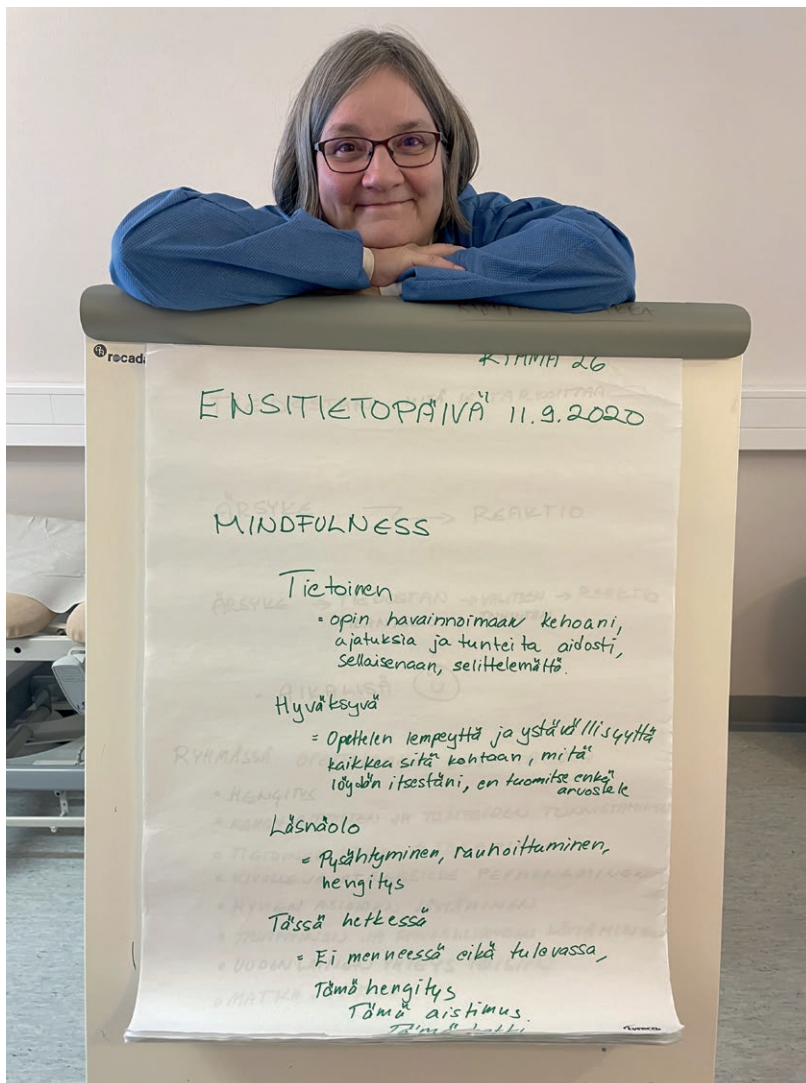
Kipuaistimus on negatiivinen kokemus ja saa aikaan stressireaktion, mikä voimistaa epämiellyttävää kokemusta. Opettelemme tunnistamaan ympäristössä ja omassa kehossamme miellyttäviä aistimuksia, jotka jäävät usein piiloon negatiivisuuden loukussa. Harjoitteena on miellyttävän etsimisen meditaatio.

Viikko 6: ”Olen rauhallisempi kivun suhteen, maailma ei kaadu rajuun kipukohtaukseen”

Opettelemme löytämään mielenrenteytystä, vaikka kipu ja muut epämiellyttävät kokemukset saavat usein meidät valtaansa. Opimme tunnistamaan, että kaikki kokemukset, niin miellyttävät kuin epämiellyttävät, muuttuvat hetki hetkeltä ja hengitys hengitykseltä. Kipu ei ole alati sama, se laantuu välillä ja muuttaa muotoaan. Harjoitteleminen, kuinka olla levollisena kaiken kokemamme keskellä. Opimme avoimen sydämen meditaation, jossa havainnoimme kaikkea, mitä meissä tapahtuu hengityksen levollisesta ankkurista käsin. Kipukokemus asettuu ikään kuin suurempaan kokemusten säiliöön eikä valtaa enää koko huomiotaamme. Minä en ole pelkkä kipuni, olen paljon muutakin.

Viikko 7: ”Puoliso sanoi, etten ole enää niin kireä”

Harjoitteleminen uudenlaista yhteyttä muihin ihmisiin. Kipu eristää muista ihmisistä. Emme jaksa selitellä kipua ja jätämme monet mukavat kohtaamiset väliin siltä varalta, että kipu pilaa taas kaiken. Yhteisöllisyys on voimavara ja tasapainoinen antaminen ja vastaanottaminen on



terveyttä vaalivaa. Keskustelemme aiheesta ja opettelemme yhteisyyden meditaation

Viikko 8: ”Mieli virkeämpi. Tahditan tekemiset, hyväksyn ja kuuntelen rajani. Tunnen, että hallitsen elämäni ja nautin siitä.”

Kertaamme kurssilla opitut asiat. Teemme itsellemme kivunhallinnan työkalupakin muistuttamaan uusista kivunhallinnan keinoista. Laadimme myös ”ensiapupakin” kipukriisejä varten. Lopussa laadimme kirjeen itsellemme: mitä haluan muistaa vielä kolmen kuukauden kuluttua kurssista ja sen tuomista muutoksista. Kipuhoitaja lähettää suljetun kirjeen postissa kolmen kuukauden kuluttua. Oma kirje on aina iloinen yllätys.

Palaamme kolmen kuukauden kuluttua kertaamaan, mikä toimii kivunhallinnassa. Käymme läpi kivunhallinnan haasteita etsien ratkaisuja yhdessä. Tässä vaiheessa ryhmäläiset neuvovat toinen toisiaan eikä ohjaa enää tarvita.

Tulosten mittaaminen

Alkukyselyssä avoimin kysymyksin selvitetään sukupuoli, ikä, kipudiagnoosi, kivun sijainti, kesto ja voimakkuus, kipulääkitys, kivunhallintakeinot, omat tavoitteen kivunhallinnan parantamiseksi sekä tämänhetkinen toimintakyky ja selviytyminen arjen toiminnoista. Tärkein kysymys on, mitä odotan kivunhallintaryhmältä.

Ryhmän päätyttyä kysellään edellä mainittujen asioiden lisäksi, onko mikään asia muuttunut. Tämä on tärkeä kysymys, koska ryhmäprosessilla haetaan muutosta kipukärsimykseen ja omiin voimavaroihin. Ryhmäläiset vastaavat numeraalisesti, mikä harjoitus tai teema on ollut merkittävä sekä pyydetään ruusuja ja risuja ryhmästä.

Ennen ja jälkeen ryhmän sekä kolmen kuukauden kuluttua kysellään numeraalisesti vastattavat DEPS-depressioseula (masennus), Pain

Self-Efficacy Questionnaire PSEQ (minä pystyvyys) sekä Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire FABQ (kipuun liittyvät pelot ja katastrofointiajatukset).

Vastaukset ja muutos ryhmän jälkeen kirjataan ryhmäläisen kipulehdelle ryhmäläiselle ja lähettävälle taholle tiedoksi.

Tulokset

Teemme ryhmien vaikuttavuudesta tutkimusta, joka on tarkoitus julkaista mahdollisesti lääketieteellisessä lehdessä lähiaikoina. Sekä avoimien kysymysten että numeraalisten mitareiden perusteella on todettavissa kivunhallinnan paranemista ryhmän jälkeen monella osa-alueella. Tulokset ovat linjassa aiempien tutkimusten kanssa.

Ryhmäläiset kertovat usein vähentäneensä käytettyä kipulääkitystä sekä käyntejä terveydenhuollossa kivun vuoksi. Moni sanoo, että hengityksestä on tullut kipu-, uni- ja rauhoittavalääke. Suhde kipuun on muuttunut armollisemmaksi ja elämä voi olla rikasta ja antoisaa kivun kanssakin. Ei tarvitse odottaa, että joku ulkopuolinen ratkaisee kivun ongelman. Omasta itsestä löytyy voimavaroja kivun kohtaamiseen uudella lempeydellä ja ystävällisyydellä. Tämä asenne auttaa vaativuuteen itseään kohtaan ja kohtuullistaa tekemisen määrää. Vähempikin riittää, minä riitän.

Pohdinta

Kivunhallintaryhmässä haetaan muutosta suhteesta kipuun. On tärkeää kartoittaa etukäteen ryhmäläisen motivaatiota muutokseen ja sitoutumista ryhmä prosessiin. Etukäteisvalintaan kannattaa käyttää aikaa, jotta vältetään keskeyttämisiltä. Muutama ryhmäläinen kertoo ”jääneensä luokalle” ja on käynyt ryhmän kahteen kertaan, koska ensimmäisellä kerralla ehti vasta herätä aiheeseen.

Raahan kipupoliklinikalla on perinteises-

ti ohjattu liveryhmiä, mutta jatkossa aiomme panostaa etäryhmiin, jotta yhä useampi voisi osallistua ryhmään etäisyyksistä huolimatta. Kyselylomakkeiden mukaan läsnäolo- ja etäryhmien tulosten välillä ei ole ollut eroja.

Suomessa on monenlaisia kivunhallintaryhmiä, jolloin eri tyyppisille ihmisille saadaan heille soveltuvia työkaluja kivunhallintaan. Tärkeintä on, että ohjaaja hallitsee oman työkalunsa. Englannissa on tarkoin määritelty, min-kälaisen koulutuspohjan terveydenhuollon mindfulness-ohjaajat tarvitsevat. Heidän tulee osoitettusti ylläpitää omaa harjoitteluaan ja osaamistaan (5). Samanlaista ohjaajien laadun seurantaan toivoisi Suomeenkin. Valtakunnalliset yhteiset mittarit auttaisivat vertaamaan ja parantamaan eri kivunhallintaohjelmien vaikuttavuutta. Ehkäpä SKTY voisi laatia jatkossa suosituksia ja raameja Suomessa toimiville kivunhallintaryhmille.

Jotta muutokset kivunhallinnassa ja elämänlaadussa olisivat pitkäkestoisia, tulee ryhmän teemoja ja harjoituksia jatkaa säännöllisesti. Näin ”mielen lihas” pysyy hyväkuntoisena. Säännöllisiä kertauskursseja voisi järjestää ryhmän käyneille etänä. Kannustamme ryhmäläisiä jatkamaan esimerkiksi WhatsApp-sovelluksella yhteydenpitoa keskenään. Kivunhallintaryhmät tukevat lääkkeetöntä kivunhallintaa erinomaisesti. Ryhmän anti on aina enemmän kuin osiensa summa – Vertaistuessa on voimaa. ■

Kirjallisuutta:

1. Käypä hoito-suositus: Kipu
2. Guidelines for pain management programmes for adults, an evidence-based review prepared on behalf of the British Society, November 2013
3. Do mindfulness-based interventions reduce pain intensity ? A critical review of literature, Pain medicine, vol 14, issue 2, February 2013, pages 230-242
4. Mindfulness-based pain management (MBPM) for chronic pain: a randomized clinical trial, Peres-Fernandes, SalaberriaRuiz de Ozenda, Mindfulness, November 2022
5. Mindful nation UK, report by the mindfulness all-party parliamentary group (MAPPG), October 2015

Rentoutuminen lääkkeettömän kivunhoidon menetelmänä



Riikka Vuoristo
fysioterapeutti

Rentoutuminen on yksi keskeisimmistä lääkkeettömän kivunhoidon menetelmistä ja kirjoituksessani käsittelen rentousharjoittelua sovelletun rentoutuksen näkökulmasta. Omassa työssäni kipufysioterapiassa sovellettu rentoutus on yksi monikäyttöisimmistä lääkkeettömän kivunhoidon menetelmistä, sillä se on hyödynnettävissä hyvin erityyppisten kiputilojen hoitoon. Keskeistä on tuntee kivun taustaa, ymmärtää potilaan kokemusta sekä tukea potilaan sitoutumista omatoimiseen harjoitteluun.

Rentous on ihmisen luonnollinen olotila, joka ilmenee hyvin jo pienillä vauvoilla. Sen sijaan pitkään jatkuva stressi ja jännitys ovat opittuja ja omaksuttuja olotiloja. Näissä tilanteissa on tarpeen hyödyntää tietoista ja järjestelmällistä rentoutuksen harjoittelua. Harjoittelu perustuu ajatuksissa annettaviin omiin ohjeisiin, kunnes rentoutumisen taito puoliautomatisoituu, kuten esim. pyörällä ajo.

Sovellettu rentoutus määritellään itsehallintamenetelmänä, jonka avulla voidaan ennaltaehkäistä ja hoitaa stressiä, kielteisiä tunteita ja tuntemuksia, sekä erilaisiin fysiologisiin ongelmiin ja sairauksiin liittyviä seurauksia ja oireita (1). Menetelmän käyttöä varten järjestetään lyhyt koulutus, joka antaa valmiudet hyödyntää sovellettua rentoutusta oikealla tavalla.

Sovellettua rentoutusta käyttävältä terapeutilta vaaditaan, että hän on sen ongelma-alueen asiantuntija, jolle hän soveltaa tietämystään. Esimerkiksi fysioterapeutti voi käyttää sovellettua rentoutusta tuki- ja liikuntaelinsairauksien hoitoon, mutta hänen ei tule käyttää menetelmää mielenterveysongelmien hoitoon, ellei hänellä ole siihen tarvittavaa koulutusta. Lisäksi sovellettu rentoutus menetelmänä edellyttää ammatikoulutuksen lisäksi erillistä päivän tai kahden

menetelmäkoulutusta. (2)

Sovellettua rentoutusta on käytetty monien psykiatristen ja käyttäytymistieteellisten ongelmien ja sairauksien hoidossa. Näitä ovat mm. jännityspäänsärky, selkä- ja nivelkivut, nukahtamisvaikeudet, fobiat ja paniikkihäiriöt. Monien ongelmien hoidosta sovelletun rentoutuksen avulla on tehty kontrolloituja tutkimuksia, jotka ovat osoittaneet menetelmän tehokkuuden. Sovelletulla rentoutuksella ei ole todettu haittavaikutuksia (1).

Monien rentoutusmenetelmien haasteena jokapäiväisten ongelmien hoidossa on se, ettei niitä aina voida soveltaa todellisissa tilanteissa rentoutumiseen tarvittavan pitkän ajan vuoksi. Tämän vuoksi tarvitaan nopea, turvallinen, tehokas ja helppokäyttöinen menetelmä, jota voidaan soveltaa käytännön tilanteissa riippumatta ajasta tai paikasta (2). Sovelletun rentoutuksen etuna moneen muuhun rentousmenetelmään on mielestäni keskeinen ajatus rentoustaidon oppimisesta sen sijaan, että fokus olisi yksittäisessä rentoutumiskokemuksessa. Menetelmässä korostetaan myös sitä, että rentoutumiseen ei saa liittyä ponnistelua tai pakottamista, eteneminen tapahtuu pienin askelin. Käytännössä olen huomannut, miten tämä madaltaa monen kyn-



nystä rentoustaidon harjoittelun aloittamiseen ja lisää tietoisuutta omasta kehollisesta reagoimisesta. Koen, että tällä tavoin rentousharjoittelulla saavutetaan pysyviä positiivisia vaikutuksia ja tuetaan kivuista kärsivän oman pystyvyyden tunnetta, joka on yksi keskeisimmistä tavoitteista kivun lääkkeettömässä hoidossa.

Sovellettu rentoutus koostuu viidestä eri rentoutumisen osasta, joista jokainen pohjautuu edelliseen osaan. Harjoittelun alkuvaiheessa informoidaan asiakasta sovelletun rentoutuksen menetelmästä, sen sisällöstä ja harjoittelun etenemisestä sekä motivoidaan potilasta omaharjoitteluun. Vastaanotolla käydään rentousharjoite yhdessä läpi, jonka jälkeen opastetaan kotiharjoittelu, jota jatketaan seuraavaan vastaanottokertaan (käytännössä aikaisintaan viikon kuluttua). Kotiharjoituksen tukena käytetään harjoituspäiväkirjaa, jonka avulla potilas kehittyä itsearvioinnissa ja pystyy seuraamaan rentoustaidon oppimistaan. Vastaanottokäynnillä kontrolloidaan kotiharjoittelun sujuminen ja seuraavaan osioon siirrytään, kun asiakas

hallitsee edellisen osion.

Rentousharjoittelun rentoutumisen osat ovat progressiivinen rentoutus, lyhytrentoutus, vihjerentoutus, erillisrentoutus ja pikarentoutus. Progressiivisessa rentoutuksessa tavoitteena on oppia huomaamaan ero jännittyneiden ja rentoutuneiden lihasten välillä, samalla opitaan rentouttamaan lihakset jännittämällä niitä ensin. Lyhytrentoutuksessa lihakset rentoutetaan ilman jännittämistä. Vihjerentoutuksessa asiakas oppii yhdistämään itselleen antamansa ohjeen ”rentoudu” rentoutuneeseen tilaan. Erillisrentoutuksessa tarkoituksena on opettaa asiakas rentouttamaan ne lihasryhmät, joita ei käytetä jossakin toiminnassa ja rentoutumaan vähitellen jokapäiväisen elämän tilanteissa. Pikarentoutuksessa harjoituskertoja on useita päivässä ja tähdätään siihen, että rentoutumiseen kuluu vain 20–30 sekuntia.

Sovellettu rentoutus on vaativa ja aikaa vievä menetelmä, joka tulee ottaa huomioon jo hoidon suunnittelussa. Erilaisten fysiologisten reaktioiden tulee kuulua asiakkaan ongelmiin, kun sovellettua rentoutusta käytetään, muuten sen käyttö ei ole perusteltua. Rentoutuksen onnistuneelle soveltamiselle on olennaista se, että asiakas oppii rentoutumaan omatoimisesti ilman apuvälineitä eräitä poikkeuksellisia tilanteita lukuun ottamatta. Tässä yhteydessä terapeuttin ääni mielletään apuvälineeksi ja tästä riippuvaiseksi tulemistä tulisi välttää. Sovellettu rentoutus on tutkimusten mukaan selvästi tehokas menetelmä, jota korostaa vielä se, että useimmissa tutkimuksissa tulokset ovat edelleen parantuneet hoidon lopettamisen jälkeen (2). ■

Kirjallisuutta:

- 1 Sovelletun rentoutuksen käsikirja, Toimittanut Martti T. Tuomisto, Julkaisija Suomen Käyttätymistieteellinen Tutkimuslaitos, 2005
- 2 Martti T. Tuomisto, Raimo Lappalainen, Terhi Tuomisto ja Tero Timonen. Sovellettu rentoutus hoitomenetelmänä psykiatriassa ja käyttätymistieteessä. Katsaus. Duodecim 112: 960–967, 1996.

Taideterapiat täydentävät kivun lääkkeetöntä hoitoa

Essi Grén

PsM psykologi, työterveys-
huollon pätevyys, tanssi-
liiketerapian menetelmien
ohjaaja. HUS Kipuklinikka

Hanna Hakomäki

FT, musiikkiterapeutti, perhe- ja paripsykoterapeutti,
työnohjaaja. HUS Lasten-
psykiatria

Reetta Keränen

FM musiikkiterapeutti, lähi-
hoitaja. HUS Kansallinen las-
ten ja nuorten kivunhoidon
ja -tutkimuksen keskus

Maj-Kristine Lindgren

fysioterapeutti AMK, tanssi-
liiketerapeutti, työnohjaaja,
eläkkeellä

Ulla Salo

toimintaterapeutti (AMK),
NDT/Bobath, SI-terapeutti,
ratkaisukeskeinen NEPSY-
valmentaja, ekspressiivisen
taideterapian koulutusoh-
jelmassa (Inartes Instituutti).
Lasten ja nuorten terapia-
asema Sateenkaari

Kipu on monimuotoinen epämiellyttävä kokemus, jonka hoidon perusta on lääkkeetön hoito. Käypä hoito -suosituksen mukaan keskeisiä lääkkeettömiä hoitoja ovat liikunta, terapeutin harjoittelu, kognitiivis-behavioraalinen terapia, kylmä- ja lämpöhoito sekä TENS (transkutaaninen hermostimulaatio) (1).

Tämä artikkeli avaa näkökulmia kipuun sekä keskustelua taideterapioista osana kivun lääkkeetöntä hoitoa. Taideterapioina huomioimme erityisesti musiikki-, kuvataide- ja tanssi-liiketerapian, mutta myös muiden taidelähtöisten menetelmien kuten kirjallisuuden ja valokuvan käytön. Artikkelissa taideterapioiden vaikuttavia mekanismeja ja mahdollisuuksia esitellään lyhyesti ja esimerkkejä lähestytään kansainvälisen kivuntutkimusyhdistyksen (IASP) vuonna 2020 päivitetyn kivun määritelmän ja tarkempien kuuden kivun teesin näkökulmista (2,3). Tuomme esimerkkien avulla esiin, kuinka taideterapioilla voidaan vastata kivun nykykäsityksen mukaisesti sen subjektiivisen kokemuksen kuvaamiseen myös ilman sanoja, ja taiteen vaikutusta muun muassa fysiologisiin vasteisiin, vireystilaan, kognitioon ja mielialaan sekä hoidollisia mahdollisuuksia myös sosiaalisten ja perhesuhteiden näkökulmista (4). Taideterapiat luovat terapeutin suhteeseen vuorovaikutuksen kentän, jossa luova ilmaisu toimii kasvun ja muutoksen voimana. Taideterapioiden avulla voi tulla tietoiseksi kipuun liittyvistä kehon suojaus- ja reagoitintavoista ja oppia säätämään niitä.

Artikkelin kirjoittajat kuuluvat Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry:n vuonna 2022 perustettuun taideterapioiden toimikuntaan. Artik-

kelissa on hyödynnetty tutkimustiedon lisäksi toimikunnan jäsenten kliinistä asiantuntijuutta.

1. Kipu on subjektiivinen biopsykososiaalinen kokemus

Biopsykososiaalinen viitekehys on taideterapioille luonteva lähtökohta. Esimerkiksi tanssi on fyysistä toimintaa, jolla on psykososiaalinen ulottuvuus. Psykoterapeuttisessa kehitysohjelmassa tanssiminen mahdollistaa emotionaalisten, kognitiivisten ja sensomotoristen tasojen integraation.

Taideterapioiden keinoilla potilas voi päästä käsittelemään elämäänsä ja kokemusta itsestään laajemmin kuin vain kipuun liittyvän identiteetin kautta. Sosiaalinen näkökulma on myös vahvasti läsnä työskentelyssä, koska terapiasuhde ja ryhmäinterventiot mahdollistavat sosiaalisten taitojen harjoittelun, kehon ja mielen rajojen vahvistumisen, vertaisryhmässä näkyväksi tulemisen sekä vähentävät yksinäisyyden kokemuksia (5).

2. Taideterapeuttisilla menetelmillä voidaan vaikuttaa kipuviestiin

Taideterapeuttisten menetelmien avulla voidaan myös muokata kipuviestiä. Tiedetään, että esimerkiksi musiikki vaikuttaa kipua lie-

Tanja Pihlaja

YTM, tanssi-liiketerapeutti,
perhe- ja pariterapian
kouluttajapsykoterapeutti,
työnohjaaja-kouluttaja, Tun-
tumaa Oy

Hanna Pohjola

Dosentti, TanssT, TaM
(tanssipedagogiikka), TtM
(liikuntalääketiede), ft. Itä-
Suomen yliopisto

Hanna Vuorimaa

PsT, erikoispsykologi, HUS
Kansallinen lasten ja nuor-
ten kivunhoidon ja -tutki-
muksen keskus

Kirjoittajien esittely sivuilla
53-55.

vittävästi. Vaikutusmekanismit eivät ole täysin selvillä ja ilmeisesti musiikki vaikuttaa usealla eri tavalla. Musiikki voi esimerkiksi vahvistaa pystyvyyden tunnetta siitä, että kivun kanssa pärjää, viedä huomion pois kivusta, muokata mielialaa ja rauhoittaa tai aktivoida autonomista hermostoa (6).

On eri asia tutkia taiteen vaikutusta itsessään kuin taideterapioiden vaikutusta.

Taideterapioissa taiteen hyötyjen lisäksi vaikuttavat myös terapiasuhteeseen liittyvät tekijät. Kivun hoitoon kohdistetussa taideterapiassa fokus ei usein ole kipukokemus, vaan on antoisaa nimenomaan tarkastella kipuun liittyviä kokemuksia ja ennakoiteja, mitkä harvoin ovat irrallaan tai erilaisia potilaan muista psykologisista toimintamalleista. Esimerkiksi tanssi-liiketerapiassa voidaan työskentelyä erityisesti fokusoida muun muassa liikkeen pelkoon ja kehotietoisuuden vahvistamiseen (7). Tutkimuksen mukaan tietoisuustaitoinen tanssi-liiketerapia vähensi kivun intensiteettiä ja kipuun liittyvää masennusta toistuvista päänsäryistä kärsivillä potilailla (5). Taustalla vaikuttavat useat mahdolliset mekanismit: tietoisuustaitojen, kehotietoisuuden, itsesäätelyn, hyväksynnän, epämukavuuden sietokyvyn ja rentoutumisen lisääntyminen sekä koettu merkityksellisyys ja luova prosessointi turvallisessa terapiaympäristössä (5).

3. Elämäkokemukset opettavat kivun käsitteen

Aiemmat kokemukset vaikuttavat kipukokemukseen ja kivun ilmaisuun. Huonosti hoidettu kipu jättää muistijäljen, joka vaikuttaa seuraavan kivuliaan tapahtuman kokemukseen. Lasten kyky ilmaista kipuaan on hyvin yksilöllinen ja ikäkaudesta riippuvainen (8). Taidetapiat voivat tarjota uusia väyliä tutkia aiempia kipuun liittyviä kokemuksia. Taiteen kautta voi ymmärtää esimerkiksi aiemmin perheessä opit-

tuja tapoja suhtautua kipuun. Taideterapioiden yksi merkittävä etu on mahdollisuus tutkia kokemuksia etäännyttämällä ne taiteeseen.

Luovien toiminnallisten menetelmien kautta lapsen kokemukseen liittyminen on luontaisempaa kuin lapsen kutsuminen keskustelemaan aiheesta. Taidelähtöiset menetelmät tarjoavat kommunikaation tueksi useita mahdollisuuksia ottaa huomioon lapsen ja vanhempien temperamentit sekä toiveet ja kiinnostuksen kohteet. Kokemukset luonnossa, maalaamisen, tanssimisen ja musiikin kuuntelun voi juurruttaa osaksi oman kehon rauhoittamista ja turvallista tekemistä kivun äärellä.

4. Yksilön raportti kivuliaasta kokemuksesta tulisi hyväksyä sellaisenaan ja kunnioittaa sitä

Taideterapeuttiset menetelmät voivat tarjota laaja-alaisia mahdollisuuksia kivun arviointiin ja sen kuvaamiseen strukturoitujen kyselyiden ja sanallisen kuvaamisen lisäksi (9). Kansainvälisissä lastensairaaloissa, joissa musiikin käyttö on vakiintunut sairaalaan toimintaan, musiikkia ja musiikkiterapiaa käytetään paitsi hoitoon myös kivun arviointiin (10). Taidelähtöisestä työskentelystä voi löytyä keinoja tehdä kipukokemuksesta aiempaa ymmärrettävämpi sekä kipua kokevalle itselleen että häntä hoitavalle ammattilaiselle. Kipukokemuksen yksilöllisyys saa siten tilaa ja ymmärrystä. Luovilla keinoilla voidaan auttaa sekä saamaan etäisyyttä kipukokemukseen että lisätä myötätuntoa kipukokemuksesta kohtaan esimerkiksi kuvaamalla tilannetta konkreettisesti kuvan, äänen tai liikkeen avulla (11).

Ilman pätevyyttä antavaa koulutusta taideterapeuttinen työskentely on epäsuotavaa. Taiteen käyttöä terveyttä edistävänä interventiona voidaan kuitenkin hyödyntää myös luovuuden ja itseilmaisun näkökulmasta lisäämään hyväksyvää ja arvostavaa potilaslähtöistä ilmapiiriä



Kuva: iStockPhoto

sekä eletyn yksilöllisen kipukokemuksen ymmärrettäväksi tekemistä (12).

5. Vaikka kivulla on yleensä suojaava vaikutus, voi sillä olla haitallisia vaikutuksia toimintakykyyn sekä sosiaaliseen ja psyykkiseen hyvinvointiin

Kipu, etenkin pitkittyessään, vie tilaa yksilön arjen toimijuudelta rajoittaen ja estäen osallisuuden kokemusta. Konkreettinen tekeminen erilaisilla taidelähtöisillä menetelmillä saattaa lisätä toimijuuden tunnetta ja siten vähentää kipuun usein liittyviä toivottomuuden ja avuttomuuden tunteita (13).

Työskentely edellyttää terapeutilta rajamisen taitoa ja eri materiaalien, välineiden ja toimintatapojen luovaa hallintaa ja siten ohjaamista turvalliseen tilaan. Se on tila, jossa rajatusta ajasta, materiaaleista ja etenemisestä huolehtii terapeutti, ja asiakas voi asettua terapeutin taidetyöskentelyn pariin. Taidekokemus on aina yksilöllinen, eikä terapeutista taidetta tulkita. Taidetyöskentelyn materiaalien ja ilmaisun parissa kohdatut ja ratkotut ongelmat sekä niiden myötä syntyneet oivallukset rikastuttavat kokemusmaailmaa ja yksilö voi löytää yhtymäkohtia arjen toimijuuteensa (14,

15). Olennainen käsite on ”low skills - high sensitivity” – erityisiä taitoja ei siis taidetyöskentelyyn tarvita, vaan pysähtymistä ja herkistymistä kokemiseen (14).

6. Kivun sanallinen kuvaaminen on vain yksi tapa ilmaista kipua

Erityisesti elinkaaren ääripäissä osa ihmisistä ei pysty ilmaisemaan kipuaan sanallisesti. Onkin tärkeää löytää keinoja ilmaista kipua ja siihen liittyviä kokemuksia tavoilla, jotka ovat mahdollisia. Kipu on sekä sensorinen että emotionaalinen kokemus. Taide voi avata ilmaissukanavan kivun emotionaaliselle puolelle ja kipukokemuksen kuvaamiselle silloinkin, kun sanoja ei ole. Lisäksi taideterapioilla voi olla suuri merkitys potilaan läheisten tukemisessa, esimerkiksi saattohoidossa tai vauvojen tehohoidossa.

Musiikki voi tavoittaa eri ikäisen ihmisen myös silloin, kun potilas ei pysty liikkumaan tai ilmaisemaan toiveitaan. Yhtenä esimerkkinä tällaisesta toiminnasta on Muistaakseni laulan -hanke (15), jossa säännöllisellä musiikkitoiminnalla edistettiin menestyksellisesti muistisairaiden kognitiivista toimintakykyä, mielialaa ja elämänlaatua sekä heidän omaistensa ja hoitajiensa hyvinvointia ja jaksamista.

Nuoruusiällä kipuun liittyvien tunteiden tavoittaminen voi olla vaikea, mutta tunteita ja kokemuksia olisi tärkeää pystyä ilmaisemaan jollain tavalla. Musiikkikasvatuksen professori Saarikallio on esittänyt mallin (16), jossa musiikki voi toimia väylänä keholliseen ja affektiiviseen kokemiseen (access). Mallin mukaan edellä mainitun lisäksi musiikki voi herätellä kehollista tunnekokemusta tarjoten samalla mahdollisuuden kokea tunteita suojaavan etäisyyden päästä sekä tuoda niitä turvallisesti tietoisuuden käsittelyn kohteeksi (awareness) ja siten toimijuuden kokemusta (agency).

Yhteenveto

Taideterapeuttisilla menetelmillä on mahdollista lähestyä kivun biopsykososiaalisia ulottuvuuksia. Taide voi kivun hoidossa ja kuntoutuksessa avata jotain sellaista, mitä sanat eivät tavoita ja mikä ei muuten terapiatyöskentelyssä tulisi eteen. Taideterapeuttiset menetelmät laajentavat mahdollisuuksia ilmaista yksilöllistä kipukokemusta, kohdata esimerkiksi liikkeen liittyvää pelkoa ja tutkia kipuun liittyviä aiempia elämäkokemuksia eri ikäryhmillä. Lisäksi taide itsessään toimii hoitavana elementtinä, minkä potentiaalia terveydenhuollossa olisi mahdollista hyödyntää nykyistä enemmän. ■

Kirjallisuutta:

1. Kipu. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017 (viitattu 20.8.2023). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi
2. Raja SN, Carr DB, Cohen M, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*. 2020; 161(9): 1976–1982. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001939
3. Kalso E. Kivun uusi määritelmä. *Kipuviesti* 2020; 23(2): 56–57.
4. Shafir T, Orkibi H, Baker FA, Gussak D and Kaimal G (2020) Editorial: The State of the Art in Creative Arts Therapies. *Front. Psychol.* 11:68. doi: 10.3389/fpsyg.2020.00068
5. Majore-Dusele I, Karkou V, Millere I. The Development of Mindful-Based Dance Movement Therapy Intervention for Chronic Pain: A Pilot Study With Chronic Headache Patients. *Front Psychol.* 2021;12:587923. Published 2021 Apr 16. doi:10.3389/fpsyg.2021.587923
6. Pitkäniemi A, Sihvonen AJ, Särkämö T, Soinila S. Musiikki-interventiot kivun hoidon osana. *Lääkärilehti* 2020; 37(75): 1843–1848.
7. Shim M., Goodill S., & Bradt J. (2019). Mechanisms of Dance/Movement Therapy for Building Resilience in People Experiencing Chronic Pain. *American Journal of Dance Therapy* 2019; 41(1): 87–112. <https://doi.org/10.1007/s10465-019-09294-7>
8. Emerson ND, Bursch B. Communicating with Youth about Pain: Developmental Considerations. *Children*. 2020; 7(10):184. <https://doi.org/10.3390/children7100184>
9. Tarr J, Cornish F, Gonzalez-Polledo E. Beyond the binaries: reshaping pain communication through arts workshops. *Sociol Health Illn.* 2018; 40(3): 577–592. doi:10.1111/1467-9566.12669
10. Loewy J. The development of a music therapy pain assessment model. Loewy J, Spintke R (eds), *Music & Medicine, Special Issue: Music Therapy and Chronic Pain* 2023; 15(2): 77–83.
11. Johnson MI, Chazot P, Cole F, Cruickshank R, Fuller D, Keyse C, Singh B, Strickson AJ, Tabasam G, Tregidgen E, Thompson K and Woodall J. Pain through the perspective of art and creativity: insights from the Unmasking Pain project. *Front. Pain Res.* 2023; 4:1179116. doi:10.3389/fpain.2023.1179116
12. Kim KS, Lor M. Art Making as a Health Intervention: Concept Analysis and Implications for Nursing Interventions. *ANS Adv Nurs Sci.* 2022; 45(2): 155–169. doi:10.1097/ANS.0000000000000412
13. Terveyskylä. Tunteiden käsittely kivun hallinnan tukena. (viitattu 28.8.2023). Saatavilla internetissä: www.terveyskyla.fi
14. Rankanen M. Työskentelyn eteneminen taideterapiassa. Rankanen M, Hentinen H, Mantere M-H (eds), *Taideterapian perusteet*. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki 2009: 90–97.
15. Särkämö T, Laitinen S, Numminen A, Tervaniemi M, Kurki M, Rantanen P. Muistaakseni laulan: musiikin käyttö muistisairaiden mielialan, elämänlaadun ja kognitiivisen toimintakyvyn tukemisessa. *Miina Sillanpään Säätiön julkaisusarja A:10 Miina Sillanpään Säätiö Helsinki 2011.*
16. Saarikallio S. Access-Awareness-Agency (AAA) Model of Music-Based Social-Emotional Competence (MuSEC). *Music and Science* 2019; 2: 1–16. <https://doi.org/10.1177/2059204318815421>

Musiikin mahdollisuudet kivun hoidossa



Seppo Soinila

LKT

Neurologian emeritusprofessori, Turun yliopisto

Tutkijalääkäri, Tyks Neurokeskus

Suomen Akatemia: Musiikin, mielen, kehon ja aivojen tutkimuksen huippuyksikkö

Perusterveydenhuollon lääkärikäynneistä 40 % tehdään kivun vuoksi (1). Akuutti toimenpiteisiin tai vammoihin liittyvä kipu on pitkittyessään hoitokomplikaatioiden, toipumisen viivästymisen ja lisääntyneen sairaalahoidon tarpeen riskitekijä. 20–40 % väestöstä kärsii kroonisesta kivusta ja valtaosalla kivun intensiteetti on keskivaikea tai vaikea (2, 3). Krooninen kipu – paitsi että murentaa välittömästi työ- ja toimintakykyä – aiheuttaa jatkuessaan laaja-alaisia sekundaarisia ongelmia, jotka ilmenevät unettomuutena, masennuksena, ahdistuneisuutena, endokriinisen ja immunologisen järjestelmän ja aivojen rakenteen muutoksina (4,5). Lähes puolet kroonisista kipupotilaista raportoi lääkehoidon vasteen riittämättömäksi, ja 70 % ilmoittaa käyttävänsä myös lääkkeettömiä hoitoja (2). Tämän ja opioidien merkittävän haittavaikutusriskin vuoksi kipututkijoiden mielenkiinto on lisääntyvästi kohdistunut lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien kriittiseen arviointiin, ja lääkkeettömien hoitojen merkitystä korostetaan myös tuoreimmissa kivun hoitosuosituksissa.

Tutkimusnäyttö musiikin analgeettisesta vaikutuksesta

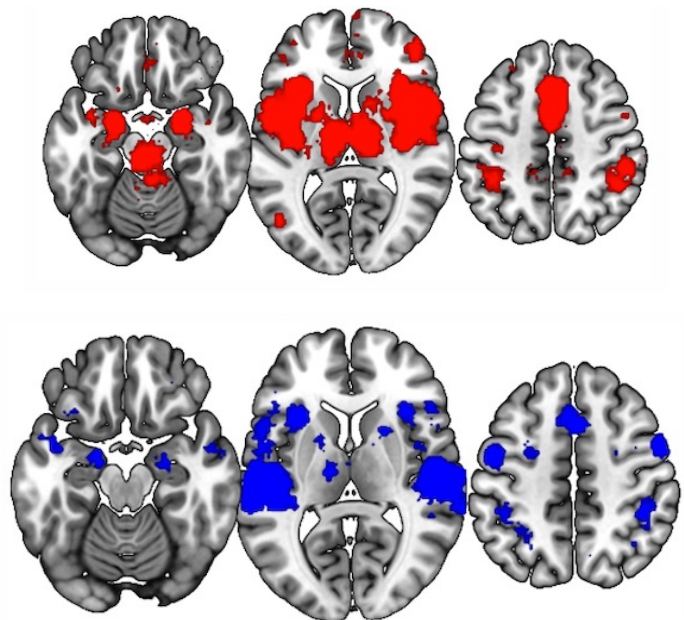
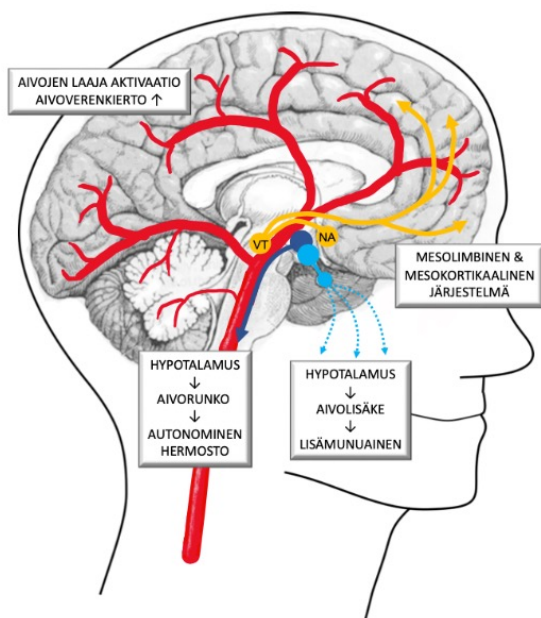
2016 julkaistun meta-analyysin (97 tutkimusta, n=9184) mukaan musiikin suotuista vaikutuksista näkyi sekä aktiivisten (musiikkiterapia, musiikin tahdissa tehdyt harjoitteet) että passiivisten (musiikin kuuntelu) musiikki-interventioiden jälkeen (6). Mielenkiintoista on, että opioidien ja muiden kipulääkkeiden käytön väheneminen ja verenpaineen ja pulssitason lasku tulivat selvimmin esiin potilailla, jotka yksinkertaisesti vain kuuntelivat itse valitsemaansa musiikkia.

Musiikin vaikutuksesta toimenpiteisiin liittyvässä kivussa on julkaistu kaksi laajaa meta-analyysii (73 tutkimusta, n=9602; 92 tutkimusta, n=7385) (7,8). Isojen kirurgisten toimenpiteiden yhteydessä kuunneltu musiikki vähensi kipulääkkeiden käyttöä, lievitti merkittävästi ahdistuneisuutta ja lisäsi potilastyytyväisyyttä, mutta ei lyhentänyt sairaalahoidojaksoa. Musiikin kuuntelu oli vaikuttavaa sekä pre- että postoperatiivisesti toteutettuna, ja yllättäen vaikutusta havaittiin myös yleisanestesian aikana

annetun intervention jälkeen. Vastoin yleistä oletusta, musiikin tehosta synnytyskivun hoidossa – mitä Suomessakin on toteutettu vuosikymmenten ajan – ei toistaiseksi ole saatu vakuuttavaa näyttöä (9).

Musiikin vaikutuksesta kroonisessa kivussa on julkaistu meta-analyysi (14 tutkimusta, n=1178), jonka mukaan kipu, masennus, ahdistuneisuus ja kipulääkkeiden käyttö vähenivät sekä fibromyalgiaa, suoliston toimintahäiriöitä, nivelrikkoa tai MS-tautia sairastavilla potilailla (10). Merkittävää on, että vaikutus todettiin vielä kuukauden kuluttua intervention päätyttyä (11). Fibromyalgiapotilaista on julkaistu lukumääräisesti eniten tutkimuksia, mutta johtopäätösten tekemistä vaikeuttaa tutkimusten pieni otoskoko. Näyttö kivun lievenemisestä on vaihtelevaa, mutta musiikki näyttää vähentävän liikuntaan liittyvää kipua sekä masennusta. Joissakin tutkimuksissa musiikki ei lievittänyt kipua, mutta lisäsi fibromyalgiapotilaiden kivun hallinnan tunnetta.

Musiikin hyödyistä syöpäkivun hoidossa on



Aivojen järjestelmät, joiden kautta musiikin kipua lievittävät vaikutukset välittyvät. VT: ventraalinen tegmentum, NA: nucleus accumbens. Aivojen palkitsemisjärjestelmän ("mielihyvakeskuksen") keskeiset radastot on merkitty oranssilla. Aivoleikkeissä on merkitty kivun (punaiset alueet) ja musiikin (siniset alueet) prosessointiin osallistuvat verkostot.

Lähde: Sihvonen ym. 2022 (viite 18); Nupponen ym. 2023 (viite 20).

julkaistu kolme meta-analyysiä. Cochrane-katsauksen (52 tutkimusta, n=3731) (12) perusteella syöpäkipu ja ahdistuneisuus vähenevät. Toinen meta-analyysi (20 tutkimusta, n=1565) osoitti lisäksi, että syöpäpotilailla musiikkiterapia on passiivista musiikin kuuntelua tehokkaampi (13). Tuorein meta-analyysi (14) osoitti merkitsevän vaikutuksen kivun lievittymisen lisäksi elämänlaadun paranemisena ja stressin vähenemisenä.

Musiikilla saattaa olla positiivisia vaikutuksia palliatiivisessa hoidossa olevilla potilailla. Asista on julkaistu vain yksi meta-analyysi (11 tutkimusta, n=969) (15). Suoraa analgeettista vaikutusta ei ole vakuuttavasti osoitettu, mikä saattaa johtua siitä, että potilaita hoidetaan usein vahvoilla opioideilla, tarvittaessa kipupumpulla annosteltuna, jolloin musiikin mahdollinen lisäarvo peittyy. On kuitenkin osoitettu, että kertaluonteinenkin interventio vähentää kipua, ahdistuneisuutta ja stressiä (16). Suomessakin on kokeiltu sairaalamusiikoiden toteuttamaa, henkilökohtaisesti räätälöityä musiikkiterapiaa, ja tulokset näyttävät rohkaisevilta.

Mihin musiikin analgeettinen vaikutus perustuu?

Musiikki aiheuttaa aivoissa laaja-alaisen aktivaation, joka ulottuu sekä hemisfäreille että aivojen syviin osiin: tunteita säätelevään limbiseen järjestelmään, autonomisiin ja motorisiin keskuksiin (17). Aivoissa tapahtuva musiikin prosessointi paikallistuu osittain samoihin verkostoihin, jotka vastaavat kipuaistimuksen sentraalisesta käsittelystä (18) (kuva). Neuroanatominen perusta sille, että aivojen kipuverkosto (aik. kipumatriisi) ja musiikin prosessointi ovat vuorovaikutuksessa, on siis olemassa. Yksinkertainen selitys olisi, että positiiviseksi koettua musiikkia kuunneltaessa tarkkaavuus kohdistuu kivun sijasta musiikkiin. Tämän lisäksi kivun lievityksen kannalta merkittäviä vaikutuksia ovat musiikin aiheuttama aivojen verenkierron kiihtyminen, mesokortikaalisen dopamiiniradaston kautta tapahtuva palkitsemisjärjestelmän ("mielihyvakeskus") aktivointi, hypothalamuksen, aivolisäkkeen ja lisämunuaisen välisen akselin (endokrinologisen stressikoneiston) vaimeneminen sekä sent-

raalisen autonomisen säätelyn kautta tapahtuva kardiovaskulaarisen stressin vaimentuminen (verenpaineen lasku, pulssin ja hengitystiheyden hidastuminen).

Musiikki kivunhoidon osana käytännössä

Musiikin suotuisat vaikutukset kipupotilaille ovat herättäneet lisääntyvää kiinnostusta, mutta toistaiseksi musiikkipohjaisten hoito- ja kuntoutusmenetelmien käyttöä ei ole sisällytetty hoitosuosituksiin ja sen toteutuminen on sattumanvaraista. Edellytykset musiikin aseman vakiinnuttamiselle kivunhoidossa ovat olemassa, sillä sen vaikuttavuus on useiden mittareiden osalta A-luokkaa. Vertailun vuoksi voidaan todeta, että musiikki on hyväksytty aivohalvauksen kuntoutuksen ja/tai dementian hoidon menetelmäksi Yhdysvaltain, Kanadan, Britannian ja Suomen kansallisissa hoitosuosituksissa.

Lähes kaikissa musiikin vaikuttavuuden osoittaneissa tutkimuksissa on käytetty potilaan itse valitsemaa, mieluisaksi koettua musiikkia. Tästä seuraa, että musiikkipohjaisen kivunhoidon tulee olla yksilöllisesti räätälöityä. Tutkimusryhmämme on ehdottanut musiikkipohjaisen hoidon systemaattista potilaskohtaista arviointia oheisen taulukon mukaisesti.

Pohdintaa

Mielenkiintoista on, että ensimmäinen näyttö musiikin käytöstä kivun hoidossa julkaistiin arvovaltaisessa Science-lehdessä jo 1960 (19) ja perustui tutkimukseen, jossa hammaslääkärin vastaanotolla potilaat kuuntelivat korvakullokkeiden välityksellä musiikkia, jonka äänenvoimakkuuden he voivat itse säätää. Kivuliaan toimenpiteen aikana musiikkiin liitettiin voimakas epämusikaalinen ääni, joka muistutti vesiputouksen kohinaa. 5000 potilaan aineistossa 65 % koki kivun lievittyvän, 25 % jopa niin paljon, että puudutusta tai anestesiaa ei tarvittu.

Yksittäiset potilaat ilmoittivat kivun lisääntyvän. Tutkijat päättelivät, että musiikki palveli rentouttavana tekijänä, mutta varsinaisen analgesian aiheutti voimakas ei-musikaalinen ääni. Voidaan myös ajatella, että musiikin oheen tuotu melu peitti musiikin, jonka potilas kuitenkin yritti erottaa ja siten kiinnitti tarkkaavuuksensa täydellisemmin musiikin kuuntelemiseen. Melu peitti myös poran ilkeän äänen, ja siten ehdollistukseen perustuva kivuntunteen voimistuminen saattoi estyä.

Nyt 60 vuoden tutkimustiedon kertymä osoittaa, että musiikki vaikuttaa monin muin tavoin kuin pelkkänä ääniärsyksenä ja sen prosessointi aktivoi useita verkostoja, jotka osallistuvat myös kivun sentraaliseen prosessointiin. Koska sekä musiikin että kivun kokemukset ovat yksilöllisiä ja riippuvat mm. assosiaatioista aikaisempiin kokemuksiin, musiikkiin perustuvan hoidon suunnittelussa tulee kartoittaa sekä kipu- että musiikkianamneesi. Hoidon analgeettista tehoa ei voi ennustaa, mutta aivoinfarktipotilailla tehdyt tutkimukset viittaavat siihen, että musiikin vaikuttavuus ei riipu aikaisemmasta musiikkiharrastuksen aktiivisuudesta.

Musiikki ei sovellu hoidoksi kaikille kipupotilaille. Noin 4 % väestöstä on epämusikaalisia eikä todennäköisesti hyödy musiikkipohjaisesta hoidosta. 30–50 %:lle aivoinfarktipotilaista kehittyä ohimenevä tai joskus pysyvä amusia, kyvyttömyys tunnistaa musiikin elementtejä. Migreenipotilaan oireistoon kuuluu usein ääniherkkyys, ja normaalisti mieluisana koettu musiikki voi pahentaa päänsärkyä. Yksilölliset erot musiikin vasteissa voivat yllättää; yleisesti ajatellaan rauhoittavan musiikin lievittävän stressiä parhaiten, mutta nuorilla (terveillä) miehillä nopeatempoinen musiikki aiheutti stressihormoni kortisolin 50 % tason laskun (20). Musiikin kuuntelu voi johtaa ”yliannokseen”, ja meluvamman riski on reaalinen, jos

Kartoitus musiikkiin soveltuvuudesta kroonisen kivun hoidossa		
KIPU	1	Kivun luokitus ja intensiteetti (VAS) nosiseptiivinen, neuropaattinen, nosioplastinen
	2	Onko merkittäviä liitännäisongelmia? masennus, ahdistuneisuus, unettomuus, koettu stressi
	3	Vaihtelee ko kipu ajan suhteen?
	4	Liittyykö kipu erityisesti tiettyihin toimintoihin?
MUSIIKKIVALINNAT	5	Minkä tyylin musiikkia potilas mieluiten kuuntelee? Suosikit/ei-toivotut?
AIKAISEMPI MUSIIKIN HARRASTUS	6	Kuuntelua Laulamista, soittamista, tanssia, muuta
	7	Yksin/ryhmässä
	8	Kuunteleeko pt musiikkia samanaikaisesti tehdessään jotain muuta?
KOKEMUKSET	9	Onko musiikki lievittänyt kivun kokemusta?
ODOTUKSET	10	Onko pt halukas kokeilemaan? Ennako-odotukset?
Lisätietoja		

korvakuulokkeiden äänenvoimakkuus on liian suuri.

Tutkimusten perusteella musiikkia, erityisesti säännöllistä musiikin kuuntelua, voidaan pitää kustannustehokkaana ja turvallisena kivunhoidon lisäkeinona, jonka toteuttaminen ei vaadi koulutettua henkilökuntaa tai merkittäviä laiteinvestointeja. Kroonisen kivun potilailla mu-

siikilla on todennäköisesti positiivinen vaikutus myös potilaan läheisten kuormittumiseen.

Yhteenveto

Musiikin vaikuttavuus kivun hoidossa on osoitettu yli 100 tutkimuksessa yhteensä yli 20 000 potilasta käsittävissä aineistoissa. Paras näyttö musiikin tuottamasta analgesista on toimenpiteisiin liittyvän kivun hoidossa. Teho näkyy kivun intensiteetin alentumisena, kipulääkkeiden käytön vähentymisenä ja potilastyytyväisyyden lisääntymisenä. Toistuvasti on saatu näyttöä musiikin vaikuttavuudesta kroonisen nosiseptiivisen ja nosioplastisen kivun hoidossa. Näissä vaikutus painottuu kroonisen kivun liitännäisilmiöihin, kuten masennukseen, ahdistuneisuuteen, alentuneeseen elämänlaatuun, koettuun stressiin tai kivunhallinnan tunteeseen. Jonkin verran näyttöä on musiikin vaikuttavuudesta syöpäkivun ja palliatiivisen kivun hoidossa. Toistaiseksi näyttö puuttuu neuropaattisen kivun, päänsäryn ja kasvokipujen osalta. Musiikkiin perustuvan hoidon soveltuvuus tulisi arvioida, hoito suunnitella ja toteuttaa yksilöllisesti ja yhteistyössä potilaan kanssa. ■

Kirjallisuutta:

- Mäntyselkä P, Kumpusalo E, Ahonen R, Kumpusalo A, Kauhanen J, Viinämäki H, Halonen P, Takala J. Pain as a reason to visit a doctor: a study in Finnish primary health care. *Pain* 2001; 89: 175-80.
- Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain* 2006; 10: 287-333.
- Fayaz A, Croft P, Langford R, Donaldson L, Jones G. Prevalence of chronic pain in the UK: A systematic review and meta-analysis of population studies. *BMJ* 2016, open 6: e010364.
- Apkarian A, Sosa Y, Sonty S, Levy R, Herden R, Parrish T, Gitelman D. Chronic back pain is associated with decreased prefrontal and thalamic gray matter density. *J Neurosci* 2004; 24: 10410-15.

5. Tennant F. The Physiologic Effects of Pain on the Endocrine System. *Pain Ther* 2013; 2: 75-86.
6. Lee J. The effects of music on pain: a meta-analysis. *J Music Ther* 2016; 53: 430-77.
7. Hole J, Hirsch M, Ball E, Meads C. Music as an aid for post-operative recovery in adults: A systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2015; 386: 1659-71.
8. Kühlmann A, de Rooij A, Kroese L, van Dijk M, Hunink M, Jeekel J. Meta-analysis evaluating music interventions for anxiety and pain in surgery. *Br J Surg* 2018; 105: 773-83.
9. Chuang C, Chen P, Lee C, Chen C, Tu Y, Wu S. Music intervention for pain and anxiety management of the primiparous women during labour: A systematic review and meta-analysis. *J Adv Nurs* 2019; 75: 723-33.
10. Garza-Villareal E, Pando V, Vuust P, Parsons C. Music-induced analgesia in chronic pain conditions: A systematic review and meta-analysis. *Pain Physician* 2017; 20: 597-610.
11. Guétin S, Giniès P, Siou D, Picot M-C, Pommié C, Guldner E, Gasp A-M, Ostyn K, Coydeyre E, Touchon J. The effects of music intervention in the management of chronic pain: A single-blind, randomized, controlled trial. *Clin J Pain* 2012; 28: 329-37.
12. Bradt J, Dileo C, Magill L, Teague A. Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 8: CD006911.
13. Bro M, Jespersen K, Hansen J, Vuust P, Abildgaard N, Gram J, Johansen C. Kind of blue: A systematic review and meta-analysis of music interventions in cancer treatment. *Psycho-oncology* 2018; 27: 386-400.
14. Köhler F, Martin Z-S, Hertrampf R-S ym. Music Therapy in the Psychosocial Treatment of Adult Cancer Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Psychol* 2020; 11: 1-15.
15. Gao Y, Wei Y, Yang W, Jiang L, Li X, Ding J. The Effectiveness of Music Therapy for Terminally Ill Patients: A Meta-Analysis and Systematic Review. *J Pain Symptom Manage* 2019; 57: 319-29.
16. Wood C, Cutshall S, Wiste R, Gentes R, Rian J, Tipton A, Dose A-M, Saswati M, Carey E, Strand J. Implementing a Palliative Medicine Music Therapy Program: A Quality Improvement Project. *Am J Hosp Palliat Med*. 2019; 36: 603-7.
17. Sihvonen A, Särkämö T, Leo V, Tervaniemi M, Altenmüller E, Soinila S. Music-based interventions in neurological rehabilitation. *Lancet Neurol* 2017; 16: 648-660.
18. Sihvonen A, Pitkääniemi A, Särkämö T, Soinila S. Isn't there room for music in chronic pain management? *J Pain* 2022; 23: 1143-50.
19. Gardner W, Licklider J, Weisz A. Suppression of pain by sound. *Science* 1960; 132: 32-33.
20. Nupponen A, Sihvonen A, Särkämö T, Soinila S. Musiikki aivohalvauksen stressireaktioiden hillitsijänä. *Duodecim* 2023; 139: 31-37.

Digipolku tehostaa leikkauksen jälkeisen pitkittyneen kivun hoitoa



Annukka Kallio
ePalvelusuunnittelija,
viestintä
HUS Kipuklinikka

HUS Leikkauksen jälkeinen kivunhoito -digipolku on suunnattu potilaille, joiden kipu uhkaa pitkittyä leikkauksen jälkeen. Palvelun tavoitteena on valmistaa potilasta APS-jälkipoliklinikan hoitokontaktiin, säästää ammattilaisen vastaanottoaikaa ja tuottaa dataa kivunhoidon tutkimukselle.

Leikkauksen jälkeinen kipu pitkittyy noin joka 10. leikkauspotilaalla. Riskiin vaikuttaa niin leikkaustyyppi kuin potilaskohtaiset tekijät. Leikkauksen jälkeisen opioidilääkityksen pitkittyminen on riskitekijä pitkäaikaiselle opioidilääkitykselle (2).

APS-jälkipoliklinikka on suunnattu potilaille, joilla leikkauksen jälkeinen kipu uhkaa pitkittyä ja jotka joutuvat vielä kotiutuessaan syömään opioideja tai gabapentinoideja (1). Tavoite on tehokkaalla kivunhoidolla estää kivun muuttuminen pitkäaikaiseksi ja purkaa leikkauksen jälkeiset opioidit. Maailmalla APS-jälkipoliklinikasta käytetään myös termiä ”transitional pain service” (3).

Leikkauksen jälkeinen kivunhoito -digihoitopolun rakentaminen lähti tarpeesta tehostaa kivunhoitoa kotona ja valmistaa potilasta etukäteen APS-jälkipoliklinikan hoitokontaktiin. Lyhenne APS tulee englannin kielen sanoista Acute Pain Service.

Tehokkuutta ja yksilöllisyyttä kivunhoitoon

Terveyskylän Omapolku-palvelukanavalla toimivaa HUS Leikkauksen jälkeinen kivunhoito -digipolulle ohjataan potilaat, joille on tulossa APS-jälkipoliklinikan vastaanotto tai hoitopuhelu. Digipolku on käytettävissä HUSin kaikilla APS-jälkipoliklinikoilla. Se on valmistunut

osana HUSissa käynnissä ollutta Digimuutos 2022 -hanketta.

Leikkauksen jälkeinen kivunhoito -digipolku tarjoaa potilaille tärkeää tietoa esimerkiksi pelon, mielialan ja ahdistuksen vaikutuksesta kivun kokemiseen, yksilöllisen kipulääkityksen toteutumisesta kotioloissa sekä lääkkeettömistä kivunlievityskeinoista. Polulla on päiväkirja kivun voimakkuuden, kipulääkityksen käytön, unen ja leikkauksen jälkeisen kuntoutumisen sekä mahdollisten kipulääkkeiden haittavaikutusten seurantaan varten. Potilaan kivun voimakkuuden muutokset ja kipulääkkeiden kulutus ajan myötä ovat helposti seurattavissa päiväkirjasta, mikä helpottaa kipuongelman kartoittamista.

Digipolku valmistaa potilasta APS-jälkipoliklinikan hoitokontaktiin ja säästää merkittävästi ammattilaisen vastaanottoaikaa, kun kipuun ja lääkitykseen liittyvät tiedot ovat saatavilla digipalvelussa.

Päiväkirja ja kiputilannetta kartoittava kysely auttavat potilasta jäsentämään omaa tilannettaan ja näin ammattilainen kykenee tarjoamaan sekä yksilöllisempää kivunhoitoa että optimoidumpaa hoitoa potilaan tarpeiden mukaisesti. Tämä puolestaan johtaa vastaanotokäyntien lyhenemiseen ja hoidon tehokkuuteen.



Sekä potilas että ammattilainen hyötyvät

Digihoitopolku soveltuu kyseiselle potilasryhmälle erinomaisesti. Polusta hyötyvät eniten potilaat, joiden voimavarat riittävät oman kiputilansa analysointiin ja jotka jaksavat täyttää päiväkirjaa. Kuitenkin nekin potilaat, jotka eivät ole jaksaneet kirjata tuntemuksiaan polulle, ovat kertomansa mukaan hyötäneet polulta löytämästään tiedosta, kertoo apulaisylilääkäri Elina Tiippana Hyvinkään sairaalasta. – Potilaan kivun voimakkuuden muutokset ja kipulääkkeiden kulutus näkyvät päiväkirjasta melko helposti ja sen pohjalta on puhelinkeskustelussa helppo kartoittaa kipuongelman laajuutta ja kehitystä, hän jatkaa.

Myös osastonlääkäri Teija Nieminen Meilahden sairaalasta kertoo, että on ollut hyödyllistä käydä potilaan kirjaamia tuntemuksia läpi ennen varsinaista hoitokontaktia, mikä voi tapahtua joko puhelimitse tai vastaanotolla.

HUS Kipuklinikan ylilääkäri ja linjajohtaja Katri Hamunen korostaa digitaalisten palvelujen merkitystä kivunhoidossa ja APS-jälkipoliklinikan toiminnassa:

– Digitaalisten palvelujen tuominen osaksi APS-jälkipoliklinikan toimintaa on hyvin ajankohtaista. Vastaavanlaisia ratkaisuja on parhailaan kehitteillä myös esimerkiksi Tanskassa ja

Yhdysvalloissa, hän kertoo.

– Lisäksi digihoitopolku tarjoaa loistavan mahdollisuuden tutkimukselle ja tulee olemaan arvokas lisä resursseihin kipuongelman laajuuden ja kehityksen arvioinnissa. Digihoitopolulle voidaan liittää tutkimustiedote ja -suostumus digitaalisessa muodossa. Potilaan päiväkirjaan tallentamat tiedot kivun voimakkuudesta, kipulääkkeiden käytöstä, kuntoutumisesta sekä unesta saadaan tutkimuksessa suoraan sähköisessä muodossa analyysiä varten. ■

Kirjallisuutta:

1. Tiippana E, Hamunen K, Heiskanen T, Nieminen T, Kalso E, Kontinen VK. New approach for treatment of prolonged postoperative pain: APS Out-Patient Clinic. *Scand J Pain* 2016;12:19-24
2. Sutherland AM, Clarke HA. The role of anesthesiologists in reducing opioid harm. *Can J Anaesth* 2022;69:917-922.
3. Mikheev J, Ayoo K, Clarke H, Wasowicz M, Huang A. Review of the Transitional Pain Service as a method of postoperative opioid weaning and a service aimed at minimizing the risk of chronic post-surgical pain. *Anesthesiol Intensive Ther* 2020;52:148-153.

Akuutin kivun arviointiin ja hoitoon tarvitaan säännöllistä koulutusta



Jenni Hämäläinen

sairaanhoitaja, lehtori, TtT,
LAB- ammattikorkeakoulu

Akuutti kipu on yksi potilaiden yleisimmistä tulosityistä päivystyspoliklinikalle. Akuutin kivun hoito päivystyspoliklinikalla kuuluu jokaisen potilaan oikeuksiin. Valvira, Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto määrittelee, että potilaalla on oikeus hyvään kivunlievitykseen osana hyvää terveyden- ja sairaanhoitoa. Kivunhoito onkin tärkeä osa hoidon laatua, jonka tavoitteena on kivun lievittyminen, toimintakyvyn koheneminen ja elämänlaadun paraneminen. Laadukas kivunhoito käytännön tasolla sisältää kivun arviointia, kivun hoitoa eri menetelmin, niin lääkkeellisesti kuin lääkkeettömästäkin, kivunhoidon vaikutusten arviointia ja kirjaamista. Potilaan kivun arvioinnin ja kivunhoidon tulee perustua näyttöön sekä hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Tässä artikkelissa keskityttiin akuutin kivun arviointiin ja hoitoon päivystyspoliklinikalla.

Johdanto

Kipu määritellään kirjallisuudessa usein epämiellyttäväksi kokemukseksi, johon liittyy kudosvaurio tai sen uhka (1). Kipu voidaan jakaa akuuttiin kipuun, joka tarkoittaa alle kuukauden kestänyttä kipua, subakuuttiin kipuun, jossa kipua on kestänyt 1–3 kuukautta ja krooniseen kipuun, joka tarkoittaa yli 3 kuukautta kestänyttä kipua (2). Kipu on monialainen haaste. Kyseessä ei ole pelkästään fyysinen oire, vaan pitkittyessään vaikuttaa myös ihmisen muuhun terveyteen, sosiaaliseen kanssakäymiseen sekä toimintakykyyn. Kivun on arvioitu olevan suurin työkyvyttömyyden syy sekä yleisimpiä syitä lääkkeiden käyttöön. Pitkittyessään kipu voi aiheuttaa myös pelkoa ja ahdistusta (3–4).

Tutkimusten mukaan akuutin kivun tehokas hallinta parantaa potilaiden hoitotuloksia sekä potilastyytyväisyyttä hoitoaan kohtaan (5). Kivunhoidon laadun parantamiseksi on kivun hoidon esteet tunnistettava ja keskityttävä niiden poistamiseen (6). Tämän vuoksi asian-

mukainen kivun arviointi ja kivun hoito ovat tärkeä hoitotieteen ja terveydenhuollon tutkimusaihe.

Tutkimusaineisto ja menetelmät

Tässä artikkelissa käsitellään hoitotieteen väitöskirjaa, jonka aiheena on sairaanhoitajien ja potilaiden käsityksiä akuutin kivun arvioinnista ja hoidosta päivystyspoliklinikalla. Väitöstutkimuksen muodostivat neljä osatutkimusta, joihin sisältyivät sairaanhoitajien käsitykset akuutin kivun arvioinnista ja akuutin kivun hoidosta ja potilaiden käsitykset akuutin kivun arvioinnista ja akuutin kivun hoidosta. Aineistonkeruumenetelminä käytettiin tähän tutkimukseen kehitettyjä kyselylomakkeita. Sairaanhoitajien kyselylomake koostui 67 väittämästä koskien kivun arviointia ja kivun hoitoa. Kysymykset olivat Likert-asteikollisia ja avoimia kysymystä. Kysymykset oli jaoteltu viiteen eri osioon: taustatiedot, kivun arviointi, kivun hoito (lääkkeellinen, lääkkeetön), estävät tekijät ja yleistieto kivun hoidosta. Potilaiden kyselylomake jaettiin

neljään eri osioon, jossa oli yhteensä 44 väittämää ja niiden lisäksi kuusi avointa kysymystä. Osiot olivat: taustatiedot, kivun arviointi, kivun hoito (lääkkeellinen ja lääkkeetön), ja kivun hallintaa estävät tekijät. Muokattua sairaanhoitajien mittaria käytettiin myös potilaiden tutkimuksessa. Akuutin kivun arviointi- ja hoito mittarin väittämät kehitettiin aikaisemman kirjallisuuden ja tutkimusten avulla vuonna 2017. Mittarin validiteettia ja luotettavuutta arvioitiin asiantuntijapaneelin avulla.

Asiantuntijapaneelin jälkeen toteutettiin pilottitutkimus kahdeksallekymmenelle sairaanhoitajalle. Pilottitutkimuksen jälkeen toteutettiin kuvaileva poikittaistutkimus, johon vastasi 101 sairaanhoitaja viideltä eri päivystyspoliklinikalta. Potilaiden pilottitutkimus suoritettiin elokuussa vuonna 2020, jonka jälkeen toteutettiin varsinainen kyselytutkimus yhdellä päivystyspoliklinikalla ja kaikkiaan 114 potilasta täytti kyselylomakkeen. Tiedot analysoitiin käyttämällä IBM SPSS Statistics 27 -ohjelmaa. Analyysimenetelminä käytettiin kuvailevia testejä, Spearman korrelaatiota, Mann-Whitneyn U- ja Kruskal Wallisin H-testiä, eksploratiivista faktoriaaliansalyysia tai pääkomponenttianalyysia ja regressioanalyysia. Avoimet vastaukset analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysilla.

Tulokset

Sairaanhoitajien ensimmäisen osatutkimuksen mukaan he arvioivat potilaan akuuttia kipua usealla eri tavalla. Tilastollisesti merkitsevä yhteys havaittiin sairaanhoitajan iän ja kivun tiheyden arvioinnin välillä. Yli 41-vuotiaat sairaanhoitajat arvioivat potilaiden akuuttia kipua useammin kuin 20–40-vuotiaat sairaanhoitajat. Myös alle 10 vuotta nykyisessä työpaikassa olevat sairaanhoitajat arvioivat potilaiden kipua harvemmin, kuin sairaanhoitajat, jotka olivat olleet nykyisessä työssään yli 21 vuotta. Jatkuva kivunhallintakoulutusta saaneet päivystys-

poliklinikan sairaanhoitajat arvioivat potilaan akuuttia kipua useammin potilaan eleiden ja käyttäytymisen perusteella kuin ne sairaanhoitajat, jotka eivät olleet saaneet lisäkoulutusta.

Osatutkimuksessa II sairaanhoitajat totesivat, että potilaat eivät saaneet riittävästi kipulääkkeitä, ja jotkut ilmoittivat potilaiden olevan ylilääkittyjä. Suurin osa sairaanhoitajista tarjosi erilaisia lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä (esim. asentohoito, lämpö, jääpakkaus). Sairaanhoitajien mukaan työmäärä ja ajan puute vaikuttivat potilaiden akuuttiin kivun hoitoon. Suurimmalla osalla päivystyspoliklinikan sairaanhoitajista ei ollut jatkuvaa kivunhallintakoulutusta osastollaan. Kivunhoidon täydennyskoulutuksen saaneet sairaanhoitajat ajattelivat useammin, että kivunhallinnan haasteet vaikuttavat potilaiden akuutin kivun hallintaan ja hoitoon, kuin ne, jotka eivät olleet saaneet koulutusta.

Potilaiden ensimmäisessä osatutkimuksessa selvisi, että potilaat olivat melko tyytyväisiä sairaanhoitajien tekemään akuutin kivun arviointiin. Suurin osa vastaajista ilmoittikin, että päivystyshotajat arvioivat heidän kipuaan useaan otteeseen heidän ollessaan päivystyspoliklinikalla. Kivun arvioinnin mittareista sanallinen kivun arvioinnin mittari oli yleisin potilaiden raportoima kivunarviointityökalu. Muita kivunarvioinnin menetelmiä olivat NRS (numerical rating scale); numeraalinen kipumittari ja VAS (visual analog scale); kipujana. Päivystyspoliklinikan potilaat totesivat, että luotettavin tapa arvioida akuutin kivun voimakkuutta on heidän oma arvionsa kivusta. Tutkimuksessa havaittiin tilastollisesti merkitsevä yhteys potilaiden kivun itsearvioinnin ja sukupuolen välillä. Miespotilaat olivat vähemmän tyytyväisiä kivun itsearviointiin kuin naispotilaat. Naiset myös luottivat useammin päivystyshotajien kivunarviointiin ja omaan kivunarviointiinsa kuin miehet.

Potilaiden toisessa osatutkimuksessa he ilmoittivat saaneensa kivunhoitoa riittävästi ja ajoissa. Kuitenkin osa potilaista ilmoitti saaneensa liian vähän kipulääkkeitä. Tilastollisesti merkitsevä ero oli sukupuolen ja keskimääräisen summamuuttujan ”lääkkeellinen kivunhallinta” välillä. Miespotilaat olivat vähemmän tyytyväisiä farmakologiseen kivunhoitoon kuin naispotilaat. Tutkimukseen osallistuneet potilaat totesivat myös, että kylmähoito, lämpö, istumis-, makuu- ja asentohoito vähensivät heidän kokemaansa akuuttia kipua. Keskustelu sairaanhoitajan tai lääkärin kanssa helpotti myös potilaiden akuuttia kipua.

Pohdinta

Tässä tutkimuksessa sairaanhoitajien käsitykset akuutin kivun arvioinnista olivat varsin positiivisia. Akuutin kivun hallintaan vaikuttivat kuitenkin jatkuvan kivunhallintakoulutuksen puute, työmäärä ja ajan vähyys. Lisäksi sairaanhoitajien käsityksen mukaan akuutti kipu on osittain alihallittua. Hyvin toteutettu kivunhoito edellyttää säännöllistä kivunarviointia. Tämän tutkimuksen mukaan päivystyspoliklinikan potilaat olivat enimmäkseen tyytyväisiä akuutin kivun arviointiin ja akuutin kivun hoitoon. Naispotilaat olivat tyytyväisempiä farmakologiseen kivunhoitoon kuin miespotilaat.

Tulevaisuudessa tulisi pohtia keinoja, miten saada potilas itse osallistettua kivun hoitoonsa enemmän. Tässä tutkimuksessa potilaat kokivat, että keskustelu sairaanhoitajan tai lääkärin kanssa helpotti heidän akuuttia kipuaan, ja tämän vuoksi olisikin erittäin tärkeää huomioida nämä lääkkeettömät kivunhoidon menetelmät lääkkeellisten menetelmien rinnalle heti hoitosuhteen alkaessa. Tutkimuksessa käsitellyt polkumallit osoittivat, että sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen liittyi positiivisesti potilaiden akuutin kivun voimakkuuden tasoon arviointihetkellä ja potilaiden oikea-aikaiseen

kivunhoitoon. Lisäksi potilaiden kivun itsearvioinnilla oli positiivinen vaikutus oikea-aikaiseen kivunhoitoon. ■

Kirjallisuutta

1. International Association for the Study of Pain, IASP. 2020. <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/>. 21.8.2023
2. KIPU. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä, 2017. www.kaypahoito.fi 21.8.2023
3. Andrews, P., Steultjens, M. & Riskowski, J. 2018. Chronic widespread pain prevalence in the general population: A systematic review. *European Journal of Pain*, 22 (1): 5–18.
4. Kalso E, Haanpää M, Hamunen K, Kontinen V, Vainio A. Kipu. Kustannus Oy Duodecim 2018.
5. Glowacki, D. 2015. Effective Pain Management and Improvements in Patients' Outcomes and Satisfaction. *Critical Care Nurse* 35 (3), 33–42. <http://dx.doi.org/10.4037/ccn2015440>
6. Zöega, S., Ward, S., Aspelund, T., Sveinsdottir, H. & Gunnarsdottir, S. 2015. Quality Pain Management Practices in a University Hospital. *Pain Management Nursing* 16 (3), 198–210 doi: 10.1016/j.pmn.2014.06.005

Yksilöllisen riskiprofiilin mukainen selkäkivun hoitomalli työterveyshuollossa – implementaatiotutkimus



Maija Paukkunen

fysioterapeutti (ylempi AMK), työfysioterapeutti, väitöskirjatutkija
University of Linköping ja Oulun yliopisto

Alaselkäkivun pitkittymisen riskitekijät

Alaselkäkipu on erittäin yleinen ja eniten toimintarajoitteita aiheuttava oire kaikissa ikäluokissa ympäri maailmaa. Suurimmalla osalla potilaista ei löydy yksiselitteistä syytä kivulle, jolloin puhutaan epäspesifisestä tai ”hyvänlaatuisesta” selkäkivusta. Alaselkäkivun taustalla olevat etiologiset mekanismit tunnetaan edelleen huonosti, vaikka tietämys riskitekijöistä on lisääntynyt viime aikoina (1). Pitkittyneeseen haittaavaan selkäkipuun liittyvät tekijät tunnetaan paremmin ja etenkin psykososiaalisten tekijöiden merkitys korostuu (1). Tämänhetkisen käsityksen mukaan alaselkäkipu on moniolotteinen kokonaisuus, jossa biologiset, psykologiset ja sosiaaliset tekijät vaikuttavat kivun kokemukseen ja siitä aiheutuvaan haittaan (1). Potilaiden ennuste on lähtökohtaisesti hyvä ja oireiden ilmaantuessa odotusarvona on oireista toipuminen.

Psykologiset tekijät, kuten masennus, ahdistus, katastrofointi (uskomus, että jokin asia on paljon pahemmin, kuin se todellisuudessa on) ja alhainen minäpystyvyys (uskomus, ettei pysty vaikuttamaan omaan elämään koskeviin tapahtumiin), altistavat pitkittyneelle haittaavalle alaselkäkivulle (1). Pelko-välttämiskäyttäytyminen lisää myös vaivan kehittymisen todennäköisyyttä (2). Brittiläisessä väestön seuranta-tutkimuksessa pitkittyntä haittaavaa alaselkäkipua ennustivat passiivinen elämänhallinta, potilaiden kokemus kivun hallitsemattomuus, vähäiset odotukset toipumisesta, negatiiviset uskomukset ja matala sosiaaliluokka (3).

Biopsykososiaalinen lähestymistapa

Hoitosuositukset suosittelevat biopsykososiaalista (BPS) lähestymistapaa kipupotilaiden, mukaan lukien alaselkäpotilaiden hoidossa (4), mutta sen käytäntöön soveltaminen on ollut haastavaa sekä kansainvälisesti että Suomessa (5-8). Selkäpotilaiden psykososiaaliseen arviointiin on luotu helpokäyttöisiä kyselyitä kuten

STarT-selkäkysely (9, 10) ja Örebron lyhyt kipukysely (11).

Englannissa Keelen yliopistossa kehitetyn Start-selkäkyselyn (9) avulla voidaan arvioida kohtalaisen hyvin alaselkäkipuun liittyvän toimintakyvyn aleneman ennustetta (12). STarT-kyselyn riskiluokkien mukainen hoito on todettu kustannusvaikuttavaksi selkäpotilailla (13). Kyselyn avulla voidaan löytää ne potilaat, jotka tarvitsevat suurempaa terveydenhuollon panostusta. Iso-Britanniassa Start-selkäkyselyllä tehtyyn riskipohjaiseen arviointiin (matala, kohtalainen tai korkea riski) perustuva hoidonohjaus onkin jo sisällytetty alaselkäkivun ja iskiaksen hoitosuositukseen (14).

Örebron lyhyt kysely ennustaa lähes täydellisesti kipupotilaiden tulevaa työkyvyttömyyttä (12). Väestötutkimuksessa masentuneisuus ja ahdistusoireet sekä pelko-välttämiskäytökset korostuivat molempien kyselyiden korkean riskin luokissa (15). Start-selkäkysely ja Örebron lyhyt kysely ovat molemmat käännetty ja validoitu suomeksi (16, 17).

Mitä on implementaatiotutkimus?

- Implementaatiotutkimus tarkastelee näyttöön perustuvien toimintatapojen ja menetelmien toimeenpanoa ja toteutusta etenkin ammattilaisten ja organisaatioiden näkökulmista.
- Erityisen mielenkiinnon kohteena on, miksi jokin menetelmä toimii yhdessä toimintaympäristössä, mutta ei toisessa.
- Implementaatiotutkimuksen menetelmiä käytetään tukemaan ja tutkimaan näyttöön perustuvaa toimintaa terveydenhuollossa.

Tutkimuskysymykset:

- a) Miten implementaation onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä voidaan arvioida moniammatillisen kuntoutuksen kontekstissa?

- b) Mitkä tekijät koetaan edistävän ja estävän näyttöön perustuvan alaselkäkivun biopsykososiaalisen (BPS) arvioinnin ja hoidon toteuttamista työterveyshuollossa?
- c) Millaisia vaikutuksia ja kustannuksia BPS-hoidolla on verrattuna tavanomaiseen hoitoon?

Tutkimuskysymyksiin vastaamiseksi aiomme käyttää sekä laadullisia että määrällisiä tutkimusmenetelmiä. Tavoitteena on tuottaa tietoa tekijöistä, jotka joko edistävät tai estävät BPS-lähestymistavan käyttöä työterveyshuollossa ja joita voidaan hyödyntää potilaiden hoidon kehittämisessä, ammattilaisten koulutuksen kehittämisessä ja toimeenpanon tukemisessa.

Olemme kouluttaneet työterveyslääkäreitä ja työfysioterapeutteja tunnistamaan, arvioimaan ja hoitamaan alaselkäpotilaita yksilöllisen riskiprofilin mukaisesti. Tarkoituksena on tutkia toimintamallin implementaatiota työterveyshuollon toimintaympäristössä. Arvioimme myös uuden näyttöön perustuvan tiedon käyttöön saattamisen edistäviä ja estäviä tekijöitä sekä tarkastelemme miten ja miksi alaselkäkivun BPS-hoitomallin implementaatio eli toimeenpano onnistuu tai epäonnistuu työterveyshuoltoyksiköissä Suomessa.

Suomeksi kääntämämme Determinants of Implementation Behavior Questionnaire (DIBQ) -kysely selvittää laaja-alaisesti tekijöitä, jotka edistävät tai estävät ammattilaisen toiminnan muutosta näyttöön perustuvan koulutuksen jälkeen (18). Kysely kartoittaa ammattilaisten kokemuksia mm. tietoihin, taitoihin, käytäytymiseen, asenteisiin ja toimintakulttuuriin liittyen. Kyselyn taustateorioina ovat Teoreettisten aihealueiden viitekehys (Theoretical Domains Framework) (19, 20) ja Käyttäytymisen

muutospyörä (Behavioural Change Wheel) (21).

Tutkimuksen tavoitteet

#1 implementointia arvioivan kyselyn (DIBQ) kääntäminen suomeksi ja soveltaminen moniammatilliseen käyttöön.

#2 selvittää ammattilaisten (työterveyslääkäreiden, työfysioterapeuttien ja työterveyshoitajien) kokemuksia BPS-hoitomallista ja sen soveltamista edistävästä ja estävästä tekijöistä työterveyshuollon toimintaympäristössä.

#3 selvittää vaikutuksia potilaiden hoitoprosesseihin vertaamalla koulutus- ja verrokkiyksiköistä kerättyjä tietoja. Arvioimme yhteensä noin 80 potilaskertomuksesta työterveyshuollon käyntitekstien perusteella, millaista hoitoa potilaat eri riskiryhmissä ovat saaneet ja onko työfysioterapeuttien toiminta ollut koulutuksen mukaista (fidelity).

#4 selvittää vaikutuksia potilaiden hoidon kustannuksiin vertaamalla koulutus- ja verrokkiyksiköistä kerättyjä tietoja.



Kuva 1. Onnistumisen edellytykset näyttöön perustuvan tiedon käytäntöön viemisessä (30)

Aineisto

27 yksikköä kuudelta eri palveluntuottajalta satunnaistettiin koulutus- (n=12) ja vertailuryhmiin (n=15). Koulutusryhmän työfysioterapeutit ja työterveyshuollon lääkärit saivat 3–7 päivän BPS-koulutuksen. Tutkimuksessa potilaiden yksilöllinen BPS-hoitoarvio perustui Start-selkäkyselyllä ja Örebron kipukyselyllä arvioituun riskiluokkaan. Toimintamallissa matalan riskin potilaille tarjottiin ohjausta ja neuvontaa, kun taas kohtalaisen riskin potilaille lisäksi toimintakykyä parantavaa harjoitteluterapiaa. Korkean riskin potilaiden tuli saada psykologisesti painottunutta hoitoa. Kaikille potilaille oli tavoitteena tehdä kipu ymmärretyksi ja kohdistaa ohjaus tunnistettuihin riskitekijöihin yksilöllisen arvion mukaisesti. Ammatillaiset saattoivat tarvittaessa lähettää potilaan esim. työterveyspsykologille.

Tutkimusmenetelmät

#1 tiedon käytäntöön soveltamista koskeva DIBQ-kysely käännettiin Suomeksi ja kyselyn soveltuvuus kuntoutuksen moniammatilliseen käyttöön arvioitiin asiantuntijapaneelin toimesta. Ensimmäinen osatutkimus *Measuring the determinants of implementation behavior in multiprofessional rehabilitation* on julkaistu European Journal of Physical and Rehabilitation Medicinessä (22).

#2 Koulutusyksiköiden ammatillaiset (n=50) haastateltiin vuosi koulutuksen jälkeen. Ryh-

mähaastattelut analysoitiin yhdistämällä teoria- ja aineistolähtöisiä sisällön analyysin menetelmiä (23).

#3 Vaikutukset hoitoprosesseihin selvitetään vertaamalla yksiköistä kerättyjä potilasrekisteritietoja. Prosessia arvioitaessa tarkastellaan potilaiden hoitosuunnitelman toteutumista tutkimuksen tavoitteiden mukaisesti. #4 Vaikutukset hoidon toteutukseen ja kustannuksiin selvitetään vertaamalla terveydenhuollon rekistereitä 18 kk ennen koulutusta ja 18 kk koulutuksen jälkeen. Toteutuksen arvioinnissa selvitetään potilaiden hoitoon käytetyt resurssit, suorat ja epäsuorat kustannukset ja saavutetut hyödyt.

Tutkimuksen merkitys

Edelleen Suomessakin on tarjolla runsaasti näyttöön perustumatonta ns. low-value hoitoa, joka saattaa olla jopa haitallista potilaille (24, 25). Näyttöön perustuvien hoitosuositusten on tarkoitus toimia ammattilaisten työn ja koulutuksen ohjeena ja tukena, mutta niiden soveltaminen käytäntöön koetaan kuitenkin haastavana (26).

Terveydenhuollon ammattilaisten toiminnan muutosta näyttöön perustuvan koulutuksen jälkeen on tutkittu Suomessa niukasti. Implementaatiotutkimuksen avulla voidaan tutkia ja tukea sitä, miten ja millä ehdoin ihmiset muuttavat toimintaansa – tapahtui se sitten asenteiden, ympäristön muutosten tai esimer-

kiksi sosiaalisen paineen kautta (27). Useinkaan pelkkä tiedon antaminen, esimerkiksi koulutukseen osallistuminen, ei riitä käyttäytymisen muuttamiseksi (28, 29). Aktiivista toimeenpanon tukea tarvitaan, jotta onnistumisen edellytykset olisivat mahdollisimman suuret – ja potilaat saisivat näyttöön perustuvaa hoitoa (kuva 1).

Näyttöön perustuvien hoitokäytänteiden implementaatio edellyttää ammattilaisilta monien eri toimintojen muutosta, mutta myös riittävää sosiaalista, ekonomista ja yhteiskunnallista tukea näyttöön perustuvalla toiminnalla (muutoksen mahdollistavat kontekstit) (30). Sen lisäksi toiminnan muutosta tarvitaan usein implementaatioketjun eri tasoilla (terveydenhuollon ammattilaiset, esihenkilöt, hallinto, johto) (20). Kun sosiaali- ja terveydenhuollon ml. kuntoutuksen ammattilaisten toimintaa pyritään muuttamaan, tarvitaankin laaja-alaisesti tietoa muutoksen edellytyksistä ja esteistä. Estävät ja edistävät tekijät voivat liittyä hoitosuosituksiin, niitä käytäviin ammattilaisiin, terveydenhuollon organisaatioihin ja tutkimuksiin, hoitoon ja kuntoutukseen osallistujiin - tai laajemmin yhteiskuntaan (27).

Ensimmäisessä osatyössä kääntämämme ja moniammatilliseen sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristöön sovellettu Toiminnan muutosta ohjaavat tekijät -kysely (DIBQ-mp) on saanut erittäin innostuneen vastaanoton. Vastaavaa suomenkielistä kyselyä ei ole ollut aiemmin käytettävissä. Kyselyä tullaan käyttämään useissa käynnistyvissä kuntoutukseen liittyvissä tutkimushankkeissa.

Ammattilaisten käsityksiä koskeva laadullinen tutkimus voi selittää miksi näyttöön perustuvia hoitosuosituksia ei aina voida siirtää kliiniseen käytäntöön. Kvalitatiiviset menetelmät tarjoavat syvällisemmän ymmärryksen onnistumisen tai epäonnistumisen syistä yksittäisen klinikon ja organisaation tasolla, ja ne auttavat

tunnistamaan keinoja, joilla voidaan helpottaa suositusten täytäntöönpanoa ja voittaa havaitut esteet. Monimenetelmätutkimus kokonaisuudessaan auttaa arvioimaan BPS hoidon toteuttamismahdollisuuksia työterveyshuollossa ja selvittämään, mikä auttaa terveydenhuollon ammattilaisia muutoksen toteuttamisessa ja ylläpitämisessä kliinisessä käytännössä. ■

Kirjallisuutta:

1. Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, Louw Q, Ferreira ML, Genevay S, et al. What low back pain is and why we need to pay attention. *Lancet*. 2018;391(10137):2356-67.
2. Wertli MM, Rasmussen-Barr E, Weiser S, Bachmann LM, Brunner F. The role of fear avoidance beliefs as a prognostic factor for outcome in patients with nonspecific low back pain: a systematic review. *The spine journal*. 2014;14(5):816-36. e4.
3. Chen Y, Campbell P, Strauss VY, Foster NE, Jordan KP, Dunn KM. Trajectories and predictors of the long-term course of low back pain: cohort study with 5-year follow-up. *Pain*. 2018;159(2):252-60.
4. Tanguay-Sabourin C, Fillingim M, Guglietti GV, Zare A, Parisien M, Norman J, et al. A prognostic risk score for development and spread of chronic pain. *Nature Medicine*. 2023:1-11.
5. Synnott A, O'Keeffe M, Bunzli S, Dankaerts W, O'Sullivan P, O'Sullivan K. Physiotherapists may stigmatise or feel unprepared to treat people with low back pain and psychosocial factors that influence recovery: a systematic review. *J Physiother*. 2015;61(2):68-76.
6. Driver C, Kean B, Oprea F, Lovell GP. Knowledge, behaviors, attitudes and beliefs of physiotherapists towards the use of psychological interventions in physiotherapy practice: a systematic review. *Disability and Rehabilitation*. 2017;39(22):2237-49.
7. Alexanders J, Anderson A, Henderson S. Musculoskeletal physiotherapists' use of psychological interventions: a systematic review of therapists' perceptions and practice. *Physiotherapy*. 2015;101(2):95-102.
8. Holopainen R, Simpson P, Piirainen A, Karppinen J, Schutze R, Smith A, et al. Physiotherapists' perceptions of learning and implementing a biopsychosocial intervention to treat musculoskeletal pain conditions: a systematic review and metasynthesis of qualitative studies. *Pain*. 2020;161(6):1150-68.

9. Hill JC, Dunn KM, Lewis M, Mullis R, Main CJ, Foster NE, et al. A primary care back pain screening tool: identifying patient subgroups for initial treatment. *Arthritis Rheum.* 2008;59(5):632-41.
10. Hill JC, Fritz JM. Psychosocial influences on low back pain, disability, and response to treatment. *Phys Ther.* 2011;91(5):712-21.
11. Linton SJ, Nicholas M, MacDonald S. Development of a short form of the Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire. *Spine.* 2011;36(22):1891-5.
12. Karran EL, Traeger AC, McAuley JH, Hillier SL, Yau YH, Moseley GL. The Value of Prognostic Screening for Patients With Low Back Pain in Secondary Care. *J Pain.* 2017;18(6):673-86.
13. Hall JA, Jowett S, Lewis M, Oppong R, Konstantinou K. The STarT Back stratified care model for nonspecific low back pain: a model-based evaluation of long-term cost-effectiveness. *Pain.* 2021;162(3):702-10.
14. UK NGC. Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management. 2016.
15. Simula AS, Ruokolainen O, Oura P, Lausmaa M, Holopainen R, Paukkunen M, et al. Association of STarT Back Tool and the short form of the Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire with multidimensional risk factors. *Scientific reports.* 2020;10(1):290.
16. Piironen S, Paananen M, Haapea M, Hupli M, Zitting P, Ryyänänen K, et al. Transcultural adaption and psychometric properties of the STarT Back Screening Tool among Finnish low back pain patients. *European Spine Journal.* 2016;25:287-95.
17. Ruokolainen O, Haapea M, Linton S, Korniloff K, Häkkinen A, Paananen M, et al. Construct validity and reliability of Finnish version of Örebro musculoskeletal pain screening questionnaire. *Scandinavian Journal of Pain.* 2016;13(1):148-53.
18. Huijg JM, Gebhardt WA, Dusseldorp E, Verheijden MW, van der Zouwe N, Middelkoop BJ, et al. Measuring determinants of implementation behavior: psychometric properties of a questionnaire based on the theoretical domains framework. *Implementation Science.* 2014;9(1):1-15.
19. Michie S, Johnston M, Abraham C, Lawton R, Parker D, Walker A, et al. Making psychological theory useful for implementing evidence based practice: a consensus approach. *Qual Saf Health Care.* 2005;14(1):26-33.
20. Cane J, O'Connor D, Michie S. Validation of the theoretical domains framework for use in behaviour change and implementation research. *Implementation science.* 2012;7(1):1-17.
21. Michie S, Atkins L, West R. The behaviour change wheel: a guide to designing interventions. 2014.
22. Paukkunen M, Ala-Mursula L, Öberg B, Karppinen J, Sjögren T, Riska H, et al. Measuring the determinants of implementation behavior in multiprofessional rehabilitation. *European Journal of physical and rehabilitation Medicine.* 2023.
23. Elo S, Kyngas H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs.* 2008;62(1):107-15.
24. Foster NE, Anema JR, Cherklin D, Chou R, Cohen SP, Gross DP, et al. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. *Lancet.* 2018;391(10137):2368-83.
25. Stevans JM, Delitto A, Khoja SS, Patterson CG, Smith CN, Schneider MJ, et al. Risk factors associated with transition from acute to chronic low back pain in US patients seeking primary care. *JAMA network open.* 2021;4(2):e2037371-e.
26. Zidarov D, Thomas A, Poissant L. Knowledge translation in physical therapy: from theory to practice. *Disabil Rehabil.* 2013;35(18):1571-7.
27. Nilsen P, Birken SA. Handbook on implementation science: Edward Elgar Publishing; 2020.
28. Stevenson K, Lewis M, Hay E. Does physiotherapy management of low back pain change as a result of an evidence-based educational programme? *J Eval Clin Pract.* 2006;12(3):365-75.
29. Overmeer T, Boersma K, Denison E, Linton SJ. Does teaching physical therapists to deliver a biopsychosocial treatment program result in better patient outcomes? A randomized controlled trial. *Phys Ther.* 2011;91(5):804-19.
30. Fixsen DL. Implementation research: A synthesis of the literature: National Implementation Research Network; 2005.

SAVE THE DATE

Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry:n vuosikokouskoulutus merellisessä Oulussa 14.–15.3.2024

Paikkana viihtyisä Nordic Art Hotel Lasaretti kaupungin keskustassa



Alustavassa ohjelmassa mm.

- IASP:n 50-vuotishistoriikki ja kivun moniammatillisuuden kehittyminen , **Stephen Butler**, Uppsala
- Aivot, kipu ja stressi
- Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyö kivun hoidossa
- Pkv-kipulääkkeet ja ajokyky sekä työkaluja turvalliseen lääkehoitoon
- Voimavaraistumista tukeva ohjaus kivunhoidossa
- Musiikkiterapia ja ratsastusterapia kivunhoidossa
- Työhyvinvointiasiaa
- Mindfulness ja myötätunto ammattilaisten jaksamisen työkaluna, **Karen Atkinson**, UK

Lopullinen ohjelma julkaistaan syksyn aikana SKTY:n verkkosivuilla.

Iltilaisuus Lasaretissa musiikillisissa merkeissä.

Koulutustilaisuus toteutetaan hybridinä.

Lämpimästi tervetuloa oppimaan, verkostoitumaan ja voimaantumaan!

SKTY koulutustyöryhmä

Noran muistolle

Eija Kalso

LKT, professori emerita
ja tutkimusjohtaja,
Helsingin yliopisto



Nora Hagelberg siirtyi ajasta iäisyyteen maaliskuun 13. päivänä 2023 vain 59-vuotiaana vaikean sairauden uuvuttamana. Nora oli aktiivinen Suomen Kivuntutkimusyhdistyksessä, ja halusimme muistaa häntä myös Kipuviestissä, vaikka hänestä on jo julkaistu useita muistokirjoituksia. Pyysin Noran eri lähtökohdista tunteilta SKTY:n toimijoilta muistoja Norasta.

Kokosin saamani muistot suorina sitaatioina alle ennen omia muistoja.

Noran tunsivat parhaiten hänen työtoverinsa Turussa. Tuula Manner, Pirkka Rautakorpi ja Sanna Salo valottavat myös Noran uraa lääkärinä ja kivun tutkijana ja opettajana.

”Nora Hagelbergin lääkärin ura alkoi Paimion-Sauvon terveyskeskuksesta, jossa hän aloitti yleislääketieteen erikoistumisopinnot heti lääkäriksi valmistuttuaan v. 1989. Lohjan sairaalassa reunakoulutuksia tehdessään Nora innostui anesthesiologiasta ja tehohoidosta, mikä johti toiseen erikoisalatutkintoon v. 2000. Jo erikoistumisen aikana ilmeni Noran laaja-alainen kiinnostus kivunhoitoa ja sen kehittämistä kohtaan. Noran työpanos, vastuutehtävät ja kehitystyö kipuklinikalla lisääntyivät nopeasti ja v. 2005 Nora nimitettiin kipuklinikan ylilääkärin tehtävään, jossa hän jatkoi aina vuoteen 2018 asti. Näiden vuosien aikana Nora rakensi Tyksin nykymuotoisen kipuklinikan, joka perustuu vahvasti biopsykofyysiselle viitekehykselle ja potilaan kokonaisvaltaiselle kohtaamiselle. Noran ideoiden pohjalta muotoutuivat lääkärin ja kipupsykologin yhteisvastaanotot, kipupotilaille ja heidän läheisilleen suunnatut koulutukset sekä monialaiset yhteistyön mallit. Nora oli työhönsä vahvasti sitoutunut, tunnollinen ja luotettava esihenkilö, joka vaati itseltään paljon ja edellytti kaikessa toiminnassa näyttöä ja vaikuttavuutta. Hänen yleislääke-

tieteen kokemuksensa näkyi laaja-alaisena viisautena ja realismina kipupotilaiden hoidossa. Potilaiden ja työtoverien keskuudessa Nora oli hyvin pidetty ja arvostettu lääkäri.”

Nora Hagelberg oli myös aktiivinen kipututkija. Hän oli kiinnostunut sekä kivun fysiologiasta ja farmakologiasta että myös kivunhoidon kehittamisestä. Noran väitöskirja vuonna 2004 käsitteli PET-kuvantamista hyödyntäen dopamiinireseptorien merkitystä kokeellisessa ja kliinisessä kivussa sekä opioidien vaikutusta niihin. Väitöskirjan jälkeen Nora oli mukana useissa tutkimushankkeissa, mistä osoituksena hänellä on yli 40 alkuperäisjulkaisua. Noran johdolla Tyksin kipuklinikka on mukana myös useassa kansallisessa tutkimushankkeessa, joista osa on vasta tulosten analysointivaiheessa ja jäivät siten Noralle postumeiksi. Dosentin arvo Noralle myönnettiin v. 2011. Kansainvälistä tunnustusta osoittavat hänen nimityksensä Euroopan kipuliiton (European Pain Federation, EFIC) neuvostoon ja Pohjoismaisen kivuntutkimusyhdistyksen (SASP) hallitukseen.

Nora oli erinomainen opettaja ja kirjoittaja, mikä toi hänelle lukuisia akateemisia tehtäviä väitöskirjatöiden ohjaajan, esitarkastajan ja seurantaryhmän asiantuntijana. Lisäksi hän kirjoitti useita yleiskatsauksia kivun hoidosta oppikirjoihin, aikakausjulkaisuihin sekä toimi pidettynä luennoitsijana monilla eri foorumeilla.

Kipuklinikan työyhteisössä syntyi myös useita Noralle hyvin läheisiä ystävyyssuhteita: ystäviä, joiden kanssa jaettiin ilot sekä surut ja taakat elämän viimeisiin päiviin asti.

Turkulaisista myös Sanna Salanterä muistelee Noraa ja yhteistyötään hänen kanssaan. ”Tutustuin Noraan kivuntutkimusyhdistyksen ja turkulaisten kipututkijoiden tapaamisissa. Järjestimme yhdessä koulutustapahtumia, kirjoitimme kirjan kivun hoitotyöstä, toimimme Kipuviestin toimituskunnassa, teimme Käypä

hoito – suosituksia, toimimme Turun yliopiston terveystieteellisen tutkimuksen eettisessä toimikunnassa ja teimme yhdessä tutkimustyötä. Nora oli kaikissa kohtaamisissamme lämmin, innostunut, älykäs ja luotettava yhteistyökumppani. Hän oli laaja-alainen ja taitava. Päällimmäisenä tunteena minulla on ikävä hyvää ihmistä ja yhteistyökaveria, mutta myös kiitollisuus ja ilo kaikesta mitä Noran kanssa teimme. Kiitos Nora.”

Antti Pertovaara toimi fysiologian professorina Turun yliopistossa ennen siirtymistään vastaamaan tehtävään Helsingissä. Hän pani Turussa alulle monta kipuaiheista tutkimushanketta. Osa niistä tehtiin yhteistyössä PET-professori Harry Scheininin ja Turun hienoa kasvokipuja tutkinutta ryhmää vetäneen dosentti Heli Forsellin kanssa. Tässä yhteisössä Nora teki väitöskirjansa.

Antti Pertovaara muistelee Noraa näin: ”Päällimmäisenä suuresti arvostamastani Norasta on jäänyt mieleen, kuinka tavattoman hieno ihminen hän oli, ja kuinka hänen kanssaan oli aina ilo olla tekemisissä.

Työtoverin näkökulmasta hän oli älykäs ja huumorintajuinen, ja taitava kirjoittaja niin suomeksi kuin englanniksikin. Ja työryhmässä aina toisia ja heidän näkemyksiään rakentavasti ja kannustavasti huomioonottava.”

”Hieno ihminen” oli ilmaisu, jonka kaikki Noraa muistelleet yleensä sanoivat ensimmäiseksi. Noraa kuvattiin myös luotettavaksi, ahkeraksi, älykkääksi, taitavaksi lääkäriksi, tutkijaksi ja opettajaksi. Noraa kuvattiin myös herkäksi ja samalla vahvaksi. Itselleni jäi myös vahva kuva Norasta optimistina.

Olin Noran vastaväittäjänä Turun yliopistossa 24. tammikuuta 2004. Väitöskirjan otsikko oli ”*Role of dopamine receptors in pain and opioid effects : positron emission tomography studies in healthy subjects and patients with chronic orofacial pain*”. Otsikko kertoo Noran laaja-alaisuus-

desta kivun tutkimuksen alalla. Väitöskirjan jälkeen hän jatkoi tutkimusta dopamiinijärjestelmän osuudesta kivussa, transkraniaalisen magneettistimulaation vaikutuksista kasvokipujen hoidossa sekä kipulääkkeiden kliinistä farmakologiasta professori Klaus Olkkolan työskennellessä Turun yliopistossa.

Nora valisti myös lääkärikuntaa Duodecimin ja Suomen Lääkärilehden palstoilla mm. seuraavista aiheista: *Kroonisen kivun hoidon kehittäminen perusterveydenhuollossa* (2012), *Voiko kivun kroonistumista ehkäistä?* (2015), *Kivun järkevä lääkehoito* (2017), *Alueellinen kipuoireyhtymä* (2017), *Transkraniaalinen magneettistimulaatio neuropaattisen kivun hoidossa* (2017), *Kipuongelman jäsentäminen – pitkäaikaisen kivun hoidon perusta* (2018). Nora kirjoitti myös useita artikkeleita Kipuviestiin: *Hei, miten voitte?* (2010), *Ajankohtaista kivun tutkimuksesta ja hoidosta* (2010), *Perusterveydenhuollon sairaan- ja terveydenhoitajien näkemykset selkäkipun hoitoprosesseissa* (2013), *Pitkäaikainen kipu polven tekniivelleikkauksen jälkeen* (2017).

Tutustuin Noraan erinomaisena yhteistyön tekijänä Suomen Kivuntutkimusyhdistyksenkin tukemassa monikeskustutkimuksessa KROKIETA, krooninen kipu ja elintavat. Nora osoittautui todelliseksi timantiksi organisoides-

saan tutkimuspotilaiden rekrytointia TYKSIn kipuklinikalla. Hän antoi myös paljon arvokasta palautetta tutkimusraportteja kirjoittaessamme. Noran suuri kiinnostus kipututkimukseen kirkastui minulle konkreettisesti Noran tultua kuuntelemaan KROKIETA-tutkimuksen tuloksista väitöskirjansa tehneen psykologi Teemu Miettisen väitöstilaisuutta lokakuussa 2022, jolloin Nora oli jo hyvin sairas.

Keskustelimme väitöksen jälkeen KIPU-kirjan 5. painoksen toimituksesta. Nora oli lupautunut toimituskuntaan ja ottanut vastuulleen merkittävän osan niin kirjoittamis- kuin toimitustyöstäkin. Nora oli optimistinen ja uskoi vielä saavansa työkykynsä takaisin. Päätimme odottaa ja katsoa mitä uusi mahdollinen hoito toisi tullessaan.

Uutta hoitoa ei voitu aloittaa. Puhuin seuraavan kerran Noran kanssa hänen ollessaan saattohoidossa. Noran ääni oli edelleen rauhallinen ja lämmin, kuten aina. Hän kertoi ikkunasta näkyvästä talvisesta maisemasta ja kirjasta, jota oli lukemassa.

Nora oli hieno, lämmin ja viisas ihminen. ■

S-ketamiinin vaste selän luudutusleikkauspotilailla



Taru Virtanen

LL, Erikoistuva lääkäri,
DRDP Tohtorikoulutettava,
Turun yliopisto

Postoperatiivinen kipu ja sen hoito selkäleikkauksen yhteydessä

Postoperatiivinen kipu on yksi potilaiden suurimmista huolista heidän tullessaan leikkaukseen. Jopa 50 % potilaista raportoi suurta tai erittäin suurta ahdistuneisuutta leikkauksen jälkeiseen kipuun liittyen (1). Tästä huolimatta leikkauksen jälkeinen kipu on edelleen alihoidettua (2,1). Tiedämme, että kipu aiheuttaa sekä psyykkisiä että fyysisiä ongelmia (3) ja elämänlaatumittareissa leikkauksen jälkeinen kipu laskee merkittävästi hyvinvointia (4). Merkittävänä yhteiskunnallisena ongelmana on pidettävä myös pitkittynyttä sairaalassaoloaika, joka aiheutuu postoperatiivisesta kivusta (5,6).

Opioidit ovat pitkään muodostaneet perustan suurten leikkausten jälkeiselle kivunhoidolle. Näihin kuitenkin liittyy useita ongelmia, kuten hengityslama, pahoinvointi sekä riski riippuvuuteen. Multimodaalinen kivunhoito yhdistää erilaisia kivunhoidon keinoja ja sen tavoitteena on vähentää opioidin tarvetta ja opioidilääkitykseen liittyvien haittavaikutusten esiintymistä. Multimodaalinen analgesia on todettu hyväksi vaihtoehdoksi suurten leikkausten jälkeen (7), sillä näin voimme vähentää opioidien haittoja, mutta myös parantaa kivun hoitoa vaikuttamalla elimistön kivunsäätelyjärjestelmän eri kohtiin (2). Useat tutkimukset ovat osoittaneet ketamiinin hyödyt selkäleikkauksen jälkeisen kivun hoidossa (8,9), mutta ketamiinin ihanteellinen annos tässä yhteydessä

on edelleen vakiintumatta sekä erityisesti leikkauksspesifit protokollat puuttuvat (7).

Kivun kroonistumiseen vaikuttaa monta tekijää, jotka suurelta osin ovat vielä tuntemattomia

Riittävällä akuutin postoperatiivisen kivun hoidolla voidaan todennäköisesti ehkäistä myös kivun pitkittymistä. Jopa 10–46 %:lle potilaista selkäleikkauksen jälkeen kehittyvä krooninen kiputila, joka vaatii jonkinasteista hoitoa (10). Tekijät, jotka vaikuttavat sekä akuutin että kroonisen kivun syntyyn ovat toistaiseksi selvittämättä. Kova akuutti leikkauksen jälkeinen kipu on todettu olevan yksittäinen riskitekijä kivun kroonistumiselle, mikä puoltaa kivun aggressiivista hoitamista heti leikkauksen jälkeen (11). Lisäksi kivun kroonistumiseen voivat vaikuttaa muun muassa potilaan nuori ikä sekä kognitiiviset tekijät kuten ahdistus ja katastrofointi (12,13,14). Vaikka nämä tekijät nykyään osaltaan tunnistetaan, on leikkausta edeltävien riskitekijöiden kartoittaminen edelleen haastavaa. Potilaskohtaiset riskitekijät postoperatiivisen kivun voimakkuudelle tulisi ottaa huomioon, jotta voimme kohdentaa kivunhoidon potilaskohtaisesti. Ehkäisemällä kovaa leikkauksen jälkeistä kipua voisimme osaltaan ehkäistä myös kivun kroonistumista. Selvää yhteneväistä linjaa näiden tekijöiden välillä ei vielä ole ja näin ollen ei virallisia suosituksia riskiprofiilin kartoituksesta sekä kivunhoidon

kohdentamisesta näiden mukaan ole pystytty antamaan.

Oma tutkimus

Teimme lume-kontrolloidun ja kaksoissokkoutetun satunnaistetun kliinisen lääketutkimuksen, johon rekrytoitiin 100 selän luudutusleikkaukseen tulevaa potilasta Turun ja Helsingin yliopistosairaaloissa. Edeltävästi kerätoitimme demografiset tiedot, kivun voimakkuutta sekä opioidipohjaisten kipulääkkeiden ja gabapentinoidien käyttöä. Lisäksi selvitimme leikkausta edeltävää stressiä B-MEPS (The brief measure of emotional preoperative stress) kyselyn avulla. Tutkittavat saivat PCA:n kautta joko pelkkää oksikodonia tai sekä oksikodonia että S-ketamiinia. Heräämössä ja vuodeosastolla seurasimme vitaliparametrien lisäksi toistuvasti kivun voimakkuutta, sedaation astetta, sekä haittavaikutuksia (pahoinvointi, kutina, psykomimeettiset tuntemukset). Lisäksi otimme yhteyttä potilaisiin 12 kk kuluttua leikkauksen jälkeen, jolloin kirjasimme kivun voimakkuuden kroonisen kivun kehittymisen selvittämiseksi.

Tutkimuksemme kliininen vaihe on valmis ja ensimmäinen osatyö on julkaistu (15). Tärkeimpänä löydöksenä oli selvä ero potilasryhmien välillä opioidinkulutusta seurattaessa leikkauksen jälkeen. Potilaat, jotka saivat S-ketamiinia 0,75 mg/ml tarvitsivat 25 % vähemmän oksikodonia 24:n tunnin kohdalla leikkauksen jälkeen verrattuna muihin ryhmiin. Tässä ryhmässä ilmeni myös merkitsevä ero kivun intensiteetin laskussa verrokkiryhmiin nähden. Haittavaikutuksissa ei ryhmien välillä ollut eroa. Yhteenvetona totesimme PCA:n sisältäen oksikodonia ja S-ketamiinia suhteessa 1:0,75 vähentäneen kumulatiivista oksikodonin kulutusta tuntia suuren selän luudutusleikkauksen jälkeen, ilman uusia haittavaikutuksia. (15)

Toisen osatyöni tarkoituksena on selvittää yhteyttä leikkausta edeltävän stressin ja leikkauksen jälkeisen kivun voimakkuuden välillä

sekä selvittää onko leikkausta edeltävällä stressillä vaikutusta kivun kroonistumiseen. Toisena tavoitteena on selvittää, onko ketamiinilla vaikutusta kivun hoidollisesti enemmän potilailla, jotka kokivat suurempaa stressiä ennen leikkausta ja näin ollen selvittää ketamiinin vaikutusta kivun affektiiviseen komponenttiin. Olemme keränneet aineiston, tällä hetkellä analysoimme dataa.

Kirjoitamme tällä hetkellä lisäksi kolmatta osatyötä, jonka tarkoituksena on selvittää oksikodonin ja S-ketamiinin pitoisuuksia hetkellä, jolla saavutettiin hyväksyttävä kipuvaste (NRS 4 tai alle). Tarkoituksena on saada uutta tietoa siitä, onko pitoisuuksilla ja kipuvasteella todellista korrelaatiota. ■

Kirjallisuutta:

1. Gan TJ, Habib AS, Miller TE, White W, Apfelbaum JL. Incidence, patient satisfaction, and perceptions of post-surgical pain: Results from a US national survey. *Curr Med Res Opin.* 2014;30(1):149–60.
2. Apfelbaum JL, Chen C, Mehta SS, Gan TJ. Postoperative pain experience: Results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. *Anesth Analg.* 2003;97(2):534–40.
3. Joshi GP. Multimodal analgesia techniques and postoperative rehabilitation. Vol. 23, *Anesthesiology Clinics of North America.* 2005. p. 185–202.
4. Wu CL, Naqibuddin M, Rowlingson AJ, Lietman SA, Jermyn RM, Fleisher LA. The effect of pain on health-related quality of life in the immediate postoperative period. *Anesth Analg.* 2003;97(4):1078–85.
5. Liu SS, Carpenter RI, Mackey DC, Thirlby RC, Rupp SM, Shine TSJ, et al. Effects of perioperative analgesic technique on rate of recovery after colon surgery. *Anesthesiology.* 1995;83(4):757–65.
6. Pavlin DJ, Chen C, Penaloza DA, Polissar NL, Buckley FP. Pain as a factor complicating recovery and discharge after ambulatory surgery. *Anesth Analg.* 2002;95(3):627–34.
7. Devin CJ, McGirt MJ. Best evidence in multimodal pain management in spine surgery and means of assessing postoperative pain and functional outcomes, *Journal of Clinical Neuroscience*, Volume 22, Issue 6, 2015, Pages 930–938, ISSN 0967-5868

-
8. Nielsen RV, Fomsgaard JS, Siegel H, Martusevicius R, Nikolajsen L, Dahl JB, et al. Intraoperative ketamine reduces immediate postoperative opioid consumption after spinal fusion surgery in chronic pain patients with opioid dependency: A randomized, blinded trial. *Pain*. 2017;158(3):463–70.
 9. Loftus R, Yeager M, Clark J, Brown J, Abdu W, Sengupta D, et al. Intraoperative Ketamine Reduces Perioperative Opiate Consumption in Opiate-dependent Patients with Chronic Consumption in Opiate-dependent Patients with Chronic. *Anesthesiology*. 2010;113(3):639–46.
 10. Daniell JR, Osti OL. Failed back surgery syndrome: A review article. Vol. 12, *Asian Spine Journal*. Korean Society of Spine Surgery; 2018. p. 372–9.
 11. Peters ML, Sommer M, De Rijke JM, Kessels F, Heine-man E, Patijn J, et al. Somatic and psychologic predictors of long-term unfavorable outcome after surgical intervention. *Ann Surg*. 2007;245(3):487–94.
 12. Poobalan AS, Bruce J, King PM, Chambers WA, Krukowski ZH, Smith WCS. Chronic pain and quality of life following open inguinal hernia repair. *Br J Surg*. 2001;88(8):1122–6.
 13. Munafò MR, Stevenson J. Anxiety and surgical recovery: Reinterpreting the literature. *J Psychosom Res*. 2001;51(4):589–96.
 14. Khan RS, Ahmed K, Blakeway E, Skapinakis P, Nihoyanopoulos L, Macleod K, et al. Catastrophizing: a redictive factor for postoperative pain. *AJS*. 2011;201:122–31.
 15. Brinck ECV, Virtanen T, Mäkelä S, Soini V, Hynninen VV, Mulo J, et al. S-ketamine in patient-controlled analgesia reduces opioid consumption in a dosedependent manner after major lumbar fusion surgery: A randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial. *PLoS One*. 2021;16(6 June):1–16.

SpineWeek kansainvälisen alaselkätutkimusseuran (ISSLS) kautta



Jani Takatalo
Fysiatri, LT, Ft-OMT, TtM

Toukokuun alussa (1.–5.5.2023) järjestettiin järjestyksessään viides SpineWeek, tällä kertaa Melbournessa, Australiassa. Tapahtuma piti järjestää jo 2020, mutta tuona keväänä maailma oli matkustamisen suhteen melko haastavassa tilanteessa COVID-19-pandemian vuoksi. SpineWeek on ollut tarkoitus järjestää neljän vuoden välein, mutta nyt meni seitsemän vuotta edellisestä SpineWeekistä ja tällä kertaa syystä tai toisesta tapahtuma oli osallistujamäärältään aiempia kertoja hieman pienempi. SpineWeek on viiden päivän kongressikokonaisuus, joka kokoaa maailman selkäh-

teisöt yhteen paikaan. Osallistujilla on moninaiset mahdollisuudet kouluttautua uusimman tiedon avulla selkäpotilaiden tutkimisessa, diagnostiikassa ja hoidossa. Lisätietoa itse SpineWeekistä saa nettisivuilta (www.spineweek.org).

Itse osallistuin SpineWeekille kansainvälisen alaselkätutkimusseuran kautta, joka pitää vuosittaiset koulutuspäivänsä SpineWeekin yhteydessä. Itselleni SpineWeek oli nyt kolmas, kun väitöskirjani tiimoilta pääsin osallistumaan SpineWeekille Amsterdamissa 2012 ja Genevessä 2008.

Australia oli itselleni aiemmin tuntematon



manner ja valtio, mutta Melbournen kaupunkiin ja sen ilmapiiriin on helppo ihastua nopeasti. Tämä ravintola- ja kulttuuririkas kaupunki antaa kyllä mahdollisuuden tutustua laaja-alaisesti Australian moninaiseen kulttuuristaan. Kongressikeskus oli Yarra-joen varrella oleva valtava kongressikompleksi, missä mahtui olemaan 2–3 isompaa tapahtumaa samaan aikaan. SpineWeekillä oli samaan aikaan luentoja 4–5:ssä eri salissa, joista löytyi varmasti jokin kiinnostava luento seurattavaksi. Itse osallistuvin SOSORT:n (kansainvälinen konservatiivisen skolioosin ja selkädeformiteettien hoidon yhdistys) luennoille kahden päivän ajan, ISSLS:n luennoille kahden päivän ajan; puoli päivää meni selkätoimenpideyhdistyksen (SIS) luennoilla ja puoli päivää Australian kiropraktikoiden (CA/ACA) luennoilla, joten melkoisen tiivis paketti selkätietoutta tuli kuunneltua kongressissa. Kaikki posteriesitykset olivat sähköisessä muodossa (ePoster) ja niitä pääsi tietokoneilta tarkastelemaan taukojen aikana tai muuten vaan omaan tahtiin.

Itselläni on kongressissa special ePoster-esitys, missä esiteltiin oma työ suullisesti kolmen minuutin aikana pienehkölle kuulijakunnalle ja sen jälkeen oli viisi minuuttia aikaa keskustelulle. Oman tutkimukseni aihe liittyi alaselän liikekontrollihäiriöiden ja alaseläkivun yhteyksiin kohorttiväestössä (*The association of low*

back pain with lumbar spine movement control impairment syndrome – a cohort study). Tämä on ensimmäinen laajemmalla kohorttiaineistolle tehty tutkimus lannerangan liikekontrollista ja se herättikin mielenkiintoa esityksen jälkeen käydyn keskustelun perusteella. Tällä hetkellä olemme kirjoittamassa tuosta ePosterin aiheesta artikkelista, mikä saadaan toivottavasti lähemmään vertaisarviointiin viimeistään syksyllä 2023. Jos aihe kiinnostaa, niin seurailkaa muskuloskeletaalia-alan lehtiä jatkossa.

Suomalaisia selkätutkimusta tekeviä henkilöitä oli Australiaan asti lähtenyt kourallinen (käsittääkseni kuusi henkilöä) ja suomalaisia tai suomalaisaineistoon liittyviä tutkimuksia oli oman esitykseni lisäksi neljä. Lisäksi muutamat suomalaiset osallistuivat kongressiin eri sessioiden moderaattoreina. ISSLS:n kongressissa oli tällä kertaa 296 esitystä (76 suullista esitystä, 60 special ePosteria ja 160 ePosteria). Kongressiin oli lähetetty abstrakteja ehdolle 324, mikä oli edellisiä vuosia noin neljänneksen vähemmän. Noin neljännes esityksistä oli perustiedettä (basic science) ja kolmannes kirurgisia tutkimuksia. ISSLS:n kongressissa oli yli kolmannes esityksistä Japanista, mikä onkin yhdistyksen aktiivisin maa myös jäsenmäärältään.

Lopuksi haluaisin kiittää Suomen Kivuntutkimusyhdistystä saamastani matka-apurahasta kongressimatkaani varten, mikä auttoi kongressiin osallistumistani. Tutkimuksen tekeminen jatkuu pikkuhiljaa kliinisen työn ohessa. ■

Terveiset Persianlahden rannalta



Niklas Särkilahti
fysioterapeutti OMT,
väitöskirjatutkija

World Physiotherapy -kongressi keräsi kesäkuun alussa reilut 2000 osallistujaa Dubaihin, Yhdistyneisiin arabiemiirikuntiin. Kongressin kolmen päivän ohjelma oli laaja läpileikkaus fysioterapian eri osa-alueisiin, lapsista vanhuksiin, sekä neurologiasta tuki- ja liikuntaelimitykseen. Lisäksi aiheina olivat muun muassa terveys ja liikunta, biopsykososiaalisen mallin ylittävä ajattelu, etiikka, näyttöön perustuvat käytännöt sekä tutkimustiedon siirtäminen kliiniseen työhön. Vaikka kongressiohjelma ei pyörinyt minkään yksittäisen teeman ympärillä, digitaaliset ratkaisut ja tekoäly sekä kulttuuriin liittyvät tekijät olivat luentoaiherajoja ylittäviä teemoja.

Kuten kaikissa suurissa kongresseissa, fysioterapiakongressin laaja ohjelmisto aiheutti haasteita sessiovalinnoissa. Valintahaasteisiin toi kuitenkin helpotusta kolme viikkoa kongressin jälkeen pidetty erillinen kolmipäiväinen verkkotapahtuma. Verkkotapahtumassa oli mahdollisuus katsoa kaikki kongressin pääesitysten tallenteet ja osallistua kyseisten esitysten luennoitsijoiden livekeskusteluihin. Pääesitysten lisäksi kaikki suullisten abstraktiesitysten videotallenteet olivat katsottavissa sekä e-posterit ja posterit olivat ladattavissa. Lienee yleistä, että pitkän kongressireissun jälkeen osa toisesta korvasta sisään tulleesta informaatiosta on ehtinyt jo toisesta korvasta ulos ennen kotiin pääsemistä, mutta verkkotapahtuma mahdollisti erinomaisesti väliin jääneiden esitysten seuraamisen, jo aikaisemmin nähtyjen esitysten mieleen palauttamisen ja täydentämisen sekä

mahdollisuuden livekeskusteluihin esittäjien kanssa. Verkkotapahtumaan osallistuminen sisältyi kongressiosallistumiseen, mutta siihen pystyi osallistumaan myös erikseen. Tällainen erikseen toteutettu kongressi ja verkkotapahtuma oli minulle uutta, mutta se oli mielestäni selvästi toimivampi kokonaisuus niin puhujan kuin kuuntelijan näkökulmasta kuin aikaisemmat kokemukset samanaikaisesta kongressi-etäkongresseista.

Yllätyksenä tuli kuitenkin se, että hyvin mielenkiintoisista aiheista huolimatta kongressin pääseminaarien anti jäi parhaimmillaan vain hyvin yleiselle tasolle paria poikkeusta lukuun ottamatta. Lieneekö tämä syynä siihen, että usein mielenkiintoa herättäviä väittelyitä ei oikein kuultu. Toisaalta suullisten abstrakti- ja e-posteriesityksien sekä niin sanottujen perinteisten posterien avulla pääsi sukeltamaan hieman pintaa syvemmälle. Nämä olivat kliinikoille ja tutkijoille kongressin parasta antia. Suomalaisten esitysten määrä jäi kongressissa yhteen symposiumiin ja seminaariin, kahteen posteriin sekä allekirjoittaneen suulliseen abstraktiesitykseen, eli valitettavan vähäiseksi.

Matkan jälkeen jäin pohtimaan kongressin kokonaisantia omien, kliinikon ja rookie-tutkijan, silmälasien läpi katsottuna. Kongressin ohjelma oli helposti lähestyttävä ja antoi laajan käsityksen eri fysioterapian osa-alueista sekä vaikutusmahdollisuuksista. Tuntui siltä, että ohjelma oli suunniteltu maailmalaajuiselle fysioterapiayhteisölle riippumatta fysioterapiauravaiheesta tai työskentely-ympäristöstä.



Suomalaisia kongressissa,
Niklas Särkilahti, Jani Takatalo
ja Peetu Rytkönen.

Laaja ohjelma houkutteli osallistujia hyvin monelta eri fysioterapian osa-alueelta, niin tutkijoita, opettajia ja klinikoita. Mielestäni kongressi palveli sisällöltään myös fysioterapiaopiskelijoita tai juuri fysioterapeutiksi valmistuneita. Koska koen, että eri fysioterapiayhteisöissä puhutaan toisinaan eri kieltä, fysioterapiakongressi oli erinomainen foorumi eri yhteisöjen ymmärryksen lisäämiseen sekä keskustelujen ja vuoropuheluiden avaamiseen, unohtamatta uusien kontaktien luomista. Kontaktien luomista tapahtui vahingossa myös minulle introverttiydestä huolimatta – koskaan ei tiedä, kuka vastaan tulee.

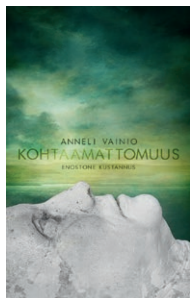
Toisaalta jäin pohtimaan, että näin laaja-alaisen ohjelman läpivieminen kolmeen päivään ei todennäköisesti palvellut niitä kokeneempia kollegoita, jotka mahdollisesti halusivat

kongressiosallistumisellaan syventää tietotaitoaan tai lisätä erikoisosaamistaan jostain yksittäisestä aihealueesta.

Yleisesti ottaen uskallan väittää, että Suomessa fysioterapia on hyvällä tasolla kansainvälisiin mittareihin nähden. Tämän vuoksi haluankin kannustaa kaikkia osallistumaan kansainvälisiin kongresseihin uuden tiedon jakamiseen, sekä keskusteluyhteyksien ja verkostojen luomiseen.

Lopuksi vielä iso kiitos Suomen Kivuntutkimusyhdistykselle, Turun yliopistolle sekä Suomen Ortopedisen Manuaalisen Terapian yhdistykselle osallistumiseni tukemisesta. ■

Muistoja kohti katsomisesta



Kohtaamattomuus
Anneli Vainio
231 s.
Enostone kustannus 2023
ISBN 978-952-399-034-0

Kohtaamattomuudesta ja kohti katsomisesta

Anestesiologian erikoislääkäri ja kivunhoidon asiantuntija Anneli Vainio (s. 1947) pohtii teoksessaan kohtaamisen ja ohi katsomisen teemoja ammentuen omista kokemuksistaan lääkärinä, vapaaehtoistyöntekijänä ja ihmisenä. Teoksessa vuorottelevat pohtiva essee ja vapaa kerronta. Lisäksi teos pitää sisällään otteita Vainion päiväkirjoista, runoista ja taidetta analysoivista teksteistä sekä referaatteja muiden kärsimyksestä ja auttamisesta kirjoittaneiden töistä. Tyyllilajin suhteen kokoelma on kirjava, mutta vaikeita aiheita tuleekin aina lähestyä useasta erilaisesta näkökulmasta.

Teos on jaettu seitsemään päälukuun. Ensimmäiset kaksi, Kuolema ja Alfa ja omega, käsittelevät kuoleman koh-

taamista. Vakavan, arvoituksellisen ja väistämättä jokaista koskettavan aiheen sijoittaminen heti kokoelman alkuun vangitsee lukijan huomion. Vainio kertoo elävästi lapsuudestaan ja nuoruudestaan ja siitä, miten ymmärrys kuolemasta vähitellen kasvoi ja täydentyi. Vaikka kokemukset ovat henkilökohtaisia, niissä on jotain, mikä kutsuu jakamaan. Milloin itse ensimmäisen kerran pelkäsin, että kuolisin? Milloin menetin ensimmäisen kerran tutun ihmisen? Milloin olen ensimmäisen kerran nähnyt ruumiin?

Vainio kuvaa havainnollisesti myös sitä, miten lääketieteellinen suhtautuminen kuolemaan on muuttunut hänen uransa aikana. Hänen ollessaan nuori lääkäri oli vielä tavallista, että potilaisiin suhtauduttiin tunteettomasti. Potilaat olivat toimenpiteiden kohteita, ja ruumiita kohdeltiin, kuin he eivät olisi ihmisiä ensinkään. ”Potilaamme ovat pumppuja, mahoja, suoliresektioita, sappia, kohjuja. Moottori pysähtyy, ihmisiä vetskataan, täytetään ja tyhjenetään.” Nykyään opinnoissa on tarjolla monialaista kuolemaa käsittelevää koulutusta ja lääkäreitä ohjataan ihmisten kunnioittavaan kohtaamiseen. Myös työhön liittyvät tunteet tunnustetaan aivan eri tavalla, ja esimerkiksi järkyttäviin kuolemantapauksiin on mahdollista saada keskusteluapua. On helppo yhtyä Vainion iloon kehityksen suunnasta.

Vainio käsittelee kuoleman teeman yhteydessä rohkeasti myös aborttia ja

eutanasiaa. Historiallinen ja eri maita vertaileva perspektiivi aborttioikeuteen ja naisten oikeuksiin yleensä on vaikuttavasti kirjoitettu. Vainio latoo lukijan eteen toinen toistaan kiinnostavampia faktoja ja herättelee näkemään naisen aseman kriittisin silmin myös Suomessa. Monet itsestään selviltä tuntuvista oikeuksista ovat verrattain uusia saavutuksia, eikä mikään takaa, että ne ovat pysyviä. Vainion henkilökohtainen kanta eutanasiaan, ”kyllä mutta ei”, on niin ikään taitavasti argumentoitu ja sytyttää halun keskustella aiheesta.

Teoksen kolmas osio käsittelee lääketieteen kieltä ja sitä, miten pyrkimys objektiiviseen, tieteelliseen kuvaukseen on sulkenut ulos potilaan kokemuksen ja tunteet. Vaikka lääkärikeskeisestä tavasta puhua on vähitellen alettu siirtyä potilaan huomioivaan vuorovaikutukseen ja ymmärrettävämpään kieleen, vaikeisiin asioihin luodaan edelleen etäisyyttä sanavalintojen kautta. Kielteisesti väritynyt käsite sairaus siivotaan pois näkyvistä puhumalla terveyskeskuksista ja hyvinvointialueista. ”Lepoiteissä ei todellakaan levätä”, Vainio huomauttaa. Lopulta katoamme kuitenkin kaikki vuorollamme elämän lentokoneesta varaueloskäytävän liukumäkeen, kuten Vainio kuolevaisuutta kuvaa. Eikö siitä voitaisi puhua hiukan enemmän, hiukan suuremmin?

Neljäs luku keskittyy kivun ja kivunhoidon kysymyksiin ja haasteisiin. Kroonista kipua Vainio kuvaa kokonaisvaltaiseksi, koko elämään kietou-

tuvaksi asiaksi, joka uhkaa henkilön identiteettiä ja tulevaisuutta. Samalla kipu on kuitenkin yksityistä ja sanojen ulottumattomissa. Lääketieteessä kipu pyritään validoimaan objektiivisella syyllä, mutta menetelmällisen todistamisen sijaan Vainio kannustaa lääkäreitä keskittymään empatiaan, kuuntelemiseen ja kohti katsomiseen.

Viidennessä luvussa teemana on kodittomuus. Vainio muistelee aikaa vapaaehtoisena Emmaus-kirputorilla Etelä-Ranskassa ja esittelee hyväntekeväisyysliikkeen perustaja Abbé Pierren ajatuksia ja tavoitteita. Pierren missiota Vainio puolestaan vertaa psykologi ja antropologi Patrick Declerckin työhön asunnottomien parissa. Luku tarjoaa kiinnostavia näkökulmia paitsi kodittomuuteen ja sen syihin myös auttamistyön ongelmiin.

Kuudennessa luvussa osattomuuden tematiikkaa jatketaan muistoilla Kambodžasta. Luvussa Vainio kuvaa yhtäältä lämpimiä kohtaamisia, ystävyyksien muodostumista ja auttamisesta saamaansa tyydytystä, mutta toisaalta myös tuskaa siitä, kun resurssit kärsimyksen lievittämiseen ovat auttamattoman alimitoitettuja. Kuten edellisessäkin luvussa, Vainio nostaa esille myös kehitysavun haasteet ja pimeän puolen. Kaikesta huolimatta viesti on selkeä: kun tietää jotain, ei tule jatkaa kuin ei tietäisi, vaan tehdä jotakin. ”Kun puhdistan märkivän haavan, on ainakin se yksi haava puh-

distettu.” Viimeinen, Matteus-passiota käsittelevä lyhyt luku toistaa sanoman: ”[J]okainen voi ja jokaisen tulee toimia omalla paikallaan, voimiensa mukaan.”

Kaiken kaikkiaan teos pyrkii korjaamaan kohtaamattomuutta ohjaamalla lukijan katseen sairaisiin, kärsiviin ja kuoleviin, köyhiin ja kodittomiin, vieraisiin ja toisenlaisiin – ihmisiin, joita katseemme on opinnut väistämään. Teos vie matkalle paikkoihin, joihin vain harva omaehtoisesti suuntaisi, ja osoittaa niissä piilevän kauneuden. Samalla teos on ajatusmatka perimmäisten kysymysten äärelle. Vaikka jokainen meistä ei voi olla maailmaa matkaava pelastaja, voimme sentään opetella katsomaan kohti. ■

Jenny Paananen

terveysalan vuorovaikutukseen perehtynyt tutkijatohtori ja suomen kielen dosentti

Kipu, katastrofointi ja heikentynyt elämänlaatu TMDssä

Purentaelimistön kipu- ja toiminnanhäiriöistä (TMD) kärsivillä henkilöillä esiintyy usein samanaikaisesti lihaskipua, katastrofointia ja heikentyneeksi koettua elämänlaatua. Brasilialaisen tutkimuksen tavoitteena oli selvittää itseilmoitetun koetun kivun, purentaelimistön lihaksiin kuuluvien kahden lihaksen (lat. m. masseter, m. temporalis) ja päännöykkääjälihaksen (m. sternocleidomastoideus) paineikipukynnystä (engl. pressure pain threshold, PPT), kivun katastrofointia ja elämänlaatua sekä niiden mahdollisista yhteyttä myalgisessa TMDssä.

Tutkimukseen osallistui 97 potilasta, joilla oli diagnosoitu myalginen TMD (ns. TMD-ryhmä) ja 97 oireetonta henkilöä (kontrolliryhmä). Tutkimusmenetelminä käytettiin kolmea kyselylomaketta ja PPT-palpointikipua. Kipu ilmoitettiin visuaalisella analogisella asteikolla (VAS) vastaten RDC/TMD Axis I -kyselylomakkeen kolmeen kysymykseen (kysymykset 7–9), kun taas kivun katastrofointia arvioitiin käyttämällä PCS-lomaketta (engl. Pain Catastrophizing Scale). Suun terveyteen liittyvää elämänlaatua arvioitiin käyttämällä OHIP-14 -lomaketta (eng. Oral Healthy Impact Profile-14). PPT-arviointi suoritettiin

tiin käyttämällä digitaalista algometriä purema-, ohimo- ja päännöykkääjälihaksille.

Aineisto analysoitiin tilastollisesti Spearman-korrelaation ja logistisen regression avulla.

Tilastollisesti merkittävä yhteys ($p < 0,05$) todettiin VAS-kivun ja kivun katastrofoimisen sekä elämänlaadun välillä. Merkittävä negatiivinen korrelaatio löydettiin yhden VAS-kipuun liittyvän kysymyksen (VAS-Q8) sekä ohimolihasen ja päännöykkääjälihasten välillä. Tutkimuksen mukaan katastrofointi lisäsi korkeamman itseraportoidun kivun mahdollisuutta. Lisäksi myalgisen TMD:n esiintyminen, korkea itseraportoitu kipu (kysymys VAS-Q7) tai kivun katastrofointi lisäsi heikentynyttä elämänlaatua verrattuna vertailuryhmään ($p < 0,05$).

Januzzi MS. ym. Relationship between self-reported pain, pain threshold, pain catastrophization and quality of life in patients with TMD. J Clin Exp Dent. 2023 15(1):e23-e31. doi: 10.4317/jced.59480.

Hanna Pohjola

Manuaalisen terapian vaikuttavuus hyvä TMDn hoidossa

Purentaelimistön kipu- ja toimintahäiriöt (TMD) on yhteisnimitys leukanivelten, puremalihasten, hampaiston ja niihin läheisesti liittyvien kudosten sairaus- ja kiputiloille sekä toiminta-

häiriöille. TMDn hoito on moniammatillista ja yhtenä hoitomuotona käytetään manuaalista terapiaa. Brasilialaistutkimuksessa kartoitettiin manuaalisen terapian vaikutusta TMD-kivun voimakkuuteen, maksimaaliseen suun avaamiseen ja toiminnanhaittaan. Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa tietohakuja tehtiin kuuteen tietokantaan ja haut kohdennettiin RCT-tutkimuksiin. Tutkimusten laatua arvioitiin käyttämällä neliportaista GRADE-luokittelua (eng. Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations). Yhteensä kaksikymmentä tutkimusta täytti kelpoisuusvaatimukset eli ne arvioitiin joko hyväksi tai kohtalaiseksi näytön asteeltaan.

Tutkimukseen valikoituneiden artikkeleiden mukaan TMD-kipu lievittyi manuaalisella terapialla sekä lyhyt- että pitkäaikaisesti: visuaalisella analogisella asteikolla (VAS, 0–10) ilmoitettu kipu lievittyi 2.17–0.40 pistettä (95 % vaihteluväli). Lisäksi maksimaalisen suun avauksen todettiin lisääntyneen sekä lyhyt- että pitkäaikaisesti manuaalisen hoidon jälkeen 1.22 mm - 8.40 mm (95 % vaihteluvälillä). Toiminnanhaitan osalta löytyi vain kohtalaista tutkimuslaatua. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen mukaan aineistoon valikoituneet RCT-tutkimukset tukevat manuaalista terapian käyttä-

mistä TMD:n hoidossa.

Vieira LS. The Efficacy of Manual Therapy Approaches on Pain, Maximum Mouth Opening and Disability in Temporomandibular Disorders: A Systematic Review of Randomised Controlled Trials. Life (Basel). 2023 13(2):292. doi: 10.3390/life13020292.

Hanna Pohjola

Biblioterapia kroonisen kivun hoidossa

Biblioterapia on laaja käsite, jonka voi ymmärtää hyvinvointia edistäväksi lukemistoiminnaksi. Lukemistapahtuma biblioterapiassa on mahdollista toteuttaa ohjatusti, vapaavalintaisesti, yksin tai ääneen luettuna ja jaettuna ryhmässä. Lukemisen kohde vaihtelee ollen esimerkiksi määrätty terveyteen vaikuttava psykoedukatiivinen oma-apukirja, tieteellistä kirjallisuutta tai fiktiota vaihdellen klassikkoista, runouteen ja viihderomaaneihin. Referoin tässä kahta hyvin erilaista tutkimusta, joissa on tutkittu lukemistyön vaikutusta kroonisten kipupotilaiden elämänlaatuun ja kiputekijöihin.

Kanadalainen tutkijaryhmä tutki biblioterapeuttisen intervention vaikutusta randomisoidusti valituille kroonisilla kipupotilailla. Osallistujat (n=140) olivat rekrytoitu Quebecin Kroonisen kivun yhdistyksen jäsenistä. Valintakriteerit olivat seuraavat: krooninen kipu (yli 3 kuukautta jatkunut), ikä 18v ≥, kyky

lukea ja kirjoittaa riittävästi ranskaksi, internetyhteys kotona, ei aiempaa kokemusta ACT-tyyppisestä psyko-/biblioterapiasta kivun vuoksi ja ei lääkemuutoksia viimeisen kuukauden aikana. Interventoryhmän potilaat (n=70) suorittivat 8 viikkoa kestäneen ohjelman, mikä perustui hyväksymisomistautumis (ACT)- terapeuttiin kirjaan, "Libérez-vous de la douleur" (suomeksi: "vapauttakaa itsenne kivusta"). Ohjelma koostui työkirjasta, jossa oli erilaisia kirjoitustehtäviä sekä erilisiä taulukoita ajatusten ja mediataatioharjoitusten päiväkirjamerkintöjä varten. Tämän lisäksi osallistujat saivat nettiosoitteen, josta he pystyivät lataamaan meditaatioharjoitukset. Tukitoimina olivat viikoittaiset automaattiset "muistutussähköpostiviestit" ja kaksi 15 minuutin puhelinoitoa. Osallistujat käyttivät 1-4 tuntia viikossa ohjelman suorittamiseen. Kontrolliryhmään (n=70) ei kahdeksan viikon aikana kohdistunut mitään interventioita.

Intervention vaikutusta mitattiin kysymyskaavakkeilla: päämuuttuja oli kivun aiheuttama haitta (Interference Subscale of the Brief Pain Inventory) ja toiseksi tärkein muuttuja oli masennus (BDI-SF). ACT-prosessiin liittyen tutkittiin kroonisen kivun hyväksyminen (Chronic Pain Acceptance Questionnaire) ja psyykkisen joustamattomuus (Psychological

Inflexibility in Pain Scale). Mittaukset suoritettiin kaikille ennen interventiota, sen jälkeen ja ACT-ryhmäläisille kolme kuukautta intervention loppumisen jälkeen. Tulosten mukaan kivun aiheuttama haitta ja masennus vähenivät tilastollisesti merkittävästi ACT-ryhmässä, samoin kuin kivun hyväksyminen lisääntyi ja psyykinen joustamattomuus väheni. Kolmen kuukauden kuluttua päämuuttujien tulokset olivat pysyneet hyvinä, tosin osallistujista puolet on pudonnut pois. Tutkimusryhmä toteaa, että ACT-biblioterapia parantaa fyysistä ja emotionaalista toimintakykyä.

Josée Veillette, Marie-Eve Martel & Frédérick Dionne (2019) A randomized controlled trial evaluating the effectiveness of an acceptance and commitment therapy-based bibliotherapy intervention among adults living with chronic pain, *Canadian Journal of Pain*, 3:1,209-225, DOI: 10.1080/24740527.2019.

Anita Saariaho

Ääneen lukemisen vaikutus kroonisen kivun hoidossa

Liverpoolin yliopiston lukemisen, kirjallisuuden ja yhteiskunnallisen tutkimuksen keskus yhteistyössä Liverpoolin ja Broadgreenin yliopistollisen sairaalan ja The Reader-yhteisön kanssa tekivät tutkimuksen, jossa vertailtiin ryhmämuotoisen ääneen lukemisen (Shared Reading) ja kognitiivis-behavioristisen terapian (CBT)

merkitystä psykologisena hoitona kroonisessa kivussa. "Shared reading" (SR) on brittiläisen vapaaehtoisjärjestö Readerin kehittämä interventio, jossa ryhmämuotoisessa tapaamisessa lukija lukee ääneen ryhmän valitsemia tekstejä - runoja, novelleja, kirjoja - ilman, että tekstillä olisi sinänsä mitään ryhmään kohdistuvaa terapeutista vaatimusta tai osoittelevaa terapeutista päämäärää. Tutkimuksessa pyrittiin osoittamaan, onko SR vaihtoehtoinen tapa lievittää kroonisen kivun aiheuttamia psyykkisiä oireita ja voiko SR täydentää CBT:n antamaa apua. Krooniset kipupotilaat rekrytoitiin tutkimukseen Broadgreenin sairaalan kipuklinikalta ja muodostettiin kaksi ryhmää: toinen ryhmä osallistui 22-viikkoiseen SR-ryhmään ja toinen kävi ensin läpi 5-viikkoisen CBT-jakson, jonka päätyttyä he liittyivät SR-ryhmään. Osallistujat täyttivät tutkimuskyselyt ennen ja jälkeen intervention, lisäksi osallistujat pitivät kahdesti päivässä kipu- ja tunnepäiväkirjaa. Jokaisen CBT- ja SR-istunnon jälkeen potilaat raportoivat mielentilastaan (mental and emotional state). Tietoa kerättiin myös kvalitatiivista tutkimusta varten äänittämällä/kuvaamalla CBT- ja SR-istunnot ja osallistujille tehtiin videonauhoitettu kvalitatiivinen haastattelu intervention lopuksi.

Kvantitatiivisesti tutkijat

osoittivat, että SR-ryhmään osallistuneet kokivat mielialan parantumista ja kivun lievittymistä välittömästi ryhmätapaamisen jälkeen, vielä samana iltana (monet raportoivat yön olleen parempi) ja jopa pari päivää lukuhetken jälkeenkin. Sekä kvantitatiivinen että kvalitatiivinen näyttö osoitti, että SR tuo tietoisuuteen emotionaalista kipua, jota ei ole kohdattu aktiivisesti. Mekanismina näyttää olevan fiktion ja runouden kyky löytää ikään kuin tahdosta ja kontrollista riippumatta henkilökohtaisen emotionaalisen kärsimyksen lähde ja auttaa sen kohtaamisessa. Tutkijat suosittelevat SR-interventiota joko vaihtoehtona CBT:lle tai täydentämään sitä.

Billington J, Farrington G, Lampropoulou S, Lingwood J, Jones A, Ledson J, McDonnell K, Duirs N, Humphreys AL. A comparative study of cognitive behavioural therapy and shared reading for chronic pain. *Med Humanit*. 2017 Sep;43(3):155-165. doi: 10.1136/medhum-2016-011047. Epub 2016 Dec 9. PMID: 27941097.

Anita Saariaho



Anneli Vainio

Hajoavan maailman käyttöohjeita

Olen matkalla entiseen työpaikkaani, jonka nykyinen nimi on HUS. Minun on määrä osallistua klinikani juhlan avausesitykseen, joka sisältää laulua ja soittoa. Kuoronjohtaja on jo paikalla, ja muutkin osallistujat alkavat vähitellen saapua saliin. Juhlan alkuun on vielä puolisen tuntia, kun huomaan, että nuottivihkoni on jäänyt kotiin. Ei hätää, ehdin hakea sen vielä autolla. Ryntään ulos ja yritän samalla muistella, mihin parkkeerasin. Kävelen nopeasti rakennuksesta toiseen – niitä on ilmestynyt uusia lähtöni jälkeen. Kuljen tuntemattomia käytäviä kunnes löydän lopulta hissini. Painan nappulaa, mutta juuri ennen kuin hissi pysähtyy, se kääntyykin takaisin ylös. Näin käy useita kertoja. Kokeilen taskujani, mutta auton avainta ei löydy missään. Kotiosoitteenikin olen unohtanut. Avaan silmät ja olen omassa makuuhuoneessani. Aamu sarastaa.

Uni tuli mieleeni, kun luin kollega Reetta Huttusen uuden novellikokoelman *Katsastusase* (Enostone, 2023). Sama absurdi tunnelma vallitsee esimerkiksi novellissa *Erehtyjä*, jossa väsynyt ja surullinen valtakunnanepidemiologi joutuu toimittajatyön grillattavaksi suorassa televisiolähetyksessä. Pidän tästä novellista tavattomasti kuten koko kirjasta – analyttinen ote, pelkistetty teksti, yllätykselliset käänteet ja terävät havainnot pitävät lukijan otteessaan. Reetta Huttusen esikoisrunokokoelma *Valkoisessa takissa olen lähinnä mies* (Enostone, 2020) käsitteli sairaalamaailmaa ja lääkärin todellisuutta, kun taas *Katsastusase* -massa lääkäriys on läsnä vain muutamassa novellissa. Runoilijan käden jälki näkyy taitavasti kirjoitetuissa tarinoissa: ”En ole aiemmin oikeasti tavoittanut marraskuun kauneutta. Pelkästään

kalsean kuukauden, jonka tarkoitus on syöstä pohjoinen kansa itsemurhan partaalle... Muistan äkkiä, kuinka marraskuussa pimeys tulee jo neljän aikaan iltapäivällä. Tunne humauttaa uudelleen lävitseni kuin pääskysen salamannopea syöksy sinitaivasta vasten. Marraskuu levittäytyy eteeni kuin elokuva.”

Sain tänä syksynä käsiini myös englantilaisen kirjailijan Ali Smithin neliosaisen teoksen *Vuodenajat* (Kosmos 2019–2023). Lukiessani sen ensimmäistä osaa *Syksy* olin vähällä jättää kirjan kesken. Miksi teos on oikeastaan kirjoitettu? Mistä nämä hajanaiset tarinat oikein kertovat? Vasta kirjan lopussa oivalsin: sehän kertoo juuri minun omasta unestani, hämmennyksen ja eksyksissä olemisen tunteistani tämän hetken maailmassa. ”Kautta koko maan ihmiset tunsivat hävinneensä kaiken. Kautta koko maan ihmiset tunsivat voittaneensa kaiken. Kautta koko maan ihmiset uskoivat, että olivat itse tehneet oikein ja että muut olivat tehneet väärin.” Uneni ja Reetan novellien kafkamaiset tunnelmat toistuvat Ali Smithin kirjoissa rikastuen monin kirjallisin viittein.

Elisabeth Demand, 32-vuotias yliopiston luennoitsija nollatuntisopimuksella, hakee uutta passia. Jonottaminen kestää, kestää ja kestää. Tiskille päästyään Elisabeth saa kuulla, että hänen päänsä on väärän kokoinen, eikä hake-musta voida hyväksyä. Jonottaessaan Elisabeth lukee Huxleyn *Uljaa uusi maailma* -dystopiaa. Syksyn mittaan hän lukee tai ajattelee myös Ovidiuksen *Muodonmuutoksia*, Dickensin *Kah-ta kaupunkia* ja Shakespearen *Myrskyä*, kaikki kommentteina brexitin herättämiin kokemuksiin pelosta, sijoiltaan menemisestä ja byrokra-tian mielettömyydestä.



Kun *Syksyssä* epäkohdaksi tiivistyy brexit, sarjan toisessa teoksessa *Talvessa* teemaksi nousee ilmastokriisi. Eksenttrinen, eristäytynyt Sophia asuu suuressa vanhassa kartanossa. Hänen poikansa Art saapuu viettämään joulua mukanaan salaperäinen Lux, jonka Art tosin esittelee tyttöystävänänsä Charlottena. Myöhemmin seuraan liittyy myös Sophian isosisko Iris, vaikka he ovatkin olleet riidoissa vuosien ajan. Kirjailijaa itseään voi ajatella näkevänsä yhteiskunnan epäkohtiin tarttuvassa Iriksessä, jonka nimi merkitsee kreikaksi sateenkaarta – kenties viittauksena Smithin seksuaalisuuteen (hän omistaa teoksensa pitkäaikaiselle kumppanilleen, elokuvantekijä Sarah Woodille).

Äänet, jotka kirjoissa ajattelevat, muistelevat ja puhuvat, ovat erilaisia ja eri-ikäisiä. Kaikilla on kuitenkin selkeä, kärjekäskin asenne ympäröivään maailmaan, sen kulttuuriin ja politiikkaan. Tämä vahva kuoropuhe saattaa esiin modernin läntisen maailman kaoottisen moniäänisyyden – saman, jonka takia olin vähällä jättää lukemisen kesken. Etenkin Britanniassa brexit 2016 oli valtava, kansaa jakava asia. Suomessa sen tavoin laajasti koskettavia ja polarisoivia ilmiöitä ovat ilmastokriisi, koronapandemia sekä viimeksi rasmin ja oikeistopopulismin nousu. Kolmas romaani *Kevät* pohtii Donald Trumpia. *Kesään* ehtivät sekä koronapandemia että George Floydin murha. Viimeinen teos

myös yhdistää aikaisempien osien tarinat.

Kaikkiin näihin tapahtumiin liittyen ovat muuttuneet myös asenteet pakolaisuuteen ja niiden myötä ihmisarvoon. Onko maailma todella taas jakautumassa leireihin, Smith kyslee. Ovatko rajat tiukentumassa, erot ihmisten välillä kasvamassa, viholliskuvat yleistymässä? Toistetaanko tässä historiaa? Ja jos niin on, voimmeko vielä ottaa menneestä opiksi, muuttaa suuntaa?

104-vuotiaan Gluckin muistoissa palataan toiseen maailmansotaan ja siihen, miten Britanniassa internoitiin ”viholliskansojen edustajat” keskitysleirejä muistuttaviin parakkikyliin. Tässä Smith kertoo todellisesta, Man-saarella sijainneesta leiristä, jolle suljettiin etenkin taiteilijoita. Kuvaus viittaa kuitenkin myös nykyaikaan: kevään tapahtumista iso osa sijoittuu raakaan laitokseen, jossa säilöttiin sekä pakolaisia että maassa vuosikymmeniäkin asuneita paperittomia. Molempiin esimerkkeihin epäinhimillisyydestä reagoitiin vastalausein, ja se toimiikin assosiaationa vielä yhteen näkökulmaan siihen, miten ihmiset voivat toisiaan kohdella. Siihen kulminoituu Vuodenaikojen kantava teema: hyvyys on meissä loppujen lopuksi vahvempaa kuin ilkeys, pelko tai ennakkoluulo, ja siksi maailmassa on yhä toivoa. ■

Suvi Ahola: Viides vuodenaika on toivo. HS Kulttuuri 10.8.2023



Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry

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

Suomen Kivuntutkimusyhdistys perustettiin vuonna 1996. Yhdistys edistää kivun tutkimusta, hoitoa ja kuntoutusta Suomessa. Yhdistys on moniammatillinen, jäseninä on mm. lääkäreitä, hammaslääkäreitä, psykologeja, sairaanhoitajia ja fysioterapeutteja. Jäsenmäärä on noin 1 000 (2022).

Yhdistys toteuttaa tarkoitustaan

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

SKTY:n hallituksen jäsenten yhteystiedot

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

Sihtööri **Tiina-Riitta Vuorjoki-Ranta**
siht@skty.org

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

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



www.efic.org



www.sasp.org

Varapuheenjohtajan terveiset



Ann-Sofi Storbacka
SKTY:n varapuheenjohtaja

Ensimmäisen syysmyrskyn jälkimainingit nostavat vielä meren vaahtopäille ja aamulla maa oli paikoittain valkoisena. Talvi tulee tänäkin vuonna ja joulukin joka vuosi. Ja niin tekee myös perinteiset SKTY:n koulutustapahtumat, kiitos siitä järjestäville toimikunnille!

Hyviä koulutustapahtumia on tulossa nyt paljon: loppuvuoden koulutustapahtumat ovat käsillä tai järjestelyt viimeistelyä vaille, ja ensi vuoden koulutustapahtumien suunnittelu on jo aloitettu.

SKTY:n ydintehtävä on edistää kivun tutkimusta, hoitoa ja kuntoutusta Suomessa. Yhdistys toteuttaa tätä tehtävää muun muassa kipuun liittyvän moniammatillisen koulutuksen järjestäjänä. Koulutuksilla ja verkostoitumispäivillä on vahva merkitys myös meidän kivunhoidon ammattilaisten verkostoitumisen mahdollistajana. Suuri kiitos niille, jotka eri toimikunnissa tekevät työtä koulutustapahtumien mahdollistamiseksi!

Jo perinteisten keväisin toteutuvan yhdistyksen pääkoulutustapahtuman, vuosikokouskoulutuksen, ja syksyllä järjestettävän akuutin- ja syöpäkivun koulutuksen sekä pienempien koulutus/verkostoitumispäivien, lisäksi on jatkossa toteutumassa aivan uusiakin koulutuskokonaisuuksia. Myös uutta yhteistyötä toimikuntien välillä on koulutusten järjestämisen saralla viriämässä.

Tarkempaa tietoa tulevista koulutuksista löytyy yhdistyksen kotisivuilta, www.skty.org/taapahtumat ja koulutukset. Klikkaamalla avautuu koulutuksen ohjelma sekä ohjeet ja linkki ilmoittautumiseen.

Etusivun Ajankohtaista-palstalla löytyy save the date -periaatteella tietoa myös suunnitteilla olevista koulutustapahtumista.

Ensi keväänä myös SASP:in kongressi järjestetään Suomessa, linkki tähän löytyy myös kotisivuilta.

Koulutustapahtumien järjestämisen helpottamiseksi on jäsensivuilta löytyvä koulutuksen järjestämisohje tänä vuonna uusittu. Ohje on kokonaisuudessaan päivitetty, ja mm. etänä järjestettävien koulutusten järjestelyihin liittyvä ohjeistus on lisätty. Ohjeita on yleisesti avattu ja tarkennettu ja siinä on pyritty vastaamaan moniin koulutusjärjestelyihin liittyviin kysymyksiin. Ohje löytyy yhdistyksen kotisivuilta, www.skty.org/jasensivut/koulutustilaisuudenjarjestaminen. Samasta paikasta löytyy myös koulutustapahtuman järjestämiseen tarvittavat lomakkeet ja muokattavia malleja kirjeitä, sopimuksia ja kutsuja varten.

Hallitus on myös koulutustapahtumien järjestelytoimikuntien työn tukemiseksi nimennyt yhdistyksen koulutuksen järjestelykoordinaattorin, jonka on tarkoitus olla tarvittaessa konsultoitavissa kaikenlaisissa koulutuksen käytännön järjestelyihin liittyvissä asioissa. Koulutuksen järjestelykoordinaattorin voi myös kutsua mukaan järjestelytoimikunnan kokouksiin niin haluttaessa. Tehtävää hoitaa toistaiseksi allekirjoittanut. Kiitoksia tähän asti toteutuneesta hyvästä yhteistyöstä koulutusten järjestelyjen parissa!

Toivottavasti tapaamme viisastumisen ja voimaantumisen merkeissä tulevien koulutustapahtumien yhteydessä! ■

Taideterapioiden toimikunnan esittely

Taideterapioiden toimikunta perustettiin SKTY:n jäsenkokouksessa syksyllä 2022. Kiinnostus taideterapeuttisten menetelmien käyttöä kohtaan kivun hoidossa vaikutti olevan lisääntymässä ja siten alkoi näkyä tarvetta koota alan ammattilaisia yhteen.

Toimikunta on suunnattu musiikki-, kuvataide- ja tanssi-liiketerapeuteille, mutta myös esimerkiksi tutkijoille ja muille sote-alan ammattilaisille, jotka ovat käyneet jonkin taiderapeuttisen menetelmän täydennyskoulutuksen (edellä mainittujen lisäksi esimerkiksi valokuva- tai kirjallisuusterapia). Toimikunnan tavoitteena on kehittää taideterapioiden ja -terapeuttisten menetelmien käyttöä kivunhoidossa tutkimustietoon ja kliiniseen kokemukseen perustuen sekä vakiinnuttaa hyväksi havaittuja hoitokäytäntöjä. Toimikunta aloitti toimintansa tammikuussa 2023 ja on ahkerasti ideoinut jo tulevaa toimintaa. Tähän liittyen toimikunta toteutti keväällä 2023 jäsenkyselyn SKTY:n jäsenille. Kyselyn tavoitteena oli kartoittaa taideterapioiden käyttöä Suomessa sekä kuulla jäsenistön toiveita, ideoita ja ajatuksia taideterapioiden tulevaisuudesta.

Suuntaviivoja toimikunnalle

Webropolin kautta toteutettuun kyselyyn vastasi 39 jäsentä eli n. 4 % koko jäsenistöstä. Valtaosa vastaajista (68 %) harrasti taidetta tai kulttuuria, mutta ei varsinaisesti työskennellyt taiderapeuttina tai ammattitaiteilijana/-pedagogina. Taideterapioista tunne-

tuimpia vastaajille olivat musiikki (87 %), kuvataide (51 %), tanssi (46 %) ja kirjallisuus (41 %). Vastausvaihtoehdoista draama ja valokuvaus olivat tuntemattomampia terapiamuotoja. Lisäksi esille tuotiin myös luonto sekä ekspressiivinen taideterapia. Vastaajat olivat suositelleet asiakkailleen / potilailleen erityisesti musiikkiterapiaa (81 %) ja kuvataideterapiaa (44 %).

Lähes puolelle kyselyyn osallistuneille kokemuksia taideterapioiden käyttämisestä kivun hoidossa oli vähän tai ei lainkaan. Niille vastaajille, jotka olivat käyttäneet taideterapioita tai taidetta osana kivunhoitoa, oli myönteisiä kokemuksia. Vastauksissa korostettiin erityisesti taideterapioiden vaikutusta kivun lievittymiseen ja -hallintaan sekä merkitystä useisiin psykososiaalisiin tekijöihin osana kipukokemusta: esimerkiksi ilon, itsetunnon ja minäpystyvyyden lisääntymistä, mahdollisuutta itseilmaisuun ja itsensä ymmärtämiseen. Lisäksi vastauksissa tuotiin esiin hoitosuhteen muotoutuminen tasavertaisemmaksi ja mahdollisuus löytää vuorovaikutuksellinen hoitosuhde, joka ei perustu sanalliseen ja kognitiiviseen kykenevyyteen. Vastaajien mukaan taideterapialla oli vaikutusta myös identiteettiin, sillä kokemus omasta itsestä toimijana muuttui ns. avuttomasta kärsijästä kykeneväksi toimijaksi.

Vastaajat olivat kiinnostuneita suosittelemaan ja soveltamaan kaikkia kyselyssä esille tuotuja taideterapian menetelmiä työssään, sillä taide ja taideterapiat koettiin arvokkaana lisänä lääkkeettömien kivunhoitomenetelmi-

en joukossa. Merkitykselliseksi koettiin lisätiedon saaminen ja kuinka taiderapioita voisi soveltaa omassa työssään. Vastaajien toiveet toimikunnalle kohdentuivatkin erityisesti koulutuskokonaisuuksiin, joissa tieteellisesti tutkittua tietoa taideterapioista osana monialaista kivun hoitoa ja tutkimusta tuotaisiin esiin. Vastauksissa korostui sekä varsinaiset taideterapiat että laajemmin taiteiden soveltaminen sosiaali- ja terveysalalla: tällöin keskiössä olisi kivunhoidon ohella elämänlaadun lisääminen taiteen avulla. Koulutukseen liittyen toivottiin sekä laajemmalle yleisölle suunnattuja ilmaisia webinaareja taiteen ja taideterapioiden mahdollisuuksista, menetelmistä sekä vaikuttavuudesta kivun hoidossa, mutta myös tieteellisemmin suunnattuja ja räätälöityjä kokonaisuuksia alan ammattilaisille esimerkiksi erikoissairaanhoidon kipupoliklinikoilla. Lisäksi vastauksissa korostui jäsenistön verkostoitumisen tarve, jotta taide ja taideterapiat saataisiin osaksi kivunhoitoa. Tällöin myös hoitopolut saataisiin sujuviksi erilaisten palveluntuottajien kanssa.

JÄSENTEN ESITTELY

Reetta Keränen (puheenjohtaja)
musiikkiterapeutti, filosofian maisteri
(musiikkitiede) ja lähihoitaja.



Työskentelen musiikkiterapeutina HUSin Kansallisessa lasten ja nuorten kivunhoidon ja -tutkimuksen keskuksessa sekä yksityisenä musiikkiterapeutina. Lasten kipukeskuksessa työkuvaani kuuluu akuutin ja pitkityneen kivun hoito, palliatiivinen hoito sekä toiminnan kehittäminen. Tänä vuonna valmistunut maisterintutkielmani liittyi musiikkiterapian käyttöön lasten ja nuorten kivunhoidossa.

Minua ilahduttaa erityisesti, miten musiikkiterapian kautta kuntoutumiseen on mahdollista huomaamatta tuoda leikkisyyttä ja toisaalta samalla turvallisesti tutkia myös sellaista, mitä ei osaa tai halua sanallisesti kertoa. On innostavaa viedä eteenpäin uutta musiikkiterapian osa-aluetta Suomessa, kehitystyötä vielä riittää tulevaisuudessa. Toimikuntatyöskentelyltä odotan erityisesti verkostoitumista ja yhteistä pohdintaa kivunhoidon teeman ympärillä. Visioni on, että taideterapioiden ja -terapeuttien menetelmien käyttö ei ole enää yksittäisten ammattilaisten varassa eri puolella Suomea, vaan käytöstä tulee systemaattista ja tutkimustietoon perustuvaa.

Essi Grén (sihteeri)
Työskentelen psykologina
HUS Kipupoliklinikalla.



Koulutustaustaltani olen psykologian maisteri, työterveyspsykologi ja tanssiliiketerapeuttien menetelmien ohjaaja. Ihmisenä juureni ovat liikkeessä ja musiikissa. Vapaa-ajalla minut voi nähdä mm. tanssimassa angolalaisia paritansseja.

Polkuni kipuklinikalle on kulkenut lastenpsykiatrian ja työterveyshuollon kautta. Lasten kanssa luovuus työskentelyssä tuli leikin kautta luontevasti. Aikuisten kanssa törmäsin tilanteisiin, joissa koin, etteivät tavanomaiset keskusteluhoidon menetelmät yksistään antaneet riittävää tai tarvittavaa väylää ihmisen sisäiseen kokemukseen tai toivottuun muutokseen. Kehollisten ja taideterapeuttien lähestymistapojen mukaan ottaminen on vastannut tähän tarpeeseen. Uskon, ettei näiden voima etenkin taiteen osalta ole päässyt vielä kivun hoidossa täysin näkyviin. Toimikuntatyöskentelyltä odotan verkostoitumista ja osaamisen kiteytymistä kaikkia jäseniä palvelevasti mahdollistaen tulevaisuudessa myös hoidon kehittämisen.

Hanna Hakomäki

Musiikkiterapeutti, perhe- ja paripsykoterapeutti sekä työnohjaaja ja kouluttaja.



Työskentelen HUS Lasten ja nuorten sairauksien psykososiaalisten hoitojen yksikössä Itä-Pasilan avohoitoyksikössä. Mielestäni taideterapiatoimikunnan yksi keskeinen tehtävä on jakaa tietoa taiteen eri keinojen mahdollisuuksista kivun hoidossa. Lastenpsykiatrian musiikkiterapeutina haluan erityisesti olla edistämässä ymmärrystä taiteen merkityksestä kaikenikäisten ihmisten kokonaisvaltaisessa hyvinvoinnissa sekä erityisesti lasten kasvun ja kehityksen tukena myös vaativissa tilanteissa ja olosuhteissa. Taide antaa tilaa monenlaiselle vuorovaikutukselle ja ilmaisulle sekä mahdollistaa kokemusten muuntumisen siedettäviksi taitteelliseksi ja tarinalliseksi totuuksiksi, joiden kanssa voi elää.

Maj-Kristine Lindgren

Fysioterapeutti, tanssi-liiketerapeutti sekä työnohjaaja.

Toimin ennen eläkkeelle jäämistäni HUS:n lastenpsykiatriassa ja silloisessa lasten ja nuorten Kipupoliklinikassa. Vuorovaikutuksessa kivusta kärsivien lasten ja nuorten kanssa oli hyödyksi asettua kuulemaan heidän kokemukseen kivusta taidelähtöisellä otteella. Koska kipu on hyvin moniulotteinen ilmiö, tarvitaan sen yksilölliseen ymmärtämiseen ja kommunikointiin laajakatseisuutta ja yksilöiden luovuuden ilmaisuvoimaa tieteellisyyden ja mittaamisen ohien. Työnohjaajissa luovuuden kautta työskentely on avannut esimerkiksi syvempiä väyliä sekä potilaiden että itseni ymmärtämiseen. Toimikunnan tehtävänä voi olla ammattilaisten rohkaiseminen hetkellisesti ei-tietämisen tilaan, jota taidelähtöinen työskentely edellyttää - tuloksena voi olla syventynyt ymmärrys koetusta kivusta.

Hanna Pohjola

Monitieteisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen dosentti, tanssitaiteen tohtori ja tanssipedagogi, terveystieteiden maisteri (liikuntalääketiede) ja fysioterapeutti.

Parhaillaan työskentelen Koneen Säätiön tutkimusrahoituksella sekä yliopistotutkijana yhteiskuntatieteissä ja yliopisto-opettajana hammaslääketieteessä Itä-Suomen yliopistossa (UEF). Lisäksi olen mukana kanadalaisessa yläräajaan liittyvässä aivohalvauskuntoutuksen tutkimushankkeessa (UQAM) sekä teknillisen fysiikan Revip- ja SonicMove -tutkimushankkeissa (UEF). Koen, että taiteet ja taideterapiat mahdollistavat luovuuden, tunteiden ilmaisun, vuorovaikutuksen ja kokonaisvaltaisen tavan asettua olemaan läsnä, ja kurottautua kohti sitä mikä on aidosti merkityksellistä, myös kivun kokemuksessa.

Hanna Vuorimaa

Työskentelen psykologina Kansallisessa lasten ja nuorten kivunhoidon ja -tutkimuksen keskuksessa, HUSin Uudessa lastensairaalassa.



Olen erikoistunut kasvatus- ja kehityspsykologiaan. Väitöskirjani käsitteli lastenreumaan liittyvää kipua sekä erityisesti lapsen ja vanhemman pystyvyyden kokemuksia. Minulla on myös kivun psykologian erikoispätevyys.

Luovat ja toiminnalliset menetelmät sekä taide kuuluvat lasten ja nuorten parissa tehtävään työhön ja toivon toimikunnan tuovan tämän esiin; miten näitä menetelmiä voi käyttää erilaisissa työympäristöissä ja eri ammattilaisten toimesta. Nyt Kansallisessa lasten ja nuorten kivunhoidon ja -tutkimuksen keskuksessa luodaan toimintatapoja ja uusia rakenteita lasten kivunhoidon ja kuntoutuksen parhaaksi. Kehittyvien lasten kanssa on olennaista käyttää toiminnallisia ja luovia menetelmiä yksilö- ja ryhmäkuntoutuksessa. Lasten kipukeskuksessa psykologin ja musiikkiterapeutin yhdessä toteuttamani ryhmäkuntoutus on esimerkiksi yksi innostavista avauksista.

Edellä mainittujen toimikunnan varsinaisten jäsenten lisäksi toiminnassa ovat mukana:

Scandinavian Association for the Study of Pain
2024 congress



Pain throughout the lifetime

Helsinki, Finland
22. - 24.5.2024



Lisätietoja tulossa: WWW.SASP.ORG

Tanja Pihlaja

Jyväskylässä asustava yrittäjä Tuntumaa Oy:stä.

Koulutustaustani on moninainen, mutta ensisijaisesti olen tanssi-liiketerapeutti. Lisäksi olen koulutuspsykoterapeutti, työnohjaaja-kouluttaja, EMDR-terapeutti sekä YTM. Viitekehikseni on keho-orientoitunut, systeeminen ja traumatietoinen. Olen saanut työskennellä ihmisten kanssa lastensuojelun, psykiatrian ja työyhteisöjen konteksteissa. Työssäni olen tullut usein kohdakkain psyykkisen kivun kanssa ja tullut tietoiseksi psykosomaatiikasta sekä psyykkisten tekijöiden vaikutuksesta somaattisen kivun kokemukseen. Myös sairauksien tuottama fyysinen kipu ja niiden vaikutukset yksilölle ja koko perhesysteemeille ovat opettaneet minua ymmärtämään kivun vaikutuspiirin laajuutta. Kivun hoitaminen, sen kohtaaminen ja siihen liittyvien ilmiöiden kanssa työskenteleminen ovat kulkeneet mukanani urani alusta asti. Omasta hyvinvoinnista huolta pitäminen lähtee itsellä omien luovuuskanaavien aukipitamisestä. Pyrin integroidaan arkeeni riittävästi tarinateatteria, autenttista liikettä ja kehollisesti ravitsevia sekä virtaavia hetkiä.

Toimikunnan ja oman toiminnan suhteen haaveissani olisi tehdä näkyväksi kliinisiä kokemuksia taideterapeuttisten menetelmien mahdollisuuksista osana kivun hoitoa. Tulevaisuudessa toivon oppivani lisää ja osaltani tekeväni näkyväksi kivun taideterapeuttisen hoidon potentiaalia myös dialogisessa, perhekeskeisessä työssä.

Ulla Salo

Työskentelen Turussa toimintaterapeutina Lasten ja nuorten terapia-asema Sateenkaarella, jota ylläpitää Terapiayhdistys Sateenkaari ry.



Opiskelen ekspressiivistä taideterapiaa Helsingissä Inartes Instituutissa. Mielikuvitus on moniaistinen ja ekspressiivisessä taideterapiassa liikutaan eri taidemuotojen välillä. Terapeutin ei tarvitse olla kaikkien taidemuotojen ja ilmaisukeinojen asiantuntija, vaan itse luovan prosessin asiantuntija. Toimintaterapian täydennyskoulutuksistani erityisesti NDT-Bobath- ja sensorisen integraation terapia (SI-terapia) nivoutuvat yhteen ekspressiivisen taideterapian lähestymistavan kanssa. Työssäni nuorilla kipuasiakkaila korostuvat tällä hetkellä erityisesti toiminnalliset häiriöt ja krooninen kipuoireyhtymä.

Toimikuntatyöskentelyltä odotan erityisesti moniammatillista verkostoitumista ja tutkitun tiedon jakamista. ■

Suomen Kivuntutkimusyhdistyksen vuosikokouuskoulutus 20.–21.4. Tampereella

O sallistu in huhtikuussa Suomen kivuntutkimusyhdistyksen ry:n vuosikokouuskoulutukseen, joka järjestettiin Tampereella. Pitkien koronavuosien jälkeen, oli ilahduttavaa päästä koulutukseen paikan päälle, vaihtamaan ajatuksia ja kuulemaan tuoreimpia mietteitä kivun hoidossa. Koulutus järjestettiin hybridimuotoisena, mutta valitettavasti etänä olleet eivät pystyneet esittämään kysymyksiä tai ottamaan puheenvuoroja – tässä lie-nee kehityskohde seuraavaa koulutusta silmällä pitäen.

Torstain koulutuspäivä keskittyi tarkastelemaan opioidien käyttöä kivun hoidossa. Aki Hietaharju avasi koulutuspäivät, ja myös hänen puheessaan välittyi, miten mukavaa oli kokoontua yhteen pitkän tauon jälkeen. Aamupäiväsession puheenjohtajana toimi Katri Hamunen, ja ensimmäisen puheenvuoron piti Eija Kalso aiheenaan *Endogeeninen opioidijärjestelmä – sisäisen voimavara, jota ei kannata lääkkeillä lannistaa*. Syväluotaavasta luennosta jäi päällimmäisenä mieleen, että jos opioideilla on ajettu endogeeninen opioidijärjestelmä alas, on todennäköistä, että ennen mielihyvää tuottaneet kokemukset, kuten mielimusiikin kuuntelu tai ystävien näkeminen, eivät enää tuo kokijalleen mielihyvää. Kun potilaalla aloitetaan opioidilääkitys, on tavoitteena, että se olisi mahdollisimman lyhyt-



Annukka Aaltonen, Vera Leo ja Katariina Lahti nauttivat vuosikokouuskoulutuksen ohjelmasta ja verkostoitumisesta.

kestoinen. Lääkityksen pitkittyessä kasvaa tarve mahdolliselle hormonilääkitykselle, ja on myös todennäköistä, että aiemmin mielihyvää tuottaneet asiat voivat lakata olemasta merkityksellisiä.

Päivän toinen luennoitsija Arnt Schellekens (Radboudin yliopistosta Hollannista) piti erittäin energisen luennon aiheesta *Opioidien käyttöhäiriön kehittyminen kipupotilailla – miten voimme auttaa heitä?* Oli selvää, että Arnt oli vihkiytynyt tutkimusaiheelle, ja siksi hänen intohimoista luentoaan oli mielenkiintoista kuunnella. Yhteenvedossaan hän muistutti, että monissa länsimaissa reseptillä saatavien opioidien käyttö on lisääntynyt huomattavasti

kuluneen parinkymmenen vuoden aikana. Tämä johtaa lisääntyvässä määrin riippuvuuden kehittymiseen ja pahimmillaan yliannostuskuolemiin. Erityisen riskiryhmän muodostavat psykiatriset potilaat, joilla on kroonista kipua. Opioidien käyttöä tulee seurata tarkasti kipupotilaiden kohdalla, ja huolehtia, että potilaalla olisi hoitosuhde myös psykiatriseen yksikköön. Psykiatrinen diagnoosi ei saa olla este riittävälle kivun hoidolle. Arntilta myös kysyttiin Hollannin huume politiikasta, joka eroaa huomattavasti suomalaisesta huume politiikasta. Olisiko esimerkiksi kannabiksella parempi hoitaa kipua kuin opioideilla? Tähän hän naurahti,



Kliinikon tunnustuspalkinnon sai poikkeuksellisesti kaksi henkilöä, sairaanhoitajat Anette Lemström, HUS ja Outi Saarelainen, HUS.

ja totesi, että kysymys on erittäin hyvä, mutta ei sen enempää avannut kantansa tässä asiassa.

Dosentti Tarja Heiskanen (HUS) sekä professori Katja Boersman (SWE) puhuivat molemmat kroonisen kivun altistavasta vaikutuksesta opioidien pitkäaikaiselle käytölle. Heiskasen aiheena oli riippuvuutta aiheuttavat lääkkeet kivunhoidossa. Ydinsanoma luennoilta oli, että opioidien käyttö akuutissa ja lyhytaikaisessa käytössä on suhteellisen turvallista. Niihin liittyvät haittavaikutukset ovat vähäisiä, kuten huimaus, väsymys, kutina ja pahoinvointi. Sen sijaan yli kolme kuukautta jatkunut lääkitys altistaa jo mm. masennukselle, hormonaalisille muutoksille, väärinkäytölle sekä

tahattomalle tai tahalliseksi yliannostukselle. Kipupotilailla tavataan muuta väestöä useammin opioidi- ja gabapentinoidiriippuvuutta. Pitkäaikaisen kivun riskitekijöitä ovat esimerkiksi matala sosioekonominen status, ahdistuneisuus, unihäiriöt ja lapsuuden haitalliset tapahtumat. Riski kasvaa sitä suuremmaksi, mitä enemmän päällekkäisyyksiä potilaalla on. Boersmanin totesi oman esityksensä lopussa, että estääksemme pitkäaikaisesta kivusta kärsien potilaiden lisääntyvää opioidien käyttöä, meidän tulee ensisijaisesti hoitaa masennusta. Suurin osa kipulääkkeiden pitkittyneestä käytöstä johtuu oikeastaan potilaan peloista ja avuttomuuden tunteesta kivun edessä sekä epäluottamuksesta omia voimava-

rojaan kohtaan.

Perjantapäivän avasi Jaakko Leskinen (TAYS), ja puheenjohtajana toimi Anita Saariaho. Ensimmäinen luennoitsija oli Kati Sarvela, joka avasi traumaninformoidun työotteen näkökulmaa kivun hoitoon. Aihe oli ainakin allekirjoittaneelle aivan uusi, ja täytyy kiittää Katia erittäin selkeistä luentodi-oista, jotka täydensivät kuultua luentoa erittäin hyvin. Ydinsanomana voisin pitää, että trauma koskettaa meitä kaikkia, aina yksilötasolta organisaatioihin, ja kokonaisiin kansoihin asti. Siksi tuleekin ymmärtää, että krooninen kipu voi olla traumaperäistä, jolloin hoito pelkillä lääkkeillä ei usein ole riittävää.

Myös Diakonialaitoksen asiantuntija Lotta Carlssonin luento kidutetun



SKTY:n kunniajäseneksi kutsuttiin LL, anestesiologian erikoislääkäri Juha Nevantaus.

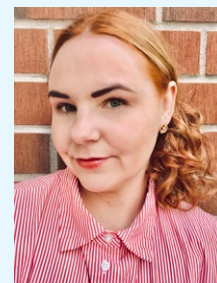
kivusta oli silmiä avaava. Kidutetun kivusta ensimmäisenä tulee mieleen Lähi-idän konfliktimaista tulleet maahanmuuttaja naiset ja tytöt; millaista väkivaltaa he ovat kokeneet ja nähneet? Samalla aloin myös pohtia oman maamme veteraaneja, millaisia kidutuksen kokemuksia nykyisin hoivakodeissa tai kotisairaanhoidon piirissä olevat ikääntyneet ovat toisen maailman sodan aikana kokeneet. Carlsson kertoi, että tällä hetkellä heillä olevat potilaat ovat pääasiassa Ukrainan sodasta paenneita sotilaita ja siviilejä. Ja vaikka fyysisesti haavat voivat olla jo parantuneet, voivat nämä henkilöt kokea erittäin epämiellyttävinä esimer-

kiksi toimenpiteet, jotka kohdistuvat niille alueille, joihin on kohdistettu väkivaltaa kidutusmielessä.

Uskonnon näkökulmaa kivun hoitoon toi psykologi Teemu Pauha, jonka luento käsitteli aihetta *kärsimys ja uskonto*. Kivun kokeminen on hyvin yksilöllistä, eikä uskonnollisuuden suhde kivun kokemukseen ja hallintaan ole yksiselitteinen. Se missä toinen henkilö saa voimaa rukoushelmien koskettamisesta, voi se olla toiselle yhdentekevää. Osa potilaista voi saada voimaa sietää kipua toistaessaan jotain uskonnollisen tekstin jaetta tai mantraa. Uskonto voi tarjota ihmiselle työkaluja kivun ja kärsimyksen hallintaan, mutta meidän

tulee ammatillisina kohdata potilaat aina yksilöinä, eikä yhteisönsä edustajina. Pauha toteaaakin lopuksi, että ”uskonnon merkitystä yksilölle ei voi ymmärtää ilman tietoa hänen elämäkokemuksistaan.”

Kaksipäiväisen koulutus oli mielestäni erittäin antoisa ja oli mukava vaihtaa ajatuksia eri puolilta Suomea tulleiden kivunhoidosta kiinnostuneiden ammattilaisten kanssa. Erityisen mukavaa oli kohdata viime keväänä Turun yliopiston Hoitotieteen laitokselta valmistuneiden kivun hoitotyön asiantuntijoiden kesken. Koulutus toteutettiin täysin verkkopohjaisena, joten olimme nähneet toisemme vain pienryhmän Teams-kokouksissa. Oli hyvä päästä vertailemaan, miten oma kivun hoidon asiantuntijuus oli opintojen jälkeen näyttäytynyt omassa työssä. Sanottakoon, että toisilla enemmän ja toisilla vähemmän. Esitin myös koulutuspäivän palautekyselyssä toiveen, että seuraavassa koulutuksessa äänensä saisivat esille myös joku meistä kivun hoitotyön asiantuntijoista. ■



Noora Virta-Nieminen

anestesia- ja sairaanhoitaja

Tyks Orto

Varsinais-Suomen hyvinvointialue

KIVUN HOITOTYÖN TÄYDENNYSKOULUTUS 2023–2024

Sairaanhoitaja, hyödynnä upea mahdollisuus syventää kivun hoitotyön osaamistasi!

Turun yliopiston hoitotieteen laitos ja Suomen Kivuntutkimusyhdistyksen hoitotyön toimikunta tarjoavat ainutlaatuisia sairaanhoitajille suunnattua Kivun hoitotyön täydennyskoulutusta. Opinnot toteutetaan verkossa kolmen lukukauden aikana ja koostuvat yhteensä seitsemästä moduulista. Opiskelu on työelämälähtöistä ja tapahtuu kivun hoitotyön huippuasiantuntijoista koostuvien mentoreiden tuella. Opintojen aikana kasvatat monipuolisesti kivun hoitotyön asiantuntijuutta ja lisäät kivunhoitoon liittyviä kliinisiä päätöksentekotaitoja.

Verkkopohjaisissa, vuorovaikutteisissa opinnoissa voit opiskella joustavasti omaan tahtiisi silloin, kun Sinulle sopii! Voit opiskella yhden tai useamman moduulin (1–5 op) oman mielenkiintosi ja mahdollisuuksiesi mukaan tai suorittaa koko 30 opintopisteen laajuisen kokonaisuuden. Jokaiseen lukukauteen sisältyy yksi webinaarina toteutettava lähiopetuspäivä. Ensimmäinen moduuli Kivun hoitotyön perusteet (1 op) on kaikille pakollinen.



Sisältö:

Moduuli 1: Kivun hoitotyön perusteet: Kivun tunnistamisesta hoidon onnistumisen arviointiin 1op

Moduuli 2: Asiantuntevalla kivun arvioinnilla kohti laadukkaita hoidon tuloksia 5 op

Moduuli 3: Kivun lääkehoitotyö sairaanhoitajan näkökulmasta 5 op

Moduuli 4: Palliatiivinen kivun hoitotyö ja syöpäkivun hoitotyö 5op

Moduuli 5: Hoitotyön kivunhallintakeinot – lääkkeetöntä kivunhoitoa potilaan parhaaksi 5op

Moduuli 6: Ikääntyneiden kivunhoitotyö 5 op

Moduuli 7: Lasten kivunhoitotyö 4 op

Kenelle: Hoitotyön ammattilaisille (sairaanhoitajat, ensihoitajat, kättilöt), kipuhoitajille ja kipuvastaaville

Hinta: 2600 € sis. alv. (30 op mentorointiryhmissä), tai moduulikohtaisesti 100 € / 1 op

Kesto: Kolme lukukautta (kevät 2024–kevät 2025)

Opiskeluvaihtoehdot:

- 30 op kokonaisuus mentorointiryhmissä. Sisältää säännölliset mentorointitapaamiset noin 2–3 kertaa lukukaudessa. Mentorointiryhmäläiset työstävät opintojen ajan oppimispäiväkirjaa mentorien tuella.
- Yksittäiset moduulit (ei sisällä mentorointia tai oppimispäiväkirjaa). 1–30 op kokonaisuuden voi opiskella yksittäisinä moduuleina omaan tahtiin moduulien avautumisaikojen puitteissa.

Ilmoittautumisaika:

30.10.2023–7.1.2024 30 op koulutus ja mentorointiryhmät. Mentorointiryhmiin jako tapahtuu täydennyskoulutuksen alkaessa. Jatkuva ilmoittautuminen yksittäisiin moduuleihin alkaen 30.10.2023.

Opintojen alkaminen: Opinnot alkavat 22.1.2024 klo 16–18 Zoomissa toteutettavalla aloitustapaamisella. Yksittäisiä moduuleja suositeltavana voit aloittaa opinnot joustavasti omien mahdolluuksiesi mukaan myös myöhemmin. Kevään 2024 webinaari toteutetaan ti 19.3.24 klo 9–15. Syksyn 2024 ja kevään 2025 webinaarien ajankohdat ilmoitetaan myöhemmin.

Kiinnostuitko opinnoista? Lisätietoja ja moduulien avautumisaikat: <https://www.utu.fi/kihot>
Yhteydenotot: koordinaattori Reetta Mustonen (ramust@utu.fi)

Ilmoittautumiset: Ilmoittautumisl linkki avautuu täydennyskoulutuksen kotisivuilla 30.10.2023 mennessä <https://www.utu.fi/kihot>
Siirry kotisivuillemme oheisesta QR-koodista



MAINOS

B-Cure Laserin on kliinisesti todistettu lievittävän laajaa kirjoa erilaisia kipuja ja edistävän kudosvaurioiden ja tulehdusten paranemista. Laite on käytössä haavahoidossa, kipuklinikoilla, fysioterapeuteilla ja jo tuhansissa suomalaiskodeissa.



Hilla-Maria Tennberg, krooniset haavat.



Leena Ruonala, väli-levynpullistuma, CRPS.

B-Cure Laser tehokkaaseen kivunlievitykseen

Suomen Käypä hoito -suosituksissa korostetaan hyvän hoitosuhteen lisäksi lääkkeettömien hoitokeinojen tärkeyttä ja potilaan vastuunottoa omasta kunnosta ja toipumisesta. Lääkkeettömät hoitokeinot ovat kehittyneet huomasti.

Esimerkiksi **B-Cure-lääkintälaserin** on kliinisesti tutkittu olevan kivunhoidossa teholtään lääkkeisiin verrattavissa ja muun muassa haavahoidossa sen on todettu edistävän kudoksen paranemista.

Nopeuttaa haavan paranemista

Haavahoitaja **Hilla-Maria Tennberg** Porvoon terveyskeskuksesta käyttää B-Cure Laseria kroonisten haavojen hoidossa.

– Laserterapia selkeästi edistää kudoksen uudistumiskykyä. Lisäämällä B-Cure Laserin osaksi haavahoitoa olemme onnistuneet palauttamaan haavan pysähtyneen paranemisprosessin ja lievittämään kipua. Hoidamme haavaa pääasiassa vastaanotolla, mutta sopivissa tapauksissa olemme antaneet helpokäyttöisen ja turvallisen laserlaitteen potilaalle kotiin hoidon tehostamiseksi, Tennberg kertoo.

Tehokas kivunlievityksessä

Leena Ruonala Helsingistä sai ensimmäisen välilevynpullistuman kymmenen vuotta sitten täysin yllättäen toimistolla. Jatkuva, elämää vahvasti rajoittavaa kipua on koitettu suitsia leikkauksin ja kipulaiteimplantein.

– Ne eivät ole auttaneet tarpeeksi, vaan olen joutunut syömään vuosia jatkuvaa kipulääkitystä ja tämän lisäksi kohtauksiin vielä vahvempia. Liikkumattomuus, suuri lääkemäärä ja univelka tekivät elämästä aivan järjetöntä.

Leena luki B-Cure Laserista ja vuokrasi laitteen ensin kokeiluun.

– Olin lukenut paljon ja uskalsin varovasti toivoa saavani apua. Tunne olikin uskomaton, kun alaselkää (leikkausarven kohdalta, pullistuman alta) ja lonkkien hermoja muutamia minutteja hoitamalla neuropaattinen kipu lieveni nilkkoihin asti. Nykyään hoidan selkääni kohtauskipulääkkeen sijasta laserilla, jolla saan avun myös minulle kehittyneeseen CRPS-vaivaan.

Tutkitusti tehokas terapia

Lääkintälaserterapian vaikuttavuudesta on tehty tuhansia kliinisiä tutkimuksia hyvin tuloksin. Julkaisuja löytyy esimerkiksi liittyen kihdin, reuman ja nivelrikon aiheuttaman kivun lievitykseen, jännetulehdusten ja kudosvaurioiden parantamiseen ja ihovaurioiden ja -tulehdustilojen hoitoon.

Turvallinen ja edullinen kotikäytössä

Koska B-Cure Laserin teho perustuu kudoksen ja solujen oman toiminnan parantamiseen, saadaan parhaat tulokset kuurinomaisella hoidolla. Siinä missä tehokkaammilla ammattilaismalleilla hoidetaan 2–3 kertaa viikossa, kotikäyttölaitteilla kotona tehtävä päivittäinen hoito takaa tasaisen ja tuloksellisen hoidon. Terapialla ei ole tunnettuja vasta-aiheita. Kotikäyttöön suunnitellut B-Cure-laserlaitteet ovat helpokäyttöisiä ja turvallisia, ja ne sopivatkin koko perheen käyttöön. Koska laitteen odotettava huoltovapaa käyttöikä on peräti 30 000 hoitokertaa, jää muutaman satasen arvoisen laitteen hoitojen hinnaksi vain muutama eurosentti. Laitetta voi myös vuokrata. ■

B-Cure Lääkintälaser (808 nm)



Laserterapia LLLT stimuloi kudosta solutasolla parantaen sen omaa toiminta- ja uudistumiskykyä. Se vaikuttaa verenkiertoon, aineenvaihduntaan sekä kehon endorfiinituotantoon lievittäen kipua. Laser lisää elimistössä myös kollageenin ja elastiinin luonnollista tuotantoa, joita keho tarvitsee kudosvaurioiden korjaamiseksi.

- **Akuutti ja krooninen kipu • Tulehdukset**
- **Rasitusvammat • Lihaskivut • Nivelrikko**
- **Haavat • Palovammat • Kudosvauriot**

Yliannostusriskiä tai vasta-aiheita ei ole, mutta hoitoa ei suositella syöpäkasvaimiin, silmiin eikä raskaana olevan vatsanseudulle.



B-Cure Laserin tehosta on julkaistu **5 tuplasokkotutkimusta**. Tutkimukset osoittavat mm. laitteen olevan kivunhoidossa kipulääkkeiden vertainen sekä edistävän haavojen paranemista. Myös Terveystekniikan nettisivuilla julkaistut lukuisat käyttäjäkokemukset tukevat B-Cure Laserin monipuolista vaikutusta.



Vuoden terveystuote 2022 Kauneus & Terveys -lehti nimesi 10 vuoden 2022 terveystuotetta. **B-Cure Laser** valikoitui Parhaaksi Laitteeksi kommentin "Laserointi lievitte nivelrikosta kärsivien sormien kipuja jo viikossa. Sen ansiosta yöunet eivät enää keskeytyneet."



Tuotetta myy Terveystekniikka. Lisätietoa teknologiasta, varmistettuja käyttäjäkokemuksia, tutkimuksia ja nettikauppa: www.terveystekniikka.fi | puh. 030 635 8332

Terveystekniikka