

SUOMEN KIVUNTUTKIMUSYHDISTYS RY:N JÄSENLEHTI

Kipuviesti

Nro 2/2021

Uni ja kipu

Miten uni voi auttaa kivun käsittelyssä?

Nuorten uni ja oireet

Nukkuminen huuhtoo aivoja

Vaikuttava viestintä potilaskohtaamisissa

Hotus: Näyttöön perustuvaa kivunhoitotyötä



The background of the entire page is a photograph of two hands shaking. One hand is wearing a grey sweater, and the other is wearing a white shirt with a black watch. The image is framed by a large green circular graphic on the left and bottom. A green line with small circles connects the text area to the bottom right.

Onnistuneen
lääkehoidon
puolesta

Sisällys

5 Päätoimittajan palsta

Uni ja kipu

6 **Tarja Stenberg** Miten uni voi auttaa kivun käsittelyssä?

10 **Outi Saarenpää-Heikkilä** Lapsen uni ja kipu

14 **Marja-Liisa Gustafsson, Camilla Laaksonen** Nuorten uni ja oireet

17 **Heta Helakari** Nukkuminen huuhtoo aivoja

23 **Virpi Niemi** Kipupotilaan unettomuuden lääkkeetön hoito kognitiivis-behavioraalisin menetelmin

Kohtaamisia kivunhoidossa

29 **Harry Köhler** Vaikuttava viestintä on keskustelua merkityksistä

36 **Anita Saariaho** Kohtaamisen karikoilla

Muut artikkelit

40 **Johanna Pohjonen** Niskan retkahdusvammaa sairastavan kipu on monitahoista

43 **Kristiina Heikkilä, Hannele Siltanen** Näyttöön perustuvaa kivunhoitotyötä potilaan parhaaksi ja hoidon yhtenäistämiseksi

46 **Sunna Rannikko** Eettiset kysymykset kivun hoidossa

49 **Arja Hiller** Kiertomatka kipupoliklinikoilla – KYS-erva

Kliinikon kynästä

53 **Outi Seppälä** Kipu kumppanina – kivunhoidon haasteita yleislääkärille

Kirja-arvostelu

57 **Teresa Autio** Mr. Pain – Keskusteluja kivun kanssa

Tutkittua

Nipistyksiä

60 **Anneli Vainio** Kyllä, mutta ei

Suomen Kivuntutkimusyhdistyksen sivut

63 Suomen kivuntutkimusyhdistyksen psykologitoimikunnan jäsenten esittely



Kipuviesti

2/2021

24. vuosikerta

Julkaisija

Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry

www.skty.org

ISSN 1796-3141

Päätoimittaja

Riitta Mieronkoski

kipuviesti@skty.org

Toimituskunta

Teresa Autio, terasa.autio@gmail.com

Arja Hiller, arja.hiller@sosteri.fi

Tuula Korhonen, tuula.korhonen@ras.fi

Riitta Mieronkoski, ritemi@utu.fi

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

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

Vuosikerran hinta on 50 €.

Osoiterekisteri

Katja Murro, Turun Tilikeskus Oy

PL 1234, 20101 Turku

puh. 02 2814300

katja.murro@tutke.fi

Kannen valokuva: Sanna Laakkonen

Graafinen suunnittelu

Eero Antturi

Kirjapaino GRANO, Vaasa
2021

Ilmoitushinnasto vuodelle 2021

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

Ilmoitushankkija: Anette Lemström

HUS, PL 140, 00290 Helsinki

anette.lemstrom@hus.fi

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

Lehden painos on 1500 kpl.

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

Ilmoitusaineisto toimitetaan osoitteella: Antturi Design Oy,

sähköposti: antturi@antturidesign.com

viestikenttään: Kipuviesti / ilmoitusaineisto

Kopio ilmoituksesta: Anette Lemström

(sähköposti: anette.lemstrom@hus.fi)

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

Ilmoitushinnat

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

”Keho ei toimi ja mieli pragaa”



Riitta Mieronkoski

Riittävän ja hyvälaatuisen unen merkitys osana kokonaisvaltaista terveyttä ja jaksamista on usein esillä, kun puhutaan nykyisestä tietoyhteiskunnasta ja jatkuvasta ärsyketulvasta. Vaikka unen merkitys aivoja elvyttävänä toimintana on alettu ymmärtää, on viitteitä siitä, että nukkumiseen käytetty aika on vähentynyt kaikissa ikäluokissa. On hätkähdyttävää, että arvioiden mukaan nuorista jopa 45–85 % kärsii liian vähäisestä unesta tai unihäiriöistä, ja samalla tutkimukset kertovat erilaisten mielen-terveys- ja kipuoireiden lisääntymisestä kyseisessä ryhmässä. Unettomuudesta puhutaan-kin jo ihan aiheellisesti uutena kansansairautena, sillä pitkäaikaisen unettomuuden on todettu altistavan useille sairauksille sekä aiheuttavan ahdistusta ja mielialan laskua.

Pitkäaikaisesta kivusta kärsivällä voi olla erilaisia univaikeuksia kivun vuoksi ja huonon nukkumisen takia kivut voivat pahentua. Tämä ikävä noidankehä tulisi saada katkeamaan. Tämän lehden kipu ja uni -teeman kirjoitusten tarkoituksena on syventää ymmärrystä unen merkityksestä aktiivisena toimintana ja mekanismeista tämän takana. Kirjoituksissa pohditaan myös, miten unettomuuden hoito voitaisiin nähdä vahvemmin yhtenä kivunhoidon peruspilareista, ja miten kivusta kärsivän univaikeuksien kierre olisi mahdollista katkaista vaikuttamalla unettomuutta ylläpitäviin tekijöihin.

Otsikon lause Ellinooran hittikappaleesta ”Dinosauruksi” kuvaa hyvin tunnetta, jossa kokonaisvaltainen terveys on uhattuna, mutta on vaikea tarttua vain yhteen asiaan, jota lähdeittäisiin hoitamaan. Kappaleessa toivotaan myös, että olisi edes yksi syli, johon turvautua. Kivusta kärsivä potilas turvautuu terveydenhuoltoon parantuakseen vaivastaan. Julkinen keskustelu kuitenkin osoittaa, että useat kivusta kärsivät potilaat eivät tunne tulevaisuuden kohdatuiksi ja kokevat jäävänsä ilman hoitoa tai saavansa vääränlaista hoitoa. Terveydenhuollon ammattilaisen rooli voi tuntua vaikealta, jos pitkäaikaisesta kivusta kärsivä potilas ja hoitava taho eivät pääse yhteisymmärrykseen kivunhoidon tavoitteista ja keinosta. Jotta hoidossa päästään eteenpäin, vastakkainasettelusta tulisi kuitenkin luopua. Lehden toisena teemana on kivusta kärsivän potilaan kohtaaminen ja viestintä. Näissä kirjoituksissa pohditaan, millaisiin elementteihin hyvä viestintä perustuu hoitotilanteissa, mitä kohtaamisten aiheuttamat tunnereaktiot kertovat ja miten niihin tulisi suhtautua. Perusteita kivunhoidon toteuttamiseen antavat myös esimerkiksi eettiset ohjeet ja Hoitotyön tutkimussäätiön tekemä työ näyttöön perustuvan hoidon yhtenäistämiseksi.

Tieto kivun merkityksestä moniulotteisena ja kokonaisvaltaisena oireena ja sairauteena saa koko ajan vahvistusta. Kipupoliklinikat vastaavat alueellisesti erityisesti vaikean ja pitkäaikaisen kivun hoidosta. Tässä lehdessä jatkamme esittelykierrosta kipupoliklinikoilla ja vuorossa on KYS-erva-alueen esittely. Vaikka kipupoliklinikat joutuvat työskentelemään niukoilla resursseilla, näkyy kuvauksissa pyrkimys moniammatillisuuteen, kouluttautumiseen sekä pyrkimys lisästä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä konkreettisilla keinoin. ■

Oikaisu

Kipuviestissä 1/2021 Kliinikon kynästä -sarjan kirjoittajan sukunimessä oli virhe. Kirjoittajan oikea nimi on Joonas Rajatalo (ei Rajala). Virhe koskee painettua lehteä.

Miten uni voi auttaa kivun käsittelyssä?



Tarja Stenberg

Dosentti

Helsingin yliopisto

Sleepwell-tutkimusohjelma

Unen aikana aivot ovat aktiiviset ja käsittelevät tietoa, mutta käsittelytapa poikkeaa merkittävästi valvenaikaisesta käsittelystä. Unelle tyypilliset aivosähkökäyrän heilahdukset, kuten hitaat delta-aallot ja unisukkulat, edistävät tiedon siirtymistä hippokampuksen työmuistista aivokuoren pitkäaikaismuistiin. Aistitiedon käsittely unen aikana muuttuu siten, että talamukset kautta aivokuorelle tulee vähemmän viestejä eikä aivokuori käsittele niitä kuten valveessa. Unessa emme siis ole yhteydessä ympäristöömme, mutta voimakas ärsyke voi kuitenkin herättää nukkuja. Unen puute tai huonolaatuinen uni lisäävät kivun tuntemuksia, ja kun kipu puolestaan häiritsee nukkumista, kipupotilas voi joutua noidankehään, joka pahimmillaan johtaa kivun kroonistumiseen.

Unen peruspiirteet

Unen aikana aivot ottavat vain vähän aistitietoa ympäristöstä, joten emme ole tietoisia siitä, mitä ympäristössämme tapahtuu. Kuitenkin voimakkaat ärsykkeet voivat herättää meidät. Unitila määritellään aivosähkökäyrän avulla, mutta siihen liittyy myös monenlaisia tyypillisiä ulkoisia tuntomerkkejä (uniasento, silmien sulkeminen, lihasjänteyden väheneminen). Aivosähkökäyrän perusteella uni jaetaan kahteen päätyyppiin, ei-REM-uni (NREM) ja REM-uni, joista NREM-uni jaetaan ihmisellä vielä kolmeen syvyyssasteeseen (1-3). Näistä vaihe 3 on syvää unta, jolle tyypillisiä ovat delta-aalloiksi kutsutut aivosähkökäyrän heilahdukset. NREM-unen aikana elimistö asettuu lepoon, syke ja verenpaine laskevat, hengitys tasaantuu ja verenkierto varsinkin etuaivolohkon alueella vähenee. REM-unessa tilanne muuttuu: pulssi, verenpaine ja hengitys käyvät epäsäännöllisiksi ja verenkierto monilla aivoalueilla lisääntyy

yhtä suureksi, tai suuremmaksikin kuin valveella. Syitä näihin REM-unen aikaisiin fysiologisiin muutoksiin ei tunneta.

Aistitiedon käsittely aivoissa

Elimistö käsittelee eri aistielimistä tulevia viestejä pääosin samojen periaatteiden mukaan. Tämä koskee myös kiputuntemuksen käsittelyä, joskin myös eroja ilmenee. Valveessa aistimme toimivat siten, että aistielinten (esim. silmät, korvat, iho) reseptorit reagoivat tietyille ärsykeille, kuten valolle, äänelle tai kosketukselle. Tieto tästä kulkeutuu hermoratoja pitkin ensin selkäyttimeen ja sieltä aivoihin, jossa se lopulta päättyy aivokuoren juuri tätä nimenomaista aistitietoa käsittelevälle alueelle, esim. näköaivokuorelle. Matkalla reseptorista aivokuorelle viestiä muokataan monella tarkistus- asemalla, eivätkä kaikki viestit lopulta päädy aivokuorelle, ja sitä kautta tietoisuuteen, lainkaan. Jokainen hermoyhteys (synapsi) hermo-



Kuva: Eero Antturi

radan varrella on tietyllä tavalla yksinkertainen tarkistuspiste – pääseekö viesti läpi synapsin, vai pysähtyykö siihen. Läpipääsyyn vaikuttaa paitsi ärsyksen voimakkuus, monenlaiset muut synapsin tilaa muokkaavat tekijät, jotka vaihtelevat hetkestä toiseen.

Aistitiedon portti aivokuorelle on talamus. Kaikki viestit kulkevat tämän välisaseman kautta. Talamuksessa kullakin aistilla on oma

käsittelyalueensa, kuten aivokuorellakin. Talamusportti on ehkä tärkein välisasema, missä aistitiedon läpipääsy aivokuorelle määräytyy. Talamuksen ja aivokuoren välillä on tiivis yhteys molempiin suuntiin, itse asiassa hermoyhteyksiä tulee aivokuorelta enemmän talamukseen kuin sieltä lähtee aivokuorelle. Nukahtaessa talamuksen ja aivokuoren välisten hermoverkkojen toimintatapa muuttuu. Tämän seurauksena aistitiedon käsittely aivokuorella ratkaisevasti vaikeutuu, emmekä havainnoi ympäristöämme kuten valveessa. Unessa emme siis pysty käsittelemään aistitietoa aivokuorella, mutta vahvat ärsykkeet voivat kuitenkin läpäistä talamuksen ja herättää meidät. Aivokuorelta talamukselle tulevien, ns. laskevien hermoratojen avulla aivokuori säätelee sisääntulevan tiedon määrää ja laatua. Tätä kutsutaan top-down kontrolliksi, eli ylhäältä alaspäin suuntautuvaksi säätelyksi. Nämä yhteydet ovat pääosin estäviä (inhibitorisia), ja niillä on oleellinen vaikutus siihen mitä tietoa aivokuorelle lopulta tulee. Kärjistetysti voisi sanoa, että aivot näkevät, kuulevat ja tuntevat mitä haluavat. Järjestelmä huolehtii myös siitä, että hermosolujen aktivointi ja esto pysyvät tasapainossa, ja ylikierroksilta välttyään. Jos tähän järjestelmään tulee häiriöitä, aistiminen häiriintyy ja vääristyy. Erityisesti näköradan ja näköaivokuoren tutkimukset ovat osoittaneet, että itse näkörataa pitkin tuleva aistitieto muodostaa vain pienen osan lopullisesta aistikokemuksestamme näköaivokuorella. Suuren osan muodostaa aivojen ”arvaus” siitä mitä näemme. Toisin sanoen, muodostamme näköaistimuksen perustuen siihen tietoon, mitä aivoissa on aikaisemmista kokemuksista: saamme silmien kautta jonkin verran tietoa, ja aivot täydentävät loput aikaisempaan kokemukseen perustuen. Vaikka tutkimusta muiden aistien osalta on vähemmän, on syytä ajatella, että myös niiden osalta toimintaperiaate on sama. Aistikoke-

muksemme siis ovat mitä suurimmassa määrin aivojen itsensä tuottamia.

Oppiminen

Meille on elintärkeää oppia kokemuksistamme. Oppiminen on monivaiheinen prosessi, jossa sisääntulevat ärsykkeet ensin havaitaan aivokuorella, josta tieto siirtyy hippokampuksen työmuistiin. Sieltä tietoa annostellaan takaisin aivokuorelle, pitkäaikaismuistiin. Viimeiset vuosikymmenet aivotutkimusta ovat osoittaneet, että siirto pitkäaikaismuistiin tapahtuu pääosin unen aikana. Oppiminen muokkaa aivojen, erityisesti aivokuoren hermoverkkoja uuteen uskoon. Mitä useammin sama hermoverkko aktivoituu, sitä vahvemmaksi muodostuvat siihen kuuluvien hermojen väliset yhteydet, ja sitä pienemmällä ärsytyksellä verkko aktivoituu uudestaan, niin hyvässä kuin pahassa. Kertaus on opintojen äiti, joka auttaa meitä painamaan mieleen ja herkistymään oppimaan lisää uusia, merkityksellisiä asioita. Mutta aivot herkistyvät myös vähemmän tarpeellisille, tai suorastaan haitallisille asioille, kuten kiputunteuksille.

Unen aikaiset muutokset aistitiedon käsittelyssä

Aivojen viestintäominaisuudet muuttuvat merkittävästi, kun vaivumme uneen. Aivokuorta aktivoivien ja valvetta ylläpitävien lukuisten välittäjäaineiden erityis vähenee NREM-unen aikana, ja kaikkien paitsi yhden (asetyyliholiini) erityis käytännöllisesti katsoen lakkaa REM-unen aikana. Tämä muuttaa ratkaisevasti hermoverkkojen toimintaedellytyksiä ja tapaa millä ne toimivat. On syytä korostaa, että aivot eivät suinkaan ole toimettomia tässä toisessa toimintaympäristössä – ne vain tekevät eri asioita kuin valveessa ja ovat, ainakin ajoittain, vähintään yhtä aktiiviset kuin valveessa.

Unen tunnusmerkki, delta-aallot syntyvät,

kun suuret joukot aivokuoren hermosoluja alkavat toimia samanaikaisesti (synkronissa). Myös talamuksen toiminnan siirtyminen unenaikaiseen hermoverkkojen toimintatapaan (bursting-mode activity) havaitaan aivosähkökäyrässä: unisukkulat NREM-vaiheessa kaksi ilmentävät tätä toimintatapaa. Unen aikana (sekä NREM- että REM-uni) kaiken aistitiedon käsittely aivokuorella vähenee, ja vain tavallista voimakkaampi ärsyke aiheuttaa reaktion. Näillä muutoksilla on tärkeä, mutta toistaiseksi vajavaisesti ymmärretty merkitys aivojen toiminnalle. Tiedetään kuitenkin jo, että ainakin muistille ja oppimiselle unella on suuri merkitys. Tutkimukset osoittavat, että valveen aikaiset havainnot, jotka ovat säilytyneet hippokampuksen työmuistiin, siirtyvät unen aikana aivokuoren pitkäaikaismuistiin. Tämä prosessi vaatii eri aivosähkökäyrän aaltojen tarkkaa yhteensovittamista: aivokuoren delta-aaltojen ja talamuksen unisukkuloiden täytyy tahdistua piiruntarkasti hippokampuksen nopeiden värähtelien kanssa. Vasta näissä olosuhteissa tieto siirtyy. Se, että kaksi näistä aivosähkökäyrän aalloista esiintyy vain unen aikana (delta ja unisukkulat), puhuu vahvasti sen puolesta, että unitila on oppiselle tuihtärkeä. Tämä onkin havaittu tuhansiin nousevissa tutkimuksissa, joissa on testattu unen vaikutusta oppimiseen mitä erilaisimmissa koejärjestelyissä, sekä ihmisillä että myös muilla lajeilla banaani- ja karpasista apinoihin.

Unen ja univajeen vaikutus kipuun

On tärkeää ymmärtää, että aivojen tapa käsitellä aistitietoa (ja kaikkea muutakin tietoa) koee ratkaisevan muutoksen unen aikana, kuten edellä olen hahmotellut, ja että tämä koskee myös kipuaistimuksen käsittelyä. Esimerkiksi kipurefleksi aktivoituu NREM-, ja erityisesti REM-unen, aikana korkeammalla kynnyksellä kuin valveessa. Myös kivun tuntemuksen ja



Kuva: Eero Antturi

unen, erityisesti univajeen, vaikutuksista on tehty lukuisia tutkimuksia, ja lyhyesti sanottuna, uusimmissa kokeissa on todettu, että unen puute lisää kivuliaisuutta, kun taas hyvä uni vähentää sitä. Kroonisen kivun kehittymisessä univajeella ja huonolla unella on oma osansa, joka vielä korostuu, kun kipupotilas joutuu unettomuuden ja kivun noidankehään, jossa kipu vaikeuttaa nukkumista, joka vaikeuttaa kipu jne. Krooninen kipu näyttää johtavan kipua välittävien ja käsittelevien hermoverkkojen jatkuvaan aktivaatioon, ja sitä kautta nii-

den vahvistumiseen, ja herkistymiseen kipuar-sykkeille. Tämähän on normaali oppimisen prosessi, ja silloin voi kysyä onko unella tässä osuutta, ja voitaisiinko unta käyttää myös tera-peuttisesti kipupotilailla.

Oppimisen ja muistin tehostaminen/hei-kenttäminen unen aikana

Unenaikaista oppimista on kokeellisesti tehos-tettu sekä ihmisillä että myös eläinkokeissa. Ideana näissä kokeissa on valveessa liittää op-piminen vihjeeseen (esim. hajuärsyke tai ääni), ja sitten unen aikana toistaa vihjeärsykettä, ja tällä tavalla uudelleenaktivoida oppiminen. Jotta oppiminen todella tehostuisi, ärsykkeen on osuttava juuri oikeaan kohtaan delta-aaltoa. Myös aivojen suoraa ärsytystä magneettistimu-laatiolla on käytetty delta-aaltojen lisäämiseen. Vastaavasti unenaikaisia ärsykeitä voidaan käyttää myös epämieluisien muistojen pois-pyyhintään. On syytä korostaa, että tulokset on saatu laboratorioskokeissa eikä niiden mah-dollisia haittavaikutuksia ole ehditty perusteel-lisesti selvittää. Näin ollen on syytä suhtautua suurella varauksella kaikenlaisiin yrityksiin soveltaa niitä tässä vaiheessa tutkimuksen tai tiukasti valvotun kliinisen työn ulkopuolella. ■

Lisälukemista aiheesta:

- Sipilä RM, Kalso EA, Sleep Well and Recover Faster with Less Pain - A Narrative Review on Sleep in the Perioperative Period. Review J Clin Med. 2021 May 7;10(9):2000.
- Stenberg T; Elimistön fysiologiaa unen aikana. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 135:831-7.
- Stenberg T, Uni, muisti ja oppiminen. Lääketieteellinen aika-kauskirja Duodecim 137: 1171-1177 (verkossa 15.04.2021)
- Stroemel-Scheder C, Kundermann B, Lautenbacher S; The effects of recovery sleep on pain perception: A systematic review. Neurosci Biobehav Rev. 2020 Jun;113:408-425

Lapsen uni ja kipu



Outi Saarenpää-Heikkilä
Dosentti, ayl
Lastenneurologian yksikkö,
Tampereen yliopistollinen
sairaala

Koska toisaalla tässä lehdessä Tarja Stenberg kuvaa aikuisen unen rakennetta ja kivun suhdetta siihen, en tässä katsauksessa käsittele tarkemmin näitä aihepiirejä, vaan kuvaan suoraan ihmisen unen kehitystä vauvaiältä aikuisuuden kynnykselle. Käsittelen myös lyhyesti, mitä kivun ja unen yhteyksistä näissä elämänvaiheissa tutkimuksen perusteella tiedetään.

Unen kehitys lapsuus- ja nuoruusvuosina

Unirytmien kehitys

Vastasyntyneellä ei ole selkeää unirytmää, vaan lyhyet unijaksot sijoittuvat tasaisesti ympäri vuorokauden, ja hereillä ollessaan vauva oikeastaan vain syö. Kovin nopeasti kuitenkin jonkinlainen rytmi löytyy siten, että pisin yhtenäinen unijakso on öisin noin kolmen kuukauden ikään mennessä. Tuolloin myös vauvan oman käpylisäkkeen erittämän melatoniinin erityis on alkanut. Yöunen ja päiväunen pituuden suhde muuttuu koko ensimmäisen elinvuoden ajan päiväaikaisen unen määrän vähetessä ja yöunen pidentyessä; kolmen kuukauden iässä unesta vielä reilu kolmannes ajoittuu päiväsaikaan, mutta puoli vuotta vanhemmalla lapsella enää vain noin neljännes.

Päiväunien lukumäärä myös vähenee ja parivuotiaalla on yleensä yhdet unet päivällä. Päiväunien nukkuminen on hyvin yksilöllistä: jotkut lopettavat ne jo parivuotiaana joidenkin tarvitessa päiväunia vielä kuusivuotiaana. Keskimäärin ne jäävät pois neljävuotiaana. Pikkulapsilla yöuni alkaa yleensä klo 21 mennessä. Melatoniinin erityis kasvaa koko varhaislap-

suuden ajan aina varhaiseen kouluikään asti, jolloin se alkaa hitaasti laskea. Suurin muutos tapahtuu murrosiässä, jolloin sukuhormonien erityksen lisääntymisen kanssa samaan aikaan tapahtuu melatoniinin erityksen selvä lasku. Seurauksena on yöunen viivästyminen murrosiässä. Murrosikäisten ryhmässä onkin määrittäen eniten viivästynyttä unirytmää kaikista ikäryhmistä. Kun murrosikä on ohi, siirtyy unirytmiksi taas hiukan aikaisemmaksi.

Unen määrän kehitys

Unen määrä on suurimmillaan ihmisen syntyessä, mutta yksilöllinen vaihtelu on suurta (12–18 t). Määrä vähenee tasaisesti ensimmäiset kaksi vuotta ja myös yksilöiden välinen vaihteluväli pienenee. Vähentäminen jatkuu pikkuvaiheesta lapsuuden aikana niin, että kouluikäisellä ennen murrosikää unta on noin 9–10 t. Murrosiässä sama kehitys jatkuu edelleen, joskin on esitetty, että osa tästä vähentämisestä ei olisi fysiologista, vaan ympäristötekijöistä johtuvaa: luontainen unen viivästyminen lyhentää unta illasta, mutta aamulla koulu alkaa kuitenkin varsin aikaisin eikä suinkaan viivästy kuten luontainen rytmi. Tutkimuksissa on voitu osoit-



taa, että vaikka murrosikäinen nukkuisi yöllä saman verran kuin esimurrosikäinen, nukahtaa hän kuitenkin päivällä helpommin ja tästä on tehty se johtopäätös, että unentarve murrosiässä on jopa suurempi kuin ennen murrosikää. Kyselytutkimuksissa keskimääräinen unen pituus on murrosiässä 8-9t eli pienempi kuin ennen murrosikää, mutta tämä ei siis välttämättä ole unen luontainen tarve vaan ympäristön ”vääränlaisen” rytmin aikaan saama.

Unen rakenteen kehitys

Unen rakenne on vastasyntyneellä hyvin erilainen kuin myöhemmin elämässä. Univaiheista on erotettavissa vain R- (REM-uni) ja N- (NREM-uni) unen esiasteet, joita kutsutaan tässä ikävaiheessa nimillä aktiiviuni ja rauhallinen uni. Nimillä korostetaan sitä, kuinka erilaiselta uni vastasyntyneellä näyttää. Näiden lisäksi osa unesta on ns. välimuotoista unta, joka on sekoitus aktiivista ja rauhallisesta unesta ja häviää ensimmäisen puolen vuoden aikana.

Pienen vauvan uni voi alkaa suoraan aktiiviunella ja tätä unta on myös prosentuaalisesti jopa 50 % vastasyntyneen unesta. Kahden kk:n

ikään mennessä unessa alkaa näkyä eri N-vaiheet. Unispindelit eli -sukkulat ilmaantuvat N2-unen tunnuspiirteeksi.

Puolen vuoden iässä viimeistään voidaan unta luokitella perinteisellä univaiheluokituksella. Unijakson pituus on kuitenkin vain alle tunnin mittainen. Tässä vaiheessa unijakson rakenne on vakiintunut niin, että se ei enää ala aktiivi- tai R- eli vilkeunella. Vilkeunta on koko ensimmäisen ikävuoden edelleen paljon, noin 30 %, vaikka määrä laskeekin aika nopeasti saavuttaen 25 % leikki-iässä. Samanaikaisesti syvän unen määrä nousee ja on leikki-iässä n. 30 %. Vauvaikäisen heräilyherkkyyttä selittää osittain lyhyemmät unijaksot eli uni kevenee tiheämmin kuin aikuisella, toisaalta vilkeunen runsas määrä, koska tästä unen vaiheesta havahdutaan herkemmin hereille kuin syvästä unesta.

Leikki-iässä unen rakenne on vakiintunut niin, että syvän unen määrä painottuu alkuyön unijaksoihin ja vilkeunen määrä on runsaimmillaan loppuyöstä, aivan kuten aikuisillakin. Syvää unta on kuitenkin määrällisesti enemmän. Leikki-ikäisen unta leimaakin siikeäunisuus: etenkin alkuyöstä lasta voi kantaa paikasta toiseen tämän siihen heräämättä. Leikki-ikään mennessä myös unijakson pituus on pidentynyt 1,5 tuntiin. Kouluiässä unen rakenteessa ei tapahdu merkittäviä muutoksia. Lapset pääsääntöisesti nukkuvat yönsä hyvin ja ovat päivällä hyvin virkeitä.

Murrosiän aikana tapahtuu selvä unen rakenteen muutos. Jo edellä kuvatun unirytmien muutoksen ohella syvän unen määrä alkaa laskea kohti aikuistasoa. Tästä seuraa, että ns. unen paine vähenee, jolloin väsymys ei tulekaan illalla enää yhtä selvästi esiin kuin pienemmällä lapsella. Valvominen siis helpottuu myös unen rakenteen muutoksista johtuen.

Unihäiriöt

Unihäiriöt jaetaan lapsuus- ja nuoruusiässä sa-

moihin kategorioihin kuin aikuisella. Kussakin häiriöryhmässä on kuitenkin lapsilla ja nuorilla omat erityispiirteensä, joskin murrosikäisen häiriöt ovat jo pitkälti aikuistyyppisiä. Unihäiriöt luokitellaan unettomuushäiriöihin, unenaikaisiin hengityshäiriöihin, liikaunisuushäiriöihin, parasomnioihin ja liikehäiriöihin. Unettomuushäiriötä esiintyy näistä eniten. Jo varhaislapsuuden yöheräily- ja nukahtamisvaikeusongelmat luokitellaan tähän ryhmään. Myöhemmin lapsuudessa esiintyy eniten nukahtamisvaikeuksia, mutta myös yöheräily ja liian varhainen herääminen yhdistyneenä nukahtamisvaikeuteen ovat usein tavattuja pulmia. Nimenomaan unettomuushäiriöiden esiintymistä kipupotilailla on erityisesti arvioitu, joskin unenaikaista obstruktiivista hengityshäiriötä ja periodista jalkaliikehäiriötä on myös raportoitu esiintyvän komplisoituneissa tilanteissa, missä lapsen kivun aiheuttaja liittyy monimutkaiseen neurologiseen vammautumiseen.

Miten kipu vaikuttaa uneen?

Kuten tässä lehdessä Tarja Stenbergin artikkelissa kerrotaan, aikuisilla kivun ja unen suhteesta tiedetään, että vaikutus on kaksisuuntainen: kipu häiritsee unta ja häiriintynyt uni provosoi kipua.

Lapsilla alakouluikäisistä murrosikäisiin on kivun ja unen yhteyttä tutkittu erilaisissa kyselytutkimuksissa, mutta myös objektiivisempia metodeita kuten aktigrafiaa ja unipolygrafiaa on käytetty. Erityisesti juuri unettomuuden eri muodot (nukahtamisvaikeus, yöheräily, liian varhain herääminen, huono unen laatu, unen puute) ja huono unen päiväaikaiset seuraukset (päiväväsymys, päiväunien nukkuminen) ovat olleet kipupotilailla havaittuja uniongelmia.

Allenin ja kumppanien (1) katsauksessa vuodelta 2016 on koottuna eri sairausryhmissä tehtyjä tutkimuksia. Erityisen selkeä näyttö

unen ja kivun yhteyksistä on havaittu kehityksellisten häiriöiden, sirppisoluanemian ja reuman yhteydessä. Viitteellisiä löydöksiä on myös syövän, fibromyalgian, kystisen fibroosin ja toiminnallisten vatsavaivojen kohdalla. Johtopäätöksenä kirjoittajat toteavat, että kun kipua hoidetaan näissä pitkäaikaissairauksissa, pitäisi myös unihäiriöt ottaa huomioon, jotta saavutettaisiin hyvä vaste. Kroonisesta kivusta kärsiviä 7–17-vuotiaita haastateltiin unen laadusta, ja löydöksenä oli, että se paitsi lisäsi kipua, myös huononsi toimintakykyä (2). Vastakkaisia löydöksiä kuvattiin systemaattisessa katsauksessa lasten ja nuorten tuki- ja liikuntaelinvaivojen ja unihäiriöiden yhteydestä (3). Katsaukseen valituista töistä vain muutamassa havaittiin uniongelmiin altistavan kivuille, valtaosassa tällaista yhteyttä ei havaittu. Työt kuitenkin olivat menetelmiltään varsin heterogeenisiä, joten vertailu ei ollut kovin yksiselitteistä.

Katsauksessa unen ja kivun yhteyksien neurobiologisista mekanismeista nuoruusikäisillä on kuvattu, miten herkkiä erityisesti nuoret ovat unen ja kivun yhteisvaikutuksille (4). Katsauksessa todetaan, että jopa yli puolella kivusta kärsivistä lapsista on unettomuuden eri muotoja ja/tai päiväaikaisia seurauksia. Kirjoittajat pohdiskelevat nuorien uniongelmiin erityispiirteiden kipua lisäävää vaikutusta. Nuorilla kun on taipumus viivästyneeseen unirytmiiin ja sen vuoksi he usein kärsivät kroonisesta unen puutteesta, jonka taas on havaittu lisäävän kiputuntemuksia. Katsauksessa todetaan myös, että nuorilla, joilla on sekä kipuja että unihäiriöitä, on huonompi toimintakyky kuin pelkästään kivusta kärsivillä nuorilla. Kivun ja unen häiriöiden kierteeseen liittyy usein myös psyykkisiä ongelmia kuten katastrofiajattelua ja depressiota, jotka näyttäisivät ylläpitävän unihäiriöitä.

Hoidossa huomioitavaa

Vaikka kivun ja unihäiriöiden yhteydessä ja

keskinäisessä vuorovaikutuksessa on vielä paljon selvitettävää, lienee kuitenkin jo nykyisen tutkimuskirjallisuuden perusteella selvää, että kouluikäisiä kipupotilaita hoidettaessa on unihäiriöiden esiintyminen myös selvitettävä. Uniongelmien hoitaminen on myös tärkeää, jotta saavutetaan hyvä lopputulos itse kivun hoidossa. Tähän asiaan ei kuitenkaan kivun hoitotutkimuksissa kiinnitetä vielä riittävää huomiota. Esimerkiksi systemaattisessa katsauksessa lasten ja nuorten päänsäryn lääkkeetönnästä hoidosta (5) mukana olevista 13:sta tutkimuksesta vain kolmessa oli selvitetty myös unihäiriöiden esiintymistä ja hoitoa. Myös pienempien lasten kivun ja unihäiriöiden välinen yhteys on vielä vähän tutkittu asia, vaikka ei ole syytä olettaa, etteikö yhteyksiä tässäkin ikäryhmässä löytyisi.

Kognitiivis-behavioraaliset menetelmät ovat tehokkaiksi todettuja niin kivun kuin unettomuudenkin hoidossa, ja kummankin aspektin huomioon ottaminen vaikuttaisi olevan loogisesti paras lääkkeetön hoitovaihtoehto. Lääkehoidossa taas on syytä tarkistaa aina, sopiiko valittu kroonisen kivun lääkehoito yhteen potilaan mahdollisen unihäiriön kanssa. Unihäiriöiden selvittäminen kipupotilaalta on siis monella tapaa aivan keskeistä, kun hoidetaan kipupotilasta, oli hän sitten minkä ikäinen tahansa. ■

Kirjallisuutta:

1. Allen J, Graef D, Ehrentaut J, Tynes B, Crabtree V. Sleep and pain in pediatric illness: a conceptual review. *CNS Neurosci Therapeutics*. 2016;22:880-93.
2. Evans S, Djilas V, Seidman L, Zeltzer L, Tsao J. Sleep quality, affect, pain and disability in children with chronic pain: is affect a mediator or moderator? *J Pain*. 2017;18(9):1087-95.
3. Andreucci A, Campbell P, Dunn K. Are sleep problems a risk factor for the onset of musculoskeletal pain in children and adolescents? A systematic review. *Sleep*. 2017;40(7):1-11.

4. Christensen J, Noel M, Myschasiuk R. Neurobiological mechanisms underlying the sleep-pain relationship in adolescence: a review. *Neurosci Biobehav Rev*. 2019;96:401-13.
5. Klausen S, Ronde G, Tornøe B, Bjerregaard L. Non-pharmacological interventions addressing pain, sleep and quality of life in children and adolescents with primary headache: a systematic review. *J Pain Res*. 2019;12:3437-59.

Lisälukemista lasten ja nuorten unesta:

- Paavonen EJ, Saarenpää-Heikkilä O. Lapsuuden unihäiriöiden arviointi kliinisessä työssä. *Suom Lääkl*. 2012;67:2805-11.
- Saarenpää-Heikkilä O. Lasten neurologiset unihäiriöt haittaavat päivän toimintoja. *Suom Lääkl*. 2012;67:2819-24.
- Saarenpää-Heikkilä O, Urrila AS, Paavonen EJ. Melatoniinin käyttö lapsilla ja nuorilla. *Suom Lääkl*. 2017;72(33):1710-14.

Nuorten uni ja oireet



Marja-Liisa Gustafsson

TtT, lehtori, tiimivastaava,
Turun ammatti-instituutti



Camilla Laaksonen

TtT, koulutus- ja tutkimus-
päälikkö, Turun ammatti-
korkeakoulu

Riittävä unen määrä ja riittävän laadukas uni ovat ihmisen terveyden ja hyvinvoinnin perusta. Toisaalta riittämättömän yönunen tiedetään heikentävän nuorilla muun muassa koulumenestystä, terveyttä sekä turvallisuutta. Päiväväsymys, unettomuus ja vuorokausirytmien ongelmat ovat nuorilla yleisiä. Nuoruusiässä biologiset, sosiaaliset ja psykologiset syyt siirtävät unirytmia myöhemmäksi. Tytöt raportoivat erilaisia psyykkisiä ja somaattisia oireita sekä kipuja poikia enemmän. On tyypillistä, että fyysiset ja psyykkiset oireet sekä nukkumiseen liittyvät ongelmat esiintyvät nuorilla usein samanaikaisesti. Unitottumusten ja väsyneisyyden kartoittaminen terveystarkastuksessa saattaa auttaa tunnistamaan ja hoittamaan myös muita terveysongelmia ja oireilua, jota ei ole havaittu aiemmin.

Nuorten uni

Unen tarve on yksilöllinen, ja siksi tarkkoja suosituksia nuortenkaan unen määrälle on vaikea asettaa. Alakoululaisille unen määrän suositus on 9–11 tuntia yössä, ja yläkoululaisille suositus unen määrästä on 8–10 tuntia yössä (1). Arviolta 45–85 % nuorista kärsii unen puutteesta ja/tai uniongelmistä (2, 3). Tämä on huolestuttavaa, sillä tiedetään, että liian vähäiseen unenmäärään liittyy sekä välittömiä että kauaskantoisia epäsuotuisia terveysvaikutuksia. Univajeen on todettu lisäävän riskiä sairastua mm. sepelvaltimotautiin, infektioauteihin ja aineenvaihduntasairauksiin ja olevan riskitekijä psyykkisille sairauksille, kuten masennukselle ja ahdistuneisuudelle. Koululaisilla liian vähäinen unen määrä tulee esille rauhattomuutena, yliaktiivisuutena, nukahtelutaipumuksena, oppimisvaikeuksina ja mielialan vaihteluina. Liian vähäisen unen määrän on todettu olevan lisäksi yhteydessä lasten ja nuorten ADHD-oireisiin, kuten lisääntyneeseen impulsiivisuuteen sekä keskittymisvaikeuksiin (4). Nuoren

nukkumiseen liittyvien ongelmien taustalla voi olla elämäntapoihin tai elämäntilanteeseen yhteydessä olevia ongelmia tai somaattisiin tai psyykkisiin sairauksiin liittyviä oireita.

Nuorten oireet

Tiedetään, että pysyvä tai toistuvasti esiintyvä kipuoireilu on yleistä nuorilla. Kipuoireita esiintyy 15–25 %:lla nuorista (5, 6). Yleisimmät kipuoireet lapsilla ja nuorilla ovat päänsärky, vatsakipu sekä erilaiset tuki- ja liikuntaelinten kivut, kuten selkäkipu (6, 7). Samat lapset kärsivät useista eri oireista ja kivuista (7). Lisäksi on tyypillistä, että fyysiset ja psyykkiset oireet esiintyvät nuorilla usein samanaikaisesti (8).

Tutkimuksissa on viitteitä siitä, että nuorten kipuongelmat ovat yleistyneet ja samalla myös kroonistuneet. (5, 9). Tytöt raportoivat kärsivänsä poikia enemmän kipuoireista (5, 6, 10). Lisäksi tiedetään, että tunne-elämään ja nukkumiseen liittyviä ongelmia raportoivat lapset ja nuoret raportoivat myös muita oireita. (6, 11). Nuorten kipuihin liittyvä oireilu tu-

lee esille muun muassa psyykkisinä oireina ja päihteidenkäyttönä (12). Lisäksi tiedetään, että kivuista kärsivillä nuorilla on enemmän poissaoloja koulusta ja vaikeuksia sosiaalisessa elämässä kuin niillä nuorilla, jotka eivät kärsi kivuista (13). Kipuoireiden esiintyvyys lisääntyy nuorilla iän myötä, ja lisäksi nuoruudessa esiintyneillä kipuoireilla on usein taipumus jatkua aikuisiällä (6, 7, 10). Hyvää on kuitenkin se, että lapset ja nuoret saadaan usein oikealla hoidolla täysin kivuttomiksi. Vähintäänkin toimintakyky saadaan palautettua ja kipua lievitettyä (9).

Uusimman kouluterveyskyselyn mukaan (5) suomalaisista perusopetuksen 8. ja 9. luokkalaisista, lukiolaisista ja ammatillisten oppilaitosten opiskelijoista viikoittaisesta päänsärystä raportoi 30 % opiskelijoista. Tyttöillä (40 %) päänsärky oli selvästi poikia (20 %) yleisempää. Niska- tai hartiakipua esiintyi viikoittain 32 %:lla tytöistä ja 17 %:lla pojista. Niska- tai hartiakipujen esiintyvyys oli vähentynyt 1,5 %:lla vuodesta 2017. Selän alaosan kipuja vähintään kerran viikossa esiintyi tyttöillä (20 %) poikia enemmän (14 %). Eniten nuoret raportoivat kärsivänsä väsymyksestä tai heikotuksesta. Tytöistä yli puolet (54,7 %) ja pojista lähes kolmannes (29,5 %) raportoi vähintään kerran viikossa esiintyvistä väsymyksestä tai heikotuksesta viimeisen puolen vuoden aikana. Sekä tyttöjen että poikien kokemaa väsymystä ja heikotusta on lisääntynyt yli kahdella prosentilla vuodesta 2017. (5). Kuten nuorten terveysongelmat ylipäänsä, ovat itse raportoidut mielenterveyden ongelmatkin yleisempiä tytöillä (15 %) kuin pojilla (9 %) (14).

Pohdinta

Hoitamalla oireiluun liittyvää kipua jo varhaisessa vaiheessa, vähennetään lapsen tai nuoren saamaa haitallista kipukokemusta, joka voi jäädä herkistämään hermojärjestelmää kivun kokemukselle pitkäksi aikaa (15). Hoidossa

tulee huomioida myös uneen ja nukkumiseen liittyvien ongelmien, kuten huonon unen laadun tai liian vähäisen unen määrän ja oireiden mahdollinen esiintymien samanaikaisesti. Myös psyykkisiä kuormitustekijöitä on tärkeä kartoittaa, sillä joskus esimerkiksi koulukiusaaminen voi vaikuttaa kipuun.

Yhteiskunnassa tuleekin huolehtia siitä, että tarvittavat palvelut oireiden hoitamiseen ovat helposti nuorten saatavilla. Perusterveydenhuolto on merkittävässä roolissa niin kivun tunnistamisessa kuin hoitamisessa. Kouluterveydenhoitajat tapaavat nuoret säännöllisesti, ja lisäksi kouluterveydenhoitajan vastaanotolle on nuoren helppo omatoimisestikin hakeutua. On tärkeää, että nuorten kanssa työskentelevillä on riittävä ammattitaito ja tietämys kipuun ja oireiluun yhteydessä olevista tekijöistä sekä oireiden ja kipujen hoitomuodoista. Tämä tulee huomioida jo koulutuksen sisällöissä niin hoitohenkilökunnalla kuin lääkäreilläkin.

Tehokas kivunhoito on moniammatillista toimintaa, jossa ihanteellisessa tilanteessa mukana ovat niin lääkäri, kipuhuoltaja, fysioterapeutti kuin psykologi. Hyvässä kivunhoidossa tulee huomioida niin nuoren kohtaaminen, kuunteleminen kuin kokonaisvaltaisen ymmärryksen kartoittaminen nuoren elämäntilanteesta. Keskeistä on, että nuori tietää, että häntä kuunnellaan, eikä hänen oireitaan vähätellä. Tulee myös huolehtia, että hoidon jatkuvuus on varmistettu, ja nuorella on tieto siitä, mihin ottaa yhteyttä, mikäli oirekuva muuttuu. Hyvä kivunhoito onkin tärkeä satsaus niin nuoren kuin yhteiskunnankin kannalta.

Nuoren kipu koskettaa hänen itsensä lisäksi myös nuoren perhettä, läheisiä ja ystäviä. Se näkyy niin koulussa kuin työelämäänsikin siirryttäessä. Perheen merkitys korostuu, sillä lapsuudessa ja nuoruudessa opitaan tärkeitä terveyteen liittyviä tapoja, kuten nukkumiseen, ravitsemukseen ja liikuntaan liittyen, jotka vai-

kuttavat pitkälle tulevaisuuteen.

Tytöt raportoivat poikia enemmän väsymystä, mielenterveyden ongelmia ja myös erilaisia oireita, kuten päänsärkyä ja vatsakipua. Tyttöjen oireiden runsaampi esiintyminen tulisi huomioida kehitettäessä terveyden edistämisen tukitoimenpiteitä. Lisäksi on tärkeää huomioida ikä terveyttä edistävien ohjeiden suunnittelussa ja toteutuksessa, sillä tytöillä ja pojilla oireiden esiintyvyys lisääntyy eri-ikäkausiin, jolloin myös tiedontarve tulee esille eri-ikäisiin. Nuorisobarometrin tuloksista tulee esiin tarve kehittää palveluja, jotka tunnistavat nuorten erityistarpeet ja joissa otetaan huomioon osallisuuden merkitys palveluiden kehittämisessä.

Koska erilaiset kipuoireet ja uniongelmat esiintyvät usein samoilla lapsilla ja nuorilla (12, 16) unen määrän ja päiväväsymyksen kartoittaminen terveystarkastuksessa saattaa auttaa tunnistamaan ja hoitamaan myös mahdollista muuta oireilua, jota ei ole havaittu aiemmin. ■

Kirjallisuutta:

1. Sleep Foundation 2021. How Much Sleep Do We Really Need? <https://www.sleepfoundation.org/how-sleep-works/how-much-sleep-do-we-really-need>
2. Carskadon MA, Mindell J, Drake C, MA Contemporary sleep patterns of adolescents in the USA: results of the 2006 National Sleep Foundation Sleep in America poll. *J Sleep Res.* 2006; 5: 1-93.
3. Calamaro CJ, Mason TB, Ratcliffe SJ. Adolescents living the 24/7 lifestyle: effects of caffeine and technology on sleep duration and daytime functioning. *Pediatrics.* 2009; 123: 1005-10.
4. Paavonen EJ, Räikkönen K, Lahti J, Komsu N, Heinonen K, Pesonen AK, Järvenpää AL, Strandberg T, Kajantie E. & Porkka-Heiskanen T. Short sleep duration and behavioral symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder in healthy 7 to 8 year old children. *Pediatrics* 2009; 123: e857-64.
5. THL. 2019. Kouluterveyskyselyn tulokset. <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/kouluterveyskysely/kouluterveyskyselyn-tulokset#alueittain>
6. Gustafsson M-L, Laaksonen C, Salanterä S, Löyttyniemi E, Aromaa M. Associations between daytime sleepiness, psychological symptoms, headache, and abdominal pain in schoolchildren. *Journal of School Nursing* 2018; 35(4): 279-286.
7. Simons LE. & Basch MC. State of the art in biobehavioral approaches to the management of chronic pain in childhood. *Pain Management* 2016; 6(1): 49-61.
8. Kuula, L. Nuori nukkuu myrskyn silmässä. *Suomen Lääkärilehti*: 2019; 74(43): 2443-2447
9. Ståhl M. Nonspecific neck pain in preadolescent to adolescent populations. University of Helsinki. *Kansanterveystieteen julkaisuja* 2014; 0355-7979; 221. <https://pdfs.semanticscholar.org/a55e/4822e5837a7959d57650c3251cbe4677cd3a.pdf>.
10. Gustafsson M-L, Laaksonen C, Aromaa M, Löyttyniemi E, Salanterä S. The prevalence of neck-shoulder pain, back pain and psychological symptoms in association with daytime sleepiness a prospective follow-up study of schoolchildren aged 10 to 15. *Scandinavian Journal of Pain* 2018; 18(3): 389-397.
11. Auvinen JP, Tammelin TH, Taimela SP, Zitting PJ, Järvelin MR, Taanila AM. & Karppinen JL. Is insufficient quantity and quality of sleep a risk factor for neck, shoulder and low back pain? A longitudinal study among adolescents. *European Spine Journal* 2010; 19(4): 641-649.
12. Luntamo T, Sourander A, Rihko M, Aromaa M, Helenius H, Koskelainen M. & McGrath PJ. Psychosocial determinants of headache, abdominal pain, and sleep problems in a community sample of Finnish adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry* 2012; 21(6): 301-313.
13. Roth-Isigkeit A, Thyen U, Raspe HH, Stöven H & Schmucker P. Reports of pain among German children and adolescents: An epidemiological study. *Acta Paediatrica* 2004; 93(2): 258-263.
14. Nuorisobarometri 2020 <https://tietoaanuorista.fi/nuorisobarometri/nuorisobarometri-2020/>.
15. Kalso E. Miksi kipu pitkittyy ja voiko sitä ehkäistä? *Suomen Lääkärilehti* 2018; 73(18): 1119-1824.
16. Norell-Clarke A. & Hagquist C. Child and adolescent sleep duration recommendations in relation to psychological and somatic complaints based on data between 1985 and 2013 from 11 to 15 year-olds. *Journal of Adolescence* 2018; 11(68): 12-21.

Nukkuminen huuhtoo aivoja



Heta Helakari

TtM
tohtorikoulutettava
aivotutkija

Nukkumisen perimmäinen tarkoitus on pitkään pysynyt mysteerinä. Aikojen alussa nukkumista katsottiin vain unien näkemisen näkökulmasta, ja pikkuhiljaa siirryttiin käsitykseen, että sillä on terveydellistäkin merkitystä, kuten elvyttää aivoja ja parantaa muistia. Viime aikoina mysteeri on pikkuhiljaa avautunut ja uusimpana tulokkaana niin kutsuttu glymfaattinen järjestelmä, eli aivojen puhdistusjärjestelmä, antaa uuden merkityksen nukkumiselle. Tanskalainen neurotieteilijä, Maiken Nedergaard esitti järjestelmän olemassaoloa ensimmäisen kerran vuonna 2012, ja tutkimus käy vilkkaana. Glymfaattinen järjestelmä kiihtyy nukkuessa, ja sillä on osoitettu olevan yhteyksiä etenkin neurodegeneratiivisiin sairauksiin. Lisäksi alkaa olla näyttöä, että järjestelmä jakaa yhtäläisyyksiä kipumekanismien kanssa. Tässä artikkelissa käydään nykyisen tiedon valossa läpi, miten etenkin nukkuminen huuhtoo aivoja, ja mitä tekemistä univajeella ja kivulla on glymfaattisen järjestelmän kanssa.

Mikä on glymfaattinen järjestelmä?

Aivotutkimus on pitkään keskittynyt hermosolujen ja aivojen sähköisen toiminnan sekä aivoaktivaation tutkimukseen, mutta viime aikoina tutkijat ovat kiinnostuneet myös hermosolujen ulkopuolisesta toiminnasta, kuten aivojen nestekierrosta. Pitkään luultiin, että aivoissa ei ole imusuonijärjestelmää, kuten muualla kehossa, mutta vastaava näyttäisikin löytyvän.

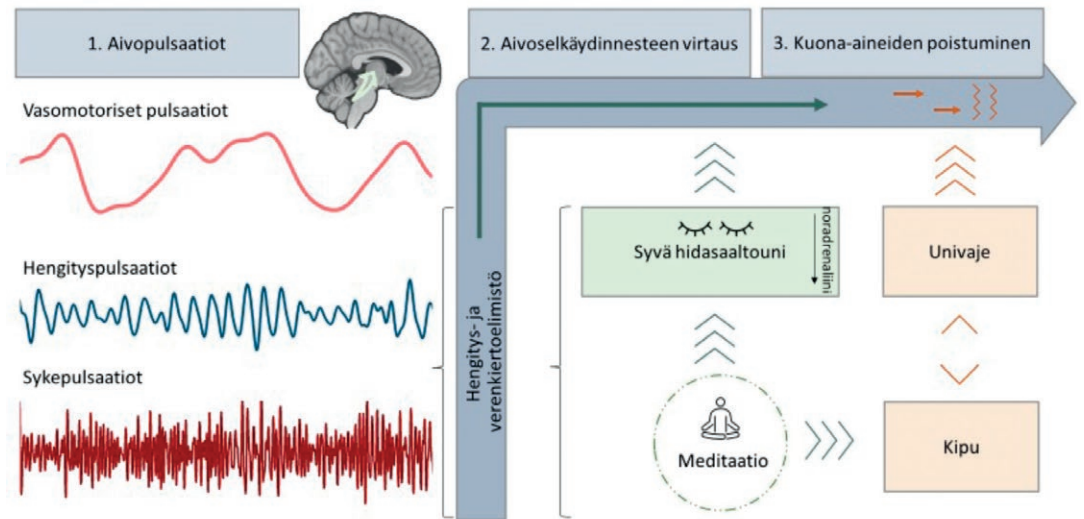
Glymfaattinen järjestelmä eli aivojen puhdistusjärjestelmä, huolehtii aivojen nestekierrosta, jossa aivoselkäydinneste sekoittuu solunulkoiseen nesteeseen huuhtoen kuona-aineet, kuten beta-amyloidit ja tau-proteiinit, pois aivoista (1, 2). Ulosvirtausreiteistä ollaan monta mieltä, mutta mm. aivokalvon imusuonten kautta kuona-aineet päätyvät perivaskulaarituloja pitkin verenkiertoon (3). Astrosyytti-nimisten hermo-

tukisolujen eli gliasolujen ulokkeet ovat osa veriaivoestettä, ja niissä sijaitsevat akvaporiniini-4-kanavat avustavat glymfaattista virtausta (2).

Nykyisen tutkimuksen valossa näyttäisi, että glymfaattinen järjestelmä on vilkkaimmillaan nukkuessa ja häiriintyy univajeen seurauksena (3-8). Useissa aivosairauksissa esiintyy unihäiriöitä, eikä glymfaattisen järjestelmän vaikutusta tähän yhdistelmään vielä tunneta. Joka tapauksessa vaikuttaisi, että glymfaattisella järjestelmällä on merkittävä rooli sekä aivojen terveyden tilaan että koko kehon hyvinvointiin.

Glymfaattisen järjestelmän yhteys univajeeseen ja kipuun

Hiirikokeista tiedetään, että jo yhden yön univaje kerryttää beta-amyloidia (7,) kun taas häiriötön uni aiheuttaa 6 % vähenemisen beta-



Kaavio. Syvä hidasaltouni kiihdyttää kuona-aineiden poistumista aivoista, kun taas univajeella ja kivulla on hidastava vaikutus aivojen puhdistumiseen. 1) Kolmenlaiset aivopulsaatiot ajavat 2) aivoselkäydinnesteen virtausta, joka sekoittuu solunulkoiseen nesteeseen ja 3) huuhtoo kuona-aineita, kuten beta-amyloidia ja tau-proteiineja pois aivoista verenkiertoon. Etenkin syvän hidasaltounen delta-aallot kiihdyttävät aivoselkäydinnesteen virtausta ja kuona-aineiden poistumista. Syvässä unessa tapahtuu myös massiivisia hengitys- ja verenkiertoelimistön muutoksia, joiden vaikutusta aivopulsaatioihin ja kuona-aineiden poistumiseen ei vielä tunneta. Tiedetään, että meditaatioharjoitukset lisäävät syvän unen määrää, ja meditaatiolla voidaan tietoisesti säädellä hengitystä. Fysiologisiin prosesseihin vaikuttamalla voidaan mahdollisesti parantaa glymfaattista puhdistumista. Vastaa- vasti, univajeen seurauksena kuona-aineet kertyvät aivoihin eivätkä pääse puhdistumaan. Uniongelmat ovat yleisiä kipupotilailla ja kipu taas lisää univaikeuksia, mikä johtaa ikävään kierteseen. Noradrenaliini on merkittävässä roolissa glymfaattisessa puhdistumisessa: delta-aallot vähentävät noradrenaliinipitoisuutta ja puhdistuminen lisääntyy. Kyseinen välittäjäaine liittyy myös läheisesti kroonisen kivun syntyyn ja näiden yhteisten mekanismien ymmärtäminen voi tulevaisuudessa auttaa kipupotilaita.

amyloiditasoihin aivoselkäydinnesteessä (6). Nämä tutkimukset osoittavat, että kyseinen kuona-aineen kertyminen on riippuvainen unen määrästä ja laadusta.

Ihmisillä glymfaattisen toiminnan mittaaminen molekyylitasolla on haastavaa, sillä aivotutkimuksessa käytettäisiin mielellään aivoihin kajoamattomia menetelmiä. Eide ym. kuitenkin kuvansivat kliinisen tutkimuksen yhteydessä potilaita gadobutrol-merkkiainetta käyttäen. He näyttivät, että jo yhden yön unideprivaatio heikentää virtausta ja seuraavan yön korvausuni ei näytä vielä korjaavan tilannetta viivästyneen puhdistumisen vuoksi (4). Univaje siis kerryttää kuona-aineita aivoihin, ja tällä voi olla yhteyksiä sairauksien syntyyn ja pahenemiseen.

Glymfaattista häiriötä on eniten tutkittu Alzheimerin taudissa, jossa aivoihin kertyy liikaa

beta-amyloidia (1). Lisäksi on näyttöä, että traumaattinen aivovamma (9) ja migreeni (10) heikentävät glymfaattista toimintaa. Schain ym. näyttivät, että aivokuoren laajeneva vaimentuma (eng. cortical spreading depression) aiheutti vahvoja muutoksia glymfaattisen järjestelmän rakenteeseen että toimintaan (10). He ehdottavat, että glymfaattinen järjestelmä on yksi yhdistävä tekijä uniongelmiin, aivovamman ja migreenin kanssa, koska migreeniin liittyvät neuropeptidit (mm. CGRP ja PACAP) lisäävät post-traumaattista päänsärkyä ja univaje taas vähentää näiden peptidien puhdistumista. Ymmärtämällä näitä syy-seuraussuhteita paremmin, kiputilojen hoitoa voitaisi mahdollisesti tehostaa.

Lisäksi on esitetty, että noradrenaliinilla on inhiboiva vaikutus glymfaattisen järjestelmän

toimintaan hereillä (mm. pienentää soluväli-tilaa ja kasvattaa resistanssia nestevirtaukselle) (11). Nukkuessa taas noradrenaliinipitoisuus aivoissa laskee ja hidasaaltoni lisääntyy (8). Kiinnostavaa on, että noradrenaliinilla on merkittävä vaikutus myös kroonisen kivun syntyyn, jonka kanssa yhdessä esiintyvät uniongelmat ovat hyvin yleisiä. Täten Goldman ym. yhdessä Maiken Nedergaardin kanssa esittävät, että mm. akupunktiolla unen laadun parantajana voisi olla glymfaattista järjestelmää kiihdyttävä vaikutus (11).

Glymfaattiseen järjestelmään vaikuttaminen – nukkuminen

Aivot ovat metabolisesti elimistön aktiivisin elin. Nukkuessa perusunta elintoiminnot hidastuvat; syke, hengitystiheys, verenpaine ja kehon lämpötila laskevat. Aivot kuitenkin jatkavat edelleen toimintaansa jopa 80 % teholla hereillä olosta, mikä kertoo, että niiden aineenvaihdunta toimii voimakkaasti myös nukkuesssa (3). Vaikka unen elvyttävä vaikutus on tunnettu aiemminkin, ei ole täysin voitu osoittaa, mistä se johtuu.

Vuonna 2013, hiiritutkimuksessa osoitettiin nukkumisen ja glymfaattisen toiminnan välinen yhteys (8). Hereillä merkkiaineita ei pääsyt aivoparenkyymin juuri ollenkaan, kun jo nukahtaessa ja anestesian alussa, merkkiaineiden sisäänvirtaus kiihtyi voimakkaasti. Tämän kiihtyminen näyttää liittyvän mm. solunulkoi- sen tilan kasvuun, joka mahdollistaa kuona-aineiden kuten beta-amyloidin nopeamman poistumisen aivoparenkyymin.

Puhdistumisen tehostuminen on liitetty aivojen hidasaaltoaktiivisuuteen, etenkin EEG:stä mitattaviin delta-aaltoihin (0,5–4 Hz) (5, 8). Anestesiakokeilla osoitettiin, että noradrenaliinipitoisuutta laskeva (mm. ketamiini- xylaxiini) anestesia lisäsi delta-aaltoja ja siten puhdistumista. Anestesiassa (mm. isofluraani),

jossa kyseistä aaltoilua esiintyi vähemmän, ei todettu puhdistumisen kiihtymistä (12). Näillä kokeilla siis näytettiin, että tajuttomuuden tila ei ole suoraan verrattavissa puhdistumisen kiihtymiseen vaan aivoissa vaaditaan tietynlais- ta toimintaa sen lisääntymiseksi (3). Vielä ei ole kattavaa tietoa, millainen aivojen tila vaaditaan glymfaattisen toiminnan kiihtymiseen, mutta joitakin aivojen puhdistumiseen vaikuttavia fy- siologisia mekanismeja on löydetty.

Ensimmäiset tutkimukset hiirillä (13, 14) osoittivat, että aivoselkäydinnestettä liikuttava voima olisi aivojen sykepulsaatio. Tämän valti- mopulsaatio on ihmisillä nopealla kuvantami- sella osoitettu olevan häiriintynyt mm. Alzhei- merin taudissa (15, 16). Menetelmien puitteissa sen todettiin olevan vaikuttavin tekijä, mutta uusimmat tutkimukset puhuvat sen puolesta, että kyse ei ole ainakaan pelkästään sykepulsa- tiosta. Van Veluw ym. osoittivat optista mittari- a käyttäen, että aiheuttamalla vasomotorisen aallon hiiren aivoihin, myös merkkiaineiden virtaus aivoselkäydinnesteessä kiihtyi (17). Hiiritutkimukset ovat siis näyttäneet, että sekä sykepulsaatiot että vasomotoriset aallot lisää- vät kuona-aineiden puhdistumista. Ihmisten kuvantamisella on osoitettu, että näiden lisäksi myös hengityspulsaatiot vaikuttavat aivoselkä- ydinnesteen liikkeeseen (18, 19).

Glymfaattinen kuvantaminen ihmisillä

Uusilla aivoihin kajoamattomilla kuvantamis- menetelmillä voidaan mitata puhdistumista ajavia nestepulsaatioita. Yksi näistä menetel- mistä on nopea toiminnallinen magneettiku- vaus, joka ei rajoitu pelkästään hitaiden hap- pipitoisuutta mittavien signaalien muutoksiin, kuten perinteinen toiminnallinen magneetti- kuvaus (nk. neuraalinen aktivaatiotutkimus) vaan nopean näytteistyksen vuoksi päästään tutkimaan myös aivojen nesteiden ”sykintää” eli hengitys- ja sykepulsaatioita sekä hitaita va-



Kuva: Sanna Laakkonen

somatorisia pulsaatioita (20).

Fultz ym. kuvasivat ihmisiä perusunen II-tilassa nopeaa toiminnallista magneettikuvantamista käyttäen. He osoittivat, että EEG:n delta-aaltojen muutokset ovat yhteydessä aivojen veritilavuuden muutoksiin ja lisääntyneeseen aivoselkäydinnesteen virtaukseen aivojen neljännestä aivokammioista (21). Nämä muutokset heijastelevat glymfaattisen toiminnan kiihtymistä. Oulun toiminnallisen neurokuvantamisen ryhmässä tutkimme aivopulsaatioiden muutoksia unen aikana, ja tulokset viittaavat siihen, että etenkin vasomotoriset ja hengityspulsaatiot lisääntyvät unen aikana (22).

Olemme myös osoittaneet aivopulsaatioiden poikkeavuutta mm. Alzheimerin taudissa (15, 16), epilepsiassa (23, 24) sekä muutoksia hengityksen pidätyksen aikana (25). Ihmisillä on tehty jo useita tutkimuksia, jotka viittavat siihen, että hengitys voisi olla yksi merkittävä tekijä glymfaattisen toiminnan kannalta (18, 19,

25). Näiden tutkimusten löydöksiä pohditaan tarkemmin seuraavassa kappaleessa.

Hengityksen merkitys

Nukkuessa tapahtuu suuria muutoksia hengitysfysiologiassa: mm. hengityksen säätely muuttuu täysin automaattiseksi ja ylähengitysteiden paine kasvaa (26). Hereillä taas pystymme tietoisesti säätelemään hengitystämme, ja tämän merkitystä aivoille ei vielä juuri tunneta.

Dreha-Kulaczewski ym. näyttivät nopeaa toiminnallista magneettikuvantamista käyttäen, että kontrolloidun hengityksen aikana aivoselkäydinnesteen sisäänvirtaus kiihtyi sisään hengittäessä, kun taas hengityksen pidätys esti aivoselkäydinnesteen virtauksen (18). Raitamaa ym. osoittivat, että hengityksen pidätys muutti sykepulsaatioita etenkin aivorungon hengityskeskuksessa, mikä kertoo siitä, että hengitys muuttaa sykepulsaatioita myös aivoissa (25).

Hengitystä säätelemällä voimme siis vaikut-

taa aivojen nesteiden pulsaatioihin, jotka lii-
kuttavat aivoselkäydinnestettä. Tyypillisimpiä
esimerkkejä hengitykseen vaikuttamisesta ovat
meditaatio ja mindfulness tekniikat, joista on
ehdotettu olevan apua myös kivunhallinnassa,
joskin kattavampia tutkimuksia tarvitaan (27,
28). Tällaiset hoitomuodot voivat osoittautua
tehokkaiksi perinteisten hoitomuotojen tuke-
na.

Meditaatiolla on lukuisia hyviä vaikutuksia,
kuten muistin ja keskittymiskyvyn parantumi-
nen (29). Meditaation aikana ilmenee tavallista
enemmän aivojen theta-aaltoja (4–7 Hz), jotka
liittyvät mm. muistin lujittamiseen ja lisäävät
syvän unen hidasaaltoaktiivisuutta (29, 30). Tä-
män perusteella meditaatio voi vaikuttaa aivo-
jen puhdistumiseen ainakin epäsuorasti paran-
tamalla unen laatua.

Mielenkiintoista on, että kokeneet meditoi-
jat voivat jopa meditaation aikana tuottaa sa-
mankaltaista aivotoimintaa (esim. theta-aallot
ja delta aktiivisuuden kasvu) kuin nähdään
nukahtaessa tai nukkuessa, tosin otannat ovat
vielä pieniä ja ristiriitaisuuksiakin löytyy (31).
Vaikka vielä ei ole tutkimuksia glymfaattisesta
toiminnasta itse meditaation aikana, mm. Red-
dy ym. ehdottavat, että se voisi tehostaa aivojen
puhdistumista, sillä siitä löytyy paljon yhtäläi-
syyksiä unessa olemisen kanssa (30).

Yhteenveto ja tulevaisuuden näkymät

Näyttäisi, että nukkuminen huuhtelee aivoja,
kun taas univaje lisää kuona-aineiden kertymis-
tä. Glymfaattisen toiminnan häiriöitä esiintyy
useissa sairaustiloissa, kuten myös kiputiloissa,
joihin tiedetään liittyvän uniongelmia. Jatkossa
näiden mekanismien ja syy-seuraussuhteiden
tutkimusta tarvitaan diagnostiikan ja hoidon
kehittämiseksi.

Vielä ei tarkalleen tiedetä, voisiko aivojen
puhdistumista lisätä myös muilla keinoilla
kuin nukkumalla. Tosin löytyy myös alustavia

tutkimuksia, että muillakin elintapoihin vai-
kuttavilla tekijöillä (esim. stressin säätely ja lii-
kunta) (32) voi olla vaikutusta kuona-aineiden
poistumiseen. Koska glymfaattista puhdistu-
mista ajavat aivojen vasomotoriset aallot, hen-
gitys- ja sykepulsaatiot ovat fysiologisia prosesseja,
niihin vaikuttamalla voidaan mahdollisesti
säädellä myös aivojen puhdistumista. ■

Kirjallisuutta:

1. Iliff JJ, Wang M, Liao Y, et al. A paravascular pathway facilitates CSF flow through the brain parenchyma and the clearance of interstitial solutes, including amyloid β . *Sci Transl Med* 2012.
2. Nedergaard M. Garbage Truck of the Brain. *Science* (American Association for the Advancement of Science) 2013; 340: Science. Jun 28; 340(6140): 1529–1530.
3. Benveniste H, Heerdt PM, Fontes M, et al. Glymphatic System Function in Relation to Anesthesia and Sleep States. *Anesth Analg* 2019; 128: 747–758.
4. Eide PK, Vinje V, Pripp AH, et al. Sleep deprivation impairs molecular clearance from the human brain. *Brain* 2021.
5. Hablitz LM, Vinitsky HS, Sun Q, et al. Increased glymphatic influx is correlated with high EEG delta power and low heart rate in mice under anesthesia. *Sci Adv* 2019.
6. Ooms S, Overeem S, Besse K, et al. Effect of 1 night of total sleep deprivation on cerebrospinal fluid β -amyloid 42 in healthy middle-aged men a randomized clinical trial. *JAMA Neurol* 2014; 71: 971–977.
7. Shokri-Kojori E, Wang G-, Wiers OE, et al. β -Amyloid accumulation in the human brain after one night of sleep deprivation. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2018; 115: 4483–4488.
8. Xie L, Kang H, Xu Q, et al. Sleep drives metabolite clearance from the adult brain. *Science* 2013; 342: 373–377.
9. Plog BA, Dashnaw ML, Hitomi E, et al. Biomarkers of traumatic injury are transported from brain to blood via the glymphatic system. *J Neurosci* 2015.
10. Schain AJ, Melo-Carrillo A, Strassman AM, et al. Cortical spreading depression closes paravascular space and impairs glymphatic flow: Implications for migraine headache. *J Neurosci* 2017; 37: 2904–2915.
11. Goldman N, Hablitz LM, Mori Y, et al. The Glymphatic System and Pain. *Med Acupunct* 2020.
12. Benveniste H, Lee H, Ding F, et al. Anesthesia with dexmedetomidine and low-dose isoflurane increases solute transport via the glymphatic pathway in rat brain when

- compared with high-dose isoflurane. *Anesthesiology* 2017.
13. Iliff JJ, Wang M, Zeppenfeld DM, et al. Cerebral arterial pulsation drives paravascular CSF-Interstitial fluid exchange in the murine brain. *J Neurosci* 2013; 33: 18190-18199.
 14. Mestre H, Tithof J, Du T, et al. Flow of cerebrospinal fluid is driven by arterial pulsations and is reduced in hypertension. *Nat Commun* 2018; 9: 4878.
 15. Rajna Z, Raitamaa L, Tuovinen T, et al. 3D Multi-Resolution Optical Flow Analysis of Cardiovascular Pulse Propagation in Human Brain. *IEEE Trans Med Imaging* 2019.
 16. Tuovinen T, Kananen J, Rajna Z, et al. The variability of functional MRI brain signal increases in Alzheimer's disease at cardiorespiratory frequencies. *Sci Rep* 2020.
 17. van Veluw SJ, Hou SS, Calvo-Rodriguez M, et al. Vasomotion as a Driving Force for Paravascular Clearance in the Awake Mouse Brain. *Neuron* 2020.
 18. Dreha-Kulaczewski S, Joseph AA, Merboldt K-, et al. Inspiration is the major regulator of human CSF flow. *J Neurosci* 2015; 35: 2485-2491.
 19. Vinje V, Ringstad G, Lindstrøm EK, et al. Respiratory influence on cerebrospinal fluid flow – a computational study based on long-term intracranial pressure measurements. *Sci Rep* 2019.
 20. Kiviniemi V, Wang X, Korhonen V, et al. Ultra-fast magnetic resonance encephalography of physiological brain activity-Glymphatic pulsation mechanisms?. *J Cereb Blood Flow Metab* 2016; 36: 1033-1045.
 21. Fultz NE, Bonmassar G, Setsompop K, et al. Coupled electrophysiological, hemodynamic, and cerebrospinal fluid oscillations in human sleep. *Sci* 2019.
 22. Helakari H, Korhonen V, Holst S, et al. Sleep-specific changes in physiological brain pulsations. 2020. Unpublished Material. *BioRxiv* DOI: <https://doi.org/10.1101/2020.09.03.280479>.
 23. Kananen J, Tuovinen T, Ansakorpi H, et al. Altered physiological brain variation in drug-resistant epilepsy. *Brain Behav* 2018; 8.
 24. Helakari H, Kananen J, Huotari N, et al. Spectral entropy indicates electrophysiological and hemodynamic changes in drug-resistant epilepsy – A multimodal MREG study. *NeuroImage Clin* 2019; 22.
 25. Raitamaa L, Korhonen V, Huotari N, et al. Breath hold effect on cardiovascular brain pulsations – A multimodal magnetic resonance encephalography study. *J Cereb Blood Flow Metab* 2018.
 26. Sowho M, Amatoury J, Kirkness JP, et al. Sleep and respiratory physiology in adults. *Clin Chest Med* 2014; 35: 469-481.
 27. Hilton L, Hempel S, Ewing BA, et al. Mindfulness Meditation for Chronic Pain: Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Behav Med* 2017.
 28. Zeidan F, Salomons T, Farris SR, et al. Neural mechanisms supporting the relationship between dispositional mindfulness and pain. *Pain* 2018.
 29. Wilckens KA, Ferrarelli F, Walker MP, et al. Slow-Wave Activity Enhancement to Improve Cognition. *Trends Neurosci* 2018.
 30. Reddy JSK and Roy S. Meditation as a preventive sleep medicine. *NeuroQuantology* 2018.
 31. Lee DJ, Kulubya E, Goldin P, et al. Review of the neural oscillations underlying meditation. *Front Neurosci* 2018.
 32. Reddy OC and van der Werf, Y. D. The sleeping brain: Harnessing the power of the glymphatic system through lifestyle choices. *Brain Sci* 2020.

Kipupotilaan unettomuuden lääkkeetön hoito kognitiivis-behavioraalisin menetelmin (CBT-I, Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia)



Virpi Niemi
sairaanhoitaja
Kivunhoitoyksikkö, Oulun
yliopistollinen sairaala
Kognitiivisen lyhytterapia-
koulutus, sovelletun ren-
toutuksen ohjaaja, CBT-I
(Cognitive Behavioral
Therapy for Insomnia)
-unihoitaja

Pitkittyneestä kivusta kärsivät potilaat kokevat usein unettomuutta. Unettomuus voi joh-
taa kierteeseen, jossa unettomuus lisää kiputuntemuksia ja lisääntynyt kivuliaisuus hei-
kentää unen laatua. Unettomuuden hoidossa parhaat tulokset saavutetaan kognitiivis-
behavioraalisilla menetelmillä ja ne soveltuvat hyvin myös kipupotilaiden unettomuuden hoi-
toon. OYS:n kivunhoitoyksikössä kipupotilaiden unettomuutta hoidetaan Cognitive Behavioral
Therapy for Insomnia (CBT-I) -menetelmän avulla ja kokemukset menetelmän hyödyntämi-
sestä ovat olleet positiivisia.

Pitkittyneestä kivusta kärsivillä potilailla esiin-
tyy hyvin usein unettomuutta. Kipupotilailla
nukahtaminen ja unen ylläpito voivat vaikeu-
tua, unen laatu ja tehokkuus voivat heikentyä
ja syvän unen osuus voi vähentyä. Kipupotilaat
myös usein havahtuvat kivuttomia useammin
kesken unen. Unettomuus voi lisätä kiputun-
temuksia, aktivoida prostaglandiinijärjestel-
mää ja laskea kipukynnystä (1, 2). Keskeistä
unettomuuden aiheuttamassa kärsimyksessä
on potilaan kokemus huonosta nukkumisesta
sekä siihen liittyvä ahdistuneisuus ja haitalliset
selviytymisyritykset (3).

Olemme kehittäneet OYS:n fysiatrian poli-
klinikalla ja kivunhoitoyksikössä moniamma-
tillisesti kipupotilaiden unettomuuden hoi-
topolkua. Osana tätä kehittämistyötä osallisu-
tuimme syksyllä 2020 HUS:n psykiatrian uni-
häiriöpoliklinikan unihoitaja Tuula Tanskasen

järjestämään unettomuuden lääkkeettömän
hoidon Cognitive Behavioral Therapy for In-
somnia (CBT-I) -koulutuskokonaisuuteen, joka
antaa valmiudet ja pätevyyden CBT-I -hoidon
toteuttamiseen.

Kognitiivis-behavioraaliset unettomuu- den hoitomenetelmät

Pitkittyneen unettomuuden hoidossa parhaat
tulokset saavutetaan kognitiivis-behavioraali-
silla menetelmillä. Unettomuuden CBT-I -hoi-
to on näyttöön perustuva unettomuuden en-
sisijainen hoitomuoto, joka voidaan toteuttaa
yksilö-, ryhmä- tai verkko-ohjauksena. CBT-I
-hoidon tavoitteena on parantaa fysiologiaa,
psykologiaa ja behavioraalisia edellytyksiä
nukkumiselle, lievittää unettomuusoireita ja
kohentaa toimintakykyä. Unettomuutta ylläpi-
tävät useat tekijät ja sen vuoksi paras hoitotulos

saavutetaan yhdistämällä käyttäytymisteoreettisten ja kognitiivisten mallien osatekijöitä. CBT-I -menetelmällä pyritään vaikuttamaan erityisesti unettomuutta ylläpitäviin tekijöihin ja katkaisemaan unettomuuden kierre (2, 3, 4).

Kognitiivis-behavioraaliset unettomuuden hoitomenetelmät soveltuvat myös kipupotilaiden unettomuuden hoitoon. Ne eivät tehoa kivun voimakkuuteen, mutta voivat vähentää kivun vaikutusta ja lievittää unettomuutta (2). CBT-I -menetelmällä on saavutettu hyviä tuloksia pitkittyneestä kivusta kärsivien potilaiden unettomuuden hoidossa, ja hoidon vaikutukset ovat jatkuneet hoitokokonaisuuden päättymisen jälkeen (5, 6, 7, 8). CBT-I -menetelmän on todettu parantavan pitkittyneestä kivusta kärsivien potilaiden elämänlaatua kohentamalla unenlaatua ja mielialaa (9).

CBT-I uniohjaajan koulutus

CBT-I -koulutuskokonaisuus toteutui etäyhteyden kautta syksyllä 2020. CBT-I -uniohjaajan koulutus on terveydenhuollon ammattilaisille suunnattu sisällöllisesti ja rakenteellisesti määritelty sertifioitu kokonaisuus, joka sisältää kaksi teoreettista etäkoulutuspäivää, itseopiskelua sekä vähintään yhden CBT-I -hoitokokonaisuuden toteuttamisen ja siihen liittyvän kliinisen työohjauksen. Koulutuksessa perehdytään unen ja unihäiriöiden mekanismeihin, unettomuuden arviointimenetelmiin sekä unettomuuden lääkkeettömän hoidon perusteisiin ja toteutukseen. Koulutus antaa valmiudet ja pätevyyden toteuttaa manualisoitua, tyypillisesti 5–6 tapaamisen ryhmä- tai yksilömuotoista CBT-I -hoitoa (3).

Unettomuuden CBT-I -hoitokokonaisuus

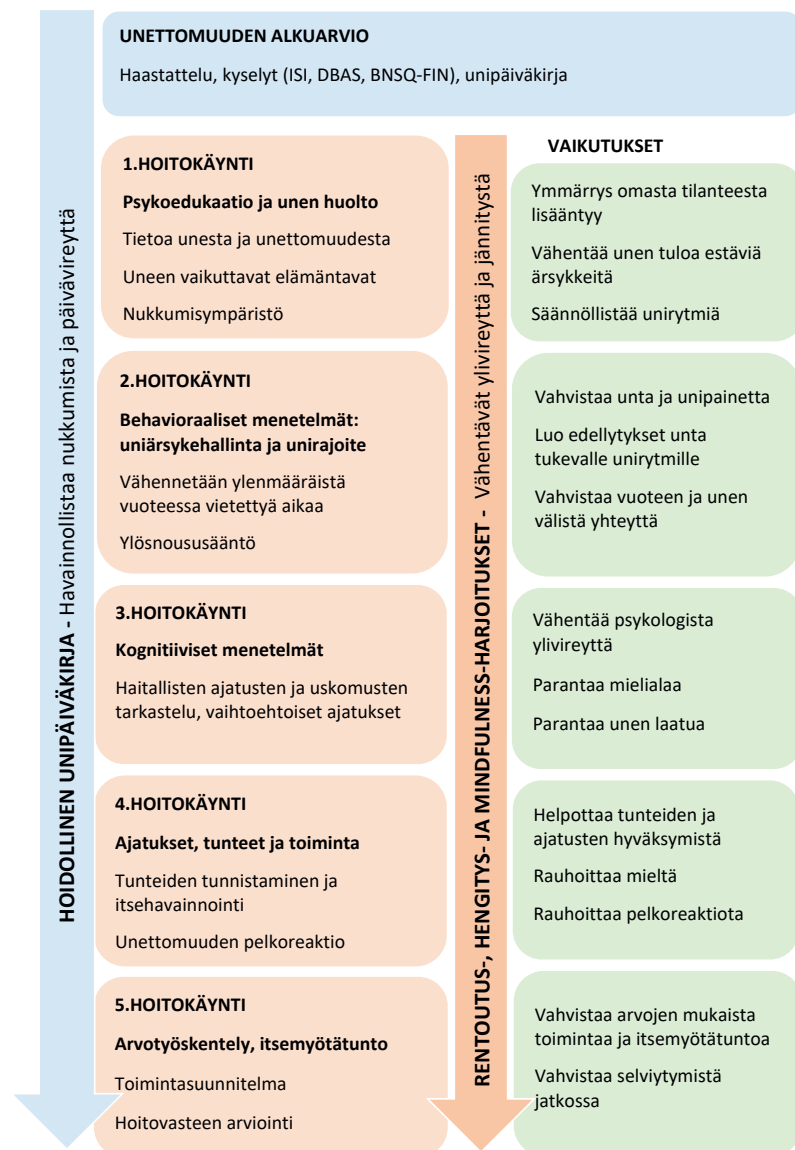
Unettomuuden lääkkeettömän hoidon tarve arvioidaan yksikössämme moniammatillisesti. Lääkärin tehtävänä on arvioida potilaan kokonaistilannetta, uni- tai vireysongelmien tausta-

tatekijöitä, diagnostiikka ja jatkotutkimusten tarvetta (10). OYS:n kivunhoitoyksikössä CBT-I -hoitokokonaisuutta pyritään tarjoamaan kipupotilaille, joilla unettomuus on pitkittynyt ja esteenä kuntoutumiselle. Potilastapauksia käsitellään moniammatillisesti ja osa potilaista ohjautuu sairaanhoitajan vastaanotolle uniongelmiin tarkempaan selvittelyyn ja ohjaukseen. Tilapäisen tai lyhytkestoisen unettomuuden hoidossa voi riittää muutama ohjauskäynti, mutta pitkäkestoisen unettomuuden hoidossa suositellaan yleensä 5–6 hoitokäyntiä (11).

Unettomuuden CBT-I -hoitokokonaisuus on esitelty taulukossa 1. Hoitokokonaisuus alkaa unettomuuden arvioinnista, jossa hyödynnetään potilaan haastattelua, unikyselyitä (ISI, Insomnia Severity Index; DBAS, Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Scale; BNSQ-FIN, Basic Nordic Sleep Questionnaire) ja unipäiväkirjamerkintöjä. Alkuarvion yhteydessä kartoitetaan potilaan motivaatiota, edellytyksiä ja valmiuksia hoitokokonaisuuteen osallistumiseen (3). Mikäli potilaalla on pitkäkestoista unilääkkeiden käyttöä, aloitetaan ensimmäisen hoitokäynnin yhteydessä unilääkkeiden vähentämis- ja lopettamissuunnitelman laatiminen yhteistyössä lääkärin ja potilaan kanssa (11).

Kaikki viisi hoitokäyntiä sisältävät oman teemansa (Taulukko 1). Potilas saa jokaisen hoitokäynnin yhteydessä täytettäväkseen työkirjan, joka sisältää hoitokäynnin teemaan liittyvää tietoa, väliharjoitteita ja unipäiväkirjan. Jokaisen hoitokäynnin alussa käydään läpi ajankoh- taista nukkumista unipäiväkirjamerkintöjen ja haastattelun avulla sekä kokemuksia väliharjoitteista ja unilääkkeiden käytön vähentämisestä. Hoitokäynteihin liittyy erilaisia nukah- tamiseen, unen laadun parantamiseen ja huo- liajattelun rauhoittamiseen liittyviä harjoitteita. Jokaisen hoitokäynnin yhteydessä otetaan käyttöön rentoutus-, hengitys-, mielikuva- tai mindfulness-harjoitteita, joita potilas toteuttaa

Taulukko 1. CBT-I (Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia) -hoitokokonaisuus



osana väliharjoittelua. Rentoutusharjoitusten tavoitteena on vähentää ylivireyttä ja jännittyneisyyttä ja parantaa unen laatua. Potilas saa parhaan hyödyn lääkkeettömistä menetelmistä ottamalla ne aktiivisesti säännölliseen

käyttöön (3).

Ensimmäisen hoitokäynnin teemana on psykoedukaatio unesta, unihäiriöistä ja unen huollosta. Uneen liittyvä perustietous auttaa korjaamaan unen kannalta epäedullisia uskomuksia ja odotuksia, aktivoi potilaan omia ongelmanratkaisukeinoja ja auttaa potilasta ymmärtämään paremmin omaa tilannettaan. Toisella hoitokäynnillä tarkastellaan opittuja, unen kannalta haitallisia käyttäytymistottumuksia ja pyritään korjaamaan niitä rajoittamalla ylenmääräistä vuoteessa vietettyä aikaa ja ottamalla käyttöön ylösnoususääntö. Behavioraaliset menetelmät koetaan usein vaativiksi, sillä käyttäytymistottumusten muuttaminen edellyttää pitkäjänteisyyttä ja kykyä sietää epä mukavuutta. Behavioraalsiin menetelmiin palataan jokaisella tapaamisella, kun unipäiväkirjamerkintöjen perusteella edellisellä tapaamisella sovitun vuoteessa oloaikaan tehdään tarvittavia muutoksia. Kolmannella hoitokäynnillä tarkastellaan uneen, väsymykseen ja unettomuuteen liittyviä haitallisia ajatuksia ja tulkintoja ja pyritään löytämään vaihtoehtoisia unen kannalta edullisempia ajatusmalleja. Tavoitteena on vaikuttaa myönteisesti mielialaan, tunteisiin ja toimintaan sekä laskea vireystasoa ja parantaa unen laatua. Neljännellä hoitokäynnillä tarkastellaan unettomuuteen liittyvien haitallisten ajatusten vaikutusta tunteisiin ja niiden voimakkuuteen sekä tunnereaktioiden vaikutusta toimintaan. Pohdinnan tarkoituksena on helpottaa tunteiden ja ajatusten hyväksymistä ja ymmärtämistä ja rauhoittaa unettomuuteen liittyviä pelkoreaktioita. Viidennen hoitokäynnin teemana ovat arvotyöskentely ja itsemyötätunto. Tavoitteena on arvojen mukaisen toiminnan ja itsemyötätunnon vahvistaminen. Lisäksi tapaamisella kerrataan unettomuuden lääkkeettömän hoidon kokonaisuutta, laaditaan toimintasuunnitelma paremman unen ja vireyden edistämiseksi jatkossa sekä suunnitel-

ma unihäiriön palaamisen varalle. Loppuarvio tehdään viidennen tapaamisen yhteydessä tai erillisellä seurantakäynnillä (3).

Esimerkkitapaus

Keski-ikäinen työssä käyvä nainen oli kärsinyt vuosien ajan nikamavälilevysairaudesta aiheutuvasta alaselkävustasta. Selkävustun lisäksi taustalla oli masennus- ja ahdistuneisuusoireilua, jota oli hoidettu psykoterapialla aiemmin. Potilas oli tuonut lääkärin vastaanotolla aktiivisesti esille kokemustaan univaikeuksista, jatkuvasta väsymyksestä ja voimakkaasta huolestuneisuudesta asian suhteen. Potilas ohjautui lääkärin vastaanottokäynnin jälkeen sairaanhoitajan vastaanotolle uniongelman selvittelyyn ja hoitoon.

Potilaan keskeisimpiä uneen liittyviä ongelmia olivat tyytymättömyys sen hetkiseen nukkumiseen, toistuva heräily, päiväväsymys ja kokemus unen virkistämättömyydestä. Univaikeudet aiheuttivat potilaalle huolestuneisuutta ja ahdistuneisuutta. Alkutilanteessa Unettomuuden haitta-aste arvioissa (ISI) pisteet olivat 16/28 viitaten keskivaikeisiin unettomuusoireisiin. Potilaan toiveena oli saada helpotusta uniongelmaan ja potilas oli motivoitunut unettomuuden lääkkeettömään hoitokokonaisuuteen.

CBT-I -hoitokäyntejä toteutui yhteensä viisi 1–2 viikon välein ja hoitokokonaisuus eteni suunnitelman mukaan. Psykoedukaatio unesta, unettomuudesta ja unen huollosta loi perusteet lääkkeettömien menetelmien omaksumiselle ja auttoi potilasta ymmärtämään uniongelmaansa paremmin. Potilas teki aktiivisesti muutoksia uneen vaikuttavissa elämäntavoissa. Unettomuudelle altistavina tekijöinä potilaan tilanteessa olivat lapsuuden kokemukset, herkäänisyys, tunnollisuus, runsas unen tarve sekä unen saantiin liittyvä huolestuneisuus. Unettomuutta laukaisevina tekijöinä olivat selkävustun

paheneminen, vuorotyö sekä työhön liittyvä stressi. Unettomuutta ylläpitävinä tekijöinä olivat jatkuva ylivireys ja liiallinen nukkumisen yrittäminen. Jokaisen tapaamisen alussa kävimme läpi potilaan täyttämän hoidollisen unipäiväkirjan ja teimme havaintoja unesta ja sen tehokkuudesta, päivävireydestä sekä unta tukevista ja haittaavista asioista. Potilas sai jokaisella tapaamisella täytettäväkseen unipäiväkirjan ja hoitokäyntiin liittyvän työkirjan tehtävineen sekä uneen ja rentoutumiseen liittyviä väliharjoitteita. Unipäiväkirjamerkintöjen perusteella teimme tarvittavia muutoksia vuoteessa olon rajoittamiseen ja vuorotyöntekijän unen rytmittämiseen.

Hoitojakson lopussa Unettomuuden haitta-aste arvioissa (ISI) pisteet 6/28 eli potilaalla ei todettu enää unettomuusoireita. Potilaan unettomuus lievittyi hoitojakson aikana ja potilas oppi arvioimaan ja ymmärtämään omaa nukkumistaan, rauhoittamaan unettomuuden pelkoreaktioita, rauhoittamaan huoliajattelua ja suhtautumaan itseensä aiempaa myötätuntoisemmin. Potilas huomasi, että hän voi vaikuttaa omalla toiminnallaan ja ajatuksillaan nukkumiseen. Hoidon onnistumisen kannalta merkittäviä asioita olivat potilaan motivaatio sekä valmiudet tarkastella ja muuttaa ajattelu- ja toimintatapojaan. Potilaan alaselkäkipu jatkui hoitojakson aikana entisellään ilman merkittäviä muutoksia. Hoitojakson lopussa unihäiriön lievittyttyä potilaan suhtautuminen omaan kokonaistilanteeseensa oli kivusta huolimatta aiempaa rauhallisempaa ja toiveikkaampaa.

Pohdinta

CBT-I -koulutuskokonaisuus on luonut hyvät edellytykset unihäiriöiden tunnistamiseen ja arviointiin ja tuonut keinoja unettomuuden lääkkeettömän hoidon toteuttamiseen yksikössämme. Kokemukset CBT-I -hoidon toteuttamisesta ovat olleet rohkaisevia ja potilaiden

palautteet positiivisia. Jatkamme kipupotilaiden unettomuuden hoitopolun kehittämistä ja jatkossa yksikössämme on tarkoituksena ottaa unettomuuden lääkkeetön hoito yksilöohjauksen lisäksi osaksi myös ryhmämuotoista kuntoutusta. ■

Kirjallisuutta:

1. Sun Y, Laksono I, Selvanathan J, Saripella A, Nagappa M, Pham C, Englesakis M, Peng P, Morin C & Chung F. 2021. Prevalence of sleep disturbances in patients with chronic non-cancer pain: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews* 57, 101467. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2021.101467>
2. Unettomuus. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Unitutkimusseuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020 (viitattu 8.8.2021). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi
3. Tanskanen T. 2020. Unettomuuden lääkkeetön hoito CBT-I (Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia) -koulutusmateriaalit 14.10. ja 4.11.2020.
4. Järnefelt H. 2017. Psykologiset hoitomuodot tehoavat unettomuuteen. *Suomen Lääkärilehti* 12/2017, 776-781.
5. Finan P, Buenaver L, Coryell V & Smith M. 2014. Cognitive-Behavioral Therapy for Comorbid Insomnia and Chronic Pain. *Sleep Medicine Clinics* 9(2), 261-274. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2014.02.007>
6. Jungquist R, Tra Y, Smith M, Pigeon W, Matteson-Rusby S, Xia Y & Perlis M. 2012. The Durability of Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia in Patients with Chronic Pain. *Sleep Disorders*. <https://doi.org/10.1155/2012/679648>
7. McCrae C, Williams J, Anderson R, Mundt J, Miller M, Curtis A, Waxenberg L, Staud R, Berry R & Robinson M. 2019. Cognitive behavioral treatments for insomnia and pain in adults with comorbid chronic insomnia and fibromyalgia: clinical outcomes from the SPIN randomized controlled trial. *Sleep* 42(3). <https://doi.org/10.1093/sleep/zsy234>
8. Tang N, Goodchild C & Salkovskis P. 2012. Hybrid cognitive-behaviour therapy for individuals with insomnia and chronic pain: a pilot randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy* 50, 814-821. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.08.006>
9. Koffel E, Amundson E & Wisdom J. 2020. Exploring the Meaning of Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia (CBT-I) for Patients with Chronic Pain. *Pain Medicine* 21(1): 67-75. <https://doi.org/10.1093/pm/pnz144>
10. Partinen M, Tuisku K, Raaska J, Puustinen J & Partonen T. 2020. Unettomuushäiriön nykyhoito – unilääkkeitä vai lääkkeettä? Aikakauskirja Duodecim 136(21), 2361-70. <https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo15877.pdf>
11. Työterveyslaitos toim. Järnefelt, H. & Hublin, C. 2018. Työikäisten unettomuuden hoito.

Kivuton potilas nukkuu hyvin ja toipuu nopeammin



Yksi laite, monta käyttökohdetta – CADD®-Solis VIP

- Helppoa ja turvallista opioidien annostelua
- Hyväksytty laite sekä sairaala- että kotikäyttöön
- Suunniteltu kulkemaan potilaan mukana
- Selkeä ja ohjaava suomenkielinen käyttöliittymä



Paikalliseen kivunhoitoon – ON-Q* puudutusjärjestelmä

- Hoitaa postoperatiivista kipua paikallisesti
- Multimodaaliseen kivunhallintaan
- Vähentää opiaattien tarvetta
- Nopeampi kotiutuminen, lyhyempi sairaalassaoloaika



kun hoitotulokset ratkaisevat

Steripolar

Puh. 09 417 606 00

| www.steripolar.fi

| ISO 9001 ISO 14001 ISO 13485

Vaikuttava viestintä on keskustelua merkityksistä



Harry Köhler

VTT, KTM, terveydenhuollon viestinnän tutkija ja konsultti
Helsingin yliopisto, organisaatioviestintä
Turun yliopisto, kansanterveysiede
Hoitava viestintä Köhler

Tässä artikkelissa käsittelen viestinnän vaikuttavuutta lääkärin ja potilaan kohtaamisessa. Kehystän artikkelia otteilla keskusteluistani kasvokipuhammaslääkäri, HLT Tiina-Riitta Vuorjoki-Rannan kanssa.

HK Tiina-Riitta, miten sinä arvioisit viestinnän ja vuorovaikutuksen merkitystä kivun hoidossa?

TV Kivunhoidossa meillä on käytössämme paljon lääketieteellistä tietoa kipujärjestelmästä, kivun mekanismeista ja kivun kroonistumisesta. Koska kipu on potilaan kokema tuntemus, on vuorovaikutus potilaan kanssa aivan oleellinen osa hoitoa. Ei-lääkkeellinen hoito ja potilaan oma osuus ovat usein tärkeimmät avut. Siksi yhteyden saaminen potilaaseen ja potilaan aktivoiminen on hyvin tärkeää.

HK Mitä erityisesti tarkoitat aktivoimisella?

TV Täytyy pystyä saavuttamaan potilaan luottamus ja saada hänet näkemään, että hänellä itsellään on parhaat hoidon avaimet.

HK Se on vaativa tehtävä. Minkälaista osaamista ja keinoja siinä tarvitaan?

TV Ensinnäkin tietysti lääketieteellistä tietoa ja osaamista. Sen lisäksi pitää olla valmis herkästi aistimaan potilaan tunnetiloja, ymmärtää niitä ja tukea ja myös kyseenalaistaa sekä herättää ajattelemaan eri tavalla. Ehkä siinä tarvitaan myös ammattilaiselta tietynlaista luonnetta. Lisäksi – hoitosuhteen pysyvyys on tärkeä.

Viestintä potilaskohtaamisessa on hoidon työväline

Kipupotilaan kohtaaminen ja ohjaaminen hoitoa parhaiten tukevalla tavalla on vaativa tehtävä, ja hoidon tiedetään edellyttävän monialaista osaamista. Biopsykososiaalisen hoidon vaikuttavuudesta on kokemuksia ja näyttöä (1, 2). Kun yhden lääkkeen tai hoidon sijasta tarjolla on monitahoinen näkökulma potilaan vaivaan ja sen hoitoon, on se myös ilmeinen kommunikoinnin haaste. Jokaisella potilaalla voi olla oma tarinansa, joka selittää kipua ylläpitäviä tekijöitä (3). Viestintäosaamista tarvitaan potilaan ymmärtämiseen ja potilaaseen vaikuttamiseen.

Miten potilaalle tulisi puhua? Mikä tekee viestinnästä vaikuttavaa? Käsitys vaikuttavan viestinnän tekijöistä on vuosikymmenien aikana muuttunut monilla elämän alueilla. Varhain 1900-luvulla tunnustettu moderni rationalismi on saanut rinnalleen ihmisen motivaatiota, tunteita ja tarpeita ymmärtämään pyrkiviä näkemyksiä, joihin sisältyy luottamusta yksilön kykyyn itse löytää kokemuksensa avulla uusia tapoja katsoa maailmaa, elämäänsä tai esimerkiksi annettua tehtävää. Lääkärin ja potilaan yhteistyössä lääkärin tietotaito ja potilaan oma elä-

mänkokenus ovat keskeisiä hoidon resursseja (4, 5). Niiden yhdistämiseen tarvitaan sellaista viestintää, joka antaa tilaa potilaan oivalluksille ja merkityksien luomiselle.

Lääkärin ja potilaan kohtaaminen on terveydenhuollon avaintilanne. Kohtaamista voidaan tarkastella kahdella tasolla. Toisaalta se voidaan nähdä lääketieteellisen asiantuntijan ja lääketieteellistä apua tarvitsevan potilaan yhteistyönä. Korkeasti koulutettuna ammattilaisena lääkäriin on luontevaa ottaa asiantuntijarooli. Siinä roolissa hän on potilaaseen nähden yliverainen, ja hän voi yleensä kaikessa sanomisessaan ja tekemisessään nojata tietoon ja tutkimusnäyttöön. Toisaalta ihmisten välisessä kohtaamisessa lääkäri on paljon enemmän omillaan. Se, miten potilaan kanssa tulisi puhua, perustuu usein enemmän lääkärin omaan ammatilliseen ja elämäkokemukseen kuin tutkittuun tietoon. Monet terveydenhuollon ammattilaiset kokevatkin, että heiltä puuttuu keinoja ja taitoja oman viestintäosaamisen kehittämiseen, ja terveydenhuollon käytössä oleva 1980-luvulla kehitetty potilaan motivoinnin menetelmä koetaan hankalaksi ja aikaa vieväksi. (6, 7, 8).

Viestintä potilaskohtaamisessa on hoidon työväline. Siksi hyväksi arvioitava kohtaaminen ei ole subjektiivinen mielipidekysymys. Se on kovaa ammattiosaamista, jota tulee tarkastella, tutkia ja kehittää samoin kuin muitakin hoitomenetelmiä. Hyvä viestintä edistää hoitoa ja potilaan kuntoutumista. Se voi herättää potilaassa omaa terveydentilaa koskevia oivalluksia ja vahvistaa luottamusta hoitoon ja kykyä omalla toiminnallaan edistää hoitoa. Potilaan reflektoinnin ja motivaation herättämiseen potilaan oman elämäntilanteen, arvostusten ja tarpeiden kautta tarvitaan edelleen uutta tutkimukseen perustuvaa tietoa ja opetusta.

Tässä artikkelissa pohditaan, miten lääkärin ja potilaan kohtaamisessa syntyy sellaista vaikuttavuutta, joka lisää potilaan luottamus-

ta hoitoon ja kuntoutumiseen. Tätä artikkelia kehystävässä keskustelussamme kasvokipuhammaslääkäri Tiina-Riitta Vuorjoki-Ranta korostaa, että potilaalla on parhaat hoidon avaimet. Sen lisäksi nuo avaimet olisi saatava käyttöön. Toiseksi pohdinnan aiheeksi nouseekin se, minäkalaiset viestinnän keinot ja käytännöt voivat lisätä potilaan sitoutumista, vastuun ottamista ja itseluottamusta ja vahvistavat hänen kykyään toimia hoidon ja kuntoutumisen hyväksi.

Aineistona käytetään lääkärin viestintää potilaskohtaamisessa käsittelevää laadullista tutkimusta (9). Tutkimuksen teoriatausta nojaa samansuuntaisiin vaikuttavaa viestintää ja konstruktivistista oppimista koskeviin näkemyksiin, jotka ovat taustalla esimerkiksi ajanmukaisissa johtamisopeissa ja peruskoulun opetussuunnitelmassa. Artikkelissa esitetyt esimerkkitapaus ja sitaatit ovat tästä aineistosta. Vaikka tämän artikkelin tausta-aineisto perustuu lääkärin ja potilaan kohtaamisiin, tässä esitetyt viestinnän vaikuttavuuden periaatteet ja mallit soveltu-nevat yhtä lailla muidenkin terveydenhuollon ammattilaisten, kuten esimerkiksi fysioterapeuttien ja hoitajien hoitokohtaamisissa.

Tarkastelen ensin esimerkkitapausten avulla potilaan elämäntilanteen tärkeiksi koettujen asioiden huomioimista tai huomiotta jättämistä. Sen jälkeen käsittelen tarkemmin sitä, miten potilaan reflektointi voi tukea potilaan odotuksia ja asenteita vastaanottokeskustelun aikana. Artikkelin lopuksi esitän mahdollisia hyviä vaikuttavan viestinnän käytäntöjä lääkärin omassa työssä sovellettavaksi.

Potilaalla on agenda

”Tottakai siinä toivoisi että olis ideoita että naps...”

Kuvailen erään esimerkkitilanteen. Lääkärin vastaanotolla potilas kertoo olevansa veteraa-

nisarjan kilpaurheilija ja harjoittelevansa ja kuntoilevansa ahkerasti, mutta jalassa oleva kipu estää nyt häneltä oman lajinsa harrastamisen ja harjoittelun melkein kokonaan. Mitä lääkärin tulee selvittää tehdäkseen parhaan hoitopäätöksen ja arvioidakseen esimerkiksi hoidon kiireellisuuden? Tässä esimerkkitapauksessa lääkärillä voidaan nähdä vaihtoehtona kysellä potilaalta kivusta, sen kestosta ja voimakkuudesta. Toinen mahdollisuus lääkärille on kysyä potilaalta urheilusta, kilpailemisesta ja harjoittelusta ja niiden merkityksistä hänen elämässään. Kumpaan lääkäri kiinnittää huomiota? Jo 1980-luvulla Mishler (10) esitti ajatuksen siitä, että lääkärin vastaanotolla kohtaavat kaksi maailmaa, lääketieteen maailma ja potilaan elämismaailma. Mishler myös esitti, että lääkärin ja potilaan keskustelussa helposti käy niin, että lääketieteen ääni vaienaa elämismaailman äänen. Esimerkkitilanteessa kipu ja sen aiheuttanut löydös edustavat lääketieteen maailmaa, kilpaurheilu veteraanisarjassa edustaa elämismaailmaa. Parhaan hoitopäätöksen kannalta molempien huomioiminen on tärkeää. Potilaan oma asenne voi vaikuttaa kivun kokemukseen, ja hänen toimintansa voi edistää kipua aiheuttavan vaivan hoitoa. Elämismaailman sivuuttaminen voi heikentää potilaan omaa valmiutta edistää kuntoutumistaan.

Potilaalla voidaan sanoa olevan tietty agenda, joka tarkoittaa hänen suhtautumistaan omaan tilaansa ja odotuksiaan hoitoa kohtaan. Vastaanoton aikana käyty keskustelu lääkärin kanssa voi vaikuttaa potilaan agendaan siten, että vastaanotolta poistuessaan suhtautuminen omaan tilaan ja hoitoa koskeviin odotuksiin muuttuu. Muutos voi olla hoidon kannalta edullinen tai epäedullinen. Esimerkiksi potilaan luottamus omiin mahdollisuuksiin edistää omaa kuntoutumistaan voi muuttua. Esimerkkitapauksessa potilaalla oli vastaanotolle tullessaan voimakas halu päästä takaisin kilpaurheilun pariin. Vas-

taanoton aikana keskustelu painottui löydöseen ja toimenpiteeseen niin hallitsevasti, että potilaan alkuperäinen agenda jäi taka-alalle. Pinnalle nousivat hoitotoimenpidettä ja sen mahdollista kivuliaisuutta koskevat ajatukset. Viivästetyssä haastattelussa kaksi kuukautta vastaanoton jälkeen potilas kertoi katuvaansa lääkärin ehdottaman hoidon lykkäämistä.

Sanottu ei ole tehty

Terveystenhuollon keskeinen periaate sisältää ajatuksen, että potilaan pitää tietää riittävästi voidakseen ottaa kantaa hoitoaan koskeviin päätöksiin. Tätä periaatetta noudattava lääkäri tekee parhaansa, jotta potilas saisi oleellisen vaivaa ja sen hoitomahdollisuuksia koskevan tiedon. Terveystenhuolto hyödyntää jatkuvasti uusinta huippuosaamista, joka perustuu parhaaseen käsillä olevaan tietoon. Terveys ei kuitenkaan ole aina riittävä syy potilaalle itselleen toiminnan muuttamiseen. Tieto ei aina auta silloin, kun halutaan vaikuttaa potilaan asenteisiin, valintoihin ja toimintaan. Ihminen, joka tietää, että pitäisi syödä terveellisemmin ja liikkua enemmän, ei aina noin vain muuta elintapojaan. Antibioottikuuri voi helposti jäädä kesken siinä vaiheessa, kun oireet ovat hävinneet ja kunto on mainio, vaikka reseptissä nimenomaan kerrotaan, että kuuri pitää ottaa loppuun asti. Ikävissä työpaikassa syntynyt työperäinen niskasärky ei ehkä poistu harjoitteilla, vaikka niin olisi syytä olettaa. Ihmisen mieli sisältää elämän ja kokemuksen vakiinnuttamia perustavaa laatua olevia oletuksia, jotka ohjaavat päätöksiä ja toimintaa. Vasta sitten, kun ihminen arvioi näitä perusoletuksia uudelleen, muuttuvat asenteet ja toiminta. Omien ennakkokäsitysten kyseenalaistamisen ja uudelleenarvioinnin voi käynnistää esimerkiksi oivallus, että painonpudotus mahdollistaa vaikkapa rakkaan harrastuksen jatkamisen, ja siksi elintapamuutos voi tuntua mielekkäältä.

Jos kyse on oman lapsen antibioottikuurista ja siis oman lapsen hyvinvoinnista, perusoletus antaa lääkkeen ottamiselle merkityksen. Silloin vanhemman on helppo olla päättäväinen ja edellyttää lapselta ohjeiden noudattamista loppuun asti. Työpaikkaan liittyvä asenne voi muuttua, jos työpaikan ikävyydet väistyvät. Samalla niskasärkykin saattaa hellittää.

Lääkärin vaikuttavaa viestintää koskevassa tutkimusaineistossa havaittiin potilaan elämän ja arjen huomioimisen tärkeys. Ne merkitykset, jotka mahdollistavat potilaalle omaa kuntoutumista ja hoitoa tukevaan toimintaan ryhtymisen, voivat perustua potilaan tai tämän läheisten elämään, arkeen, arvoihin, perustarpeisiin, hengissäpysymiseen tai johonkin muuhun. Onnistunut vuorovaikutus voi herättää potilaassa omaa terveydentilaa koskevia oivalluksia ja vahvistaa luottamusta hoitoon ja kykyä omalla toiminnallaan edistää hoitoa. Lääkäri ei voi niitä ymmärtää kysymättä potilaalta tämän tilanteesta, arvostuksista ja tarpeista. (9)

Tiedon siirtäminen tietävältä tietämättömälle voi olla terveyden ja hyvinvoinnin ammattilaiselle luontevalta tuntuva potilaaseen vaikuttamisen keino, jonka pätevyyttä ei potilaskaan osaa kyseenalaistaa. Voi syntyä tunne, että kun potilas on saanut tietoa ja ymmärtänyt sen, asia on hoidossa. Juuri siksi lääkärin on tärkeää itse kyseenalaistaa tiedon merkitys vaikuttamisen keinona. Tietoa tarvitaan silloin, kun arvioidaan hoidon menetelmiä. Sen sijaan silloin, kun halutaan vaikuttaa potilaan asenteisiin, valintoihin ja toimintaan, pelkkä tiedon välittäminen voi olla vaikuttamisen keinona heikko. Sanottu ei ole tehty. Vasta sitten, kun potilas antaa vastaanottamalleen tiedolle merkityksen, tieto muuttuu vaikuttavaksi.

”Johtuneeko lumevaikutuksesta vai mistä, mutta kun luotan että lääke tehoaa, sen vuoksi en jätä käyttämättä”

Voidaan kysyä, onko viestintä plaseboa? Mieli ei aina paranna, mutta mieli voi saada tekemään asioita, jotka vähentävät sairautta ja lisäävät terveyttä tai terveyden kokemusta. Potilaan mieli toimii omilla ehdoillaan. Se voi ohjata tekemään hyviä asioita tai olla tekemättä ilman, että kumpikaan - lääkäri tai potilas - huomaa. Onnistunut keskustelu lääkärin kanssa voi tuottaa potilaassa voimautumista ja oppimista, jotka lisäävät potilaan kykyä toimia tietoisesti tai tiedostamatta hoidon hyväksi. Lääkärin viestintä voi vaikuttaa potilaan kokemukseen omasta tilastaan, esimerkiksi parantamalla potilaan kokemusta omasta terveydestään ja elämänlaadustaan. Viestinnän vaikutus näyttäytyy samankaltaisena kuin plasebovaikutus laajasti käsitettynä (11). Viestintä on hoidon osatekijä, jonka tehtävä on tukea ja vahvistaa lääkärin lääketieteeseen perustuvan toiminnan vaikuttavuutta.

Potilaan reflektointi voi synnyttää oivalluksen

”Ja oikeastaan sitä mieltii, että - - en ole niin nuori enkä terve ja saan olla vähän huonompi kuin ennen, niin se tekee sellaisen hyvän olon”

Se, miten potilaan mieli ja toiminta muuttuvat vastaanottokeskustelun seurauksena, voidaan nähdä oppimisena. Potilaan omat perusoletukset ja kokemukset elämästä ja maailman menosta vaikuttavat siihen, mitä potilas kuulee lääkärin puheesta ja miten hän arvioi kuulemaansa. Vaikuttavan keskustelun tavoitteena on käynnistää potilaassa reflektointi, joka saa potilaan uudelleenarvioimaan aiempia oletuksiaan ja katsomaan omaa tilaansa ja hoidon mahdollisuuksia uudella tavalla. Reflektio voi kohdistua hoito-ohjeiden noudattamiseen (tekninen reflektio), oikean hoidon valintaan (praktinen

reflektio) tai hyvän elämän mahdollistamiseen (kriittinen reflektio). Tietoisesti vaikuttavuutta pohtiva lääkäri voi muotoilla kysymyksensä ja puhutapansa sen mukaan, minkälaisista potilaan reflektointia tavoitellaan. (9, 12, 13, 14)

Kukin potilas kokee ammattilaisen puheen omalla tavallaan, eikä sitä ole ammattilaisen helppo tai edes mahdollista etukäteen tietää. Erilaisten viestinnän tapojen tunnistaminen ja tietoinen soveltaminen voi kuitenkin edistää onnistumisen todennäköisyyttä ja tilanteeseen sopivan käytännön valintaa. Potilaalle onnekas oli yllä kuvatun sitaatin tapaus, jossa potilas hyväksyi oman tilansa ja siten kohensi elämäntilanteensa ja suhtautumistaan tulevaan toimenpiteeseen.

”Niin tavallaan toivois että tää hoito antais vähän lisää virtaa ja sit pystyy myös ite jatkamaan niitä muita muutoksia”

Lääkärin ja potilaan kohtaaminen herättää potilaassa kokemuksia ja tuntemuksia, joita hän tietoisesti tai tiedostamatta punnitsee ja joiden perusteella hän rakentaa oman toimintamallinsa, jonka mukaan aikoo toimia hoitajakson ajan ja sen jälkeenkin. Toimintamalli voi olla hoitoa edistävä, mutta se voi olla myös heikentävä esimerkiksi silloin, jos se mahdollistaa hoito-ohjeiden laiminlyönnin. (9)

Hyvät käytännöt

Miten potilaan reflektointia edistävä ja sille tilaa antava viestintä onnistuu käytännössä? Miten lääkärin tulisi puhua, jotta potilas voisi itse kokea oman tilanteensa uudella tavalla ja olisi valmiimpi edistämään hoitoa? Siitä huolimatta, että potilaan vaikuttamisen tärkeydestä ja tavoitteista tiedetään paljon, lääkärin työhön sovellettavia vaikuttavaksi tiedettyjä keinoja on tarjolla huomattavasti vähemmän.

Jokainen potilas ja kohtaaminen ovat omanlaisensa. Vaikuttavan viestinnän mallin tulisi olla niin joustava, että se soveltuu erilaisten lääkäreiden puhutapaan ja sitä voi soveltaa monenlaisissa potilastilanteissa. Se, että lääkärin puhe siirtyy hetkeksikin pois lääketieteen maailmasta ja sivuaa potilaan elämää, arkea tai arvostuksia, voi lisätä potilaan luottamusta hoitoon ja omaan paranemiseen. Tätä havaintoa testaavassa tutkimusasetelmassa kävi ilmi, että jo kaksi lääkärin esittämää hyvin valittua kysymystä voivat saada potilaassa aikaan tuon vaikutuksen (9). Sellainen ohjenuora, jonka avulla lääkäri mahdollisesti edistää potilaan sitoutumista hoitoon ja kykyä omalla toiminnallaan tukea sitä, näyttäisi olevan tietoinen keskustelun siirtäminen lääketieteen maailmasta potilaan elämismaailmaan. Se voi tapahtua esimerkiksi kysymyksillä:

”Mitä joudut jättämään tekemättä kivun vuoksi?” (merkityskysymys)

”Minkä olet itse huomannut parhaiten auttavan?” (oivalluskysymys)

Ensimmäisellä kysymyksellä pyritään viemään keskustelu ja potilaan omat ajatukset potilaalle arvokkaisiin ja tärkeisiin asioihin ja auttaa häntä ajattelemaan niiden yhteyttä hänen vaivaansa ja sen hoitoon. Toisen kysymyksen tavoitteena on käynnistää potilaan mielessä kyseenalaistamista tai uudelleenarviointia, joka hyvässä tapauksessa saattaa käynnistää vaivan hoitoa tukevaa oivaltamista.

Näiden kaltaisten merkitys- ja oivalluskysymysten tarkoitus on kohdistaa keskustelu johonkin sellaiseen, joka on potilaalle arvokasta ja jonka vuoksi hän haluaa ajatella paranemista ja hyvää tulevaisuutta. Oleellista on, että näiden kysymysten jälkeen keskustelu pysyy elämismaailmassa ja potilas saa tilaa ja aikaa reflektoida omia tuntemuksiaan. Jos ammattilainen kiirehtii liian pian tarjoamaan omaa asiantuntemustaan ja ratkaisujaan – edes kätkeytyä – se

voi katkaista reflektoinnin ja palauttaa keskustelun siihen, mistä lähdettiin. Tämä keskustelu käydään potilaan itsensä vuoksi ja ehdoilla. Ensisijaisena tavoitteena on käynnistää potilaan omassa mielessä sellaisia hoitoa tukevia tunteita, jotka lisäävät voimautumisen tunnetta tai esimerkiksi toiveikkuutta. Potilaan sitoutuminen, vastuun ottaminen ja itseluottamus hoidon ja kuntoutumisen hyväksi syntyvät potilaassa itsessään, ei ulkoa annettuna. Sen lisäksi lääkäri voi saada hyödyllistä tietoa hoitoa varten. Siinä vaiheessa, jos lääkäri havaitsee potilaan mahdollisesti tunnistaneen uuden näkökulman tai suunnan tulevalle hoidolle, voi olla oikea hetki tarjota tukea ja asiantuntemusta.

Tällaiset keskustelut ovat mahdollisesti jo ennestään tuttuja monille kipupotilaita hoitaville lääkäreille. Merkitys- ja oivalluskeskustelun idea on, että ne käydään tietoisesti, keinona potilaan voimautumisen ja hoidon vaikuttavuuden lisäämiseksi. Potilaan kuulumisista, harrastuksista, elämästä ja arjesta puhuminen ei ole vain smalltalkia tai ilmapiirin luomista, vaan tietoista hoidon vaikuttavuuden rakentamista. Keskeinen periaate on siirtyminen tiedon siirtämisen periaatteesta vuorovaikutuksessa tapahtuvaan merkitysten luomiseen ja rakentamiseen. Lääkärin ja potilaan kohtaamisessa tieto muuttuu vaikuttavaksi vasta sitten, kun potilas itse antaa sille merkityksen. Miten lääkäri voi olla siinä parhaiten avuksi? Kukin ammattilainen viime kädessä itse muotoilee itselleen ja erilaisiin tilanteisiin luontevasti soveltuvat merkitys- ja oivalluskysymykset.

Tässä artikkelissa olen esitellyt sellaisia viestinnän vaikuttavuuden tekijöitä, joiden avulla terveydenhuollon ammattilainen voi kehittää omia hyviä käytäntöjä kohtaamisissa potilaiden kanssa. Lääkärin ja potilaan kohtaamisessa potilaan hoitoa ja kuntoutumista edistävä viestintä on hyvää ja vaikuttavaa. Potilaan tyytyväisyys hoitokohtamiseen on toki tärkeää

ja toivottavaa ja hyvän yhteistyönkin kannalta eduksi, mutta se ei aina ole ensisijainen tavoite. Joskus hoitokohtaaminen voi olla onnistunut siitä huolimatta, että potilaasta ei heti vastaanoton jälkeen tunnu siltä. Lääkärin onnistunut viestintä näkyy hoitotuloksissa.

Pohdinta

HK Tiina-Riitta, mitä asioita jäi päällimmäisenä mieleesi tästä artikkelista?

TV Oli tosi mielenkiintoista saada tutkituun tietoon perustuva jäsentely ja sanoitus niille keinoille, joilla keskustelua potilaan kanssa voidaan ohjata. Esimerkiksi reflektoinnin herättäminen on se, mihin pitäisi pyrkiä. Omassa työssäni olen huomannut hyödylliseksi antaa täkyjä, jotka saavat potilaan huomaamaan sellaista mitä hän ei ole tullut aiemmin ajatelleeksi.

HK Entä jos potilaan kiputilanne on niin vaikea, että ammattilainenkin kokee oman olonsa voimattomaksi ja tuntuu, että ei löydä keinoja?

TV On tärkeää luottaa omiin tietoihin ja havaintoihin. Ja aina on myös mahdollista konsultoida. Keskustelun ohjaamisen keinoilla pystyy pärjäämään, kun tietää, mikä useimmille toimii. Sen ei pitäisi myöskään olla liikaa kiinni ammattilaisen henkilökohtaisista ominaisuuksista.

HK Minkälainen on hyvän potilaskohtaamisen lopputulos?

TV Kaikkea kipua ei yleensä saada pois. Voidaan silti edistää potilaan kokemusta paremmasta elämästä, vaikka kipua on edelleen. Esimerkiksi nuo sinun esittämäsi kaksi kysymystä voivat olla siinä keskustelussa avuksi. ■

Kirjallisuutta:

1. Kalso, E. 2020. Miten kipuklinikka hoitaa potilaita monialaisesti? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2020;136(22):2444-6

-
2. van Erp RMA, Huijnen IPJ, Jakobs MLG, Kleijnen J, Smeets RJEM. Effectiveness of Primary Care Interventions Using a Biopsychosocial Approach in Chronic Low Back Pain: A Systematic Review. *Pain Pract.* 2019 Feb;19(2):224-241.
 3. Karppinen J, Simula A, Lausmaa M, Paukkunen M, Holopainen R, Takala E-P. Mistä pitkittynyt alaselkäkipu johtuu? *Lääkärilehti* 2020; 75(16): 960-963.
 4. Köhler H, Lönnqvist J. 2020. Potilas on hoidon resurssi. *Lääkärilehti*. 2020; (75)11: 655.
 5. Hietanen P, Kaleva-Kerola J, Pyörälä E (toim.). Lääkärin ja potilaan vuorovaikutus. *Duodecim* 2020.
 6. Magill M, Apodaca TR, Borsari B, Gaume J, Hoadley A, Gordon REF, Tonigan, JS, Moyers T. A meta-analysis of motivational interviewing process: Technical, relational, and conditional process models of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 86(2), Feb 2018, 140-157.
 7. Absetz P, Hankonen N. Elämäntapamuutoksen tukeminen terveydenhuollossa: vaikuttavuus ja keinot. *Duodecim* 2011;127:2265-72.
 8. Mauksch LB, Dugdale DC, Dodson S, Epstein R. Relationship, Communication, and Efficiency in the Medical Encounter Creating a Clinical Model From a Literature Review. *Arch Intern Med.* 2008;168(13):1387-1395.
 9. Köhler H. Hoitava viestintä. Lääkärin vaikuttava viestintä potilaskohtaamisessa. Helsingin yliopisto, valtiotieteellinen tiedekunta. Helsinki: Unigrafia. 2019.
 10. Mishler EG. The discourse of medicine: dialectics of medical interviews. Norwood: Ablex Publishing. 1984.
 11. Louhiala P. Placebon arvoitus. *Duodecim*, Helsinki 2021 pp. 122-125.
 12. Mezirow J. An overview of transformative learning. Teoksessa Illeris K. Contemporary theories of learning: learning theorists - in their own words. London, New York, Routledge 2009 pp. 90-105
 13. Zeichner KM, Tabachnick BR. Reflections on Reflective Teaching. Teoksessa: *Issues and Practices in Inquiry Oriented Teacher Education*, B. Robert Tabachnick and Kenneth M. Zeichner, eds. Falmer Press, New York, NY. *Bulletin of Science, Technology & Society*, 1991 p. 15.
 14. Malinen A. Towards the essence of adult experiential learning. Jyväskylän yliopisto. 2000.

Kohtaamisen karikoilla



Anita Saariaho

LT, anestesiaerikoislääkäri, psykoterapeutti
YET, D.T.M.&H.

Kroonisen kivun olemusta ja hoitoa käsittelevässä kirjassaan Flor ja Turk (2011) toteavat, että "The diagnosis and treatment of patients with chronic pain is one of the most perplexing and unrewarding problems to deal with in clinical medicine" (1)

Lain mukaan "potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyytään kunnioitetaan" (2). Useiden kroonisten kipupotilaiden mielestä tämä laillinen oikeus ei ole toteutunut heidän kohdallaan.

Osa kroonisista kipupotilaista kokee, että he eivät saa tarvitsemaansa hoitoa, heitä ei kuunnella vaan kohdellaan ylimielisesti ja välinpitämättömästi. Potilaista voi tuntua, että heidän kokemaansa kipua ei uskota tai sitä vähätellään, mistä seuraa, että potilas kokee jäävänsä vaille tarvitsemiaan tutkimuksia, hoitoja ja diagnooseja. Potilas saattaa myös pelätä, että kivun takana mahdollisesti piilevä (vakava)sairaus jää huomaamatta.

Mekanistinen sairauskäsitys (3) (kipu ilmaantuu => kivulle on syy => joka voidaan hoitaa => jolloin kipu poistuu) tukee tulkintaa siitä, että kroonista kipua ei haluta tutkia eikä hoitaa. Saman biomedisiinisen filosofian uhri on myös se terveydenhuollon työntekijä, joka yrittää hoitaa kroonista kipua tuloksetta lääkkeillä,

leikkauksilla ja muilla toimenpiteillä. Tuolloin potilas on sinänsä oikeassa, kipuongelma jää hoitamatta. Tästä kaikesta on seurauksena, että krooninen kipupotilas on altis kokemaan terveydenhuollon ammattilaiset haluttomiksi ja kyvyttömiksi hoitamaan kipuongelmaa. Terveystieteiden ammattilaiset puolestaan voivat kokea kroonisen kipupotilaan "hankalaksi potilaaksi", joka ei kaikista yrityksistä huolimatta "suostu" parantumaan vaan palaa aina uudelleen sitkeän kipunsa kanssa vaatimaan parempia hoitoja ja lisää tutkimuksia.

Hoitosuhde on erityinen vuorovaikutustilanne, jossa kaikesta tasa-arvosta huolimatta osapuolet ovat hyvin erilaisissa asemissa, toinen tarvitsee apua ja toinen on avunantaja. Avuntarvitsija on oikeutettu saamaan apua, avunantaja on velvoitettu sitä antamaan. Aivot ohjaavat vuorovaikutusta automaattisesti henkilökohtaisen kokemushistorian muodostamien merkityksenantojen ja tunne-ajatus-konaisuuksien perusteella (4). Potilaan tullessa vastaanotolle hänen aiemmat kokemuksensa kivun hoidosta (erityisesti vuorovaikutuksen laadusta) ja kivun merkityksestä ovat jo aktivoi-

tuneet. Potilas voi olla jo valmiiksi peloissaan, vihainen ja valmis pettymään. Samaten hoitavassa tahossa käynnistyvät vastaavat potilastilanteissa käytetyt mallit. Potilas on voitu jo valmiiksi luokitella negatiivissävytteisesti. Niinpä voi käydä, että sekä potilaalla että hoitavalla taholla saattaa olla valmis käsikirjoitus ja tunnelataus tapaamiseen. Kumpikaan osapuoli ei tiedosta tätä. Sen sijaan kumpikin osapuoli on vakuuttunut (ennakko)ajattelunsa ja havaintojensa oikeudellisuudesta. Vastaanoton olosuhteet muodostuvat haastaviksi.

Kipupotilailla on todettu varhaisia traumaattisia kokemuksia (5,6), jotka voivat olla vaikuttamassa vuorovaikutukseen silloin, kun potilas kokee olevansa haavoittunut ja puolustuskyvyn, ikään kuin lapsen asemassa kohtaamisessaan terveydenhuollon kanssa. Sairastuminen ja erityisesti pitkään jatkunut kipuilu voi aiheuttaa regression ja stressitilanteen, joka laukaisee aikuisellakin lapsuuden kiintymyssuhteista kertovien vuorovaikutusmallien aktivoitumisen. Kroonisilla kipupotilailla on todettu olevan turvattomia kiintymyssuhtemalleja (7,8).

Potilaiden kertomuksissa vastaanottotilanteista piirtyy kuva hoitavasta tahosta pahoinpitelevänä tai rankaisevana, jolloin hän on vahingollisten ja hyödyttömien hoitojen ja tutkimusten uhri ("minut pakotettiin kaiken maailman leikkauksiin, syötettiin kaikkia myrkkyjä") tai vaille jättävänä ja välinpitämättömänä, jolloin ei saa oikeita lääkkeitä tai tutkimuksia tai diagnoosia ("lääkäreiltä ei vain yleensä tunnu löytyvän osaamista tai halua tutkia syitä"). Toisinaan hoitava osapuoli on (kohtuuttomien) vaatimusten kohde, jolloin vaatimukset esitetään vihasena, syyttävänä, uhkailevana tai vetoavana ("tapan itseni jos tätä kipua ei nyt tällä käynnillä hoideta pois"). Joillekin terveydenhuolto on kaikkietäisyys auktoriteetti ja potilas itse on avuton ja osaamaton lääkittävä ja hoidettava ("sinähän tämän tiedät parem-

min, sinä osaat parantaa minut"), jolloin oma vastuunotto hoidosta ja siihen sitoutumisesta ei toteudu. Joskus terveydenhuollon henkilö otetaan läheiseksi kaveriksi, jolloin ylitetään hoitosuhteen rajat asiaankuulumattomalla tuttavallisuudella ja yhteydenotoilla ("kuule Antti, kyllä sinä tiedät mikä lääke tässä auttaa minua"). Nämä kaikki kuvaukset sopivat myös turvattomien kiintymyssuhteiden näyttäytymiseen vastaanottotilanteessa.

Myös terveydenhoidon ammattilaisilla saattaa olla omia automaattisesti laukeavia toimintamalleja, joihin vaikuttavat aiemmat oppimiskokemukset ja ennakko(luuloinen)ajattelu. Syyllistyminen, uhrautuminen, vaativuus ja rankaisevuus voivat haitata vuorovaikutusta potilaan kanssa. Väsymys, kiire, stressaantuneisuus, narsistiset loukkaukset ja oman elämäntilanteen ongelmat altistavat maladaptiivisen mallin tiedostamattomalle laukeamiselle. Lisäksi vaativaksi/vaikeaksi koetussa potilastilanteessa voi olla houkutus asettautua auktoriteettiasemaan tai siirtää vastuu toisalle lähetteen tai uuden tutkimuksen määräämisellä.

Kipupotilaan ja terveydenhuollon ammattilaisen kohtaaminen voi pahimmassa tapauksessa vääntyä riitaisuudeksi ja epäluottamukseksi, mikäli ammattilainen ei osaa tulkita ja kuunnella potilasta eikä ole tietoinen omista tunneloukuistaan. Viime vuosina erityisesti lääkekeskustelu, jossa näkemykset eivät ole kohdanneet rakentavassa ilmapiirissä, on saanut aikaan vihamielisyyttä ja sosiaalisessa mediassa mallittamista. Barrikadien rakentaminen – potilas kokemusasiatuntijana ja terveydenhuolto taho tieteellisen tiedon kannattajana – ei hyödytä ratkaisemaan kroonisen kivun hoidon monitahoista ongelmaa. Potilaat ovat tuoneet esiin kroonisen kivunhoidon ongelmakohtia ja oikeutetusti vaatineet terveydenhoitojärjestelmää reagoimaan. Kuitenkin sekä potilas että ammattilainen ovat saman vaikeuden ää-

rellä: krooninen kipu on monien altistavien ja ylläpitävien tekijöiden aiheuttama jokaisella potilaalla omanlaisensa idiosynkraattinen kokonaisuus, johon ei löydy mistään lääketieteen keittokirjasta yksiselitteistä hoito-ohjetta. Potilaiden turhautuminen ratkaisemattomaan (?) kiputilanteeseen heijastuu vastaanottotilanteiden hankalissa kohtaamisissa ja ammattilaisten väsyminen näkyy hiljaisena vetäytymisenä kivunhoidosta.

Biomedisiininen ajattelu ei auta potilasta eikä ohjaa ammattilaisen toimintaa hedelmällisellä tavalla. Potilaan ei voida olettaa tietävän, mikä on ”kroonisen kivun biopsykososiaalinen malli ja viitekehys” (9), mutta se on lääketieteellistä ammattitietoutta, jonka omaksuminen on ammattilaisen vastuulla. Siihen kuuluu myös tietoisuus vuorovaikutuksen eri osatekijöistä sekä omien tunnereaktioiden ja vastatunteiden tunnistaminen ja hyväksikäyttö vastaanottotilanteissa. Tämä tarkoittaa itselle esitettyjä kysymyksiä siitä, miksi potilas aiheutti tällaisen vastatunteen, mitä se kertoo potilaasta (tai itsestä). Provosoitumisen sijaan voikin käyttää tunteita tiedonlähteinä ja samalla ”kypsyä” ammattilaisena. Potilasta motivoiva psykoedukaatio kroonisen kivun olemuksesta on ammattilaisen vastuulla.

Kipupotilas kertoo aina tavalla tai toisella tarinansa. Sen kuunteleminen ja validoiminen auttavat ymmärtämään hänen kipukokemuksiaan. Esimerkiksi vihainen ja vaille jäänyt kipupotilas kertoo tunnereaktioillaan aiemmista vuorovaikutuskokemuksistaan ja jopa traumaattisesta lapsuudestaan ja turvattomista kiintymyssuhteistaan. Lisäksi empaattinen kuunteleminen ja avoimien kysymyksien esittäminen antavat potilaalle varmuuden siitä, että hänen kipunsa on otettu tosissaan, ymmärretty oikealla tavalla ja häntä aiotaan auttaa. Ammattilainen saa tärkeää tietoa, jonka perusteella voi yhteistyössä potilaan kanssa lähteä laatimaan

alustavaa hoitosuunnitelmaa, joka sopii potilaan sen hetkisiin tarpeisiin, voimavaroihin ja elämäntilanteeseen. Ongelmiensa vaikeuden vuoksi krooninen kipupotilas tarvitsee hyvän, parantavan hoitosuhteen. Perusedellytyksenä sille on onnistunut ja luottavainen vuorovaikutus potilaan ja häntä hoitavan tahon välillä. Lukuisat tutkimukset ovat osoittaneet, että hoitosuhteen laatu vaikuttaa laajamittaisesti potilastyytyväisyyteen ja hoitoon sitoutumiseen ja sitä kautta tavoitteeseen – potilaan elämänlaadun paranemiseen ja kuntoutumiseen (10). Hyvä hoitosuhde toimii jo sinänsä parantavana elementtinä: kuulluksi tuleminen ja ongelmien jakaminen turvallisen ammattilaisen kanssa vähentävät stressiä ja ahdistusta, jolla on vaikutusta kivunsäätelyyn vähentäen kipukokemuksen merkittävyyttä. Paradoksaalisesti käy niin, että jaettu ja siten myös hyväksytty kipukokemus ei lisää kivun merkitystä vaan vähentää kipukokemuksen vaikuttavuutta.

Huono hoitosuhde merkitsee puolestaan ongelmien, myös kipuongelman, kasvamista: potilas kokee ahdistusta, pettymystä, vihaa, epätoivoa ja saattaa keskittyä ”parantavan pillerin” metsästyksen sen sijaan, että tekisi hyvinvointiaan edistäviä asioita. Pahimmillaan huonosti hoidetut (= ei-kohdatut potilaat) saavat turhia lääkkeitä, toimenpiteitä ja tutkimuksia, joista kuitenkaan ei ole apua hänelle. Yhteiskunnallisesti se merkitsee suurta menoerää ilman vastaavaa hyötyä. Myös ammattilainen stressaantuu ja uupuu työssään, jos potilaiden kohtaaminen tuntuu vaikealta ja vuorovaikutustilanteet ovat raskaita. On turhauttavaa hoitaa potilaita, jotka ovat vihaisia ja vaativia ja näköjään parantumattomia.

Tilanne vastaanotolla voi vaikeutua, jos potilas ehdottomasti omaan uskomukseensa nojaten vaatii tiettyä hoitoa tai tutkimusta, joka ei ole lääketieteellisesti mitenkään perusteltu ja saattaa olla jopa vahingollinen potilaalle.

Autoritaarisen ”ei”-vastauksen sijaan voi olla parempi esittää potilaalle avoin kysymys, miksi hän arvelee hyötyvänsä haluamastaan tai mitä hän oikeasti pelkää tapahtuvan, jos ei saa haluamaansa. Vasta potilasta kuultuaan voi ystävällisen jämäkästi kertoa, miksi ei pidä potilaan haluamia asioita hyvinä vaihtoehtoina. Ammattitaitoon kuuluu myös kyky sanoa ”ei” ja täten suojella potilasta vahingollisilta tai turhilta hoidoilta tai tutkimuksilta.

Kroonisesta kivusta kärsivän potilaan kohtaaminen voi olla haastavaa, koska ”epäonnistuminen” kivun ”poistossa” ja potilaan mahdollisten tunnereaktioiden kohtaaminen tekevät tilanteesta raskaan. Haasteen voi ottaa vastaan helpommin, jos on selvillä kroonisen kivun biopsykososiaalisesta kokonaisuudesta ja pystyy hyväksymään potilaan kivun ja samalla myös mallintamaan potilaalle kipuun suhtautumista. Omien vuorovaikutustaitojen tietoinen kasvattaminen ja sudenkuoppien tunteminen ovat osa ammattitaitoa. Tärkeää on kuuntelemisen taito osana ammatillista minää yhdistettynä nykytietouteen perustuvaan lääketieteen asian-
tuntijuuteen. Työnohjaus on suositeltavaa terveydenhuollon työntekijöille, jotka kohtaavat työssään haastavia tilanteita. Se auttaa työkyvyn ja taitojen ylläpitoa ja kasvattamista – siirtymistä ongelmallisista kohtaamisista ongelmien positiivisiin ratkaisuihin. ■

Kirjallisuutta:

1. Flor H., Turk DC (2011). Chronic pain. An integrated bio-behavioral approach. IASP Press. Seattle.
2. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
3. Bendelow G., Chronic Pain Patients and the Biomedical Model of Pain (2013). American Medical Association Journal of Ethics. 15; 5: 455-459.
4. Chand SP, Kuckel DP, Huecker MR. Cognitive Behavior Therapy (2021), StatPearls, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470241/>
5. Burke NN, Finn DP, McGuire BE, Roche M (2017). Psychological stress in early life as a predisposing factor for the development of chronic pain: Clinical and preclinical evidence and neurobiological mechanisms. J Neurosci Res. 95;6:1257-1270.
6. Davis DA, Luecken LJ, Zautra AJ (2005). Are reports of childhood abuse related to the experience of chronic pain in adulthood? A meta-analytic review of the literature. Clin J Pain. 21;5:398-405.
7. Romeo A, Tesio V, Castelnovo G, Castelli L. (2017). Attachment style and chronic pain: Toward an interpersonal model of pain. Front Psychol. 8: 284.
8. Scott S (2006). Attachment Style and Chronic Pain Syndrome: The Importance of Psychological and Social Variables in the Biopsychosocial Model of Chronic Pain. Thesis: Griffith University. Australia.
9. Gatchel JR, Krista JH (2021). The Biopsychosocial Approach. 8:4. Practical Pain Management.
10. <https://www.laakariliitto.fi/laakarin-etiikka/potilas-laakarisuhte/vuorovaikutus-potilaan-ja-laakarin-kohtaamisessa/>
11. Chipidza FE, Wallwork RS, Stern TA. (2015). Impact of the Doctor-Patient Relationship. Prim Care Companion CNS Disord. 17(5): 10.4088/PCC.15f01840.

Niskan retkahdusvammaa sairastavan kipu on monitahoista



Johanna Pohjonen
sairaanhoitaja, TtK
Kuntoutusosasto, Neuro-
keskus, Tyks

Niskan retkahdusvammassa (Whiplash Associated Disorder, WAD) on monitahoinen oirekuva ja siinä esiintyy lähes aina myös laaja-alaista kroonista kipua. Useimmiten niskan retkahdusvamma syntyy piiskaniskuvamman tavoin tapaturman seurauksena pään heilahtaessa äkillisesti ja hallitsemattomasti taaksepäin ja sen jälkeen voimakkaaseen etutaivutukseen. Suurin osa akuutin vaiheen oireista paranee spontaanisti, mutta osalla oireet pitkittyvät ja kipu kroonistuu.

Niskan retkahdusvamma on piiskaniskuvamman liittyvä oireyhtymä. Sen vuosittaisesta ilmentuvyydestä on raportoitu hyvin vaihtelevia lukuja 28–834/100 000 henkilöä kohden (1). Vuotuisen esiintyvyyden arvioidaan kuitenkin Länsimaissa olevan vähintään 300/100 000 henkilöä kohden. Esiintyvyyden on myös arvioitu kasvaneen viimeisten 30 vuoden aikana. (2)

Niskan retkahdusvamma syntyy piiskaniskuvamman tavoin pään heilahtaessa äkillisesti ja hallitsemattomasti taakse ja sen jälkeen voimakkaaseen etutaivutukseen (1), jolloin selkärankaan kohdistuu liiallista venytys-puristus-liikettä, joka ylittää normaalit fysiologiset rajat (3). Piiskaniskuvamman ja niskan retkahdusvamman syntymekanismi on sama, mutta niskan retkahdusvammassa esiintyy useampia somaattisia oireita kuin piiskaniskuvammassa (4). Oirekuva voi myös olla erilainen jo heti vamman alkuvaiheessa ja varmaa vammaa pystytään harvoin määrittelemään heti (5). Lisäksi niskan retkahdusvammaan ei ole olemassa spesifisiä hoitoja, kun taas piiskaniskuvammassa

suositellaan pyrkimään nopeasti niskan normaaliin käyttöön (6).

Niskan retkahdusvamma voidaan luokitella piiskaniskuvamman tavoin viiteen eri luokkaan (taulukko 1). Jotta voidaan puhua niskan retkahdusvammasta, tulee lisäksi täyttyä seuraavat kriteerit: ei kaularangan murtumia, välilevytyriä tai selkäydinvammaa, ei objektiivisia neurologisia puutosoireita, ja ei kuvantamislöydöksiä (1).

Kuten taulukostakin käy ilmi, niskakipu on yksi yleisimmistä niskan retkahdusvamman oireista (1, 3, 7, 8). Niskan retkahdusvamman kohdalla tulee kuitenkin huomioida sen laaja-alaiset oireet, sillä niska-hartiaseudun lisäksi kipua esiintyy usein myös muualla, kuten keskiselän-, lannerangan- ja/tai pakaralan alueella (9).

Niskan retkahdusvamman pitkäkestoisten oireiden tarkempaa syytä ei juuri tunneta (3), vaikka niiden ajatellaankin osittain johtuvan kudosaaurioon liittyvän kipuprosessin laajenemisesta ja sensorisesta yliherkistymisestä (1). Oireet voivat alkaa jo muutamassa tunnissa tai vasta usean päivän jälkeen tapaturmasta. Tyy-

Taulukko 1. Niskan retkahdusvammaluokitus (11. mukaillen)

Luokka	Vamma ja oireet	Havainnot
0	Oireeton	–
1	Niskajäykkyys (ei kliinisiä löydöksiä)	Ei arkuutta ja normaali liikelaajuus Normaalit refleksit ja lihasvoima
2	Niskakipua ja ehkä selkäkipua, leukakipua, leuan lukittumista tai napsahdusta, tunnottomuutta, huimausta	Arkuutta ja kaularangan liikerajoitukset Normaalit refleksit ja lihasvoima
3	Niskakipua, usein kipua tai tunnottomuutta käsissä (neurologisia löydöksiä)	Epänormaalit refleksit ja/ tai lihasheikkous, usein aistimuutoksia
4	Niskakipu, mahdollisesti neurologisia oireita raajoissa, virtsainkontinenssi selkäytimen vaurioitumisesta	Mahdollinen refleksien vilkkaus, Babinski +, motorinen heikkous ja aistimuutokset (viittaa selkävaurioon), murtuma ja/ tai sijoiltaan meno

pillisiä oireita ovat niskan jäykkyys ja liikearvuus, niska-hartiaseudun kipu, päänsärky, huimaus sekä yläraajojen puutuminen tai pistely. (1.) Vaikka kipu onkin yleisin niskan retkahdusvamman oire, niskan retkahdusvammassa esiintyy lähes aina myös muita oireita, kuten näkö- ja kuulohäiriöitä, unihäiriöitä, keskittymisvaikeutta, muistiongelmia tai väsymystä (5).

Suurin osa akuutin vaiheen oireista paranee spontaanisti muutamassa päivässä tai viikossa (10, 11) ja akuutin vaiheen ohittaneet toipuvatkin useimmiten jo ensimmäisten kuukausien aikana tapaturmasta (5, 7). Jopa kolmasosalla niskan retkahdusvamman saaneista oireet kuitenkin pitkittyvät ja kipu kroonistuu (5).

Kroonista kipua esiintyy suurimmalla osalla niskan retkahdusvammaa sairastavista ja useimmiten traumaperäisen kroonisen kivun syyksi ilmeneekin juuri niskan retkahdusvamma (10). Niskan retkahdusvamman krooniseen kipuun liittyy usein sensorinen yliherkistyminen (7, 12), korkeampi kipuintensiteetti ja laaja-alaisempi kipualue muista syistä esiintyvään krooniseen kipuun verrattuna (8). Tutkimuksissa

onkin havaittu, että niskan retkahdusvammaa sairastavilla on erilaiset aistikynnysarvot terveeseen kontrolliryhmään verrattuna (12).

Kivun kroonistumiseen näyttää vaikuttavan se, odottaako oireiden olevan kroonisia, esiintyykö niskakipua jo ennen tapaturmaa, käytekäänkö niskatukea pitkään tapaturman jälkeen, pelätäänkö kipua, suhtaudutaanko asioihin pessimistisesti ja luovutaanko tavanomaisista aktiviteeteista tapaturman jälkeen mielialan laskun vuoksi (13). Kivun kroonistumisen ehkäisy on tärkeää, sillä laajalle levinneellä kivulla on havaittu olevan suurempi vaikutus elämäntilaan kuin muilla niskan retkahdusvamman oireilla (14).

Niskan retkahdusvamman todentaminen on hankalaa, sillä usein niskan alueen vammat todennetaan kuvantamistutkimuksin ja niskan retkahdusvammassa löydös näissä on useimmiten normaali (1, 6). Laajan oirekuvan ja niskan retkahdusvamman todentamisvaikeuden lisäksi oireet itsessään ovat usein haastavia eikä niihin ole olemassa yhtä kaikille toimivaa hoitokeinoa (6). Siksi niskan retkahdusvammaa sairastavat joutuvat etsimään pitkäänkin eri paikoista ammattilaista, jolta saa vahvistuksen diagnoosista sekä apua ja tietoa sairauden kanssa elämiseen (15).

Valtaosa niskan retkahdusvammaa sairastavista tarvitsee säännöllisen kipulääkityksen sekä fysioterapiaa (16). Lisäksi on havaittu, että aktiivinen elämäntapa ja moniammatillinen kuntoutus voivat vähentää kipua ja parantaa toimintakykyä (6). Erilaisten toimintahäiriöiden vuoksi oireet voivat kuitenkin muuttua tai pahentua ajan myötä (16) ja muuttuvan oirekuvan vuoksi hoidon suunnittelu voi olla hankalaa. Niskan retkahdusvammaa sairastavat joutuvat siksi monesti vaihtamaan hoitomenetelmiä ja arvioimaan itse, mikä hoitokeino lievittää kipua ja muita oireita (15).

Toimintakykyyn liittyvä subjektiivinen ko-



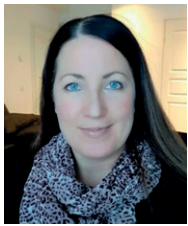
kemus on avaintekijä kuntoutuksen suunnittelussa (16). Erityisen tärkeää kuntoutuksen suunnittelussa on lisäksi huomioida, että niskan retkahdusvammaa sairastavat voivat olla ahdistuneita, vihaisia tai jopa katkeria oireidensa vuoksi eikä heidän kokemuksiaan oireiden vakavuudesta tule koskaan aliarvioida (11). Psykkisestikin kuormittavan oirekuvan vuoksi psyykinen tuki tulisi yhdistää aina osaksi niskan retkahdusvamman hoitoa (1). Kaiken kaikkiaan parhaan lopputuloksen saavuttanee moniammatillisesti yhteistyössä niskan retkahdusvammaa sairastavan kanssa. ■

Kirjallisuutta:

1. Luoto T. Piiskaniskuvamma (whiplash). Lääkärin käsikirja 2021 (viitattu 19.8.2021). Saatavilla internetissä: www.terveysportti.fi
2. Holm L, Carroll L, Cassidy J, Hogg-Johnson S, Côté P, Guzman J. The burden and determinants of neck pain in whiplash-associated disorders after traffic collisions: results of the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. *Spine* 2008; 33(15): 552-559.
3. Malfliet A, Kooning M, Inghelbrecht E, Hachimi-Idrissi S, Willems B, Bernheim J & Nijs J. Sex Differences in Patients with Chronic Pain Following Whiplash Injury: The Role of Depression, Fear, Somatization, Social Support, and Personality Traits. *Pain Pract* 2014; 15(8): 757-764.
4. Myrteit SM, Skogen JC, Wenzel HG & Mykletuun A. Somatic symptoms beyond those generally associated with a whiplash injury are increased in self-reported chronic whiplash. A populationbased cross sectional study: the Hordaland Health Study (HUSK). *BMC Psychiatry* 2012; 12: 1-12.

5. Sterner Y & Gerdle B. Acute and Chronic Whiplash Disorders – A Review. *J Rehabil Med* 2004; 36(5): 193-209.
6. Niskakipu (aikuiset). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Medicinæ Physicalis et Rehabilitationis Fenniae ry:n ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017 (viitattu 19.8.2021). Saatavilla internetissä: www.kaypa-hoito.fi
7. Raak R & Wallin M. Thermal Thresholds and Catastrophizing in Individuals with Chronic Pain After Whiplash Injury. *Biol Res Nurs* 2006; 8(2): 138-146.
8. Myrteit S, Skogen J, Sivertsen B, Steingrimsdóttir Ó, Stubhaug A & Nielsen C. Pain and pain tolerance in whiplash-associated disorders: A population-based study. *Eur J Pain* 2016; 20(6): 949-958.
9. Hincapié C, Cassidy J, Côté P, Carroll L & Guzmán J. Whiplash Injury is More Than Neck Pain: A Population-Based Study of Pain Localization After Traffic Injury. *Journal Occup Environ Med* 2010; 52(4): 434-440.
10. Spitzer W, Skovron M, Salmi L, Cassidy J, Duranceau J, Suissa S & Zeiss E. Scientific monograph of the Quebec Task Force on whiplash-associated disorders: redefining "whiplash" and its management. *Spine* 1995; 20(8): 1-73.
11. Ferrari R. Prevention of chronic pain after whiplash. *Emerg Med J* 2002; 19(6): 526-530.
12. Curatolo M, Peterson-Felix S, Arendt-Nielsen L, Giani C, Zbinden A, Radanov B. Central hypersensitivity in chronic pain after whiplash injury. *Clin J Pain* 2001; 17(4): 306-315.
13. Miró J, Nieto R & Huguet A. Predictive factors of chronic pain and disability in whiplash: A Delphi poll. *Eur J Pain* 2008; 12(1), 30-47.
14. Peolsson M, Börsbo B & Gerdle B. Generalized pain is associated with more negative consequences than local or regional pain: a study of chronic whiplash-associated disorders. *J Rehabil Med* 2007; 39(3): 260-268.
15. Ritchie C, Ehrlich C & Sterling M. Living with ongoing whiplash associated disorders: a qualitative study of individual perceptions and experiences. *BMC Musculoskeletal Disord* 2017; 18: 1-9.
16. Miettinen T, Leino E, Airaksinen O & Lindgren K-A. Whiplash injuries in Finland: the situation 3 years later. *Eur Spine J* 2004; 13(5): 415-418.

Näyttöön perustuvaa kivunhoitotyötä potilaan parhaaksi ja hoidon yhtenäistämiseksi



Kristiina Heikkilä

sh, TtM, tutkija, Hoitotyön tutkimussäätiö



Hannele Siltanen

sh, TtT, tutkija, Hoitotyön tutkimussäätiö

Jokaisella kipupotilaalla on lakiin kirjattu (Terveystieteiden tutkimuslaki 1326/2010) oikeus saada parasta mahdollista hoitoa, riippumatta siitä, missä terveydenhuollon yksikössä tai kuka terveydenhuollon ammattihenkilö häntä hoitaa. Tämän mahdollistamiseksi kaikilla kivunhoitoon osallistuvilla on oltava sama perusta eli paras mahdollinen ja ajantasainen tutkimusnäyttö kivunhoidossa tehtävien päätösten ja toiminnan perustana. Juuri tästä on kyse näyttöön perustuvassa toiminnassa.

Näyttöön perustuvalla toiminnalla pyritään edistämään vaikuttavien, tarkoituksenmukaisten, käyttökelpoisten ja merkityksellisten menetelmien käyttöä hoitotyössä. Näyttöön perustuva terveydenhuolto (kuviokuva 1) muodostuu tiedon tarpeen tunnistamisesta, näytön tuottamisesta, näytön tiivistämisestä, näytön levittämisestä sekä näytön käyttöönotosta. Tavoitteena on turvata näyttöön perustuvan terveydenhuollon keinoin kaikkien ihmisten hyvä hoito ja tasa-arvoinen kohtelu sekä terveydenhuollon resurssien oikeanlainen kohdentaminen, esimerkiksi niihin kivunhoidon menetelmiin, joista on todettu olevan hyötyä. Näin voidaan vähentää perusteetonta vaihtelua ja yhdenmukaistaa hoitokäytäntöjä.

Näyttöön perustuvaan päätöksentekoon osallistuu myös potilas

Kipua hoitavan terveydenhuollon ammattilaisen näyttöön perustuva toiminta konkretisoituu päätöksentekotilanteessa (kuviokuva 1), jossa ammattilainen ja potilas yhdessä tekevät päätöksiä kivunhoitoon liittyvistä asioista. Perustaessaan toimintansa näyttöön, kipua hoitava ammattilainen pyrkii terveydenhuollon asiantuntijana tunnistamaan potilaalla ilmeneviä tarpeita sekä vastaamaan niihin hyödyntäen parasta mahdollista ajantasaista tutkimusnäyttöä (esim. Hotus-hoitosuositus®, hoitosuositukseen perustuva toimintaohje, Näytövinkki®) ja yhtenäisiä näyttöön perustuvia toimintamalleja, sekä huomioimalla olosuhteet, joissa hoitoa toteutetaan. Päätöksenteossa kipua hoitava ammattilainen tuo tilanteeseen oman asiantuntijuutensa ja kipupotilas oman henkilökohtaisen tilanteensa, arvonsa, mieltymyksensä ja toiveensa. Kipua hoitavan ammattilaisen kannalta on amatillisesti sekä työssä jaksamisen näkökulmasta tärkeää, että hän osaa ja voi työssään hyödyntää oman alansa parasta näyttöä. Kipupotilaalle näyttöön perustuva toiminta näyttäytyy hoitona, joka on vaikuttavaa, turvallista, oikein ajoitettua ja inhimillistä ja joka ei vaihtelee perusteettomasti esimerkiksi



hoitavan henkilön tai hoitopaikan vaihtuessa.

Hoitotyön tutkimussäätiö tiivistää näyttöä kansalliseen käyttöön

Hoitotyön tutkimussäätiön (Hotus) kansallisesti ainutlaatuisena tehtävänä on näyttöön perustuvan toiminnan edistäminen hoitotyössä. Hotus julkaisee kansallisia Hotus-hoitosuosituksia®, Näyttövinkkejä® ja järjestelmällisiä katsauksia, joissa laadukkaaksi ja luotettavaksi arvioitu, useissa tutkimuksissa tuotettu tieto eli näyttö, on tiivistetty hoitotyön päätöksenteon tueksi. Tavoitteena on, että jokaisella sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisella olisi omassa työssään saatavilla suomen tai ruotsin kielelle tiivistettyä näyttöä tukemaan näyttöön perustuvan toiminnan toteutumista.

Hotus-hoitosuosituksukset ovat tutkimusnäyttöön perustuvia suosituksia hoitotyössä ja laajemminkin sosiaali- ja terveydenhuollossa käytettävistä menetelmistä tai toimintatavoista. Hoitosuosituksiin kootaan ajantasaisten ja luotettavaksi arvioitujen tutkimusten tulokset ja tiivistetään ne hoitotyötä ohjaaviksi suositulauseiksi. Ne laaditaan alan asiantuntijoista koostuvissa, sitoumuksiltaan puolueettomissa työryhmissä. Tällä hetkellä Hotuksen eri suositustyöryhmissä toimii noin 150 eri alojen asiantuntijaa. Voit halutessasi tutustua julkaistuihin ja kaikkiin valmisteilla oleviin hoitosuosituksiin, sekä niiden laadintaan Hotuksen kotisivuilla <https://www.hotus.fi/hoitosuosituksukset/>.

Hotuksella on julkaistuna yksi kivunhoitoon liittyvä suositus: ”Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö”, joka on tällä hetkellä päivitettävänä. Lisäksi valmisteilla ovat sekä aikuisen, että vastasyntyneen tehohoidossa olevan potilaan hoitosuosituksukset, palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan lääkkeettömään kivunhoitoon kohdentuva hoitosuositus sekä suositus lapsen kohtaamisesta kipua aiheuttavassa toimenpi-

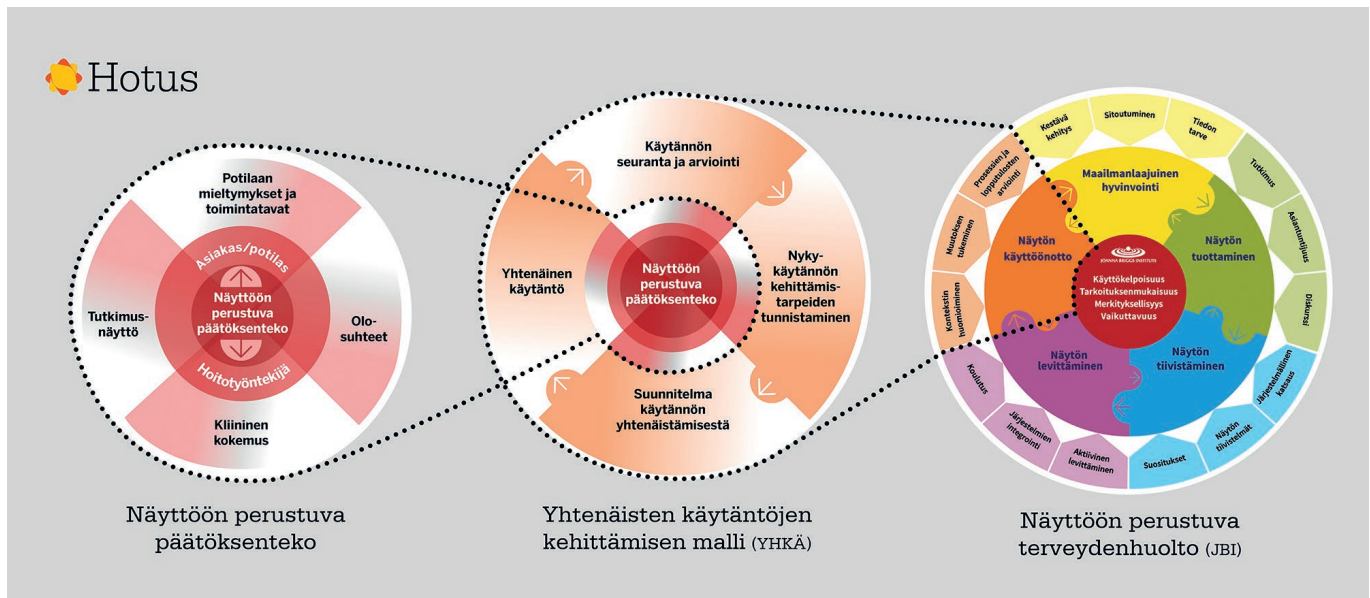
teessä. Näin Hotus pyrkii omalta osaltaan yhteinäistämään kivunhoidon käytäntöjä ja edistämään potilaiden tasa-arvoista kohtelua ja hyvää kivunhoitoa.

Näyttövinkit ovat järjestelmällisistä katsauksista laadittuja suomenkielisiä tiivistelmiä, joiden tarkoituksena on tuottaa terveydenhuollon ammattilaisille näyttöön perustuvaa tietoa ajankohtaisista aiheista. Ne antavat vinkkejä tai suosituksia siitä, kuinka järjestelmällisen katsauksen tuloksia eli näyttöä voidaan hyödyntää käytännössä. Esimerkkejä kivunhoitoon liittyvistä Näyttövinkeistä ovat: ”Onko tärinästimulaatiolla vaikuttavuutta lapsen kipuun, ahdistukseen ja toimenpiteen kestoon pistämiseen liittyvissä toimenpiteissä?”, ”Mitkä leikkausta edeltävät tekijät ovat yhteydessä huonoon kivunhallintaan leikkauksen jälkeen?” ja ”Lonkamurtumapotilaan preoperatiivisen vaiheen merkittäviä tekijöitä”. Kaikkiin julkaistuihin Näyttövinkkeihin on mahdollista tutustua Hotuksen kotisivuilla <https://www.hotus.fi/nayttovinkit/>.

Tutkimustulosten tiivistäminen näytöksi on tärkeä vaihe näyttöön perustuvassa toiminnassa. Tämän lisäksi näyttö tulee saada myös levitettyä hoitotyön käytäntöön. Hotus toimii näytön levittämisessä keskeisessä roolissa muun muassa tiedottamalla, artikkeleiden ja koulutusten kautta. Myös sosiaali- ja terveydenhuollossa toimivat ammattilaiset, tutkijat ja asiantuntijat sekä hoitotyön opettajat ovat tärkeässä roolissa levittämässä näyttöä käytännön hoitotyöhön. Näytön levittämisessä hyödynnetään laajalti myös sosiaalisen median eri kanavia. Joko seuraat Hotusta Twitterissä, Facebookissa ja Instagramissa?

Näyttö käyttöön kivunhoitotyössä!

Näytön tiivistäminen ja levittäminen eivät vielä yksin riitä, vaan näyttö on myös otettava käyttöön siellä, missä potilaita ja asiakkaita hoi-



Kuvio 1.

detaan, kuten kipupotilaiden hoitotyössä. Näytön käyttöönotto ja sen vakiintuminen osaksi hoitotyön arkea edellyttävät jokaisen hoitotyössä toimivan sitoutumista näyttöön perustuvan toiminnan toteuttamiseen ja kehittämiseen. Näytön käyttöönotto edellyttää olemassa olevien käytäntöjen kriittistä tarkastelua sekä valmiutta tarvittaessa muuttaa niitä. Se edellyttää myös hyvää suunnittelua, moniammatillista yhteistyötä sekä yhtenäisten toimintaohjeiden laatimista organisaatiossa.

Esimerkki toiminnan perustumisesta näyttöön on osastolla leikkauksen jälkeen olevan potilaan kivun säännöllinen arviointi luotettavalla kipumittarilla hoitokirjauksineen hoitosuosituksessa (<https://www.hotus.fi/aikuispotilaan-kirurgisen-toimenpiteen-jälkeisen-lyhytkestoisen-kivun-hoitotyö-hoitosuositus/>) annetun suosituksen mukaisesti. Mikäli potilaan kipua arvioidaan vain satunnaisesti, sitä ei hoideta riittävän hyvin tai esimerkiksi kivun arviota ja hoitoa ei systemaattisesti kirjata, tulee käytäntöjä muuttaa, jotta laadukas ja turvallinen hoito näyttöön perustuvan suosituksen

mukaisesti toteutuisi. Muutos edellyttää koulutusta, hoitosuosituksien perustuvien toimintaohjeiden laatimista sekä toiminnan jatkuvaa seurantaa ja arviointia.

Näyttöön perustuvan hoitotyön toteutumisen edellytyksenä on, että jokaisella hoitotyöntekijällä on myönteinen asenne sekä riittävä näyttöön perustuvan toiminnan ymmärrys ja osaaminen. Tärkeää on myös, että organisaation johto tukee ja omalla toiminnallaan mahdollistaa toiminnan perustumisen näyttöön. Näyttöön perustuvan toiminnan toteutuminen edellyttää toiminnan vaikutusten jatkuvaa arviointia sekä koko organisaation sitoutumista yhtenäisiin näyttöön perustuviin käytäntöihin ja niiden kehittämiseen. Hoitotyön erilaisissa toimintayksiköissä ja -ympäristöissä näyttöön perustuvan toiminnan toteuttaminen ja edistäminen ovat kaikkien terveydenhuollon ammattilaisten, johtajien ja asiantuntijoiden sekä opettajien ja tutkijoiden yhteinen haaste, johon vastaaminen edellyttää kaikkien toimijoiden yhteistyötä. Huolehditään siis yhdessä siitä, että näyttö on käytössä myös kivunhoitotyössä! ■

Eettiset kysymykset kivun hoidossa



Sunna Rannikko

TtM, TtT-opiskelija, Yliopisto-opettaja, Hoitotieteen laitos, Turun yliopisto

Terveystieteiden ammattilaiset kohtaavat eettisiä kysymyksiä ja haasteita päivittäisessä työssään. Myös kivun hoidossa esiintyvät eettiset kysymykset ja haasteet ovat tavanlaisia. Tässä artikkelissa tarkastellaan kivun hoidossa esiintyviä eettisiä kysymyksiä kivun arvioimisen ja hoitamisen, potilaan autonomian ja kunnioittavan kohtaamisen näkökulmista.

Hyvä hoito kuuluu jokaiselle terveystieteiden käyttäjälle (1, 2). Terveystieteiden toiminnan perustana ovat terveystieteiden käyttäjän ihmisarvo sekä kunnioitus hänen valinnanvapautta ja oikeuksia kohtaan, mukaan lukien perusoikeudet, ihmisoikeudet ja itsemääräämisoikeus (2). Terveystieteiden pyritään edistämään yksilön hyvää, jolloin toimintaan sisältyy eettinen ulottuvuus (3). Erilaisia eettisiä kysymyksiä ammattilaiset kohtaavat päivittäisessä työssään (2). Terveystieteiden esiintyy myös eettisiä ongelmatilanteita, joissa arvot ovat vastakkain, eikä tilanteeseen ole olemassa yhtä täydellistä ratkaisua (3). Ammattiryhmien eettiset ohjeet antavat tukea päivittäisessä työssä tarvittavaan eettiseen päätöksentekoon (esim. 4). Myös keskustelulla hoidon etiikasta voidaan edistää eettisesti perusteltuja päätöksiä ja toimintamalleja (2). Kivun hoitaminen on terveystieteiden ammattilaisten eettinen velvollisuus (5). Kivun hoitoon liittyy kuitenkin näkökohtia, jotka voivat uhata potilaan hyvää hoitoa ja aiheuttaa terveystieteiden ammattilaisille eettistä stressiä (6). Tässä artikkelissa käytetään käsitettä 'potilas' viittaamaan kaikkiin terveyden- ja sairaanhoitopalveluiden käyttäjiin.

Kivun arvioimisen ja hoidon haasteet

Jokainen terveystieteiden ammattilainen on mitä todennäköisemmin itse kokenut elämänsä aikana kipua ja näin ollen tietää mitä kipu on.

Kivun arvioimisen vaikeus piilee kuitenkin kipukokemuksen subjektiivisuudessa, joka tekee toisen ihmisen kokeman kivun arvioimisesta ja ymmärtämisestä haastavaa (7). Kiputilanteet ja potilaat ovat yksilöllisiä ja heidän tarpeensa terveystieteiden ammattilaisten tarjoamaan hoitoon vaihtelevat. Yhtenäistä kuitenkin on, että terveystieteiden ammattilaisen ja potilaan välillä vallitsee aina jonkinasteinen valtasuhde (3), jolloin tilanne voi muodostua eettisesti haastavaksi (5). Eettisesti haastavat tilanteet voivat kohdistua esimerkiksi vuorovaikutukseen tai ymmärrykseen ja ennakkoarvioihin hoidoista.

Vuorovaikutukseen liittyvistä eettisistä ongelmista hyvin tunnettu on ristiriitaiset merkit kivun voimakkuudesta. Nämä liittyvät kivun arvioimisen tilanteisiin, joissa terveystieteiden ammattilainen kokee ristiriitaa potilaan kertoman kivun voimakkuuden ja esimerkiksi käytöksen (8) tai vammamekanismin välillä (5). Erityisesti tilanteissa, joissa kipua hoidetaan vahvoilla kipulääkkeillä, tämä haastaa terveystieteiden ammattilaisen pohtimaan tilannetta ja toimintaansa totuuden (9), hyvän tekemisen ja pahan välttämisen näkökulmista (6).

Vuorovaikutuksessa totuuden näkökulmaa voidaan tarkastella myös terveystieteiden ammattilaiseen liittyvänä tekijänä joko tarkoituksenmukaisena tai tahattomana toimintana. Terveystieteiden ammattilaiset voivat kokea totuuden kertomisen vaikeaksi (9) esimerkik-

si pelätessään sen aiheuttavan lisää tuskaa potilaalle (10). Toisaalta ammattilaiset saattavat myös tahattomasti käyttää ilmaisia, joiden totuusarvo on kyseenalainen, esimerkiksi tilanteissa, joissa he käyttävät kipukokemusta vähätteleviä ilmauksia tai lupaavat kivun täydellistä hoitamista tietyllä hoitomuodolla (10, 7).

Terveystenhuollon ammattilaisilla on usein vahva tahto ja pyrkimys hyvään kivun hoitoon (5). Ammattilaisilla saattaa kuitenkin ilmetä kivun hoitoon liittyvää pelkoa ja epävarmuutta haitan, esimerkiksi hengityslaman (6) tai lääkeriippuvuuden, aiheuttamisesta potilaalle (5, 11). Tämä voi edelleen johtaa potilaan kivun alihoitamiseen (6). Lääkkeisiin liittyvät pelot voivat myös ohjata potilasta hänen kuvatessaan kipukokemustaan ja näin tekee haastavammaksi terveydenhuollon ammattilaisen suorittaman kivun arvioinnin. Potilaiden lääkkeisiin kohdistuvat pelot koskevat niin ikään lääkeriippuvuutta tai esimerkiksi lääkkeiden sivuvaikutuksia (12), jolloin he itse voivat joko vähätellä kertoessaan kivustaan (8) tai itse alihoidtaa omaa kipuaan (12).

Potilaan autonomian kunnioittaminen

Autonomian kunnioittaminen on yksi hoidon etiikan keskeisistä elementeistä (2). Potilas on itsensä asiantuntija (7) ja hänellä on oikeus päättää itseään koskevista asioista (1). Autonominen päätöksenteko edellyttää kuitenkin sekä potilaan kompetenssia päätöksentekoon että asianmukaista ja riittävää tietoa kaikista mahdollisista vaihtoehdoista (3).

Kipu ja sen aiheuttaja, esimerkiksi tapaturma, voivat alentaa potilaan kompetenssia päätöksentekoon. Tässäkin tilanteessa tulee potilasta aina kuunnella ja mahdollisuuksien mukaan hänen toiveitaan kunnioittaa. Myös kirjallinen tai omaiselle suullisesti ilmaistu tahto kivun hoidosta auttavat kunnioittamaan potilaan autonomiaa tilanteissa, jossa hän on itse kykenemätön sitä ilmaisemaan (13). Tilanteessa, jossa potilaan autonomiaa joudutaan rajoittamaan,

tulee sen olla perusteltua ja pohjautua hyvän tekemiseen ja pahan välttämiseen (2, 14). Huomion arvoista on myös, että terveydenhuollon ammattilaisella ei ole velvollisuutta tarjota potilaalle hoitoa, josta ammattilaisen arvion mukaan ei ole hyötyä potilaalle (15).

Tarjotessa tietoa kivun hoidosta potilaalle on tärkeää huomioida potilaan yksilöllinen tilanne ja aikaisempi tietämys kivun hoidosta (16). Terveystenhuollon ammattilaisten tulisi selvittää potilaan mahdolliset väärinkäsitykset ja virheelliset tiedot kivun hoidosta sekä oikeista nämä (17). Potilaan aktiivisen roolin mahdollistavassa hoitosuhteessa tuki potilaalle sekä potilaan ja ammattilaisten välinen yhteistyö ovat tärkeitä (16). Autonomian kunnioittamisen toteutumiseksi ammattilaisten tulee välttää kaiken asteista painostusta valinnan tekemisessä (17) sekä kunnioittaa potilaan tekemää valintaa (3).

Potilaan kunnioittava kohtaaminen

Potilaan kunnioittavalla kohtaamisella on monia hyötyjä. Se muun muassa edistää potilaan tyytyväisyyttä ja luottamusta terveydenhuoltoon kohtaan sekä vähentää potilaan kokemaa stressiä (18). Kivun hoidossa potilaat toivovat tulevansa kohdatuksi yksilöinä (11) ja kunnioitavassa kohtaamisessa korostuvat potilaan kuunteleminen, näkemysten ja kokemusten ymmärtäminen (7, 11) sekä tuomitsemattomuus. Nämä edelleen edistävät luottamuksellisen hoitosuhteen muodostumista ja kivun hoidon onnistumista (11). Kaikilla potilailla on oikeus kunnioittavaan kohtaamiseen (18) ja hyvään hoitoon riippumatta hänen yksilöllisistä tekijöistään, kuten esimerkiksi iästä, seksuaalisesta suuntautumisesta, uskonnosta (15) tai sosioekonomisesta taustasta (19). Terveystenhuoltohenkilökunnan tulee välttää ennako-oletuksia ja yksilöiden leimaamista ja ymmärtää erilaisia tapoja ilmaista kipua, jotka liittyvät esimerkiksi kulttuuriin tekijöihin (7).

Terveystenhuoltohenkilökunta voi toisinaan kokea potilaiden kohtaamisen ja kivun hoidon

haastavaksi, esimerkiksi tilanteessa, jossa potilaalla on riippuvuus lääkkeitä tai huumausaineista (6, 14). Tilanteet voivat aiheuttaa ammattilaiselle epävarmuutta sopivasta lääkehoidosta, turhautumista tai jopa pelkoa (6). Tulee kuitenkin muistaa, että myös yksilöillä, joilla on kivun hoitoon vaikuttava riippuvuus, on oikeus hoitoon, joka tähtää parhaaseen mahdolliseen kivun lievitykseen (7).

Kipu on potilaalle todellista, sen aiheuttajasta tai syntymekanismista huolimatta (20) ja terveydenhuoltohenkilökunnalla on velvollisuus vastata jokaisen potilaan kipuun (5). Syyt potilaan kokeman kivun taustalla voivat olla moninaiset, jolloin potilasta tulee kuunnella ja tarvittaessa ohjata oikean avun piiriin (20).

Lopuksi

Onnistunut potilaan kivun hoitaminen on terveydenhuollon ammattilaiselle palkitsevaa (6). Haasteiden ilmetessä voi ammattilainen kuitenkin kokea monenlaisia tunteita, muun muassa turhautumista (6, 7). Kivun hoidon parissa työskentelevälle ammattilaiselle onkin tärkeää ymmärtää oma suhtautuminen kipuun ja tiedostaa omat näkemykset ja mahdolliset ennakkoluulot potilaiden kivusta. (7) Organisaatiossa on myös tärkeää kiinnittää huomiota moniammatillisen yhteistyön sujuvuuteen. Toimivassa yhteistyössä ammattilaisten välinen vuorovaikutus on sujuvaa ja siinä korostuvat kunnioitus toisten ammattitaitoa ja kivun hoidon asiantuntemusta kohtaan (6). ■

Kirjallisuutta:

1. Finlex. 1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785). Saatavissa www.finlex.fi (24.8.2021).
2. ETENE. 2011. Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. ETENE-julkaisuja 32. Saatavissa www.etene.fi (24.8.2021).
3. Leino-Kilpi H & Välimäki M. 2014. Etiikka hoitotyössä. Sanoma Pro Oy, Helsinki.
4. Sairaanhoidotaliitto. 2021. Sairaanhoidajan eettiset ohjeet. Saatavissa www.sairaanhoidajat.fi (24.8.2021).
5. Olsen DP. 2016. Ethical Practice with Patients in Pain. *Am J Nurs* 116(1), 57–60.
6. Blondal K & Halldorsdottir S. 2009. The challenge of caring for patients in pain: from the nurse's perspective. *J Clin Nurs* 18(20), 2897–2906.
7. Quinlan-Colwell A. 2013. Making an ethical plan for treating patients in pain. *Nurse Pract* 38(12), 17–21.
8. Miller LE, Eldredge SA & Dalton ED. 2017. "Pain Is What the Patient Says It Is": Nurse–Patient Communication, Information Seeking, and Pain Management. *Am J Hosp Palliat Care* 34(10), 966–976.
9. Rejeh N, Ahmadi F, Mohamadi E, Anooosheh M & Kazemnejad A. 2009. Ethical challenges in pain management post-surgery. *Nurs Ethics* 16(2), 161–172.
10. Kaufman H. 2009. This won't hurt a bit: The ethics of promising pain relief. *Palliat Support Care* 7(4), 517–520.
11. Kim K, Rendon I & Starkweather A. 2021. Patient and provider perspectives on patient-centered chronic pain management. *Pain Manag Nurs* 22(4), 470–477.
12. Conrardy M, Lank P, Cameron KA, McConnell R, Chevrier A, Sears J, Ahlstrom E, Wolf MS, Courtney DM & McCarthy DM. 2016. Emergency Department Patient Perspectives on the Risk of Addiction to Prescription Opioids. *Pain Med* 17(1), 114–121.
13. Cain JM & Hammes BJ. 1994. Ethics and pain management: respecting patient wishes. *J Pain Symptom Manage* 9(3), 160–165.
14. Morley G, Chumbley GM & Briggs EV. 2020. "You wouldn't do that to an animal, would you?" Ethical issues in managing pain in patients with substance dependence. *Br J Pain* 14(3), 195–205.
15. Thompson IE, Melia KM, Boyd KM, Horsburgh D. 2006. *Nursing Ethics*. 5. painos. Elsevier, Churchill Livingstone.
16. Holopainen R, Piirainen A, Heinonen A, Karppinen J & O'Sullivan P. 2018. From "Non- encounters" to autonomy: Conceptions of patients with low back pain about their encounters in the health care system. *Musculoskeletal Care* 16(2), 269–277.
17. Beauchamp TL & Childress JF. 2013. *Principles of Bio-medical Ethics*. 7. painos. Oxford University Press, New York.
18. Walsh K & Kowanko I. 2002. Nurses' and patients' perceptions of dignity. *Int J Nurs Pract* 8(3), 143–151.
19. Venkat A, Fromm C, Isaacs E, Ibarra J & Goldstein JN. 2013. An Ethical Framework for the Management of Pain in the Emergency Department. *Acad Emerg Med* 20(7), 716–723.
20. Käypä Hoito. 2017. Kipu. Saatavissa kaypahoito.fi (30.8.2021).

Kiertomatka kipupoliklinikoilla



Arja Hiller

dosentti, anestesiologian
erikoislääkäri,
kivunhoitolääketieteen eri-
tyispätevyys

Kiitokset kyselyyn vastanneille: Lotta-Sofia Kosonen (Savonlinna), Timo Miettinen (KYS), Juha Nevantus (Jyväskylä), Antti Niemi (Joensuu), Markki Palve (Mikkeli).

Keväällä 2021 Pohjois-Suomesta alkanut kipupoliklinikoiden kiertomatka jatkuu nyt Kuopion yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueelle (KYS-erva) Pohjois-Karjalaan, Keski-Suomeen ja Savoan. Polar-Pain-seuraan verrattavaa yhteistyötä ei KYS-erva-alueen kipupoliklinikoiden välillä ole. Tiedot on koottu kipupoliklinikoiden vastuulääkäreille lähetetyn sähköpostikyselyn vastausten perusteella. Kyselyllä kartoitettiin KYS-erva-alueen kipupoliklinikoiden nykytilannetta ja tulevaisuuden visioita yhteistyön kehittämiseksi kipupoliklinikoiden ja terveyskeskusten kanssa.

Kuopion yliopistollisen sairaalan kipupoliklinikka

Kipupoliklinikka kuuluu hallinnollisesti Kuntoutuksen osaamiskeskukseen. Siellä on 1 erikoislääkärin virka, 1½ sairaanhoitajaa, osaston sihteeri, fysioterapeutti ja toimintaterapeutti. Psykologin arviot ja tukikäynnit järjestyvät kuntoutustutkimuspoliklinikan kautta. Lisäksi ostopalveluna hankitaan kokeneen erikoislääkärin palveluja. Tällä hetkellä kipupoliklinikan erikoislääkärin virka ei ole täytetty vaan kuntoutuksen päiväosaston lääkärit hoitavat myös kipupoliklinikan vastaanoton. Jatkossa erikoislääkärin virka muutetaan apulaisylilääkärin viraksi ja viran on tarkoitus tulla hakuun kuluvan syksyn aikana. Kipupoliklinikalle on esitetty perustettavaksi myös erikoistuvan lääkärin virka.

Niukoista resursseista huolimatta potilaat ovat päässeet vastaanotolle hoitotakuun sisällä. Kipupoliklinikka pyrkii toimimaan pääsääntöisesti konsultaatiopoliklinikkana eli hoitosuositusten tekemisen jälkeen hoitovastuu pyritään siirtämään omalle hoitavalle taholle.

Joka toinen viikko kokoontuu neuromodulaatioryhmä ja joka toinen moniammatillinen

kiputyöryhmä. Noin kaksi kertaa vuodessa aloittaa potilasryhmä ”elämää kroonisen kivun kanssa”. Ryhmään otetaan kahdeksan kuntoutujaa, jotka kokoontuvat kahdeksan kertaa ja lisäksi on vielä yksi seurantatapaaminen. Ryhmää vetävät psykologi ja kipuhoitaja. Viitekehystenä on Hyväksymis- ja omistautumisterapia (HOT). Kipuhoitajien vetämä potilasryhmä kokoontuu viisi kertaa ja ryhmät pyörivät online-tyyppisesti. Tarvittaessa järjestetään moniammatillisia kuntoutusjaksoja kuntoutuksen päiväosastolla.

Kuopion perusterveydenhuollossa ei ole vielä lääkäreitä, joilla olisi kivunhoidon erityispätevyys tai jotka muuten olisivat keskittyneitä kivunhoitoon.

Siun sote, Kipupoliklinikka, Joensuu

Kipupoliklinikka kuuluu Operatiiviseen tulosyksikköön, anestesia- ja tehohoidon klinikassa.

Päätoiminen kipupoliklinikan lääkäri on yleislääketieteen ja työterveyshuollon erikoislääkäri, ja hänen lisäkseen kipupoliklinikalla työskentelee anestesia- ja tehohoidon lääkäreitä ja fysiatrian erikoislääkäri, jolla on kivunhoidon erityispätevyys. Poliklinikalla työskente-



lee myös kaksi sairaanhoitajaa, psykologi sekä osaksi tiimiä on nimetty sosiaalihoaja. Poliklinikan toimintaan viime aikoina on vaikuttanut tapahtunut lääkärimuutos, jonka myötä on esimerkiksi muutettu vastaanottotyöskentelyä kehittäen moniammatillisempaa otetta.

Potilaan ensimmäinen käynti kipupoliklinikalla toteutetaan pääsääntöisesti aina moniammatillisena yhteisvastaanottona tiimin kokoonpanon määrittäessä läheteestä tai konsultaatiopyynnöstä esille nousevista asioista. Kerran kuussa kokoontuu kiputyöryhmä, jossa eri erikoisalojen ammattiryhmät yhdessä tiiminä laativat suunnitelman monialaista ja moniammatillista näkökulmaa vaativan hoidon toteuttamiseksi. Kipupoliklinikan potilaiden hoidosta sairaalassa vastaavat nimetyt fysioterapeutit, joiden kanssa yhteistyöpalavereja on säännöllisesti (4–5 krt/vuosi).

Työ- ja toimintakyvyn osaamiskeskus & kuntoutuspoliklinikka on läheinen yhteistyökumppani, kuten myös psykiatrian osa-alueelta yleissairaalapsykiatria. Konkreettisesti läheinen yhteistyö tarkoittaa esimerkiksi vastaanottojen toteuttamista useamman erikoisalan osaajan läsnäollessa sopien työnjaosta (esim. työkykyarvioiden toteutus). Siun sote on kehittänyt yhteisasiakastoimintaa, joka on sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoimintaa. Yhteisasiakkuuksista vastaavat asiakaskoordinaattorit

ovat tärkeitä yhteistyökumppaneita kipupoliklinikalle ja he ovat usein tukena potilaan jatkosuunnitelmien eteenpäin saattamisessa. Yhteistyötä eri tahojen kanssa potilaan asioissa tehdään tarvittaessa (KELA, TE-hallinto, työterveyspalvelut jne.).

Siun Sote tarjoaa pitkäaikaisen kivunhoidon erityisosaamista perusterveydenhoidon ja erikoissairaanhoidon eri klinikoiden käyttöön. Potilaat ohjautuvat hoitoon joko läheteellä tai konsultaatiopyynnön kautta. Pitkäaikaisen kivunhoidon tavoitteena on tukea potilasta selviytymään paremmin kipuongelmansa kanssa ja ylläpitää toimintakykyä. Kipupoliklinikalla toteutuvan hoitojakson tavoitteena on arvioida, suunnitella ja toteuttaa kivunhoidon kokonaisuus, tukien potilaan hoidon keskittymistä perusterveydenhuoltoon. Hoitojakson pituus määrittyy yksilöllisesti potilaan tilanteen huomioiden. Tarvittaessa kivunhoidossa hyödynnetään rTMS-hoitoa, kipustimulaattoreita (Joensuussa asennetaan takajuostestimulaattoreita) ja akupunktiota.

Kipupoliklinikan psykologin palveluihin on mahdollisuus kaikilla hoitosuhteissa olevilla potilailla ja ryhmätoimintaa tarjotaan siitä kiinnostuneille.

Kipupoliklinikalla toteutetaan ryhmäinterventioita, joiden tavoitteena on mahdollistaa vertaistuki, lisätä tietoa pitkäaikaisesta kivusta ja tukea pitkäaikaiseen kipuun sopeutumisprosessissa. Ryhmien painotukset hieman vaihtelevat. Osa ryhmistä keskittyy enemmän työskentelyyn sopeutumisprosessin tueksi ammentaen esimerkiksi kognitiivisesta terapiasuuntauksesta, tietoisuustaitojen hyödyntämisestä ja tunnetyöskentelystä. Osa ryhmistä puolestaan on enemmänkin tietoa pitkäaikaisesta kivusta jakavia ja vertaistukea mahdollistavia painottuen keskusteluun alustetusta teemasta. Ryhmiä ohjaa pääsääntöisesti sairaanhoitajan ja psykologin muodostama työpari.

Tulevaisuudessa tavoitteena on tiivistää yh-

teistyötä perusterveydenhuollon kanssa ja kehittää muun muassa alueellisia hoitoketjuja potilaiden hoidon toteuttamisen tueksi sekä hoidon keskittämiseksi perusterveydenhuoltoon. Tällä hetkellä haasteena on kuitenkin perusterveydenhuollon työntekijöiden vaihtuvuus ja resurssien niukkuus.

Keski-Suomen keskussairaala

Jyväskylän sairaala Novan kipupoliklinikka toimii nykyisin kuntoutuksen organisaatiossa. Aiemmin se toimi kirurgian poliklinikan alla, mutta viime vuodenvaihteessa tapahtui muutos.

Kipupoliklinikka toimii tällä hetkellä anestesiologi-vetoisesti. Todennäköisesti lähiaikoina myös fysiatriin pitämiä päiviä tulee ohjelmaan. Erikoistuville lääkäreille pyritään antamaan ainakin lyhyt perehdytys kipupoliklinikan toimintaan. Kipusairaanhoitaja toimii poliklinikalla päivittäin. Fysioterapeutti toimii os aikaisesti poliklinikan yhteydessä. Psykologin ja psykiatrin palvelut ovat konsultoitavissa, mutta päivittäistoimintaan heidän toimintansa ei ulotu. Monialainen kiputyöryhmä kokoontuu kuukausittain. Mukana mm radiologi, kipulääkäri, ortopedi, neurokirurgi, fysiatri, kuntoutuslääkäri, psykiatri, psykologi, kipusairaanhoitaja, sosiaalihoitaja sen kertaisen tilanteen mukaan.

Kipuvastaanotto on viitenä päivänä viikossa. Siihen kuuluu kaksi ensikäyntiä, jotka kestoltaan 1,5 tuntia, sekä kaksi-kolme 45 minuutin mittaista uusintakäyntiä. Toimenpiteitä tehdään leikkaussalin heräämössä kahtena iltapäivänä. TMS hoidot ja epiduraalisten stimulaattorien laitot kuuluvat hoitorepertuaariin.

Kipupotilaiden vertaistukiryhmiä järjestetään kerran tai kaksi kertaa vuodessa. Ryhmissä on 10 ohjattua tapaamista eri teemoilla kipuhoidon johdolla. Mukana on usein muita kivun asiantuntijoita. Potilaita ohjataan lisäksi mm. fysiatrian poliklinikan selkäröyhiin.

Terveyskeskuksissa on käyty jonkin verran

kouluttamassa kroonisen kivunhoidosta. Lisäksi kehitystyöhön on kuulunut alueellisten koulutustilaisuuksien järjestäminen ja hoitoketjun kehittäminen.

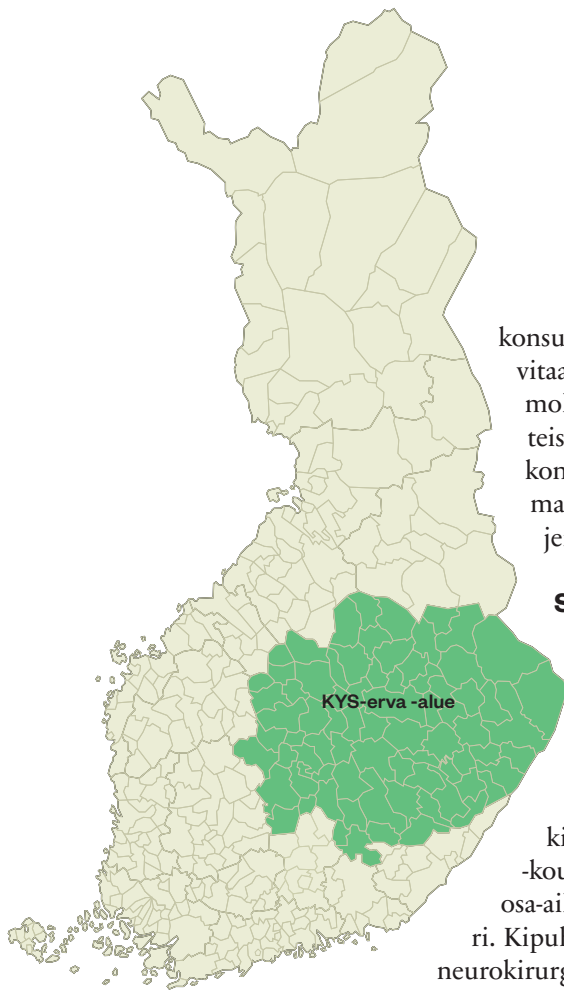
Mikkelin keskussairaala, Essote

Kipupoliklinikka on palliatiivisen keskuksen alaisuudessa. Vastuulääkäri on konsultoiva anestesiologian erikoislääkäri, jolla on kivunhoidon erityispätevyys. Vastaanotto on neljä päivää kuukaudessa. Kipupoliklinikalla on myös kokoaikainen erikoistunut kipusairaanhoitaja. Käytettävissä on lisäksi kaksi kipupsykologia, joiden virat ovat muissa yksiköissä. Kahden viikon välein on avoin monialainen meeting/keskustelutunti, johon osallistuvat palliatiivisen yksikön ylilääkäri, psykologit ja kuntoutuslääkärit tarpeen mukaan.

Kroonisen kivun hoito toteutuu kansallisten suositusten mukaisesti. Hoitajakset ovat vaihtelevan mittaisia. Kipupoliklinikan toiminta käsittää vastaanottoa, puhelinkontrolleja sekä lääkärille, että hoitajalle. Lisäksi vuosittain tehdään 10–12 epiduraalisen stimulaattorin asennusta. Kipuhoitaja toteuttaa kapsaisiini-hoitoja.

Vuosittainen on kivunhallintaryhmä 7–8 potilaalle. Toinen kipupsykologi, kipuhoidon ja fysioterapeutti haastattelevat potilaat ja vetävät käynnit, yhteensä 10 kertaa. Kipulääkäri jne. käyvät vieraana ryhmässä.

Mikkelin terveyskeskuksessa on kivunhoidon erityispätevyyden suorittanut yleislääkäri, jonka johdolla on aloitettu paljon hoitoresursseja käyttävien potilaiden keskitetty hoitotoiminta. Tässä ryhmässä on myös kipupotilaita. Etelä-Savon perusterveyden huollon lääkäritilanne on ollut hyvin huono, minkä vuoksi suunnitellut koulutukset ja konsultaatiotoiminta eivät ole viime vuosina toteutuneet. Nyt tilanne on jonkin verran parantunut. Tarkoitus on jatkossa yrittää uudelleen suoraa lähetteeseen perustuvaa konsultaatiotoimintaa, jossa terveyskeskuslääkäri tekee lähetteen kipulääkärin



konsultaatiota varten ja aika so-
vitaan yhteiseksi puhelinajaksi
molemmille lääkäreille. Yh-
teiset vastaanottoajat, yhteiset
konsultaatiotunnit ja edellä
mainittu voisivat toimia laa-
jemmassakin mittakaavassa.

Savonlinnan keskus- sairaala, Sosteri

Savonlinnan kipupo-
liklinikka on fuusioitu
fysiatrian poliklinikan
alaisuuteen. Vastuulää-
käri on fysiatri, joka on
kivunhoidon erityispätevyys-
-koulutuksessa. Lisäksi on yksi
osa-aikainen konsultoiva fysiat-
ri. Kipuhoitaja on 50 %:sti. KYS:n
neurokirurgi käy konsultoimassa
pari kertaa kuukaudessa. Kiputyöryhmä
kokoontuu kahdesti vuodessa. Työryhmässä
käydään psykiatrin, psykologin, kipuhoitajan,
kipufysioterapeutin ja psykiatrisen sairaanhoi-
tajan kanssa potilastapauksia läpi ja tehdään
yhdessä jatkohoitosuunnitelmia. Kipupolikli-
nikalle potilaat tulevat läheteellä. Heille teh-
dään hoitosuunnitelma ja aloitetaan tarvittavat
hoidot. Kun tilanne on vakiintunut, potilaan
jatkohoito siirtyy terveyskeskukseen hoitavalle
lääkärille. Kipupoliklinikalla ei ole omia poti-
laita. Päihdepotilaat tai lääkeriippuvaiset ohja-
taan aina päihdelääkärin arvioon.

Myöskin Savonlinnassa kroonisen kivun
hoito toteutuu kansallisten hoitosuosittelusten
mukaan. Yleisin syy kipupoliklinikalle lähet-
tämiseen on pitkittynyt selkäkipu. KYS:n neu-
rokirurgit asettavat tarvittaessa epiduraalisen
stimulaattorin leikkaussalissa. Potilaiden on
mahdollista saada fysio-, toiminta- ja psykoter-
apiaa ja osallistua rentoutusryhmään. Neuroso-
nic-patja on hankinnassa osaksi kivun hoitoa ja
unen parantamiseksi. Kivunhallintaryhmiä ei

rentoutusryhmää lukuun ottamatta ole.

Sosterissa on ollut perusterveydenhoito- ja
erikoissairaanhoidon fuusio jo vuosia ja terveys-
keskuksen kanssa on tehty läheistä yhteistyötä.
Ongelma on tällä hetkellä perusterveyden-
huollon resurssipula, minkä takia vastaanotto-
aikoja on ollut vaikea saada.

Tulevaisuuden näkymiä KYS-erva-alueen kivunhoidossa

Kroonisen kivun vastuulääkäreiden vastauksis-
ta käy ilmi, että kipupoliklinikka toimii vähäi-
semmilläkin resursseilla edellyttäen, että lähet-
tävä lääkäri tai perusterveydenhoito pystyvät
huolehtimaan potilaiden jatkohoidosta. Tämä
on kuitenkin haasteellista KYS-erva-alueella,
jossa perusterveydenhuollon työntekijät vaihtu-
vat usein ja resursseja on niukasti. Tavoit-
teena on tulevaisuudessa entisestään tiivistää
yhteistyötä perusterveydenhuollon kanssa
kouluttamalla terveyskeskuksen henkilökuntaa
kroonisen kivun hoidosta ja tarjoamalla mah-
dollisuutta työskennellä välillä kipupoliklini-
kalla.

Tulevaisuudessa purentaelimistön kipujen ja
toimintahäiriöiden hoito parantuu Savonlin-
nan alueella, kun keskussairaalassa työskentele-
vä erikoishammaslääkäri on aloittanut kivun-
hoidon erityispätevyys-koulutuksen.

Alueellista verkostoitumista Pohjois-Suomen
mallin mukaan ei KYS-erva-alueella ole tällä
hetkellä. Verkostoituminen voisi kuitenkin aut-
taa kroonisten kipupotilaiden kanssa etenkin
pienissä yksiköissä työskenteleviä jaksamaan
työssä paremmin. Kivunhoidon erityispätevyys-
polkua voisi kehittää siten, että erityispätevyyt-
tä suorittavien ja ohjaajien kesken olisi enem-
män säännöllistä aktiivista vuorovaikutusta. ■



Kipu kumppanina – kivunhoidon haasteita yleislääkärille



Outi Seppälä

yleislääketieteen erikoislääkäri, psykoterapeutti, terveyskeskuslääkäri, työnohjaaja
Työpaikka Helsingin terveyskeskus,

Joko akuutista tai pitkäaikaisesta kivusta kärsivien potilaiden käynnit muodostavat noin 40 prosenttia kaikista terveyskeskuksen lääkärikäynneistä. Erityisesti pitkäaikaisen kivun hyvää hoitoa vaikeuttavat potilaiden muiden sairauksien vaikutus käytävissä olevaan kipulääkevalikoimaan ja terveyskeskuslääkäreiden krooninen aikapula. Fysioterapeuttisen hoidon kytkeminen kivunhoitoon on parantunut viimeisen vuosikymmenen aikana, mutta psykososiaalisten lääkkeitömiin kivunhoitokeinojen tukimahdollisuudet ovat perusterveydenhuollossa edelleen erittäin puutteellisia. Isolle osalle eivät riitä netin tarjoamat apukeinot. Erikoissairaanhoidon tuki ei ole riittävää kivunhoidon ongelmien laajuus ja vaikeahoitoisuus huomioiden. Pitkäaikaisista kivuista kärsivien potilaiden hoidon, työkyvyn ja talouden ongelmat aiheuttavat vaikeita umpikujia, jotka pahentavat ongelmia ja lisäävät sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia. Tämän takia tarvitaan parempaa yhteiskunnallisten toimijoiden yhteistyötä, asennemuutoksia ja uudenlaisia rakenteita vajaakuntoisten työllistämiseksi.

Jokaiselle yleislääkärille tulevat tutuksi kivunhoidon haasteet. Osa potilaiden kivuista johtuu tuoreista vammoista, mutta suurin osa liittyy pitkäaikaisiin kipuihin ja kroonisiin sairauksiin, kuten nivelrikkoon. Myös selittämättömäksi jääneet pitkäaikaiset kivut ovat yleislääkärin potilailla yleisiä. Terveyskeskukseen

päätyy ”loppusijoitukseen” myös suurin osa niistä kipupotilaista, joita erikoissairaanhoidossa ei ole kyetty auttamaan kivuttomiksi, tai edes pärjäämään kipujensa kanssa. Erityisen vaikeaa yleislääkärille on kohdata näitä kipupotilaita. Heidän kohdallaan ehkä kaikki mahdolliset lääkkeet ja muutkin keinot on jo kokeiltu ilman riittävää apua, mutta kipuongelma jatkuu. Seurauksena on potilaan huonovointisuutta, arjessa selviämisen ja työllistymisen ongelmia kaikkine lieveilmiöineen. Terveyskeskuksessa hoitosuhde usein kestää koko potilaan loppuelämän, joko saman tai vaihtuvien lääkärin kanssa. Kenellekään ei voida antaa porttikieltoa eli ”jatkohoitoa kotona”, vaikka näin erityisesti selittämättömistä kivuista kärsivät potilaat varmaankin asian useimmiten kokevat. Tästä tosiseikasta johtuen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon näkökulma potilaan hoitoon on hyvin erilainen, eikä yhteistyökään aina paras mahdollinen. Tämä koskee toki muutakin kuin kipupotilaiden hoitoa.

Oma potilastapaus

Esimerkkinä kuvatunlaisesta tilanteesta kerron erään potilaani tarinan hänen luvallaan. Kyseessä on monenlaisia vaikeuksia elämässään, terveydessään ja ihmissuhteissaan kohdannut vakavasti ylipainoinen monisairas keski-ikäinen nainen. Häntä on runsaasti tutkittu monialaisten kipujen vuoksi eri erikoissairaanhoidon

poliklinikoilla, ja päädytty fibromyalgia - diagnoosiin. Kivunhoidossakin on tarvittu erikoissairaanhoidon apua, ja erilaisia lääkkeitä on kokeiltu lähes kaikki mahdolliset.

Vaikka potilaani tulehdusarvot ja kiputilat vaihtelevat fibromyalgialle epätyypilliseen tapaan, ei toistetuissakaan kuvantamistutkimuksissa ole löydetty spesifiseen tulehdukseksi nivelsairauteen sopivia muutoksia. Riittävän kivunhoidon löytämistä ovat haitanneet potilaani laaja lääkeintoleranssi ja erilaiset apuaineallergiatkin. Potilaani vointi vaihtelee, ja vaikeina päivinä kotitöiden tekeminen ja kotia poistuminenkaan ei onnistu. Hän tarvitsee kävelyn avuksi rollaattoria, ja yleensä myös polvien ja ranteiden tukia. KELA hylkäsi viimeimmänkin B-lausuntoni potilaani työkyvyttömyydestä.

En pysty hahmottamaan, minkälaisessa työssä potilaani selviäisi, tai kuka hänet olisi valmis työllistämään. Osatyökyvyttömyyseläke potilaalleni on myönnetty, mutta osatyökykyisille on hyvin vähän työpaikkoja tarjolla. Vajaakuntoisuutensa vuoksi potilaallani on jatkuvia talousongelmia, jotka lisäävät potilaan ahdistusoireita entisestään ja poikivat toistuvia yhteydenottoja sosiaalityöntekijään.

Voihan olla, että emme edellä kuvatun potilaani sairautta vielä osaa tunnistaakaan; diagnoosi saattaa olla väärä. Lääketiedehän kehittyy ja muuttuu koko ajan. Tämä tosiasia ei tässä hetkessä vaikeasti oireilevaa välttämättä lohdu, mutta olen kokemuksen kautta huomannut, että tästäkin asiasta on erittäin tärkeää kuitenkin keskustella perusteellisesti. Keskustelu useimmiten lisää potilas-lääkärisuhteen luottamusta ja potilaan ymmärrystä lääketieteellisen tiedon ja avun rajallisuudesta.

Erityisen tärkeää pitkäaikaisista tai selittämättömistä oireista kärsivien kohdalla olisi pitkäkestoinen hoitosuhde omalääkäriin ja mielellään myös omahoitajaan, usein myös

omaan sosiaalityöntekijään. Tämä on potilaani kohdalla onnistunut. Aikaisempien vuosien jopa useita kertoja viikossa tapahtuneiden yhteydenottojen sijaan olemme nyt viime vuodet selvinneet noin joka kolmas kuukausi tapahtuneella yhteydenpidolla omahoitajaan ja tarvittaessa lääkäriin siten, että potilas on kuitenkin kokenut saavansa hoitoa ja ymmärrystä ja osin apuakin oireisiinsa.

Lääkityksen ongelmat

Akuutinkin kivun hoito voi olla vaikeata, koska erityisesti monisairailta potilailla muut sairaudet ja lääkitykset voivat pahasti rajoittaa kipulääkkeiden valintaa. Sama koskee luonnollisesti pitkäaikaisen kivun lääkehoitoa, jossa ongelmat ovat vielä tavallisempia ja vaikeampia. Yleislääkärit vastaavat useimmiten potilaiden kokonaislääkityksestä, pitkäaikaissairauksien seurannasta ja reseptien uusimisesta. Yleislääkärit vastaavat siten lääkitysten pitkäaikaisista vaikutuksista potilaiden terveyteen ja ennusteeseen. Tiedetään, että kipulääkehoidon teho useimmiten heikkenee pitkäaikaiskäytössä. Lisäksi voi ilmetä muita kivunhoidon haasteita potilaan ikääntyessä ja uusien sairauksien myötä. Tyypillinen esimerkki on pitkään sairastetun diabeteksen komplisoituminen johtaen nefropatian aiheuttamaan munuaisten vajaatoimintaan.

Turvallisten kipulääkevaihtoehtojen löytäminen voi edellä kerrottujen ongelmien vuoksi ollakin todella vaikeaa. Verenpuotoriskin lisääntymisen ohella tulehduskipulääkkeet nostavat verenpainetta, rasittavat munuaisia ja lisäävät sydän- ja verisuonitapahtumien riskiä. Myös hyytymisen estolääkitys tai vatsahaavaaltti tekee tulehduskipulääkkeiden käytöstä riskialtista. Tulehduskipulääkkeet eivät sovi olennkaan osalle astmaatikoita. Antikolinergiset lääkkeet voivat aiheuttaa iäkkäille vaarallisia sivuvaikutuksia, ja sopivat huonosti muistihäi-

riöpotilaille. Masennuslääkkeen käyttö lisää muiden serotonenergisten kipulääkkeiden sivuvaikutusriskiä. Alkoholin ongelmakäyttö lisää gastrointestinaalisen vuodon riskiä, vaikeuttaa keskushermostoon vaikuttavien lääkkeiden käyttämistä ja huonontaa parasetamolinkin turvallisuutta. Huumeongelmaisille määrätty neuropaattisen kivun hoitolääkkeet voivat päätyä katukauppaan.

Yleislääkärin kroonisen aikapulan vuoksi esitetyistä lääkehoidon ongelmista ei usein ehditä tarpeeksi keskustella, varsinkin kun terveyskeskuskäynnin aiheena on useimmiten kivun lisäksi muitakin sairauksia tai ongelmia. Potilaiden usko kipulääkkeisiin on usein vankempi kuin ammattilaisten. Potilaalle voi siten helposti jäädä tunne, ettei häntä haluta kipujensa kanssa auttaa.

Moniammatillinen kivunhoito terveyskeskuksessa

Tutkimusten tuoma lisääntyvä ymmärrys muun kuin lääkehoidon tarpeellisuudesta pitkäaikaisten kipujen hoidossa on vasta hyvin hitaasti ja puutteellisesti vaikuttanut kivunhoidon käytäntöihin terveyskeskuksissa. Parhaiten on onnistunut fysioterapeuttisen harjoittelun tärkeyden ymmärtäminen ja toteuttaminen. Sen sijaan psykososiaaliset hoitokeinot, kuten arjen hallintaa pitkäaikaisten kipujen kanssa tukevat yksilövastaanotot ja vertaistukiryhmät, toteutuvat edelleen hyvin huonosti.

Terveydenhoitajia on koulutettu kivun lääkeettömään hoitoon riittämättömästi. Psykologeja ja psykiatriasia erikoissairaanhoitajia työskentelee edelleen terveyskeskuksissa aivan liian vähän ja heidän työnsä pääfokuksessa eivät yleensä ole kipupotilaiden asiat. Ryhmämuutoinen ohjattu vertaistukihoito arjen ongelmassa (mm. uni-, masennus-, kipu-, liikkumattomuus- ja yksinäisyysongelmat) on terveyskeskuksissa vielä pääosin hyödyntämättä, vaikka se

voisi kustannustehokkaasti auttaa suurta osaa tavallisimmista terveyskeskuskävijöistä. Vain pieni osa kunnista on esimerkiksi ottanut käyttöön ArVo (Arkeen Voimaa) -ryhmät, jotka soveltuisivat myös kroonisille kipupotilaille. Kivulla tai muilla somaattisilla oireilla tuskaansa ilmentäville psykiatrisille potilaille ei psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa useimmiten ole näihin ongelmiin erikoistunutta hoitotiimiä. Ilman vertaistukiryhmän ja ohjaajan tukea kivun lääkkeetön hoito ei useinkaan ole potilaalle helppoa aloittaa tai jatkaa säännöllisesti.

Omassa työpaikassani Kalasataman terveys- ja hyvinvointikeskuksessa olemme perustaneet kivun hoidon työryhmän auttamaan monialaisen kipuhoitoa kehittämistä.

Oma kipukokemus opettaa

Lupauduin kirjoittamaan tämän yleislääkärin arjen kivunhoidon haasteita käsittelevän artikkelin kasvokipujen hoitoon erikoistuneen yhteistyökumppanini pyynnöstä. Heti kun lupaus oli tehty, sainkin tehtävään sopivasti oman kroonisen sairauteni selkärankareuman pahenemisvaiheen, ja sen seurauksena uudenlaisen hankalan kylkikivun, kotidiagnoosina asentoriippuvaisen kylkiluuvälihermon kiputilan. Kipu esti pahimmillaan tehokkaasti pääte-työn, paikallaan istumisen ja seisomisen. Olen tottunut kipuun ja yleensä kestäen sitä hyvin, mutta koska tämä kipu oli aivan uudellinen, huomasin järkytyksekseni lamaantuvani pahasti ja toimivani juuri niin kuin kipupotilaan ei pitäisi. Kuuntelin kipuani ja keskityin siihen, rajoitin toimintaani ja kaikkea liikkumista ja jäin mahdollisuuksien mukaan vuoteenomaksi. Kaipasin ymmärrystä, tukea ja apua. Pahimman kipuvaiheen hellitettyä hermoilin, pystynkö ollenkaan osa-aikatyöhöni kesäloman jälkeen, mutta työmotivaatio kantoa ja kehitin erilaisia asentohoitoja itselleni kokeilemalla. Sain ymmärrystä ja apua sekä kotona että työ-

paikalla. Jatkoin työssä keksimiäni asentohoittoja, ja loppujen lopuksi työpäivät sujuivatkin paremmin kivun suhteen kuin kokoaikaisesti kipuun keskittyessäni lomapäivinä. Oma kipukokemukseni opetti taas lisää kivunhoidon isoimmista haasteista, hoidossa tarvittavasta empatiasta ja mielekkään tekemisen ja työn tervehdyttävästä merkityksestä.

Jotta yhteistyö kivun hoidossa onnistuisi, pitäisi potilaan kokea tulewansa kuulluksi, ymmärretyksi ja tuetuksi. Ilman sitä hyvätkin neuvot usein vain ärsyttävät potilasta, neuvojen noudattaminen ontuu ja sivuvaikutusriski lääkkeistäkin lisääntyy. Empatian ja kuulemisen merkitys on teoriassa yksinkertaista, mutta jää usein terveysaseman aikapulan jalkoihin. Omassa työssäni monisairaiden ja moniongelmaisten potilaiden hoitotiimissä olen havainnut, että varaamalla pidemmän vastaanottoajan, tai jopa puhumalla potilaan kanssa pitkään puhelimesta, päästään umpikujatilanteissa usein yllättävän hyvin eteenpäin, potilaslääkärisuhteen luottamus paranee ja jatkohoito helpottuu.

Arjen merkityksellinen toiminta kipupotilaan apuna

Pitkäaikaisesta kivusta kärsivän potilaan optimaalisen kuntoutustulokseen pääsemiseksi tarvitaan hyvin onnistuvan hoidon lisäksi useimmiten potilaalle merkityksellistä toimintaa

arjen hallinnan avuksi. Vajaakuntoisten työllistäminen onnistuu Suomessa tällä hetkellä liian huonosti. Heille on tarjolla aivan liian vähän työpaikkoja. Työkykykäsityksemme on liian mustavalkoinen. Mielestäni jokaiselle tulevan SOTE-uudistuksen hyvinvointialueelle tulisi perustaa KELAn ja kuntien TE-toimistojen kanssa yhteistyötä tekevä kuntoutus – ja työkykyarvioyksikkö, josta yleislääkärit ja heidän potilaansa voisivat saada kuntoutukselle tukea.

Jo ikäjakaumamme vuoksi vajaakuntoisten työllistäminen olisi ensisijaisen tärkeää, mutta se toimisi usein myös tehokkaimpana kuntoutustoimena. Yksinäisyys ja kipu lamauttaa. Hyödylliseksi itsensä tunteminen on ihmisen perustarve. Siksi työpaikka ja työyhteisö voikin ollakin paras pitkäaikaisista kivuista kärsivän potilaan kuntouttamisen keino isolle osalle potilaista. Yhteiskunnan kannattaisikin panostaa kroonisen kivun hoitoon paitsi rahoittamalla tehokasta psykososiaalista hoitoa ja vertaistukiryhmiä, myös panostamalla vajaakuntoisten työllistämiseen. Tiedämme, että yhteiskunnasta syrjään jääminen ja mielekkään tekemisen puute johtavat masennukseen, kroonisten kipujen pahenemiseen, elämäntapaongelmiin, toimintakyvyn alenemiseen ja lisääntyneeseen terveys – ja sosiaalipalveluiden käyttöön. Siksi jopa suojatyöpaikat voisivat olla kokonaisuuden kannalta paitsi tehokasta kuntoutusta vajaakuntoisille, myös kustannustehokkaita. ■

Mr. Pain – Keskusteluja kivun kanssa



Kirjoittajat:

Pasi Virtanen; Petri Tamminen; Tony Kakko; Mikko Kuustonen; Esa Saarinen; Tage Orenius

Toimittanut Petri Tamminen

Enstone kustannus 2021

96 sivua

ISBN 978-952-7389-45-4

Pasi Virtanen on kärsinyt kivuista yli 20 vuoden ajan ja hänestä on vuosien varrella tullut kivunhallinnan kokemusasiantuntija. Kirjassa Mr. Pain – Keskusteluja kivun kanssa Pasi Virtanen kertoo elämäntarinansa. Virtasen selkäkivut alkoivat parikymppisenä ja useiden selkäleikkausten jälkeen hän joutui luopumaan työurastaan jo vuonna 1999. Kivunhallintakeinoina Virtasella on käytössään mm. kipulääkkeet ja kipustimulaattori. Hän käy useita kertoja vuodessa Ortonin sairaalassa saamassa hoitoja kipuihinsa.

Kirja on jaoteltu lukuihin, joissa Virtanen kertoo elämänvaiheistaan työuransa, perheensä ja kipujensa kanssa. Virtanen kokee olevansa onnellinen – ei niinkään kivuista huolimatta – vaan juuri kipujensa takia. Tämä onkin hänen mantransa elämässä. Virtanen on lähes kipuhistoriansa alusta asti omannut mahtavan tukiverkoston ym-

pärillään ja hän kokee, että hoitopolku on toiminut juuri niin kuin pitääkin. Virtasta hoidetaan biopsykososiaalista mallia noudattaen. Perhe on Virtaselle kaikki kaikessa ja he ovat saaneetkin Virtasen ymmärtämään elämää ja sen kauneutta. Kivunhallinnan käännekohtaksi Virtanen nimeää mielenhallinnan, jonka pariin hänet johdatti Ortonin kipupsykologi Tage Orenius. Orenius sai Virtasen oivaltamaan, miten suuri vaikutus kipuun mielenhallinnalla on. Mielenhallinnan avulla Virtanen loi kivulleen myös mielikuvitteellisen hahmon, Mr. Painin. Mr. Pain pyrkii kaikin keinoin pilaamaan Virtasen päivät kivuilla, mutta Virtanen on oppinut tulemaan toimeen sen kanssa. Mielenhallinnan avulla Virtanen pystyy huijaamaan kipua ja Mr. Painia. Musiikki on Virtasen yksi tärkeimmistä kivunhallintakeinoista mielenhallinnan ohella. Oikein pahan kipukohtauksen jälkeen Virtanen tapaa levätä ja kuunnella musiikkia. Mikko Kuustonen ja Sonata Arctica ovat Virtasen ”kipulääkkeitä”.

Kirjan joidenkin lukujen yhteydessä on mm. Mikko Kuustosen ja kipupsykologi Tage Oreniuksen näkemyksiä Pasi Virtasesta. Virtasella on aivan uskomaton asenne elämään ja se käy ilmi kirjan jokaisessa luvussa. Virtanen ei ole lamaantunut eikä masentunut kipujensa takia. Virtanen kokee, että kipu on mahdollisuus, ja hän on oppinut arvostamaan elämää ihan uudella ta-

valla. Mr. Painin sarkastiset kommentit tuovat kirjaan omalla tavallaan pientä huumoriakin.

Kirja on kaiken kaikkiaan helppoluokkuinen ja selkeästi koostettu. Kirja on suunnattu enemmänkin vertaistueksi samassa tilanteessa oleville kipupotilaille, mutta myös näin ammattilaisen näkövinkkelistä kirja on ollut mielenkiintoista luettavaa. Pystyn hyvin samaistumaan Virtasen tunteeseen musiikin vaikutuksista kipuun ja mieleen, koska koen itsekin musiikin hyvin rauhoittavaksi tekijäksi. Myöskään perheen tärkeyttä ei voi korostaa liikaa. Tukiverkoston olemassaolo on pitkäaikaisista kivuista kärsivälle kivunhallinnan ohella yksi tärkeimpiä asioita jaksamisen kannalta. Kirja toimi ainakin itselleni hyvänä muistutuksena siitä, että on hyvä muistaa lääkkeettömät hoitokeinot kipupotilaiden tukena. Nämä keinot toimivat hyvänä lisänä lääkehoidon rinnalla. Omassa työssäni hoidan enemmän akuutista kivusta kärsiviä, mutta nämä keinot ovat hyvin sovellettavissa myös heidän kohdallaan.

Virtasen mukaan hänen kertomuksellaan on arvoa, jos yksikin ihminen tajuaa, että apua on saatavilla. Se on sellainen asia mikä meidän ammattilaisinakin tulee pitää mielessä ja muistuttaa siitä myös potilasta. Apua on saatavilla! ■

Teresa Autio
sairaanhoitaja

Unen laatuun ja keston liittyvät psykososiaaliset tekijät kroonista kipua sairastavien ikääntyneiden keskuudessa

Yhdysvalloissa tutkittiin unen laadun ja kroonisten kipujen välistä yhteyttä. Tutkimuksessa haluttiin myös selvittää psykososiaalisten tekijöiden vaikutusta unen laatuun. Tutkimukseen haastateltiin >65-vuotiaita amerikkalaisia, joilla oli jokin pitkäaikaista kipua aiheuttava sairaus ja vähintään vuoden kestänyt lääkitys siihen. Suosituksista huolimatta usein heille oli määrätty unen parantamiseen lääkkeitä. Yli puolet vastanneista kokivat unen laatunsa huonoksi. Usein syynä oli lyhyeksi jäävät unisyklit tai huono unenlaatu. Kivun hoidossa käytössä olevat lääkkeet heikensivät unen laatua. Huomattavasti paremmin nukkuivat ne, joilla oli säännöllinen yhteys perheisiinsä/ystäviin tai olivat aktiivisia kirkossa kävijöitä. Psykososiaaliset tekijät vaikuttivat eniten unen laatuun ja keston. Unenlaatuun heikentävästi vaikuttivat suuresti stressi ja masennus. Tutkimuksessa pääteltiin, että hyvät sosiaaliset verkostot voivat tuoda uusia tapoja ja keinoja parantaa iäkkäämpien ihmisten unenlaatua, joilla on kroonista kipua.

Zaidel C, Musich S, Karl J, Kraemer S and Yeh C Psychosocial Factors Associated with Sleep Quality and Duration Among Older Adults with Chronic Pain.

Population Health Management, Published Online: FebVol.24 No1.<https://doi.org/10.1089/pop.2019.0165>

Teresa Autio

Sinitumake hermovammakivun ja pitkittyneeseen kipuun liittyvän masennuksen säätelyssä

Espanjalais-suomalainen työryhmä selvitti kokeellisen eläinmallin avulla, miten aivosillan noradrenerginen sinitumake säätelää toisaalta hermovammakipua ja toisaalta pitkittyneeseen kipuun liittyvää masennusta. Ensimmäisinä päivinä ääreis-hermovaurion syntymisen jälkeen vaurion puoleinen sinitumake vaimensi kipuherkkyyttä selkätimeen laskevan noradrenergisen radan välityksellä. Vammatilanteen pitkittyessä sinitumake ei enää aktiivisesti vaimentanut kipuherkkyyttä, vaikka sinitumakkeesta laskevilla radoilla edelleen säilyikin pitkittyneessä vammatilanteessa kyky kivun vaimentamiseen, mikäli sinitumaketta koetilanteessa aktivoitiin. Sinitumake molemmissa aivopuoliskoissa lisäsi pitkittyneeseen hermovammakipuun liittyvää masennuskäyttäytymistä pihtipoimun etuosaan nousevien noradrenergisten ratojen sekä pihtipoimun alfa-1- ja alfa-2-adrenoseptorien välityksellä. Tulosten mukaan noradrenergisellä sinitumakkeella on siis kaksijakoinen rooli ääreishermovauriokivun ja sen oheisvaikutukse-

na esiintyvän masennuksen säätelyssä. Alkuvaiheessa vaurionpuoleinen sinitumake laskevien yhteyksien välityksellä vaimentaa kipua. Pitkittyneessä hermovaurio-tilanteessa sinitumake molemminpuolisesti pahentaa masennusta pihtipoimuun nousevien noradrenergisten yhteyksien välityksellä.

Llorca-Torralba M, Camarena-Delgado C, Suárez-Pereira I ym. Pain and depression comorbidity causes asymmetric plasticity in the locus coeruleus neurons. *BRAIN* 2021 (online ahead of print) doi: 10.1093/brain/awab239.

Antti Pertovaara

Tietoisuustaitoinen tanssiliiketerapia kroonisen päänsäryn lievittäjänä

Kroonisen kivun aistimiseen liittyvä lääketieteellistä hoitoa täydentävä tutkimus kehomieli-terapiaista on lisääntynyt viime vuosina. Nyt latvialainen tutkimusryhmä tarkasteli pilottitutkimuksessaan tietoisuustaitoisen tanssiliiketerapian soveltuvuutta kroonisen päänsäryn kliinisessä hoidossa. Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus koostui verrokki- ja tanssiliiketerapiaryhmästä (yhteensä n=29), joka koontui kymmenen kertaa viiden viikon aikana. Koetua kipua kartoitettiin numeerisella kyselylomakkeella (NRS) ja lisäksi seurattiin ahdistusta ja masennusta (HADS), yleistä terveyttä (PHQ-9) sekä tietoisuustaitoja (FFMQ). Kyselypohjainen aineisto kerättiin ennen in-

terventiota sekä välittömästi ja 16 viikkoa intervention jälkeen. Tilastollisesti merkittävä yhteys löydettiin tanssiterapiaryhmässä: kivun intensiteetti ja masennus lievittyivät. Tutkijat ehdottavat, että lievittyneen päänsäryn ja masennuksen taustalla ovat erityisesti yhdeksän psykologista tekijää: tietoisuustaitojen, kehotietoisuuden, itsesäätelyn, hyväksynnän, epämukavuuden sietokyvyn ja rentoutumisen lisääntyminen sekä koettu merkityksellisyys ja luova prosessointi turvallisessa terapiaympäristössä.

Majore-Dusele I, Karkou V, Millere I. *Front Psychol* 2021; doi:10.3389/fpsyg.2021.587923

Hanna Pohjola

Hyväksymis- ja omistautumisterapian (HOT) aiheuttamat muutokset fMRI:ssa

Kroonisen kivun ei-lääkkelisiin hoitomuotoihin kuuluu psykoterapia ja sen eri sovellukset kuten hyväksymis- ja omistautumisterapia (HOT), englanninkielisessä kirjallisuudessa Acceptance and Commitment Therapy (ACT). Jo aiemmin on havaittu keskushermoston toiminnassa muutoksia eri alueilla liittyen terapeuttisiin tuloksiin, esimerkiksi fobioiden hoidossa. Tutkijat halusivat selvittää käyttäen työkaluna fMRI:tä mahdollisia HOT-terapian aiheuttamia objektiivisesti havaittavia muutoksia tiettyillä aivoalueilla. Tutkimusryh-

mä käsitti yhdeksän naista, jotka kärsivät kroonisista tuki- ja liikuntaelinten kivuista. Interventio kesti 4 viikkoa, jonka aikana potilailla oli viikoittain kaksi 90 minuuttia kestänyttä terapiaistuntoa. Potilaat täyttivät ennen terapiaa ja sen jälkeen kyselylomakkeet, joilla mitattiin heidän psykologista joustavuutta, kivun aiheuttamaa haittaa ja elämänlaatua. fMRI-kuvaukset suoritettiin ennen ja jälkeen intervention. HOT-intervention jälkeen potilaiden subjektiiviset arviot omasta tilanteestaan paranivat ja korreloivat havaittuihin aktiviteetti-muutoksiin aivojen kuvantamisissa. Tulokset antavat tukea HOT-interventioiden käyttämiselle kroonisten kipupotilaiden hoidossa. Tutkimusryhmä oli varsin pieni ja kontrolloimaton, joten tuloksia ei voi yleistää, mutta rohkaisevat lisätutkimuksiin eri terapioiden aiheuttamista muutoksista objektiivisella aivojen kuvantamisnäytöllä mitattuna.

Auty SA, Ray KL, Meier SK et al. Neural Mechanisms of Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain: A Network-Based fMRI Approach. *Front Hum Neurosci* 2021; 5:15:587018. doi: 10.3389/fnhum.2021.587018

Anita Saariaho

Hyvälaatuinen uni vähentää perioperatiivista kipua

Kivun ja unihäiriöiden yhteys on laajalti tunnettu ja ilmiölle on saatu näyttöä

yhä enemmän myös tutkimuksissa. Unen ja kivun suhde on kaksisuuntainen – huonolaatuinen uni lisää kivuliaisuutta, ja toisaalta kipu voi heikentää unenlaatua. Unettomuuden riskitekijöistä on löydetty samoja tekijöitä, jotka ennustavat leikkauksen jälkeistä vaikeaa kipua. Suomalaiset tutkijat professori Eija Kalso ja psykologian tohtori Reetta Sipilä julkaisivat äskettäin katsauksen, jossa pohdittiin, miksi leikkaukseen tulevien potilaiden unihäiriöt pitäisi ottaa huomioon ja miten niitä voisi arvioida. Katsauksessa myös esiteltiin keinoja unen laadun parantamiseksi ei-lääkkeellisin ja lääkkeellisin keinoin.

Insomnia eli unettomuus voi ilmetä vaikeutena nukahtaa, pysyä unessa tai heräämisenä liian varhain. Kyse on unettomuudesta, jos em. vaikeudet ovat kestäneet vähintään kolme kertaa viikossa yhden kuukauden ajan. Pitkään jatkuessaan univaikeudet voivat altistaa mm sydän- ja verisuonisairauksille, kognition laskulle, masennukselle, alkoholin liikakäytölle, painonnousulle ja jopa psykoosille.

Varhaislapsuuden vastoin- käymiset ja stressaavat kokemukset, sekä taipumus hätäilyyn ja huolestuneisuuteen altistavat yksilön aikuisena ahdistukselle, unihäiriölle ja kivulle. Toteutuessaan nämä kolme muodostavat ikävän noidankehän. Tutkijat esittävät käyttökelpoisia kyse-

lylomakkeita, joiden avulla voidaan arvioida yksilön subjektiivista unen laatua. Tällaisia, unihäiriöiden arviointiin sopivia validoituja kyselylomakkeita, ovat esimerkiksi unipäiväkirja, ISI (Insomnia Severity Index), PSQI (Pittsburgh Sleep Quality Index), MSQ (Mini-Sleep Questionnaire), SCI (Sleep Condition Indicator), ESS (Epworth Sleepiness Scale) tai RCSQ (Richards-Campbell Sleep Questionnaire).

Ei-lääkkeellisestä hoitoa pidetään unettomuuden suositeltavimpana hoitomuotona. Ensilinjan interventio on kognitiivis-behavioraalinen terapia (CBT-I). Siinä pyritään parantamaan potilaan unihygieniaa ja on näytetty, että onnistuessaan CBT-I laskee CRP-arvoa sekä syto-kiineja interleukiini 6 (IL-6) ja tuumorinekroositekijää (TNF); tämän on katsottu olevan merkki vähentyneestä inflammatorisesta reaktiosta. Myös ACT-terapian (Acceptance and Commitment Therapy) on näytetty olevan tehokas unettomuuden hoidossa pitkäaikaisesta kivusta kärsiville potilaille, sen sijaan ACT-terapian teho perioperatiivisen unen parantamisessa on vielä tutkimatta.

Ei-lääkkeellinen unettomuuden hoito edellyttää sitä, että käytettävissä on riittävästi aikaa ennen suunniteltua operaatiota. Aina näin ei ole ja tällöin voidaan harkita lääkkeellistä unen tukemista perioperatiivisena

ajanjaksona. Kirjoittajat käyvät läpi mahdollisesti käytettäviä lääkkeitä; bentso-diatsepiineja voidaan ajatella lyhytaikaiseen käyttöön, gabapentinoideja niiden kivun lievitystä ja ahdistusta vähentävien ominaisuuksien vuoksi, myös melatoniinia voidaan käyttää.

Kirjoittajat listaavat hyvää unta tukevia keinoja ennen sairaalajaksoa, sen aikana ja sen jälkeen. Hyvälaatuinen uni vähentää kipua postoperatiivisesti ja sitä on siksi tavoiteltava leikkaukseen tulevien potilaiden kohdalla. Ennen leikkausta: olisi pyrittävä löytämään mahdolliset uniongelmaiset sekä ne potilaat, joilla on korkea riski unettomuuteen; heille ohjeet hyvästä unihygieniasta sekä rentoutumis- ja hengitysharjoitteita, musiikin kuuntelua, lisäksi ACT, CBT-I.

Sairaalajaksolla: riittävä kivunhoito, unta parantava lääkitys, korvatulppien ja silmämaskin käyttö, mahdollisimman hiljainen ja hämärä huone, sekä henkilökunnan käynnit yön aikana rajoitettava minimiin.

Kotona sairaalajakson jälkeen: mahdollisimman pikainen paluu normaaliin aktiiviseen elämään, hyvä unihygienia sekä hengitys- ja rentoutusharjoitukset.

Sipilä RM, Kalso EA. Sleep well and recover faster with less pain – a narrative review on sleep in the perioperative period. *J Clin Med*.2021;10(9):2000. doi: 10.3390/jcm10092000

Tiina-Riitta Vuorjoki-Ranta



Anneli Vainio

Kyllä, mutta ei

”Jos saisin syövän, ajaisin heti moottoripyörällä seinään!” sanoi 18-vuotias ystäväni. Tositilanteessa ihmiset eivät aja seinään saadessaan syövän. Valitsemme elämän niin kauan kuin se on mahdollista. Terveenä ollessaan ihmisen on vaikea nähdä itsensä sairaana ja kärsivänä. Normaali 18-vuotias ajattelee ensimmäisenä, että nopea kuolema on parempi kuin elämä sairaana. Samasta syystä myös eutanasiaa kannatetaan laajasti. Sairautta kokemattomien ohella eutanasiaa ovat julkisuudessa kannattaneet ihmiset, joiden läheinen on käynyt läpi vaikean sairauden ja tuskallisen kuoleman. Näihin kokemuksiin liittyy usein, mutta ei aina, puutteellinen saattohoito.

Suomessa kolme neljäsosaa kansalaisista kannattaa kuolinapua, ja kansalaisaloite eutanasian laillistamisesta keräsi 63 000 allekirjoitusta. Aloite herätti eduskunnassa paljon keskustelua ja jyrkkiäkin mielipiteitä. Eduskunta hylkäsi kansalaisaloitteen, ja valtioneuvosto asetti asiantuntijatyöryhmän selvittämään elämän loppuvaiheen hyvää hoitoa, itsemääräämisoikeutta sekä saattohoitoa ja eutanasiaa koskevia sääntelytarpeita. Työryhmän työ päättyi ilman yksimielisiä ehdotuksia lainsäädännön muutoksiksi.

Tulen aina muistamaan Kalevin, potilaani 1980-luvulta. Pahinta oli kipu, johon koko kipuklinikan tiimi

pohti ratkaisua yhdessä syöpälääkäreiden kanssa. Sitä ei löytynyt. Kalevi oli hiljainen poika. Hänen vanhempansa ja sisaruksensa asuivat kaukana ja kävivät häntä katsomassa kerran viikossa. He eivät ymmärtäneet tilanteesta paljoakaan. Kaikki oli tapahtunut liian äkkiä – ei ollut keinoja sopeutua tilanteeseen. Heillä ei ollut myöskään sanoja ilmaista hätäänsä. Tunsin silloin suurta avuttomuutta. Olimme tehneet kaiken minkä osasimme, mutta emme pystyneet auttamaan. Olin lujasti eutanasian kannalla hänen tapauksessaan. Samaa mieltä olen vieläkin, mutta en ole koskaan puoltanut lakia, joka sallisi eutanasian. En tee sitä nytkään. On eri asia hyväksyä kuoleman nopeuttaminen yksittäisenä kliinisenä päätöksenä kuin säätää laki, joka sallii eutanasian määrättyillä ehdoilla.

JAMA-lehdessä vuonna 2016 julkaisussa tutkimuksessa vertailtiin eutanasian ja avustetun itsemurhan käytäntöjä niissä maissa, joissa kuolinapu on sallittua. USA:n kahdesta osavaltiosta, Oregonista ja Washingtonista, löytyivät tiedot toteutettujen kuolinaputoiveiden syistä. Ihmiset pyysivät avustettua itsemurhaa, koska he eivät halunneet menettää autonomian tunnetta, koska he eivät enää pystyneet nauttimaan asioista, joista ennen olivat nauttineet, ja koska tunsivat, että olivat menettämässä arvokkuutensa. He eivät myöskään

halunneet olla taakaksi läheisilleen.

Nämä syyt ansaitsevat vahvan huomion, kun keskustelemme eutanasiasta. Mikä meissä on vikana, kun emme osaa hoitaa potilaitamme kuunnellen ja heitä kunnioittaen edes lähellä kuolemaa? Puhuttaessa henkisestä kivusta eutanasian yhteydessä mainitaan riippuvuus muista ihmisistä, yksinäisyys, epätoivo ja ihmisarvon menetys.

Näissä kysymyksissä vastassamme on terveydenhuoltomme instituutiokeskeisyys. Kuljemme edelleen instituution, tehokkuuden, taloudellisuuden ja töiden sujuvuuden ehdoilla. Kotona ihminen, vanhakin, on oma herransa. Sairaaloissa ja pitkäaikaishoitopaikoissa hierarkia ja henkilökunnan vähyys estävät luovat ratkaisut.

Läheisille ja yhteiskunnalle taakaksi olemisen on ilmaissut erittäin pätevästi lihassairautta sairastanut, vammaisjärjestö Kynnyksen pitkäaikainen puheenjohtaja, kansanedustaja Kalle Könkkölä (1950-2018). Hän kirjoitti Helsingin Sanomien yleisönosastoon kaksi vuotta ennen kuolemaansa: ”Kuinka moni ihminen valitsisi eutanasian, jottei olisi taakka? Miltä tuntuu olla lain sillä puolella, jossa autetaan kuolemaan? Mitä ajattelet, kun todetaan, että olet eutanasiakelpoinen? Eutanasia nousee aina lama-aikoina keskusteluun. Onko kaiken takana säästäminen? Minullekin on usein sanottu, että tulen kalliik-

si yhteiskunnalle. Saman saavat kuulla monet muutkin. Olisimme halvempia kuolleina.”

Arvokkuus, itsemääräämisoikeus, turvallisuus ja potilaskeskeisyys voidaan terveydenhoidossa saavuttaa ilman eutanasian laillistamista ottamalla myös hoidon kohde, asiakkaamme, mukaan keskusteluun, käytännön työn keskiöön ja pois juhlapuheista. Tämä ei tietenkään koske vain kuolevia, vaan kaikkia potilaita.

Ensimmäisenä toisin pitkäaikaiset hoitosuhteet takaisin järjestelmäämme. Hollannissa eutanasiapäätöksen tekee melkein aina perhelääkäri yhdessä potilaan kanssa. Siis mikä? Kummallinen olio, jonka olen tavannut hyvinvoivana sekä Kanadassa, Ranskassa, Yhdysvalloissa ja monessa muussa maassa, mutta en Suomessa. Vuoden 1972 kansanterveyslaki poisti kunnanlääkärit ja toi tilalle terveyskeskuslääkärit, jotka asetettiin virkamiehiksi kuntien palvelukseen ja kunnanviraston alaisuuteen kuukausipalkalle. Virkamiesasema loi uuden tradition, jossa potilas-lääkäri-suhde sivuutettiin kokonaan. Erikoissairaanhoidossakin pitkät hoitosuhteet ovat harvinaisia.

Myötätunto kärsivää kohtaan on ehdottomasti vahvin argumentti eutanasian puolesta. Äärimmäistä kärsimystä ei todennäköisesti koskaan pystytty poistamaan kokonaan, ja on vielä pitkä matka

siihen, että hyvä palliatiivinen hoito pystyttäisiin tarjoamaan kaikille kuoleville. Lisäksi, monet potilaat, jotka kärsivät tänä päivänä pitkään, olisivat jo kuolleet, ellei lääketiede olisi heitä aikanaan pelastanut. Joidenkin potilaiden kohtaloksi koituva pitkä kuolinprosessi ei tietenkään ole perustelu elämää pelastavasta hoidosta luopumiseksi taudin alkuvaiheessa. Sen sijaan sekä maailman että Suomen lääkäriiliittojen eettisissä ohjeissa sanotaan, että jo aloitetun hoidon keskeyttäminen mahdollistetaan, jos se todetaan hyödyttömäksi. Ohjeissa tämä päätös rinnastetaan siihen, ettei hyödytöntä hoitoa edes aloiteta. Käytännössä hoidon aloittamatta jättäminen näyttää olevan vaikeaa, jos hoito vain on olemassa. Ja vielä vaikeampaa on keskeyttää jo aloitettu, hyödytönkin hoito.

Nykyisenkään lainsäädännön mukaan ihmiselle ei tule antaa hoitoa, joka pitkittää kärsimystä. Tätä kuitenkin tehdään joka päivä. Lisäksi laki potilaan oikeuksista vuodelta 1992 säätelee, että potilas voi kieltäytyä tarjotusta hoidosta, vaikka kieltäytyminen jouduttaa hänen kuolemaansa. Tämä ei ole yleisesti tiedossa, eikä sitä hoitojen aloittamisen yhteydessä liioin mainosteta.

Mitä tehdä niissä harvoissa tapauksissa, joissa ainoaksi vaihtoehdoksi jäisi eutanasia? En todellakaan tiedä. Historia puhuu kuitenkin eutanasian

laillistamista vastaan. Eutanasian laillistaminen perustuu olettamukselle, että sairaalat, lääkärit, sairaanhoitajat ja omaiset ovat ideaalisia, toisin sanoen toimivat aina oikein. Tämä on naiivi illuusio, ja illuusio on myös, että vapaaehtoisen eutanasian laillistamisen jälkeen länsimaiset yhteiskunnat pystyisivät vastustamaan painetta, joka ulottuisi myös tahdosta riippumattomaan eutanasiaan. On myös naiivia kuvitella, että eutanasian salliva lainsäädäntö ei johtaisi kyynisiin, epäinhimillisiin ja tuomittaviin väärinkäytöksiin vain siksi, että lain säätäjillä oli kerran puhtaat motiivit ja jalot tarkoitukset.

Vuosituhatvuoden vaihteen jälkeisissä länsimaisissa yhteiskunnissa on selviä merkkejä kasvavasta diskriminaatiosta ja rasismista marginaalisia ryhmiä kohtaan samalla, kun sosiaalipolitiikan muutosta haavoittuvia ihmisryhmiä syrjivämpään suuntaan puolustellaan taloudellisilla seikoilla. Tämän takia on syytä säilyttää voimassa laki, joka tuomitsee vapaaehtoisenkin eutanasian. Linaan lopuksi kollega Antti Linkolan kirjoitusta: ”Kaiken kaikkiaan olisi parasta, jos hoitosuhteisiin liittyvät eettiset ongelmat voitaisiin käsitellä ilman raskasta lainsäädäntöä todellisessa tilanteessa oikeiden ihmisten kesken.” ■



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

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

Yhdistys toteuttaa tarkoitustaan

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

SKTY:n hallituksen jäsenten yhteystiedot

Puheenjohtaja **Petteri Koho**

Orton

Tenholantie 10, 00280 Helsinki

pj@skty.org

Sihteeri **Viljami Jokihaka**

siht@skty.org

Rahastonhoitaja **Seppo Mustola**

Huopatehtaankatu 1-3 E 40, 53900 Lappeenranta

talous@skty.org

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



www.efic.org



www.sasp.org



Suomen kivuntutkimusyhdistyksen psykologitoimikunnan jäsenten esittely

- 1) Kuka olet ja missä työskentelet?
- 2) Kuinka kauan olet ollut toimikunnassa?
- 3) Mikä sai sinut alun perin kiinnostumaan kivun psykologiasta?
- 4) Miten omassa työssäsi kipu näkyy?
- 5) Mikä on tulevaisuuden visiosi kivun hoidon suhteen?



Teemu Miettinen

1+2) Olen Teemu Miettinen ja olen ollut psykologitoimikunnassa jäsenenä vuodesta 2019. Työskentelen Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiössä ja viime vuosien aikana olen tehnyt väitöskirjaopintoja pitkäaikaisen kivun aiheesta. Kivun psykologia alkoi kiinnostaa minua jo aiemmissa tehtävissäni psykiatrian poliklinikalla, kun tapasin potilaita, joilla oli pitkäaikaisia kiputiloja. Tuolloin mietin, millä keinoin tällaisiin, usein hyvin lamauttaviin ja koko elämää leimaaviin oireisiin, voi psykologisilla menetelmillä oikein tarttua. Pääsin töihin sittemmin HYKS Kipuklinikalle, jossa silmäni avautuivat, kuinka monitahoiset tekijät pitkäaikaiseen kipuun vaikuttavat ja millaisin poluin tilanteissa on mahdollista päästä eteenpäin.

4) Opiskelijoiden parissa vastaanototyössä viime vuosina olen tavannut joitain nuoria kipupotilaita ja konsultoinut yleislääkäreitä kipuun liittyvissä asioissa. Tehtäväni ovat hiljattain vaihtuneet esihenkilötehtäviin ja kipuun liittyvät teemat ovat nyt elämässäni tutkimuksen parissa esillä. Väitöskirjani käsittelee moniammatillisille kipu-

klinikoille hoitoon tulevia potilaita ja ongelmien kokonaisuutta, joita heillä pitkäaikaiseen kipuun liittyy. Tulokset ovat entisestään syventäneet ymmärrystäni, kuinka pitkäaikaisessa kivussa vaikeimmillaan eri psyykkiset ja terveyteen liittyvät ongelmat kasautuvat; moniammatillinen ote hoitoon on erityisen tärkeä tämän vuoksi.

5) Kivun hoidon tulevaisuuden suhteen haluaisin painottaa, että ongelmien kasautuminen tulisi saada katkaistua mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Ihmiset tarvitsevat oikeaa ymmärrystä kivusta ja mitä pitkäaikaisessa kivussa tapahtuu. Uskon, että tämän tiedon eteenpäin vieni on edelleen tärkeää terveydenhuollossa.



Jyrki Nikanne

1) Olen valmistunut psykologiksi Helsingin Yliopistosta v. 1990. Suurimman osan työuraani olen työskennellyt aikuispsykiatrian parissa. Tänä keväänä tartuin uuteen haasteeseen ja aloitin työt Vihdissä Vuorelan koulukodin psykologina. Kivun psykologian asiantuntijakoulutuksen sain valmiiksi 2018.

2) SKTY:n psykologitoimikunnan jäse-

nenä olen ollut nyt puolentoista vuoden ajan.

3) Kiinnostus kivun psykologiaan kasvoi, kun psykiatrialle tuli hoitoon potilaita, joilla oli vaikeita, usein pitkäaikaisia kipuongelmia. Oma ja työtovereiden yhteinen kokemus oli, että monesti näiden potilaiden oli hyvin vaikea lähteä ottamaan hoitoa vastaan ja lähdimme yhdessä kehittämään ryhmämuotoista interventiota ja hakemaan juuri näitä ihmisiä palvelevia työkaluja.

4) Kivun psykologian asiantuntijakoulutus antoi itselleni paljon uusia valmiuksia ja auttoi jäsentämään siihenastisesta kiputyöstä kertynyttä tietoa. Siirryttyäni työhön lastensuojeluun nuorten pariin, huomaan, että myös näillä laitossijoitukseen päätyneillä nuorilla on varsin paljon erilaisia kipuoireita, joiden yhteys näiden nuorten trauma-historiaan vaikuttaa ilmeiseltä.

5) Tulevaisuuden visiona toivon, että näkemys kivusta biopsykososiaalisena ilmiönä saadaan läpi yhteiskunnan konkretisoitua ja ”jalkautettua” niin, että sekä hoitoa tarvitsevat että sen tarjoajat näkevät myös psykososiaalisen hoidon oleellisena osana onnistunutta kivun hoitoa siinä missä hoidon lääkkeellisen tai esim. operatiivisen puolen. Erityisesti pidän tärkeänä vuorovaikutustaitojen merkitystä kaiken kivun hoidon onnistumisen kulmakivenä.



Jukka Kujanpää

1) Koulutukseltani olen psykologi ja integratiivinen psykoterapeutti. Olen käynyt kivun psykologian asiantuntijakoulutuksen valmistuen vuonna 2014. Viime vuonna olen suorittanut psykofyysisen psykoterapian perusteet koulutuksen. Työskentelen Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirillä (EP-SHP) kipu- ja fysiatrian poliklinikalla tehden kipupsykologista yksilö- ja ryhmähoitoa/-kuntoutusta. Lisäksi työhöni kuuluu monenlaista moniammatillista työtä niin eri työryhmissä kuin vaihdellen erilaista kouluttamis- ja konsultaatiotyötä. Sairaalatyön lisäksi työskentelen yksityisenä ammatinharjoittajana tehden pääosin Kelan kuntoutuspsykoterapiaa ja jonkin verran kouluttamista.

2) Suomen kivuntutkimusyhdistyksen psykologitoimikuntaan minut sai mukaan nyt jo eläköitynyt kollega, kun hänen tilalleen uutta jäsentä haettiin. Muistaakseni taisin aloittaa toimikunnassa vuoden 2015 alusta. Olen toiminut puheenjohtajana toimikunnassa vuoden 2020 alusta alkaen edellisen puheenjohtaja Anna Valjakan jäätyä pois.

3) Tein työurani alussa kuntoutustutkimuspoliklinikalla psykologitutkimuksia, kunnes tuli mahdollisuus laajentaa työnkuvaani myös kipupsykologiseen työhön. Lähdin asiakastyöhön tietämättä siitä juuri mitään. Vasta myöhemmin hankin asiantuntijakoulu-

tuksen ja muuta täydennyskoulutusta. Kivun psykologian ja ymmärryksen lisäämiseen erityisesti minua ajoi halu yrittää ymmärtää paremmin potilaita/asiakkaita/kuntoutujia ja kyetä tällä kaikella tarjoamaan parempaa hoitoa/kuntoutusta heille.

4) Kipu ja erityisesti krooninen kipu tulee vastaan joka päivä sairaalatyössäni monin tavoin. Erikoissairaanhoidon poliklinikalle tullaan usein monen vaiheen kautta. Kivut ovat usein kroonistuneet hyvinkin moninaiseksi vyyhdiksi, jossa moniammatillinen ote jatkokoon on mielestäni ainoa järkevä tapa yrittää asiakkaan tilannetta ja pärjäämistä siinä kohentaa.

5) Paljon hyvää tehdään eri tasoilla, mutta edelleen tarvitaan enemmän yhteistyötä niin eri organisaatioiden tasojen kuin eri ammattiryhmienkin välillä. Psykokeuhkaus jaottelu nousee edelleen esille toistuvasti ja näkisin, että tarvetta on jatkossa nähdä ihminen kokonaisuutena. Hoitosuhde vs. tekniikka on toinen aihe, jossa koen olevan paljon työstettävää niin tutkimuksen avulla kuin käytännön työssä. Jaettu ymmärrys erityisesti psykoterapiatutkimuksesta kertoo selkeästi, että tulokset suuntauksesta ja tekniikoista riippumatta ovat isoissa otoksissa samankaltaisia. Tämä varmasti näkyy myös kipupotilaiden hoidossa/kuntoutuksessa. Siksi olisi jatkossakin tärkeää saada lisää ymmärrystä, mitkä asiat hoitosuhteessa mahdollistavat erilaisten tekniikoiden toimimisen. Edellä olevan ymmärtäminen ja esille tuominen on tärkeää, jotta hoidossa ja kuntoutuksessa ei liikaa edettäisi tekniikka edellä. Kolmantena asiana toivon monin tavoin sujuvampia ja tarkoituksenmukaisemmin resursoituja terveydenhuollon eri tasojen toimintoja, jossa asiakas saisi tilanteensa tarvitsemaa hoitoa/kuntoutusta oikea-aikaisesti yhdeltä luukulta.



Marja-Liisa Veltheim

1) Töissä neuropsykologina neuropsykologisia tutkimus- ja kuntoutuspalveluja tarjoavassa yrityksessäni Mayet Oy:ssä Helsingin Länsi-Pasilassa.

2) Suomen Kivuntutkimusyhdistyksen psykologitoimikunnassa olen ollut vuodesta 2014 lähtien.

3) Kiinnostuin kivun psykologiasta neuropsykologisen kuntoutusasiakkaani erittäin vaikean kroonisen kiputilan vuoksi. Hänellä oli harvinainen aivosairaus, johon liittyi aivojen syvien osien verisuonten laaja-alaisia muutoksia ja vuotoa. Tämän seurauksena myös kipua säätelevä keskussyksikkö, talamus, oli vaurioitunut. Kipu oli niin intensiivistä, että asiakkaani halusi vain kuolla. Tein kaikkea, mitä osasin. Mietin, miten huomiota voisi kiinnittää muihin asioihin, mikä olisi sellaista tekemistä, jota voisimme tehdä terapiassa ja voisiko muita aistiärsyksiä vahvistaa, jotta kivun tunne vaimenisi. Olin neuvoton. En tiennyt, teinkö oikeita asioita ja oliko se, mitä tein, riittävää. Hain ja onneksi pääsin kivun psykologian erityisasiantuntijakoulutukseen. Paneuduin koulutuksessa erityisesti neuropaattiseen kipuun, kipumekanismeihin ja terapiamenetelmiin.

4) Kipu on monelle asiakkaalle arkipäivää. Neuropsykologisilla kuntoutuspotilailla, joilla on ollut aivoverenkiertohäiriöitä, aivovammoja ja/tai niskan retkahdusvammoja, jälkioirekuvaan

voi liittyä krooninen kipu. Neuropsykologiset tutkimukset ovat usein työkykyarvioita, ja kipu voi olla mukana työkykyä rajoittavana tekijänä.

5) Kivunhoidollinen osaaminen Suomessa on korkeatasoista. Ongelmana on alueellinen epätasa-arvo ja terapeuttien vaikea saavutettavuus. Kivunhoitoon perehtyneitä terapeutteja ei ole kaikkialla Suomessa. Sielläkin, missä heitä on, tietoa siitä, mihin, kenelle ja miten potilaan voi ohjata kivunhoidolliseen terapiaan, ei ole välttämättä helposti löydettävissä. Ongelmat varmasti ratkeavat lähitulevaisuudessa. Terapioita tehdään jo nyt etäterapioina, kivunhoidollinen asiantuntemus laajenee koulutusten myötä ja kivunhoidollista terapiatyötä tekevien terapeuttien yhteystiedot voidaan koota ja julkistaa. Psykologiset kivunhoitomenetelmät tulevat olemaan tulevaisuudessakin kroonisen kivun hoidossa ensisijaisen tärkeitä ja kivunhoitomenetelmät kehittyvät ja tarkentuvat tutkimuksen myötä.



Elina Kiehelä

1) Olen psykologi Elina Kiehelä ja työskentelen Helsingin kaupungilla Suursuon sairaalassa palliatiivisessa ja saattohoidossa. Työkenttääni on myös kaupungin palliatiivinen poliklinikka ja kotihoidon palliatiiviset ja saattohoitopotilaat ja heidän läheisensä. Lisäksi

työskentelen Komppi Mehiläisessä psykologina mm. pitkittyneestä tai toistuvasta kivusta kärsivien asiakkaiden kanssa.

2) Olen ollut toimikunnassa vuodesta 2019.

3) Aiemmissa työpaikoissani mm. psykiatrian poliklinikoilla ja päihdehoidossa tapasin potilaita, joilla oli myös kipuun liittyviä ongelmia. Sain nähdä, miten kiputilanteisiin vaikuttivat lukuisat eri tekijät ja ne huomioimalla myös kiputilanne tai siitä aiheutuva kärsimys saattoi helpottaa. Se herätti kiinnostukseni oppia lisää kivun psykologiasta.

4) Tapaan työssäni vakavasti sairaita potilaita, joiden elämänlaatua kipu usein heikentää. Kipua ei voida aina näissä tilanteissa poistaa, mutta elämänlaatua voidaan usein parantaa juuri psykologisin keinoin. Tapaan työssäni myös potilaiden läheisiä. Potilaan sairastuessa myös läheisten kehot ovat koetuksella mm. stressin, surun ja huolen myötävaikuttaessa myös läheisten kipukokemuksiin. Tapaan työssäni myös asiakkaita, joilla kivun syy ei välttämättä ole yhtä vakava kuin palliatiivisessa hoidossa tai kivun syytä ei tiedetä. Näissä tilanteissa asiakkaat toivovat usein apua mahdollisimman hyvän toimintakyvyn ylläpitämiseen.

5) Psykologisia keinoja aletaan käyttämään enemmän myös ennaltaehkäisevästi. Kivun psykologian ymmärtämisestä tulee yleistietoa, jota voidaan opettaa jo peruskoulussa. Tulevaisuudessa todennäköisesti hyödynnetään enenevässä määrin teknologiaa kuten virtuaalitodellisuutta ja erilaisia internet- ja mobiilisovelluksia kipukokemuksen muokkaamiseen ja taitoharjoitteluun.



Reetta Sipilä

1) Olen Reetta Sipilä ja työskentelen tällä hetkellä Uuden lasten sairaalan (ULS) lasten ja nuorten kivun hoidon ja tutkimuksen keskuksessa. Työskentelin useita vuosia HYKS aikuisten Kipuklinikalla. Olen myös mukana erilaisissa tutkimusprojekteissa liittyen kipuun. Nykyisessä työssäni kliinisen työn lisäksi vastualueenani on tutkimustoiminnan kehittäminen yksikössämme.

2) Olen ollut toimikunnassa noin kahden vuoden ajan.

3) Kuten monen hyvän asian kohdalla elämässä, sattumalla oli sijansa, että ohjauduin töihin HYKS kipuklinikalle. Tutkimukseen osallistuminen professori Eija Kalson ryhmässä syvensi kiinnostusta kivun psykologiasta ja juurrutti tälle sovellusalueelle. Terveyspsykologiaan liittyvät asiat ovat kiinnostaneet perusopinnoista lähtien.

4) On mielenkiintoista katsoa kipua itselleni uudesta vinkkelistä lasten kivunhoidon puolella. Kipu ja siihen liittyvät ilmiöt ovat ydin sisältö työssäni, vaikka usein menee pitkään tovi ilman, että kivusta potilaan kanssa keskustelisiakaan. Hyvässä pitkittyneen kivunhoidossa kipu pitäisikin olla si-

vuroolissa ja fokus psykologin vastaanotolla muissa asioissa.

5) Kipupotilaiden verkostojen mukaanotto paremmin hoitoprosessissa sekä aidon moniammatillisen hoitopolun luomisessa perusterveydenhuollosta alkaen riittää työsarkaa. Vaikka uudet teknologiat tuovat mielenkiintoisia ja tehokkaita välineitä sekä akuutin ja pitkittyneen kivun hallintaan ja kuntoutukseen, silti hyvän ja luottamuksellisen hoitosuhteen merkitys säilyy tärkeimpänä hoitavana elementtinä.



Petri Karkkola

1) Olen Petri Karkkola, yliopistonlehtori Itä-Suomen yliopistossa.

2) Olen nyt ollut toimikunnassa noin vuoden.

3) Kyse oli käytännön tarpeista. Olin vuonna 2007 aloittanut kuntoutuspsykologin työt, ja kipu tuli vastaan hyvin monenlaisten kuntoutuskurssien asiakkaiden kanssa. Kipu ja sen psykologia olivat asioita, joita ei perustutkinnossa ymmärrettävästi kyetty juuri käsittelemään.

4) Nykyisessä työssäni yliopistolla kipu näkyy sekä opetuksessa että tutkimuksessa – ehkä enemmän ensin mainitus-

sa. Pyrin avaamaan kiputeemaa jo terveystieteiden opintojaksolla psykologian aineopinnoissa, ja syventävissä opinnoissa tutustutaan kipuasiakkaan psykologiseen arviointiin. Olen myös mukana järjestämässä terveystieteiden erikoistumiskoulutusta, jossa kivun psykologia on yksi tärkeä sisältöalue.

Toivon, että dualismi (jako psyykkisiin ja fyysisiin tekijöihin) lievenisi ja moniammatillisuus vahvistuisi entisestään! ■

SEE YOU IN DUBLIN 2022 PAIN IN EUROPE XII

TARGETING PAIN AND ITS COMORBIDITIES
IN THE DIGITAL AGE



12th CONGRESS OF THE
EUROPEAN PAIN FEDERATION EFIC®
27-30 APRIL 2022 | DUBLIN, IRELAND



WWW.EFIC.ORG #EFIC2022



AdobeStock



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



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

HENKILÖJÄSENYYS

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

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

JÄSENEDET

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

KANNATTAJAJÄSENYYS

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

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