

SUOMEN KIVUNTUTKIMUSYHDISTYS RY:N JÄSENLEHTI

Kipuviesti

Nro 2/2022

Tutkimuksesta
käytäntöön

**CRPS:n neuropsykologiset
oirekuvat**

**Rintasyövän leikkauksen
jälkeinen pitkäkestoinen kipu**

Toimintaterapia kipukuntoutujalle

Hei Suomen kivuntutkimusyhdistyksen jäsen,

Haluaisitko olla mukana Kipuviestin tekemisessä? Onko sinulla hyviä verkostoja tai intoa luoda uusia? Haluatko pysyä kärryillä ajankohtaisesta kipututkimuksesta ja kivunhoidon käytännöistä? Tai onko sinulla ideoita lehden uudistamiseen? Pidätkö suomen kielestä ja kirjoittamisesta? Nyt sinulla on mahdollisuus tulla mukaan Kipuviestin toimituskuntaan käyttämään kaikkea potentiaalisi ja työskentelemään hyvässä hengessä, iloisessa seurassa. Kipuviestin toimituskunta kokoontuu n. 6 kertaa vuodessa (pääasiassa etänä) suunnittelemaan ja toteuttamaan lehteä yhdessä. Olisi hienoa saada sinusta vahvistusta hyvään porukkaamme. Otathan yhteyttä kipuviesti@skty.org ja keskustellaan lisää!

APTEEKISTA.

Särky? Lääke.



Burana 400 mg tabletti tilapäisiin kipu- ja kuumetiloihin. Vaikuttava aine ibuprofeeni. Neuvottele käytöstä lääkärin kanssa, jos saat allergisia reaktioita muista särkylääkkeistä, sinulla on vatsahaava, sydän-, munuais- tai maksasairaus tai verenvuototaipumus, tai jos olet raskaana. Burana 400 mg ei tule käyttää alle 20 kg painaville lapsille eikä raskauden viimeisellä kolmanneksella. Tutustu huolellisesti pakkausselosteeseen. Pakkauskoot 10, 20 ja 30 tabl. burana.fi *Särkylääketabletit ja -kapselit. IQVIA Finland Pharmacy Panel Audit, Sell-out data qty. MAT 12/2021.

2/2022



itsehoitoapteekki.fi

Lisätietoja puh. 010 439 8250 ark. klo 8-22

Sisällys

Sisällys

5 Päätoimittajan palsta

Tutkimuksesta käytäntöön

6 **Monimuotoisen paikallisen kipuoireyhtymän (CRPS) neuropsykologiset oirekuvat** Sanna Liesto

10 **CRPS osana elämää – potilaan haastattelu** Teresa Autio

13 **Rintasyövän leikkauksen jälkeinen pitkäkestoinen kipu on monisyinen ongelma** Tanja Liukas

16 **Toimintaterapia kuntoutujalle, jolla on pitkittynyttä kipua** Sirpa Lind-Terävä

20 **Kylmäuinnista terveyttä ja kivunlievitystä – Mitä sanoo tiede?** Riitta Rosio

Kiertomatka kipupoliklinikoilla

22 **TAYS-erva kipupoliklinikat** Arja Hiller

Väitöskirjakatsaus

27 **Tsoledronihappohoito Modic-muutokseen liittyvässä alaselkävivussa** Katri Koivisto

Matkaraportti

29 **12th Congress of the European Pain Federation EFIC** Marion Wuestefeld

32 **Master of Headache Disorders – kliininen kurssi moniammatillisessa päänsärkykeskuksessa** Laura Mustonen

34 **Syysterveiset Torontosta!** Maiju Marttinen

Apuraharaportti

35 **Biopsykososiaalinen kuormitus parentaalimistön kivussa ja toimintahäiriössä** Maria Hietaharju

Kliinikon kynästä

36 **Iso O** Juha Nevantaus

Tutkittua

Nipistyksiä

41 **Apulaislääkäri** Anneli Vainio

Suomen Kivuntutkimusyhdistyksen sivut

44 **Akuutin kivun toimikunnan esittely**

47 **Lasten ja nuorten pitkittynyttä kipua hoitavien tiimien verkostoitumispäivä**

49 **Tule mukaan toimikuntaan!**

50 **Koulutusta**



Kipuviesti

2/2022

25. vuosikerta

Julkaisija

Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry

www.skty.org

ISSN 1796-3141

Päätoimittaja

Riitta Rosio

kipuviesti@skty.org

Toimituskunta

Teresa Autio, terasa.autio@gmail.com

Arja Hiller, arja.hiller@fimnet.fi

Tuula Korhonen, tuula.korhonen@ras.fi

Riitta Rosio, riitta.rosio@utu.fi

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

Kipuviesti-lehden tilaus: Turun Tilikeskus Oy, PL 1234, 20101 Turku tai info@tutke.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: iStockphoto

Graafinen suunnittelu

Eero Antturi

Kirjapaino GRANO, Vaasa
2022

Ilmoitushinnasto vuodelle 2022

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

Ilmoitushankkija: Tuula Korhonen

tuula.korhonen@ras.fi

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

Lehden painos on 1500 kpl.

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

Ilmoitusaineisto toimitetaan osoitteella: Antturi Design Oy,

sähköposti: antturi@antturidesign.com

viestikenttään: Kipuviesti / ilmoitusaineisto

Kopio ilmoituksesta: Tuula Korhonen

(sähköposti: tuula.korhonen@ras.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	1200 €	2100 €
2. ja 3. kansi	1050 €	1800 €
Sisäsivut	950 €	1600 €
Sisäsivu 1/2	500 €	800 €
Sisäsivu 1/4	300 €	500 €

Päätoimittajan palsta

”Nyrkillä silmään” ja muita viestintäoppeja



Riitta Rosio
päätoimittaja

Otsikon pitää olla osuva, tehokas ja kertova – kuin nyrkki silmään! Tämän ja paljon muuta opimme Kipuviesti-toimikunnan kehittämisillalla Helsingin Lasipalatsissa 30.9.2022, jossa toimikunta sai upean mahdollisuuden kehittyä viestinnän ammattilaisen johdolla. Kipuviesti-toimikunta, ja samalla tämän lehden toimituskunta, koostuu viidestä kivun hoidon ja tutkimuksen asiantuntijasta. Mukaan kehitysiltaan kutsuttiin lehden pitkäaikainen graafikko Eero Antturi. Kouluttajana toimi loistava Teija Riikola, jolla on pitkä kokemus viestinnästä eri medioissa. Erityisesti toimikuntaa kiinnosti Teijan kokemus tiedeviestinnästä lääketieteen alalta. Illan aikana saimme rakentavaa palautetta ja ideoita Kipuviestin kehittämiseen, lisäksi pohdimme lehden tarkoitusta, visuaalisuutta ja rakennetta. Nämä pohdinnat johtavat varmasti uudistuksiin, jotka näkyvät teille lukijoille tulevaisuudessa.

Tämän lehden teema on IASP:n vuoden teema *Translating pain knowledge to practice*, joka kääntyi käsissämme muotoon *Tutkimuksesta käytäntöön*. IASP:n teemavuoden tavoitteena on lisätä tietoa ja tietoisuutta kivusta ja sen erityispiirteitä. Tämä tavoite on yhtenevä koko Suomen Kivuntutkimusyhdistyksen tavoitteen kanssa, sillä jäsenemme tuottavat tutkimustietoa kivusta ja yhdistyksen toiminnan avulla kehitetään kivunhoitoa ja kivunhoidon osaamista monialaisesti. IASP:n teemassa nostetaan myös esiin kivusta kärsivien oikeus tietoon ja saada äänensä kuuluviin. Haluamme Kipuviestissä panostaa jatkossakin potilasnäkökulmaan. Tähän lehteen olemme saaneet muun muassa koskettavan haastattelun potilailta, joka elää CRPS-oireyhtymän kanssa.

Tiedon levittämiseksi tarvitaan selkeää ja suunniteltua viestintää. Viestintä on vaikuttavaa, kun se on systemaattista, johdettua ja sillä on selkeä tavoite. Kipuviesti-toimikunnan järjestämästä viestintäkoulutuksesta on virinnyt jo mielenkiintoisia keskusteluita SKTY:n sisällä viestinnän kehittämiseksi. Kannattaakin katsoa sivulle 48, jossa on tietoja uusista toimikunnista. Yksi uusista jäseniä hakevista toimikunnista on yhteiskunnallisen vaikuttamisen toimikunta. Huomaan, että taas olla IASP:n vuoden teeman ytimessä, sillä yhteiskunnallisen vaikuttamisen toimikunnan tavoitteena on lisätä kansalaisten ja päättäjien tietoa kipusairauksista, kivun merkityksestä ja kivun hoidon mahdollisuuksista, sekä parantaa kipupotilaiden hoitoketjuja. ■



Kuvassa Kipuviesti-toimikunta 2022: vasemmalta Tiina-Riitta Vuorjoki-Ranta, Teresa Autio, Arja Hiller, Riitta Rosio, Tuula Korhonen ja graafikko Eero Antturi.

Monimuotoisen paikallisen kipuoireyhtymän (CRPS) neuropsykologiset oirekuvat



Sanna Liesto
Psykologi (Psm),
tohtoriopiskelija

CRPS

Monimuotoinen paikallinen kipuoireyhtymä (Complex Regional Pain Syndrome, CRPS) on krooninen kiputila, joka kehittyy pääsääntöisesti lievän tai kohtalaisen kudosaivurion seurauksena, ja jonka jälkeen kehittyvä kiputila on suhteettoman voimakas alkuperäiseen vaurioon nähden. CRPS:n oireisiin kuuluvat kivun lisäksi myös sensoriset, motoriset, troofiset ja autonomiset oireet. Raajassa voi siis olla tuntuhäiriöitä, lämpötilan ja värin vaihtelua, turvotusta ja hikoilua. Raajan liikeradat saattavat olla rajoittuneet, lihasvoima heikentynyt, raajassa voi olla vapinaa tai dystoniaa sekä poikkeavuuksia raajan karvoituksessa, kynnessä tai ihossa.

CRPS kehittyy tyypillisesti raajaan trauman tai leikkauksen seurauksena ja voi ajan kuluessa myös laajeta toiseen raajaan. CRPS I -termillä viitataan oireyhtymään, johon ei ole osoitettu liittyvän merkittävää hermovauriota ja CRPS II -termillä viitataan oireyhtymään, johon liittyy hermovaurio. CRPS on eri tutkimusten mukaan 2–4 kertaa yleisempi naisilla kuin miehillä (1).

CRPS:n patofysiologia ei ole täysin tunnettu, mutta siihen tiedetään liittyvän tulehduksellisia sekä autonomiseen hermostoon liittyviä tekijöitä. Keskeistä on ääreis- ja keskushermoston herkistyminen. Myös geneettisten tekijöiden osuudella uskovaan olevan vaikutusta CRPS:n kehittymiseen (1). Tuoreen katsausartikkelin

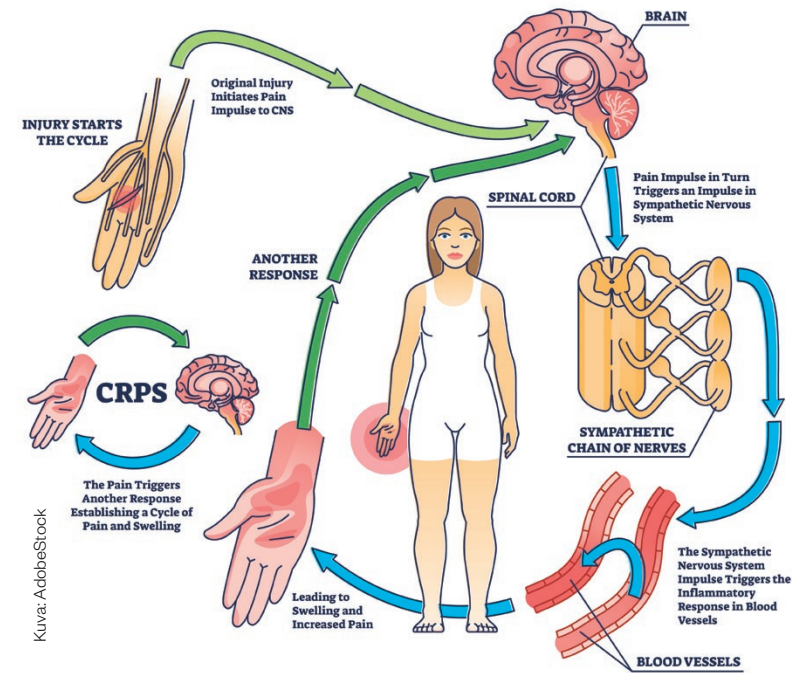
mukaan on saatu näyttöä, että psykologisilla tekijöillä, kuten masennuksen ja traumaperäisen stressioireyhtymän esiintyvyydellä, on ollut yhteys CRPS:n esiintyvyyteen (1), vaikka aiemmin psykologisten tekijöiden ei ole katsottu lisäävän CRPS:n kehittymisen riskiä (2). CRPS:n todetaan olevan edelleen huonosti tunnettu ja ymmärretty sairaus, joka heikentää elämänlaatua merkittävästi (1).

CRPS ja kognitio

Krooninen kipu etiologiasta riippumatta on yhteydessä kognitiivisiin eli ihmisen tiedon käsittelyn vaikeuksiin muodostaen mahdollisen neuropsykologisen oirekuvan. Kroonisen kivun vaikutukset kognitioon näkyvät erityisesti tarkkaavaisuuden säätelyssä, työmuistissa, kielellisessä oppimisessa ja mieleen palautuksessa sekä hidastumisena prosessointinopeudessa ja psykomotoriikassa (3,4). Kuitenkin vaihtelu kognitiivisessa suoriutumisessa eri potilaiden välillä on suurta (3). Kun lääkkeiden sekä masennuksen vaikutus kognitiiviseen suoriutumiseen on kontrolloitu, noin 13 % kipupotilaista on todettavissa kognitiivinen oirekuva (3).

CRPS:n liittyvät neuropsykologiset eli kognitiiviset oireet voidaan jakaa karkeasti kehon hahmottamisen häiriöihin, avaruudellisen tilanhahmottamisen häiriöihin sekä muihin kuin avaruudellisiin hahmoituhäiriöihin, joka sisältää muistin, toiminnanohjauksen ja kielelliset häiriöt (5). CRPS:n tyypillistä neuropsykolo-

COMPLEX REGIONAL PAIN SYNDROME



Kuva: AdobeStock

gista oirekuva on kuvattu tutkimuskirjallisuudessa ”neglect-tyyppisiksi oireiksi” (”neglect-like symptoms”), joilla viitataan hahmotushäiriöihin tai tarkkaavuuden suuntautumiseen pois päin CRPS:n vaikuttamasta puolesta (6). ”Neglect-like symptoms” -termillä on haettu analogia aivovaurioihin liittyvistä hemispataalisesta neglectistä (6), mutta tutkimuskirjallisuudessa on myöhemmin todettu, etteivät CRPS:än liittyvät oirekuvat täysin vastaa aivovaurioihin liittyvää neglectiä (5). Neglect-viitekehys onkin todettu riittämättömäksi kuvaamaan korkeampia kognitiivisia toimintoja, joihin CRPS vaikuttaa. Myöskään perinteisissä aivovaurioiden neglect-testeissä (esimerkiksi puolien hahmottaminen kynä-paperi tehtävissä) ei tätä CRPS:lle tyypillistä oirekuva saada näkyviin (5). Näiden neglect-tyyppisten oireiden on ehdotettu liittyvän ennemmin kehon hahmottamisen häiriöihin kuin visuospatiaaliseen eli näönvaraiseen tilanhahmottamiseen liittyvään tarkkaavuuteen, joka on ominainen aivovaurioihin liittyvässä perinteisessä neglectissä (7).

Kirjallisuudessa raportoidaan myös harvinaisista ja vakavista neuropsykologisista oireku-

vista CRPS-potilailla, kuten peilikuvakirjoitus, kasvojen tunnistamisen häiriöt ja orientaatio-agnosiaa. Kuitenkin näitä vakavia ja harvinaisia häiriöitä on todettu vain pienillä joukoilla CRPS-potilaita tai yksittäisinä potilastapauksina. Ei ole täysin yksiselitteistä näyttöä siitä, onko olemassa CRPS:lle ominaista kognitiivista neuropsykologista oirekuva, mutta on ehdotettu, että tilaan ja kehoon liittyvät hahmottamisen häiriöt olisivat CRPS:lle spesifejä. Toisaalta jopa CRPS:lle tunnusomaisia itseraportoituja ”neglect-like” oireita on havaittu myös muissa kipu-sairauksissa useissa eri tutkimuksissa. (5)

Neuropsykologin konsultaatiosta lisäarvoa?

Neuropsykologi on erikoispsykologi, joka on erikoistunut ihmisen aivojen ja kognitiivisten toimintojen eli tiedonkäsittelyn toimintaan. Neuropsykologin konsultaatio voi joissain tapauksissa olla hyödyllinen lisä CRPS-potilaan moniammatilliseen hoitoon. Osana moniammatillista työkyky- tai kuntoutusarviota neuropsykologinen tutkimus antaa tietoa potilaan kognitiivisesta suoriutumisesta ja mahdollisesta neuropsykologisesta oirekuvasta. Erityisesti potilaat, joilla on merkittäviä subjektiivisia kognitiivisia vaikeuksia (esim. lähimuistin vaikeudet), merkittävää huolta kognitiivisiin oireisiinsa liittyen tai lähipiirin esiin tuomia kognitiivisia vaikeuksia, voivat hyötyä neuropsykologin konsultaatiosta.

Neuropsykologisen tutkimuksen sisältö räätälöidään aina potilaan sekä kysymyksenasettelun mukaan eli kyseessä ei siis ole suppeasti vain nk. testipatteriston läpivienti. Neuropsykologinen tutkimus perustuu taustatietoihin, potilaan ja mahdollisen läheisen haastatteluun, kognitiivista suoriutumista mittaaviin neuropsykologisiin testeihin, potilaan täyttämiin kyselylomakkeisiin sekä potilaan toiminnan havainnointiin (8). Neuropsykologisen tutkimuk-

sen tavoitteena on integroida eri menetelmillä saatu tieto, kuvata potilaan kognitiivinen profiili, keskeiset kognitiiviset vaikeudet ja vahvuudet sekä ottaa kantaa kysymyksen asetteluun, tehdä johtopäätöksiä ja antaa suosituksia (8). Neuropsykologi voi erikoisalasta tai potilastapauksesta riippuen ottaa kantaa diagnostisiin ongelmiin, työ- ja opiskelukykyyn, arjen selviytymiseen, autolla ajamiseen, oikeudelliseen päätöksen tekoon tai kuntoutustarpeeseen (8). Kipupotilaan tutkimus painottuu erityisesti toiminnanohjauksen, tarkkaavaisuusmekanismien sekä muistijärjestelmien ja -prosessien arviointiin, sekä suoriutumiseen vaikuttavien tunne- ja motivaatiotekijöiden kuvaukseen (9).

Neuropsykologisella tutkimuksella voidaan selvittää subjektiivisesti koettujen yleensä muisti- ja keskittymisvaikeuksien suhdetta objektiivisiin testilöydöksiin (9). Potilaan kuvaus arjen kognitiivisista haasteista on aina tärkeää tietoa, mutta ei vielä itsessään anna tarpeeksi näyttöä mahdollisesta neuropsykologisesta oirekuvasta. Monet tekijät vaikuttavat kognitiiviseen suoriutumiseen ja esimerkiksi masennus saattaa voimistaa koettuja oireita tai voimakas ahdistus kognitiivisista oireista, salvata suoriutumisen. Niin potilas kuin moniammatillinen tiimi voivat hyötyä tarkemmasta kuvauksesta siitä, mitkä kognition osa-alueet ovat heikentyneet ja kuinka paljon, sekä siitä, minkälaiseen kognitiiviseen suoriutumiseen potilas häiriötömmässä testitilanteessa parhaimmillaan pystyy.

Neuropsykologin tutkimukseen kuuluu aina tutkimustulosten ja johtopäätösten läpikäynti potilaan kanssa sekä psykoedukaatio, eli tiedonanto potilasta koskevista neuropsykologisista ilmiöistä ja mahdollisista sairauksista potilaan itseyttämisestä lisäämiseksi. Neuropsykologista tutkimusta onkin kuvattu niin, että sen pitäisi toimia interventiona potilaalle lisäten potilaan itseyttämisestä ja toimijuutta oirekuvan kanssa ja parantaen kuntoutumista

ja sopeutumista pelkän ammattilaisten käytöön tulevan tiedon keräämisen sijasta.

Neuropsykologinen kuntoutus

Neuropsykologinen kuntoutus on neuropsykologin toteuttamaa kuntoutusta, jonka tavoitteena on vähentää kognitiivisten oireiden, tunnesäätelyn ja käyttäytymisen aiheuttamaa haittaa ja parantaa toimintakykyä (10). Neuropsykologinen kuntoutus on yksilöllistä, tavoitteellista ja säännöllistä. Lyhyemmästä kontaktista (muutama käynti) käytetään usein termiä neuropsykologinen ohjanta. Neuropsykologisen kuntoutuksen edellytyksenä on aina neuropsykologin tutkimus, jonka pohjalta arvioidaan kuntoutuksen tarve ja tavoitteet. Neuropsykologinen kuntoutus sisältää käytännössä yksilöllisesti kognitiivisia harjoituksia, psykoedukaatiota ja psykoterapeuttista työskentelyä (10). Psykoedukaation tarkoituksena on, että potilas saa tietoa aivojen ja kognition toiminnasta yleisesti, oppii hahmottamaan tarkemmin omat kognitiiviset vaikeudet sekä vahvuudet. Neuropsykologisessa kuntoutuksessa on tarkoitus oppia, miten nämä vaikuttavat arjen toimintojen tasolla, ja miten niitä voisi kompensoida. Esimerkiksi CRPS-potilaalla saattaa olla voimakasta keskittymisvaikeutta, joka aiheuttaa arjessa asioiden unohtumista, häiriöalttiutta ja väsymistä. Neuropsykologisessa kuntoutuksessa tarkastellaan, mitkä asiat arjessa heikentävät ja mitkä puolestaan helpottavat keskittymistä, ja miten erilaisia arjen toimia voi toteuttaa niin, että ne tukevat arkiselviytymistä. Neuropsykologilla on myös laajempaa osaamista psykososiaalisessa kuntoutuksessa liittyen sairastumiskriisiin ja mielialaoireiluun.

CRPS-kuntoutuksen keskeiset elementit ovat asianmukainen kipulääkitys sekä fysio- ja toimintaterapia (1, 11), joissa keskeisesti pyritään auttamaan potilasta eroon liikkeen ja kivun pelosta ja välttelystä (1). Käytännössä Suomessa

kipupotilaat kuten CRPS-potilaat ohjautuvatkin tyypillisesti toiminta- ja fysioterapiaan ennemmin kuin neuropsykologiseen kuntoutukseen. Kivun Käypä hoito -suosituksessa kuitenkin mainitaan kuntoutuksen yhteydessä neuropsykologisen kuntoutuksen mahdollisuus kipupotilaille (11). Käytännössä mahdollisuus neuropsykologin konsultaatioon sekä kuntoutukseen riippuu vahvasti työyksiköstä. Tyypillisempää saattaakin olla kipupsykologin tai kuntoutuspsykologin vastaanotolle ohjautuminen. Joissain työyksiköissä muillakin psykologeilla kuin neuropsykologeilla voi olla mahdollisuus neuropsykologiseen työotteeseen.

Kehon hahmotushäiriön kuntoutus fysio- tai toimintaterapeuttisella kuntoutuksella, kuten peiliterapialla, on todettu helpottavan muitakin CRPS-oireita, kuten kipua, mikä liittyy aivojen muovautuvuuteen. Olisiko mahdollista, että yksilöllisesti kognitiivisiin vaikeuksiin kohdennettu neuropsykologinen kuntoutus voisi samaan tapaan kuntouttaa CRPS-oireita? Tästä tarvittaisiin tutkimustietoa. Tuoreessa katsauksessa todetaan, että kaikilla CRPS-potilailla ei ole samoja kognitiivisia oireita, minkä vuoksi yksilöity hoito arvellaan tehokkaimmaksi (5).

CRPS-kirjallisuudessa kautta linjain todetaan, että tarvitaan lisää tutkimusta CRPS:n ymmärtämiseksi sekä kuntoutuskeinojen kehittämiseksi. Näin ollen myös neuropsykologisen kuntoutuksen mahdollisuutta ja keinoja voisi olla hyödyllistä harkita joidenkin CRPS-potilaiden kohdalla. ■

Kirjallisuus:

1. Taylor SS, Noor N, Urits I, Paladini A, Sadhu MS, Gibb C, Carlson T, Myrcik D, Varrassi G, Viswanath O. Complex Regional Pain Syndrome: A Comprehensive Review. *Pain Ther.* 2021 Dec;10(2):875-892. doi: 10.1007/s40122-021-00279-4. Epub 2021 Jun 24. Erratum in: *Pain Ther.* 2021 Jul 26; PMID: 34165690; PMCID: PMC8586273.

2. Birklein F, Schlereth T. Complex regional pain syndrome – significant progress in understanding. *Pain* 2015;156:S94 - 103.
3. Landrø NI, Fors EA, Våpenstad LL, Holthe Ø, Stiles TC, Borchgrevink PC. The extent of neurocognitive dysfunction in a multidisciplinary pain centre population. Is there a relation between reported and tested neuropsychological functioning? *Pain.* 2013 Jul;154(7):972-7. doi: 10.1016/j.pain.2013.01.013. Epub 2013 Feb 8. PMID: 23473784.
4. Hart RP, Martelli MF, Zasler ND. Chronic pain and neuropsychological functioning. *Neuropsychol Rev.* 2000 Sep;10(3):131-49. doi: 10.1023/a:1009020914358. PMID: 10983898.
5. Halicka M, Vittersø AD, Proulx MJ, Bultitude JH. Neuropsychological Changes in Complex Regional Pain Syndrome (CRPS). *Behav Neurol.* 2020 Jan 14;2020:4561831. doi: 10.1155/2020/4561831. PMID: 32399082; PMCID: PMC7201816.
6. Galer BS, Butler S, Jensen MP. Case reports and hypothesis: a neglect-like syndrome may be responsible for the motor disturbance in reflex sympathetic dystrophy (Complex Regional Pain Syndrome-1). *J Pain Symptom Manage.* 1995 Jul;10(5):385-91. doi: 10.1016/0885-3924(95)00061-3. PMID: 7673771.
7. Ten Brink AF, Halicka M, Vittersø AD, Keogh E, Bultitude JH. Ignoring space around a painful limb? No evidence for a body-related visuospatial attention bias in complex regional pain syndrome. *Cortex.* 2021 Mar;136:89-108. doi: 10.1016/j.cortex.2020.12.007. Epub 2020 Dec 24. PMID: 33494023.
8. Saunamäki, T., & Jehkonen, M. (2015). Neuropsykologinen tutkimus. teoksessa M. Jehkonen, T. Saunamäki, L. Paavola, & J. Viikki. (Toimittajat), *Kliininen neuropsykologia* (s. 40-55). Duodecim.
9. Pirttilä T, Nybo T. Kipu ja kognitio. *Duodecim.* 2004;120(2):199-205.
10. Poutiainen, E., & Nukari, J. (2015). Neuropsykologinen kuntoutus. teoksessa M. Jehkonen, T. Saunamäki, L. Paavola, & J. Viikki. (Toimittajat), *Kliininen neuropsykologia* (s. 424-452). Duodecim.
11. Kipu. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2015 (viitattu 11.9.2022). www.kaypahoito.fi

CRPS osana elämää – potilaan haastattelu

Oman tarinansa halusi meille kertoa Henna, joka on kärsinyt pitkäaikaisista kivuista useita vuosia

Haastattelu:
Teresa Autio
kipuhoitaja

Miten sairaus alkoi ja millaisessa elämäntilanteessa sairastuit CRPS:ään?

Sain vasta muutama vuosi sitten CRPS-diagnoosin, mutta kivut alkoivat jo vuonna 2016, kun sormeni jäi kaapin oven väliin. Jo tapahtumahetkellä kipu ei ollut ohimenevää vaan se jäi heti päälle. Alkuun olin normaalisti töissä, mutta jouduin käymään useamman kerran eri paikoissa näyttämässä kättä, kun kipu ei helpottanut. Pienestä alkanut juttu, mutta kipu jäi isosti päälle. Myöhemmin olen lukenut muiden kokemuksia ja tämä on ollut niille tyypillistä. Alkuun kipu oli paikallista oveen väliin jääneessä peukalossa ja kämmenessä, kun siihenkin tuli osua tapaturmassa. Siinä se kipu oli pitkän aikaa, kunnes se alkoi pikkuhiljaa siitä hiipiä ylöspäin. Ensin tuntui, kuin olisi ollut hämähäkkejä tai muurahaisia, jotka kävelevät kättä pitkin. Ajan myötä tuntemukset pahenivat. Sen jälkeen kipu alkoi kivuta käsivartta ylöspäin. Ensin ranne tuli tosi kipeäksi, tuntui kuin olisi ollut jännetuppitulehdus. Ranteesta kipu hiipi edelleen ylöspäin. Pitkään kipua-alue ulottui kyynärpäistä sormiin, ainoastaan pikkusormi ja nimetön olivat ns. normaalit. Tämän jälkeen kipu ”jysähti” olkapäähän. Silloin pystyin vielä ajamaan polkupyörällä, juoksemaan ja liikkumaan normaalisti, kävin myös jumpparyhmissä.

Millainen on hoitopolkusi ts. mitä hoitavia tahoja sinulla on ollut ja on nyt?

Tapaturman jälkeen näytin kättä terveyskeskuksessa lääkärille ja sain lähetteen päivystykseen. Kuitenkin muutaman päivän sairausloman jälkeen olin jo uudelleen terveyskeskuk-

essa. Sairausloman jälkeen kävin aina välillä työterveydessä, koska käsi ja sormet tuntuivat jollain tavalla oudolta. Aina välillä tuli päivystyskäyntejä, koska käsi turposi ja meni ihan tulipunaiseksi. Se oli sen näköinen, että epäiltiin veritulppia. Minulle tehtiin erilaisia tutkimuksia, ja kättä röntgenkuvattiin. Sitten kävin ensimmäisen kerran työterveyden läheteellä yksityisellä käsikirurgilla Tampereella. Sieltä puolestaan laitettiin lähete keskussairaalaan ja pääsin Taysiin käsikirurgialle. Taysissa minulle aloitettiin erilaisia lastoitushoitoja, sain fysio- ja toimintaterapiaa, botox-hoitoa ja tehtiin myös luudutuksia.

Kipupoliklinikka tuli kuvioihin ennen ensimmäistä leikkausta. Siellä kävin ensin hoitajan luona ja sen jälkeen lääkäriellä. Hoitoon tuli mukaan kipufysioterapeutti, toimintaterapia jatkui koko hoidon ajan. Viimeisinä vuosina hoidossa on ollut mukana myös kipupsykologi. Kipupoliklinikka on ollut hoidossani mukana melko aikaisesta vaiheesta, koska käsikirurgi laittoi lähetteen sinne. Sosiaalityöntekijä on käynyt aina osastolla kysymässä, että miten voin.

Miten sinut on kohdattu terveydenhuollossa?

Kipupoliklinikalla ja kirurgialla on minut kohdattu todella hyvin. Seinäjoella tilanteeni on aina otettu tosissaan. Kukaan ei ole vähätellyt edes silloin kun olen joutunut päivystykseen. Kun olen joutunut leikkauksen jälkeen menemään päivystykseen kivun takia minut on otettu tosissaan. Myöskään lääkäreitä en ole joutunut näissä tapauksissa odottamaan kauaa.



Kuva: Eero Antturi

Pidän itseäni onnekkaana, koska minut on kohdattu tosi hyvin terveydenhuollossa. Minua on aina uskottu, ei ole tarvinnut selittää loputtomasti eikä vaatia hoitoa. Jos olen joutunut osastolle kipujen takia, hoitajat ja lääkärit ovat varmistelleet, että olenko ihan varma, että pärjään. Myös kipupoliklinikalla asiat ovat hoituneet hoitajan kanssa samana päivänä, kun olen soittanut sinne. Minun ei ole tarvinnut jäädä miettimään, meniköhän asia nyt eteenpäin. Hoitaja on yleensä soittanut minulle takaisin ja kertonut missä mennään.

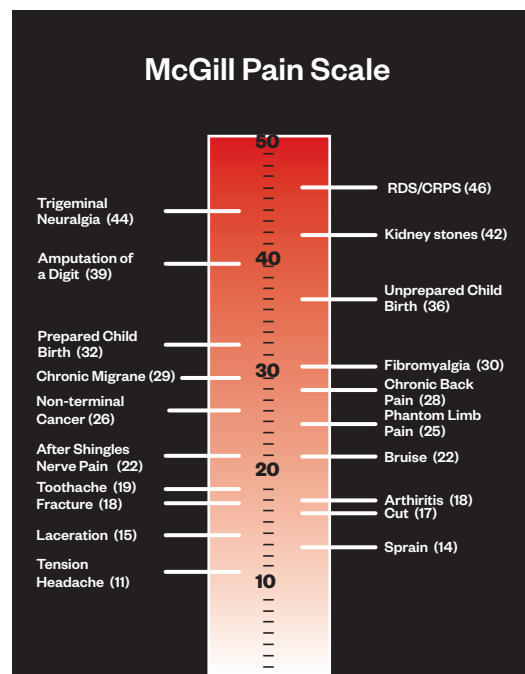
Millaiset asiat auttavat ja voimaannuttavat sinua elämässä kipusairauden kanssa?

Saan voimaa ihmisistä, jotka ymmärtävät. Heitä ei ole kovin montaa ystävissä ja tuttavista - heitä, jotka oikeasti ymmärtävät. Sellaisia, joille ei tarvitse perustella, että olen oikeasti kipeä, vaikka en itke ja potki tuossa maassa. Tietysti myös

omat lapset, koska heistä huolehtiminen pitää kiinni arjessa. Tilanne olisi varmaan ihan toinen, jos olisin yksistään. Luulen, koska silloin voisi olla aika huonokin tilanne.

Hyvistä päivistä saa voimaa, jolloin jaksaa niiden huonojen hetkien läpi. Saan myös voimaa hyvistä päivistä, kun pystyn tekemään jotain. Nykyään se tarkoittaa sitä, että pääsee ulos lenkille ja pystyy käymään kaupassa ilman, että seuraavat kaksi päivää on ihan ”kuollut”. Hyvin pienet jutut merkitsevät paljon; jos pääsee kaverin kanssa kahville tai jaksaa sen verran, että joku tulee käymään. Merkitsee paljon, että joku tulee katsomaan, ettei tarvitse itse välttämättä lähteä mihinkään. Tietysti myös koira antaa voimaa.

Myös toivo uuden lääkkeen löytymisestä auttaa eteenpäin. Ja vaikka se ei auttaisikaan niin se, että edes yritetään löytää uusia hoitomuotoja, antaa toivoa. Yksi tällainen on magneettihoitokokeilu. Kun se ei auttanut, kokeillaan



CRPS asettuu kipuasteikolla korkealle.

nyt stimulaattoria. Minulla on sellainen tunne, ettei kohdallani nosteta käsiä pystyyn, jos jokin ei toimi.

Myös pysyvät hoitosuhteet antavat voimaa. Hoitava toimintaterapeutti on aina pysynyt samana. Hän tuntee minut ja minä hänet. Samoin fysioterapeutti on ollut aina sama, samoin käsikirurgi on oikeastaan ollut aina sama, vaikka muutamia poikkeuksiakin toki on ollut. On helpompaa, kun he tuntevat minut ja minä jotenkin tunnen heidät. Ei tarvitse selittää aina tarinaansa alusta. Lisäksi kipuhoitaja, joka kiertää osastoilla, on ihan huikea tyyppi! Hän on ollut fyysisenä ja henkisenä tukena jopa leikkaussalissa, kun minua puudutettiin ja tulee osastolle minua aina katsomaan.

Mitä haluaisit sanoa vaikeasta kivusta kärsiville potilaita hoitaville ammattilaisille?

Sanoisin, ettei koskaan saa vähätellä, ja pitäisi olla aikaa ja halua pysähtyä potilaan luokse. Vaikka on kiire, pysähtyisi silti kuuntelemaan, mitä potilaalla on sanottavana. Ei oletettaisi niin helposti, että kipupotilaat ovat lääkkeiden väärinkäyttäjät. Kaikki kipupotilaat eivät ole lääkkeiden väärinkäyttäjät. Toivoisin, että kohdattaisiin ihmisenä. Ymmärrettäisiin, että

ihminen, jolla on krooninen kipu, voi olla tosi kipeä ilman, että se näkyy päälle. Toivon, että tutustuttaisiin potilaan historiaan. Pahinta on, että sanotaan, ettei me voida tehdä mitään. Silloin viedään potilaalta toivo pois, jos ammatillaiselta ei voida tehdä mitään. Mielestäni aina voi tehdä jotain. Joskus riittää vain se, että istuu hetkeksi ja kuuntelee, mitä potilaalla on sanottavaa. Jos kipupotilasta luullaan lääkkeiden väärinkäyttäjäksi, nostaa kovasti kynnystä hakeutua uudelleen hoitoon. Myös se olisi hyvä, ettei tyrkyttäisi mitään turhanpäiväisiä neuvoja, että oletko kokeillut sitä ja tätä.

Millaisena näet tulevaisuutesi?

Yritän nähdä tulevaisuuden positiivisena. Toivon, että pystyisin tekemään asioita itse ja haluaisin päästä takaisin töihin. Toivon, että löytyisi sellainen kombinaatio lääkkeitä, kipustimulaattoria ja työ, että pystyisin tekemään edes osittaista työaikaa. Toivon tavallista arkea. Yritän tähdätä juuri siihen ja pyrkiä siihen tavoitteellisesti. Yritän nähdä tulevaisuuden positiivisena ja valoisana, että apua on vielä tulossa. Haluaisin saada sitä vanhaa itseäni ja arkeani takaisin. Kun jaksaisi nähdä ihmisiä ja käydä tapahtumissa, eikä tarvitsisi stressata menoja etukäteen, ja miettiä, että kun nyt on näin kipeä niin kuinka kipeä onkaan sitten ylihuomenna. Toivon, että pystyisin liikkumaan vielä normaalisti, niin kuin pystyin vielä vuosi sitten. Haluisin pystyä käymään pitkällä lenkeillä, mitä nyt ei pysty, kun jokainen askel tärähtää. Haaveilen sellaisista arkisista asioista, että ne lähtisivät taas rullaamaan ja isoin haave on se, että pääsisin takaisin töihin edes jollain tavalla. Tämä pitää tulevaisuuden valoisana ja värikkäänä. ■

Rintasyövän leikkauksen jälkeinen pitkäkestoinen kipu on monisyinen ongelma



Tanja Liukas

TtM, väitöskirjatutkija
Turun yliopisto, hoitotieteen laitos

Rintasyövän leikkauksen jälkeinen pitkäkestoinen kipu on merkittävä kliininen ongelma. Leikkauksen jälkeiseen potilaan kokemaan kivun voimakkuuteen ja keston vaikuttavat potilaan aiempi kipuhistoria, leikkaustyyppi ja leikkauksen jälkeiset hoidot, potilaskohdattaiset tekijät sekä käytetyt kivunlievitysmenetelmät. Terveystieteiden ammattilaisten tulee kiinnittää huomiota kivun pitkittymiseen yhteydessä oleviin psykososiaalisiin tekijöihin ja niiden kirjaamiseen osana potilaan kivun hoidon prosessia.

Maailmanlaajuisesti rintasyöpä on noussut keuhkosyövän ohi maailman yleisimmäksi syöväksi. Vuonna 2020 rintasyöpään sairastui 2,26 miljoonaa ihmistä (1). Suomessa naisten yleisin syöpä on rintasyöpä ja siihen sairastuu noin 5000 naista vuodessa. Rintasyövän hoitojen paranemisen myötä rintasyövän kuolleisuus on kääntynyt laskuun 1990-luvulla ja eloonjäämisaste on parantunut. Viiden vuoden suhteellinen elossaololuku (vuosina 2016–2018 seuratuilla potilailla) oli naisten rintasyövässä 91 % ja 10-vuotiselossaololuku 85 % (2).

Rintasyövän hoitona on rintasyöpäkasvaimen leikkaushoito, joka voi sisältää koko rinnan poiston, rinnan osapoiston, kinaloiden vartijaimusolmukkeiden poiston tai kinalon kaikkien imusolmukkeiden poiston. Rintasyövän liitännäishoitoja leikkaushoidon lisäksi ovat sädehoito, solunsalpaajalääkkeet, hormonihoito ja muut lääkehoidot (3,4).

Leikkauksen jälkeinen pitkäkestoinen kipu on yleinen ilmiö (5) ja rintasyöpään sairastavien potilaiden leikkauksen ja liitännäishoitojen jälkeen jopa 25–60 % potilaista kokee pitkäkestoista kipua (6). Kipu muuttuu pitkäkestoiseksi, kun kipua säätelevä hermojärjestelmä jää ylivieritystilaan, jolloin kudosaaurion lisäksi keskushermoston muutokset ylläpitävät kipua

(7). Leikkauksen jälkeisen pitkäkestoisen kivun määritelmänä käytetään usein Macraen 2001 (8) määritelmää: 1) kivun tulee ilmetä kirurgisen toimenpiteen jälkeen, 2) kivun kesto on vähintään kaksi kuukautta leikkauksen jälkeen, 3) muut mahdolliset syyt kivulle tulee poissulkea (esim. krooninen infektio) ja 4) poissulkea mahdollisuus, että kipu johtuu jo olemassa olevasta ongelmasta.

Rintasyövän leikkauksen jälkeiseen pitkäkestoisen kivun syntyyn voivat altistaa rintasyövän sairauden luonteeseen perustuen yhdistelmä eri tavoin ilmenevää kipua. Kipu voi olla somaattista, neuropaattista ja/tai keskushermostoon vaikuttavaa kipua. Usein rintasyövän hoidon jälkeisessä kovassa kivussa on kyse hermovauriokivusta (9). Leikkauksen jälkeisen pitkäkestoisen kivun kehittymiseen liittyviä riskitekijöitä ovat muun muassa potilaan kokemat aikaisemmat muut kipuoireet tai kipu leikkausalueella ennen leikkausta, leikkaustyyppi, kovempi akuutti kipu leikkauksen jälkeen, geneettinen taipumus ja demografiset tekijät, kuten suuri ylipaino ja ikä. Lisäksi riskitekijöihin kuuluvat psykososiaaliset tekijät, kuten ahdistus, masennus, kivun katastrofointi sekä yleisesti yksilön haavoittuvuus vs. resilienssi (10).



Kuva: iStockPhoto

Pitkäkestoisen kivun hoidossa tulee huomioida sekä kivun patologian selvittäminen ja hoito, että kipuun liittyvien psykologisten ja sosiaalisten tekijöiden ymmärtäminen ja hoito (11). Psykologisilla tekijöillä on merkitystä kivun pitkittymiseen, kun leikkauksen taustalla on pahalaatuinen elämä uhkaava sairaus (12). Monipuolinen joukko sekä negatiivisia että positiivisia psykososiaalisia tekijöitä mm. masennus, ahdistus, koettu psykologinen trauma, posttraumaattinen stressihäiriö, kivun katastrofointi, sosiaalinen tuki ja ihmissuhteet, usko omaan kykyihin, resilienssi, selviytyminen ja optimismi ovat mukana monimutkaisessa pitkäkestoisen kivun kehittymisen biopsykososiaalisessa prosessissa. Pitkäkestoisen kivun kompleksisuus ja vaihtelevuus lisää tarvetta parempaan ymmärrykseen erilaisista vuorovaikutuksellisista voimista jotka määrittelevät pitkäkestoisen kivun kehittymistä (13).

Leikkauksen jälkeisen pitkäkestoisen kivun hoidon tavoitteena on kivun lievitys, toimintakyvyn ylläpitäminen ja elämänlaadun parantaminen. Kivun hoidossa ja kuntoutuksessa hyödynnetään monialaista ja moniammatillista potilaan hoitoa. Hoitotiimi voi sisältää esimerkiksi erikoisalojen lääkäreitä, psykologin, toiminta- ja fysioterapeutin sekä sairaanhoitajan. Moniammatillisen yhteistyön toiminta edellyttää tietojen ja taitojen yhdistämistä ja prosessointia (14).

Kivun pitkittymisen ehkäisyyn kannalta tulee kiinnittää huomiota kivun ja kivun hoidon systemaattiseen kirjaamiseen. Psykologisten tekijöiden kirjaaminen ei vielä toteudu systemaattisesti ja kirjausten sisällön informatiivisuus vaihtelee hoitokirjauksissa. Hoitotyön prosessimallisen kirjauksen puutteita, liittyen kirjausten sisältöön ja tehtyjen kirjausten määrään (15), ilmenee myös psykososiaalisten tekijöiden kirjauksissa. Psykososiaalisten tekijöiden kirjauksissa tulee ilmetä erilaisten tekijöiden ilmaantumisen laaja-alaisesti. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että kirjauksien tulee sisältää myös laajemmin esimerkiksi ahdistukseen liittyviä tunnetiloja tai unettomuuden tarkempaa taustaa, kuten unettomuus liittyvä murehtiminen tai fyysinen oirekuva.

Narratiivisten kirjausten lisäksi erilaisten oireiden arviointiin tulee myös käyttää validoituja mittareita. Esimerkiksi ESAS-mittarilla (Edmonton Symptom Assessment Scale) kartoitetaan kymmentä tavallisinta syöpäpotilaalla esiintyvää oiretta. American Cancer Society/American Society of Clinical Oncology Breast Cancer Survivorship Care Guideline ohjeistaa rintasyöpäpotilaan hoito-ohjeissaan mittaamaan mahdollisia pitkäkestoisia fyysisiä ja psykososiaalisia oireita leikkauksen ja hoitojen jälkeen parhaan kokonaisvaltaisen hoidon suunnittelemiseksi ja järjestämiseksi. Mitattavia oireita ovat muun muassa kipu, pahoinvointi, uupumus, ahdistus, masennus ja unettomuus (16).

Kivunhoitoon liittyvien tekijöiden hyvä kirjaaminen parantaa potilaan kokonaisuhoitoa lisäämällä tiedonkulkua moniammatillisen tiimin välillä. Hoitokertomus toimii päivittäisenä tiedonvälityskanavana kaikkien terveydenhuollon ammattilaisten välillä. Nykyään voidaan myös kehittää automaattisia tekoälyyn pohjautuvia työkaluja, jotka pystyvät tunnistamaan automaattisesti riskissä olevia potilaita

ja joita voidaan käyttää päätöksen teon tukena potilaan hoidossa.

Rintasyöpäleikkauksen jälkeen pitkäkestoista kipua sairastavat potilaat tarvitsevat terveydenhuollon ammattilaisilta henkistä tukea ja tietoa. Hyvässä hoitosuhteessa potilas kokee olevansa osa hoitotiimiä ja osallistuu aktiivisesti itse omaan hoitoonsa. Potilas saa riittävästi ymmärrettävää tietoa, häneen suhtaudutaan yksilönä ja häntä hoidetaan kokonaisuutena. Tarkoituksena on luoda potilaalle edellytykset selviytyä mahdollisimman itsenäisesti jokapäiväisessä elämässä (17). ■

Kirjallisuus:

1. IARC. International Agency for Research on Cancer. WHO. Globocan (2018) Saatavissa: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/39-All-cancers-factsheet.pdf> viitattu 4.9.2020.
2. Pitkaniemi J., Malila N., Virtanen A., Degerlund H., Heikkinen S., Seppä K. (2018) Syöpä 2018. Tilastoraportti Suomen syöpätilanteesta. Suomen Syöpäyhdistyksen julkaisuja nro 93. Suomen Syöpäyhdistys, Helsinki 2020.
3. radical surgical procedures (i.e. mastectomy and axillary lymph node dissection) Campbell I., Lao C., Blackmore T., Edwards M., Hayes L., Ng A. & Lawrenson R. (2018) Surgical treatment of early stage breast cancer in the Auckland and Waikato regions of New Zealand. ANZ journal of surgery 88(12), 1263–1268.
4. Miller E., Lee HJ., Lulla A., Hernandez L., Gokare P. & Lim B. (2014) Current treatment of early breast cancer: adjuvant and neoadjuvant therapy. F1000Research 3, 198.
5. Niraj G. & Rowbotham DJ. (2011) Persistent postoperative pain: where are we now?. British journal of anaesthesia 107(1), 25–9.
6. Andersen KG., Kehlet H., KG A. & Kehlet H. (2011) Persistent pain after breast cancer treatment: a critical review of risk factors and strategies for prevention. Journal of Pain 12(7), 725–746.
7. IASP =International Association for the Study of Pain. (2019) Terminology. <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698>
8. Macrae WA. (2001) Chronic pain after surgery. British journal of anaesthesia 87(1), 88–98.

9. Leysen L., Adriaenssens N., Nijs J., Pas R., Bilterys T., Vermeir S., Lahousse A. & Beckwée D. (2019) Chronic Pain in Breast Cancer Survivors: Nociceptive, Neuro-pathic, or Central Sensitization Pain?. Pain practice : the official journal of World Institute of Pain 19(2), 183–195.
10. Tait RC., Zoberi K., Ferguson M., Levenhagen K., Luebert RA., Rowland K., Salsich GB. & Herndon C. (2018) Persistent Post-Mastectomy Pain: Risk Factors and Current Approaches to Treatment. The Journal of Pain 19(12), 1367–1383.
11. Gatchel RJ. (2004) Comorbidity of chronic pain and mental health disorders: the biopsychosocial perspective. The American psychologist 59(8), 795–805.
12. Gold M., Dunn LB., Phoenix B., Paul SM., Hamolsky D., Levine JD. & Miaskowski C. (2016) Co-occurrence of anxiety and depressive symptoms following breast cancer surgery and its impact on quality of life. European Journal of Oncology Nursing 20, 97–105.
13. Edwards RR., Dworkin RH., Sullivan MD., Turk DC. & Wasan AD. (2016) The Role of Psychosocial Processes in the Development and Maintenance of Chronic Pain. The journal of pain : official journal of the American Pain Society 17(9 Suppl), T70–92.
14. Kroonisen ja syövän aiheuttaman kivun hoidon asiantuntijaryhmä. 2017. Kroonisen kivun ja syöpäkivun hoidon kansallinen toimintasuunnitelma vuosille 2017–2020. Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavissa: http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/79292/Rap_2017_4.pdf.
15. Mykkänen M., Miettinen M. & Saranto K. (2018). Hoitotyön rakenteisen kirjaamisen auditointi - näyttö kirjaamisen tasosta, laadusta ja kehittämisalueista. Hoitotiede 30(3), 203–213.
16. Runowicz CD., Leach CR., Henry NL., Henry KS., Mackey HT., Cowens-Alvarado RL., Cannady RS., Pratt-Chapman ML., Edge SB., Jacobs LA., Hurria A., Marks LB., LaMonte S.J., Warner E., Lyman GH. & Ganz PA. (2016) American Cancer Society/American Society of Clinical Oncology Breast Cancer Survivorship Care Guideline. CA: a cancer journal for clinicians 66(1), 43–73.
17. Kitson A., Marshall A., Bassett K. & Zeitz K. (2013) What are the core elements of patient-centred care? A narrative review and synthesis of the literature from health policy, medicine and nursing. Journal of Advanced Nursing 69(1), 4–15.

Toimintaterapiaa kuntoutujalle, jolla on pitkittynyttä kipua



Sirpa Lind-Terävä
Toimintaterapeutti (amk)
KYS Fysiatria ja kipupoli-
klinikka

Tämä teksti pohjautuu Suomen Kivuntutkimusyhdistyksen keväällä 2022 Kuopion koulutuspäivien toimintaterapeuttien esitelmään. Lisäksi esitellään Myötävirtaan-potilasopas monimuotoista kipuoireyhtymää sairastaville potilaille.

Terveystieteiden tutkimuksissa on jo melko hyvin tunnistettu kipukuntoutuksessa laaja-alaisen lähestymisen merkitys, vaikka edelleen on parannettavaa potilaan kokonaisvaltaisessa kohtaamisessa. Muistelen 2000-luvun alussa vastavalmistuneena ihmetelleeni sitä, kuinka kapea-alaisesti toimintaterapiaan suhtauduttiin. Konsultaatiopyynnöt koskivat lähinnä toimintakyvyn arviota ja yläraajan kuntoutusta. Työotteen lavennuksen myötä esiintyi luonnollisesti hämmennystä ja vääntöäkin. Uskon, että monet kollegat ovat törmänneet samantyyppisiin haasteisiin. Tämän taustalla lienee muiden ammattilasten vähäinen tieto toimintaterapiasta. Onneksi suhtautuminen on jo avarakatseisempaa. Toivotaan, että siirtyminen hyvinvointialuemalliin hyödyntää toimintaterapiaa entistä enemmän.

Toimintaterapian paradigma

Toimintaterapia perustuu toiminnan tieteeseen (Occupational science), joka tutkii ihmisen toimintaa arjessa. Toimintaterapia ja toiminnan tiede ovat kiinnostuneita toimintoihin liittyvistä yksilöllisistä valinnoista ja toiminnan merkityksestä terveydelle ja hyvinvoinnille. Toiminnan tiede perustelee toimintaterapian ytimen eli yksilön, toiminnan ja ympäristön välisen suhteen ja painottaa yksilön kokemusta. (1)

Toimintaterapeutin, biopsykososiaalinen viitekehys tarjoaa laajan pohjan kipupotilaan kuntoutumiselle. Ammatillisuutta ohjaavia teorialalleja opiskellaan koulutuksessa useita. Näitä malleja terapeutti käyttää kuntoutujaryhmän tarpeen mukaan. Yksi toimintakeskeisistä malleista, joka sopii kipukuntoutukseen, on COPM ja COPM-E (*Canadian Model of Occupation Performance and Engagement*). Tämän ammatillista toimintaa ohjaavan mallin kautta tarkastellaan kuntoutujan toiminnallisia valmiuksia (sosiaaliset, emotionaaliset, kognitiiviset, fyysiset), henkisiä arvoja (tahto, tottumus,

ainutlaatuisuus), sosiaalisia ja kulttuurisia kokemuksia, jotka raamittavat kuntoutujan toimintaa (tuottava-, vapaa-ajan toiminta, itsestä huolehtiminen). Merkittävänä vaikuttimena ovat jokaisen epigenetiikka ja ympäristötekijät (fyysinen, sosiaalinen, kulttuurinen ja institutionaalinen). (2)

Milloin toimintaterapiaan?

Toimintaterapiaan voi hakeutua monenlaisissa tilanteissa, joita kivusta kärsivät kohtaavat arjessaan. Toimintaterapiaan voi hakeutua esimerkiksi, kun

- tavallinen ärsyke aiheuttaa kohtuutonta kipua
- aiemmin annetut ohjeet tai harjoitteet eivät toteudu
- todetaan kehon käyttämättömyyttä, epäedullisia liikemalleja
- kuntoutujalla on emotionaalista kuormituneisuutta, keinottomuutta selvittää kivun kanssa tai poikkeavaa pelkoa
- kuntoutujalla on epäedullista, jopa väärää



Terapiavälineistöä.

tietoa ja uskomuksia kivusta

- arki on kapeutunut ja käsitys/usko itsestä toimijana on heikentynyt
- toiminnallinen aktiivisuus on epätasapainossa ja mielekkäät asiat puuttuvat
- toiminnallisessa ympäristössä on merkittäviä haasteita
- arjen rytmit (ruokailu ja uni) ovat hukassa. (3–5)

Tutkimuksissa todetaan, että toimintaterapiainventiössä voidaan tukea toimintojen uudelleensäätelyä, arjen minäpystyvyyden vahvistamista konkreettisilla toiminnoilla ja vuorovaikutuksellisin keinoin. Toimintaterapia sisältää psykofyysisen lähestymisen, huomioiden aina kuntoutujan kontekstin. Terapeutilla on taitoa arvioida yksilölle välttämättömiä ja merkityksellisiä toimintoja arjessa. (6)

Terapiamenetelmiä:

- tieto kuntoutumisesta
- tutustuminen kehon hermojärjestelmään
- lateraalisuus- ja mielikuvaharjoittelu, peiliterapia
- ihotunnon kartoitus ja sensorinen siedätys
- kehonkäytön ergonomian huomiointi arjen toiminnoissa
- toiminnan tauotuksen merkityksen havainnointi ja harjoittelu
- turvotuksen hoitoa eri menetelmillä

- lepolastojen ja ortoosien valmistus
- arven hoito ja seuranta
- apuvälineiden hyödyntäminen
- luovat menetelmät yksilöllisesti tai ryhmässä

Hyvä kohtaaminen lisää luottamusta

Luottamuksen myötä kuntoutujan on turvallisempi tehdä tarvittavia muutoksia kuntoutumisen polullaan. Vuorovaikutuksen merkitystä on esimerkiksi Holopainen kumppaneineen (7) tuonut esille kuntoutuksen kulmakivenä. He korostavat myös sitä, kuinka meidän terveydenhuollon asiantuntijoiden tulisi huomioida vuorovaikutuksen sisällön laatua sekä vastavuoroisuutta keskustellessamme kuntoutujien kanssa. Hyvä vuorovaikutus parantaa diagnosiin tarkkuutta, auttaa kuntoutujaa keskittymään ja edistää kuntoutujan turvallisuutta. Hyvä vuorovaikutus auttaa kuntoutujaa muistamaan käydyt keskustelut ja edistää ammattilaisten työhyvinvointia (8).



"Yhteistyökädet"

Ravitsemus yksi osa kuntoutumista

Ammattilaisen on tärkeää huomioida kipukuntoutuksessa myös ravitsemukseen liittyvät asiat. Ravitsemusohjanta sisältää keskustelua

ruokailurytmistä, ruoan terveellisyydestä ja keinoista helpottaa ruoanlaittoa. Toimintaterapiassa voidaan havainnoida kehon ergonomista käyttöä, toiminnan tauotusta ja/tai apuvälineiden hyödyntämistä. Toimintaterapiassa näitä asioita voidaan käsitellä ja kerrata arkitointojen harjoittelun yhteydessä, esimerkiksi poliklinikan harjoituskeittiössä.

Ravitsemus Suomessa, Finravinto tutkimus (2019) kertoo, että suomalaisten ravinto ei vastaa annettuja suosituksia. Pitkäaikaisesta kivusta kärsivä voi nojautua helposti huonolaatuisiin ruokiin ruoanlaiton vaatavuuden ja uupumuksen vuoksi. Kipukuntoutuksessa ja kipupotilaille suunnatussa ohjeissa käsitellään pääsääntöisesti lautasmallia yleisellä tasolla. Toisinaan ruokavaliota on myös syytä muokata yksilöllisemmäksi. Ravinnon heikko laatu ja länsimaiset ruokailutottumukset voivat aiheuttaa matala-asteista tulehdusta, joka on tutkimuksissa todettu kroonisten sairauksien riskitekijöiksi (9). On myös todettu, että länsimainen ruokavaliota voi altistaa pitkäaikaiselle kivulle, immuunijärjestelmän muutosten ja tulehdustekijöiden vuoksi (10). Esimerkiksi probiootit vaikuttavat fibromyalgiaa sairastavilla vagushermon kautta välittäjäaineisiin, jotka vaikuttavat puolestaan kehon endogeenisiin stressireaktiojärjestelmiin ja sitä kautta esimerkiksi mielialaan (11).

Kirjallisuutta:

1. Hautala, T. Hämäläinen, T. Mäkelä, L. Rusi-Pyykönen, M. 2011. Toiminnan voimaa. Helsinki:Edita.
2. Forsyth, K & Parkinson, S. 2006. MOHOST: The model of human occupation screening tool. Helsinki: Psykologien kustannus Oy.

3. Breeden, K., & Rowe, N. (2017). A biopsychosocial approach for addressing chronic pain in everyday occupational therapy practice. *OT Practice*, 22(13), CE-1.
4. Crowder, T., Lacayo, E., Perez, R., & Sletten, C. (2020). Chronic Pain, Cognition, and the Value of Occupational Therapy. *The American Journal of Occupational Therapy*, 74(4_Supplement_1), 7411515459p1-741151545
5. Kallhed C, Mårtensson L. Strategies to manage activities in everyday life after a pain rehabilitation program. *Scand J Occup Ther*. 2018 Mar;25(2):145-152. doi: 10.1080/11038128.2017.1283442. Epub 2017 Jan 31. PMID: 28140747.
6. Lagueux É, Dépelteau A, Masse J. Occupational Therapy's Unique Contribution to Chronic Pain Management: A Scoping Review. *Pain Res Manag*. 2018 Nov 12;2018:5378451. doi: 10.1155/2018/5378451. PMID: 30538795; PMCID: PMC6260403.
7. Holopainen R, Piirainen A, Heinonen A, Karppinen J, O'Sullivan P. From "Non-encounters" to autonomic agency. Conceptions of patients with low back pain about their encounters in the health care system. *Musculoskeletal Care*. 2018 Jun;16(2):269-277. doi: 10.1002/msc.1230. Epub 2018 Jan 12. PMID: 29327405.
8. Bialosky JE, Beneciuk JM, Bishop MD, Coronado RA, Penza CW, Simon CB, George SZ. Unraveling the Mechanisms of Manual Therapy: Modeling an Approach. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2018 Jan;48(1):8-18.
9. Ellulu MS, Patimah I, Khaza'ai H, Rahmat A, Abed Y. Obesity and inflammation: the linking mechanism and the complications. *Arch Med Sci*. 2017 Jun;13(4):851-863.
10. Wegner A, Elsenbruch S, Maluck J, Grigoleit JS, Engler H, Jäger M, Spreitzer I, Schedlowski M, Benson S. Inflammation-induced hyperalgesia: effects of timing, dosage, and negative affect on somatic pain sensitivity in human experimental endotoxemia. *Brain Behav Immun*. 2014 Oct;41:46-54.
11. Martins DF, Viseux FJF, Salm DC, Ribeiro ACA, da Silva HKL, Seim LA, Bittencourt EB, Bianco G, Moré AOO, Reed WR, Mazzardo-Martins L. The role of the vagus nerve in fibromyalgia syndrome. *Neurosci Biobehav Rev*. 2021 Dec;131:1136-1149.

Kipu vie voimia, mikä avuksi?



Myötävirtaan-oppaan on laatinut KYSin moniammatillinen työryhmä. Ohessa on vain osa oppaan teemoista. Oppaassa olevat tekstit on tallennettu myös Terveyskylän kuntoutumistaloon (CRPS kuntoutus). Esitteen tilaus KYS fys.os. sihteeri puh. 017 173453.

Kehon tapahtumat vaikuttavat mieleen ja mielen tapahtumat kehoon. Kipuaitimusta ei ole ilman mieltä, ja siksi voidaan sanoa, että kipu on aina myös korvien välissä. Käsittelemme kipua yksilöllisesti ja omien kokemustemme kautta. On tavallista, että pitkittynyt kipu koettelee voimavaroja ja jaksamista. Mieliala saattaa olla alakuloinen, ahdistunut ja turhautunut. Tällaiset tunteet ovat tavallisia mielen reagoititapoja kuormittavissa elämäntilanteissa, mutta pitkittyessään ne saattavat haastaa toimintakykyä ja kuntoutumista. Siksi on tärkeää, että ihminen huomioidaan kokonaisuutena ja tarkastellaan sitä, millaiset voimavarat tukevat kuntoutumista ja rakentavat mielekästä elämää kivusta huolimatta. Kehon ja mielen vuorovaikutus näyttäytyy myös siinä, että voimme vaikuttaa kivun kokemukseen vaikuttamalla mielialaamme ja jaksamiseemme. Tarkkaavuuden suuntaaminen mielihyvää tuotaviin ja itselle tärkeisiin asioihin sekä hyödyllisiin ajattelumalleihin auttaa pärjäämään kivun kanssa ja edistää kuntoutumista. Myös saavutettavissa olevien tavoitteiden asettaminen auttaa etenemään haluttuun suuntaan.

Oireyhtymää voidaan hoitaa!

Kuntoutuminen voi edetä hitaasti ja vaatii kärsivällisyyttä. Hoidon perusta on arjen aktiivisuudessa ja levon tasapainossa sekä liikeharjoittelussa. Kuntoutuksen voidaan ajatella sisältävän kaikki ne toimet, joilla pyritään parantamaan toimintakykyä ja vähentämään oireilua. Sinulla itselläsi on tässä tärkeä rooli. Arkiaskareiden tekeminen on parasta kuntoutusta. Hyvällä kehonkäytöllä, mahdollisimman normaaleilla liikeradoilla toimiminen kuntouttaa. Opettele terapiassa toiminnot ja harjoitukset niin, että osaat toteuttaa ne itsenäisesti kotona. Harjoittele rasituksen sopivaa annostelua ja toimintojen riittävää tauotusta. Rentoutukset ja mielikuvaharjoittelut tukevat kuntoutumista samoin kuin mielekkäiden toimintojen huomiointi,

itsekiitosta unohtamatta. Joskus kivun pelko rajoittaa enemmän kuin itse kipu. Siksi pelon käsitteleminen on kuntoutumisen keskeisiä teemoja

(kuva 6: veitsellä leikkaajan käsistä)

Lääkehoitoa tarvittaessa käytetään tavanomaisten ja hermokipulääkkeiden yhdistelmiä. Lääkehoito suunnitellaan aina yksilöllisesti. Lääkehoidon vaikutus on kipua loiventava.

Pitkittyneen kivun hoito tapahtuu ensisijaisesti lääkkeettömillä keinoilla. Lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä ovat kylmä/lämmin, liikunta, erilaiset terapiamenetelmät, arjen toimintojen säätely, rentoutuminen, läsnäoloharjoittelu. Terapiassa voidaan hyödyntää myös luovia menetelmiä.

Millainen on terveyttä ja jaksamista edistävä ruokavaliota?

Ruokavalion on hyvä sisältää päivittäin monipuolisesti erilaisia ruoka-aineita: Valitse reilusti kasviksia, marjoja ja hedelmiä sekä täysjyväviljaa. Käytä lisäksi kasvisöljyjä, pähkinöitä, siemeniä sekä kalaa ja rasvattomia tai vähärasvaisia maitotaloustuotteita. Nykyisin on varsin hyviä kasvispohjaisia juomia, joita voi myös hyödyntää. Punaisen lihan, makkaroiden ja leikkeleiden sekä sokereiden käytön on hyvä olla kohtuullista.

Päivän ruokailumäärät on hyvä jakaa 4–5 aterialle ja välipalalle. Syömällä monipuolisesti ja terveellisesti pidät yllä terveyttä ja jaksamista. Myös pieni herkuttelu joskus on sallittua. On hyvä muistaa, että syömisestä on tarkoitus tuottaa mielihyvää, ei stressiä.

Jos et pysty ruokailemaan riittävän monipuolisesti, sinun voi olla tarpeen täydentää ruokavaliotasi monivitamiini- ja kivennäisainevalmisteillä. Esimerkiksi C-vitamiinilisä (500 mg/vrk, 50 vrk ajan) saattaa ehkäistä kipuoireyhtymän kehittymistä, kun lisä aloitetaan heti vamman jälkeen. Keskustele ravintolisistä sinua hoitavan lääkärin kanssa. ■

Kylmäuinnista terveyttä ja kivunlievitystä – Mitä sanoo tiede?

Riitta Rosio

fysioterapeutti, TtM,
väitöskirjatutkija
Turun yliopisto,
hoitotieteen laitos

Hyvää oloa, virkistystä, apua palautumiseen ja parempaa unen laatua – näitä monet kylmäuimarit kokevat saavansa säännöllisestä harrastuksestaan. Myös vastustuskyvyn ja yleisen kylmänsietokyvyn vahvistuminen, sekä erilaisten kolotusten ja kipujen poistaminen motivoivat monia pitämään kiinni kylmistä kylvyistään.

Suomen ladun mukaan talviuinnin harrastajia on jopa 720 000 ja 400 000 olisi halukas sitä kokeilemaan, joten kyseessä alkaa olemaan yksi kansallislajeistamme. Suomessa kylmäuinti mielletään talvikaudella luonnon vesissä tai avannossa tapahtuvaksi kastautumiseksi tai lyhyeksi uintikierrokseksi – saunalla tai ilman. Perinteisen avantouinti-käsitteen sijaan Suomen latu käyttää nykyään talviuinti-käsitettä, ja määrittelee sen tapahtuvaksi alle 10 asteisessa vedessä (Suomen latu 2011). Kansainvälistä tutkimuskirjallisuutta tarkasteltaessa kylmäuinnille löytyy monenlaisia määritelmiä ja lopullinen määritelmä jää vielä puuttumaan. Kylmänä vetenä voidaan pitää kaikkia sellaisia lämpötiloja, joissa ihmisen ruumiinlämpö alenee ja joissa oleilu voi johtaa lopulta hypotermiaan. Tällainen lämpötila on jo 35 astetta, mutta kylmän veden fysiologiset vaikutukset vahvistuvat alle 15-asteisessa vedessä (1). Tämä määritelmä eroaa meidän avantouintikulttuuristamme, johon tutkimuskirjallisuudessa viitataan usein jääkylmään veteen kastautumisena (ice cold water immersion) tai talvi/jää/kylmäuintina (winter/ice swimming). Näistä cold water immersion voi kuitenkin viitata esimerkiksi myös yhden raajan upottamiseen kylmään veteen, jota tässä kirjoituksessa ei käsitellä.

Suomessa tehdyissä tutkimuksissa on verrattu kylmäuimareiden subjektiivisesti arvioituja terveyshyötyjä verrokkiryhmiin (2,3). Vaikka harrastuksen tarkoitus on subjektiivisen hyvän

olon lisääntyminen ja terveyshyödyt, Lindemanin ja kumppaneiden tutkimuksessa ei merkitseviä eroja saatu mitattaessa mielenterveyteen liittyviä muuttujia. Tosin avoimissa vastauksissa useat tutkittavat toivat esiin kivun lievittymisen yhtenä koettuna terveyshyötynä (2). Sen sijaan Huttusen ja kumppaneiden tutkimuksessa reumaa ja astmaa sairastavat uimarit raportoivat, että kylmäuinti lievitti kipua. Kylmäuinti auttoi myös selviämään fibromyalgiaan ja nivelrikoon liittyvien oireiden kanssa. Neljän kuukauden tutkimusjakson päättyessä kylmäuintiryhmäläiset tunsivat itsensä elinvoimaisemmiksi, energisemmiksi ja olivat aktiivisempia kuin kontrolliryhmän jäsenet (3).

Subjektiivisesti koettujen terveyshyötyjen tueksi kylmäuinnilla on havaittu useita terveyshyötyjä, jotka liittyvät immunologiaan, sydän- ja verenkiertoelimistöön ja palautumiseen. Kylmäuinnin hyötyjä ja haittoja kuvaavan katsauksen mukaan kylmäuinti voi laskea verenpainetta, parantaa rasva-aineenvaihduntaa ja insuliiniherkkyyttä sekä vaikuttaa suotuisasti stressihormonien tuotantoon. Lisäksi kylmäuinnilla on suotuisa vaikutus mielialaan ja sillä voi olla jopa masennusta hoitava tai estävä vaikutus (4). Kipua ja sen liettymiseen liittyviä mekanismeja kylmäuinnin kohdalla on tarkasteltu vasta vähän, mutta joitakin aiheeseen liittyvää tutkimusta on tehty osana muita terveyshyötyjä ja elimistön muutoksia tarkasteltaessa. Huttusen ym. (5) tutkimuksessa havaittiin, että koe-



Odotamme innolla uutta kylmäuintiin liittyvää tutkimusta ja sillä aikaa nautimme kokemuksesta ja sen tuomasta hyvästä olosta.

henkilöiden noradrenaliinipitoisuus plasmassa nousi merkittävästi jokaisen kylmäuintikerran jälkeen, jopa 3 kuukauden säännöllisten kylmäalstuksen jälkeen. Tällä noradrenaliinin lisääntymisellä saattaa olla merkitystä kivun lievittämisessä.

Kylmäuinnin terveyshaittoihin ja -vaaroihin liittyvät tutkimukset keskittyvät kuvaamaan hukkumisvaaraa, äkillisiä sydäntapahtumia ja hypotermiaa (1). Elimistön jäähtymiselle altistavat korkea ikä, huono yleiskunto, väsymys, nestevajaus, alkoholi ja sairaudet (6), ja hukkumiset liittyvät usein kylmän aiheuttamaan elimistön sokkitilaan tai piilevään sydänsairauteen. Tämän takia on ensiarvoisen tärkeää totutella kylmään veteen vähitellen ja tarkkailla elimistön reaktioita.

Kylmäuinnin terveyshyötyjen tutkimuksen hajanaisuus ja niukkuus johtunee lajin marginaalisuudesta kansainvälisesti, sillä varsinainen kylmäuinti on suosittua lähinnä Pohjoismaissa, joissakin Itä-Euroopan maissa ja Venäjällä (4). Objektivisten tutkimustulosten vertailun

haasteena on toisistaan poikkeavat tutkimusasetelmat, ja erot esimerkiksi veden lämpötilan, altistuksen keston ja määrän suhteen (1). Lisäksi useat suotuisista terveysvaikutuksista on havaittu tutkimuksista, joista puuttuu kontrolliryhmä. Tällöin vaikutukset voivat johtua kylmäuimareiden aktiivisesta elämäntavasta, eivätkä pelkästään kylmäuinnista. Kivun lievittymiseen liittyvät tutkimustulokset ovat myös hajanaisia eikä sitä ole tutkittu päämuuttujana.

Vaikka objektiiviset kivun lievittymiseen liittyvät tutkimuksen vielä puuttuvat, mielikuva kylmäuinnin hyödyistä vaikuttaa tunteisiin, ja tunteilla on suuri vaikutus kokemukseen pitkäaikaisen kivun hallinnasta. ■

Kirjallisuutta:

1. Tipton MJ, Collier N, Massey H, Corbett J, Harper M. Cold water immersion: kill or cure? *Exp Physiol*. 2017 Nov 1;102(11):1335–55.
2. Lindeman S, Hirvonen J, Joukamaa M. Neurotic psychopathology and alexithymia among winter swimmers and controls--a prospective study. *Int J Circumpolar Health* [Internet]. 2002 [cited 2022 Oct 11];61(2):123–30. Available from: <https://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=zich20>
3. Huttunen P, Kokko L, Ylijokuri V. Winter swimming improves general well-being. *Int J Circumpolar Health* [Internet]. 2004 [cited 2022 Oct 6];63(2):140–4. Available from: <https://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=zich20https://doi.org/10.3402/ijch.v63i2.17700>
4. Knechtle B, Waśkiewicz Z, Sousa CV, Hill L, Nikolaidis PT. Cold water swimming—benefits and risks: A narrative review. Vol. 17, *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020. p. 1–20.
5. Huttunen P, Rintamäki H, Hirvonen J. Effect of regular winter swimming on the activity of the sympathoadrenal system before and after a single cold water immersion. *Int J Circumpolar Health* [Internet]. 2001 [cited 2022 Oct 11];60(3):400–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/ezproxy.utu.fi/11590880/>
6. Saarelma Osmo. Hypotermia (ruumiinlämmön lasku) - Terveyskirjasto [Internet]. Lääkärikirja Duodecim. 2021 [cited 2022 Oct 6]. Available from: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00223>

TAYS-erva kipupoliklinikat



Arja Hiller
dosentti, anestesiologian
erikoislääkäri,
kivunhoitolääketieteen
erityispätevyys

Kiertomatka kipupoliklinikoilla- juttusarjassa on nyt edetty Pohjois- ja Itä-Suomen erityisvastuualueiden jälkeen Tampereen yliopistollisen sairaalan (TAYS-erva) alueelle. Se on väestöpohjaltaan toiseksi suurin erityisvastuualue HYKS-ervan jälkeen ja siihen kuuluvat Pirkanmaan, Etelä-Pohjanmaan ja Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirit. Kuten aikaisemminkin tiedot on koottu kipupoliklinikoiden vastuuhenkilöille lähetetyn sähköpostikyselyn vastausten perusteella. Kyselyllä haluttiin selvittää TAYS-erva-alueen kipupoliklinikoiden nykytilannetta ja tulevaisuuden visioita yhteistyön kehittämiseksi esimerkiksi perusterveydenhuollon kanssa.

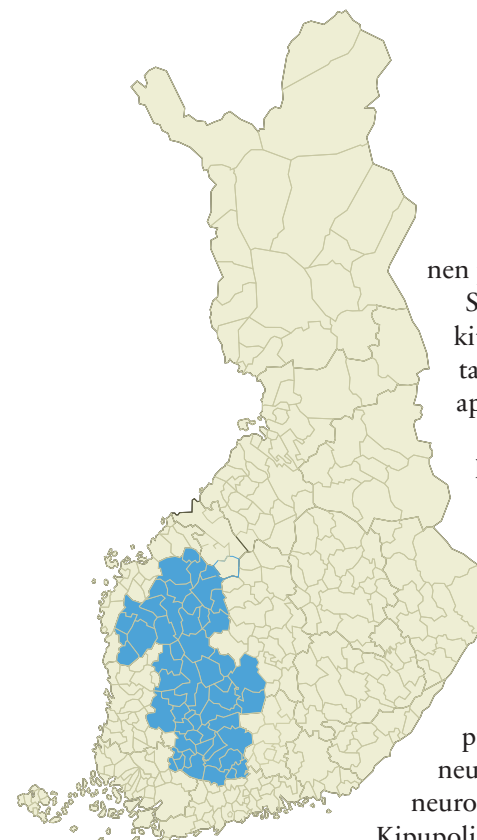
TAYS kipupoliklinikka

TAYS kipupoliklinikka on perustamisestaan saakka ollut osa neurologian poliklinikan toimintaa, kuten esim. epilepsia- tai liikehäiriöpoliklinikka. Näin ollen esimiehenä toimii koko neurologian poliklinikan vastuuyksikköesimies. Kipupoliklinikka ei siis ole hallinnollisesti oma yksikkönsä. Kipupoliklinikalla työskentelee vakituisesti kaksi neurologian erikoislääkärinä, joista toinen toimii vastuulääkärinä vastaten mm. lähetteen käsittelystä, ja kaksi kipusairaanhoitajaa sekä yksi osastonsihteerin. Kaikki kipupoliklinikan työntekijät osallistuvat työssään myös muuhun neurologiseen toimintaan, ei pelkästään kipupoliklinikatyöhön ja toinen lääkäri on mukana neurologian päivystystoiminnassa. Kipupoliklinikalla työskentelee vaihtelevasti erikoistuvia lääkäreitä ja erityispätevyden suorittajia, mutta varsinaista koulutusvirkaa kipupoliklinikalla ei ole. Kipupoliklinikalle tulee lähteitä noin 600 vuodessa.

Lähteen saapessa poliklinikalle se arvioidaan ja annetaan joko ensikäyntiaika tai kirjallinen konsultaatiovastaus hoito-ohjeineen. Ensikäynnillä suunnitellaan tarvittaessa kipupoti-

laan moniammatillinen hoito, johon kuuluu lääkehoito ja erilaiset kuntoutukselliset keinot sekä tarvittaessa erikoishoidot. Tarvittaessa potilaan asia käsitellään moniammatillisessa kipupoliklinikan palaverissa, joka kokoontuu joka toinen viikko. Siihen kuuluvat kipupoliklinikan lääkäreiden ja sairaanhoitajien lisäksi kipupsykologi, fysioterapeutteja, joilla on psykofyysisen fysioterapian koulutus, toimintaterapeutti, kuntoutusohjaaja, joka voi tarvittaessa tehdä kotikäynnin, ja sosiaalityöntekijä. Kaikilla ammattiryhmillä kipupoliklinikatyö on vain osa työnkuvaa. Kipupoliklinikan lääkärit kokoontuvat noin kerran kuukaudessa yhteisissä potilasasioissa yleissairaalapysykiatrian poliklinikan lääkäreiden kanssa, samoin noin kerran kuukaudessa fysiatrian poliklinikan lääkäreiden kanssa.

Kipupoliklinikalla lähdetään siitä, että nosiseptiivisessä kivussa voitava diagnostiikassa on jo tehty. Neuroopaattisen kivun diagnostiikkaa tarvittaessa tarkennetaan, koska ollaan osa neurologian poliklinikkaa. Kipupoliklinikalla hoidetaan neurologiasta johtuen myös merkittävässä määrin potilaita, joilla on vaikeahoitoi-



TAYS-erva-alue

nen primaari päänsärkysyndrooma.

Syöpäkivun hoito on TAYS:ssa keskitetty palliatiiviseen yksikköön, jolle tarvittaessa annetaan konsultaatio-apua.

Kipuanestesiologi käy pitämässä kipupoliklinikalla jälkipoliklinikavastaanottoa, mutta se on hallinnollisesti anestesiologian klinikan työtä. Kipuanestesiologi pyytää tarvittaessa kipupoliklinikkaa jatkamaan potilaan kanssa.

Neurokirurgian klinikka on kipupoliklinikan yhteistyökumppani neuromodulaatioasioissa ja kliinisen neurofysiologian yksikkö rTMS-hoidossa.

Kipupoliklinikalla on mahdollisuus tarjota moniammatillinen osastokuntoutusjakso kipupotilaalle suunniteltuna neurologisella kuntoutusosastolla. Tällöin potilas on muuttamassa kipupotilaasta kipukuntoutujaksi ja hyväksymässä sen, että voitava diagnostiikassa ja biolääketieteellisessä hoidossa on tehty ja keskitytään kuntoutumiseen ja kivunhallintaan. Varsinaisia kivunhallintaryhmiä kipupoliklinikalla ei ole säännöllisesti käytettävissä.

Kipupoliklinikan lääkäri käy pyydetessä luennomassa alueen terveyskeskusten sisäisissä koulutustilaisuuksissa, mutta säännönmukaista yhteistyötä ei tavanomaisen työn lisäksi terveyskeskusten kanssa ole.

Etelä-Pohjanmaan kipupoliklinikka, Seinäjoki

Seinäjoen keskussairaala on keskussairaala-tasolla uraa uurtavasti kehitetty kroonisen kivun moniammatillista hoitoa jo syksystä 1999. Tuolloin neurologian poliklinikan yhteydessä aloitti kipupoliklinikka 1-2 pv/vko (poislukien syöpäkivun hoito) ja samanaikaisesti sairaalaan perustettiin kerran kuussa kokoontuva mo-

nialainen kiputyöryhmä (historiaa tarkemmin Tuurinkoski Sisko, Kipuviesti 1/2016 ss 70-73).

Vuonna 2016 kipupoliklinikatoiminta siirtyi kuntoutuksen poliklinikoiden yhteyteen fysiatrian ja kuntoutuksen yksikköön. Kipupoliklinikalla toimii 1 oyl (virka tällä hetkellä 50% täytettynä) sekä 1 täysaikainen sairaanhoitaja jolla työparina fysiatrian poliklinikan sairaanhoitaja. Fysioterapeutti-, psykologi- ja sosiaalityöntekijäresurssit jaetaan fysiatrian ja kuntoutustutkimuspoliklinikan kanssa (haastavimpia potilaita yhdessä em. poliklinikoiden kanssa hoitaen). Kuntoutuksen poliklinikoilla työskentelee 2 kipufysioterapian ja 2 kipupsykologian erityispätevyiden omaavaa ammattilaista sekä psykofyysisen fysioterapiaan erikoistuneita fysioterapeutteja. Lisäksi käytävissä on laajemmin toimintayksikön puitteissa toimintaterapia. Kuntoutuksen poliklinikoiden yhteydessä toimii myös ns. toimintakykeskus (TOIKE), mitä kautta sairaanhoitopiirin potilaiden on mahdollista saada omalla yhteydenotolla laajasti verkostoitunutta tukea työkyöngelmiin ilman erillistä lähetettä (EPSHP TOIKE).

Kipupoliklinikan moniammatillinen tiimi + fysiatri ja fys. evl(t) kokoontuvat kerran viikossa haastavampien potilastapausten äärelle ns. kiputiimille. Kuukausittain (tarvittaessa) kokoontuvassa monialaisessa kiputyöryhmässä kokousta em. kiputiimin lisäksi anestesia-lääkäri, neurologi, fysiatri, psykiatri ja neurokirurgi (TAYS konsultti, mm. neurostimulaatioarvot) sekä anestesia-sairaanhoitaja (akuutin kivun vastuuhoidaja) ja ortopedian pkl:n yhteydessä toimivan neuromodulaatiopoliklinikan sairaanhoitajat.

Aiemmin on järjestetty kipupotilaiden kuntoutus- ja vertaisryhmiä (5 + 3 pv), max 6 potilasta, 2-3 ryhmää/vuosi. Nämä lopetettiin 2021 kun poliklinikoiden toiminta siirtyi uuteen Mahdollisuuksien taloon jossa ei enää ole yö-



Valokuva: Riitta Veijola

Seinäjoen sairaala.

pymismahdollisuutta maakunnasta tuleville eikä potilashotellimahdollisuuksia tässä mittakaavassa (vielä) ole. Kipupsykologeilla on oma 10x ryhmä (1-2 ryhmää/vuosi) ja alustavasti suunnitteilla on fysioterapeuttien vetämä, psykofyysisen fysioterapian viitekehuksesta toteutettava pienryhmä (mahdollisesti 2023 alkaen). Aiempien moniammatillisempien kuntoutusryhmien muokkaaminen päiväkäyntiryhmiksi on työn alla, myös mahdollisesti 2023 aloitettavana toimintana HVA-resurssitilanteen mukaan.

Kipupoliklinikka toimii ns. konsultaatiopoliklinikkana, missä pyritään korostamaan yhteistyötä potilaan hoitovastuullisen tahon kanssa heti ensikäynneistä alkaen yksilöllisesti potilaan asuinkunnan kuntoutus- ja hoitovaihtoehtojen perusteella. Tässä kiputiimin ja laajemmin kuntoutuksen polien henkilökunnan alueellinen tuntemus sekä verkostoituminen ovat olleet todella tärkeä voimavara varsinkin haastavimpien kipupotilaiden jatkohoidon

”saattaen vaihtamisen” onnistumiseksi sekä avoterveydenhuoltoon, työterveyshuoltoon että yksityisten, Kelan vaativaa lääkinnällistä kuntoutusta toteuttavien terapeuttien suuntaan (mm. psykofyysinen fysioterapia). Em.terapeutteja tai hoitovastuullisia/jatkohoidosta vastaavia lääkäreitä on tarvittaessa otettu mukaan hoitoneuvotteluun potilaan kanssa ja/ tai kiputiimille tai kiputyöryhmään jotta hoito- ja kuntoutussuunnitelman toteuttamisessa oltaisiin samassa linjassa. Kipupoliklinikan lääkäri(t) ovat myös laajalti ammattihenkilöiden konsultoitavissa, ja erikoistuvia lääkäreitä (fysiatrian ja YLE-erikoistumisen reunojen tekijöitä ym.) käy lyhyillä jaksoilla tutustumassa kipupoliklinikan moniammatilliseen työskentelyyn. Alueellista yhteistyötä on tarkoitus tehostaa myös hyvinvointialueiden toiminnan käynnistyessä.

Keskussairaalassa on myös pitkä perinne toisomagneettistimulaatio-hoidoissa (rTMS), aikaan masennukseen ja viime vuosina lisäänty-

västi myös vakiintuneimpien kipuindikaatioiden hoitoon. Hoitokokeiluun (tarvittaessa useammalla yhtäaikaisella indikaatiolla) voidaan lähteä kipupoliklinikan moniammatillisen ja tarvittaessa kiputyöryhmän monialaisen arvioiden suositusten perusteella mikäli muu kuntoutusarvio ja -suunnitelma on tehty ja käynnissä ja hoitokokeilu katsotaan mielekkääksi; esim. muun kuntoutuksen mahdollistamiseksi tai invasiivisen neuromodulaatioharkinnan pohjustamiseksi. Tässä talon resurssi on parantunut myös kipupotilaiden hoitoon pääsyn osalta kun keskussairaalan psykiatrian neuromodulaatioyksikköön hankittu TMS-laitte saadaan käyttöön. Mahdollisten uusien rTMS-hoitoprotokollien osalta on käytössä etäkonsultaatiomahdollisuus TYKS KNF-yksikköön, jolloin potilaan ei tarvitse itse matkustaa vaan hoitokokeilu voidaan toteuttaa TYKS ohjeilla Seinäjoella.

Keskussairaalassamme työskentelyssä korostuu riittävän ison mutta kuitenkin maltillisen kokoisen työyhteisön etu: monenlaista osaamista löytyy ja väkeä voi oppia tuntemaan oman yksikön ulkopuoleltakin yhteistyöverkoston rakentamiseksi potilaan parhaaksi. Lakeuksilla ollaan perinteisesti joustettu yksilöllisten elämäntilanteiden mukaan ja VR pääsääntöisesti hoitaa hommansa, joten lämpimästi tervetuloa mukaan!

Kanta-Hämeen kipupoliklinikka, Hämeenlinna

Kanta-Hämeen keskussairaalassa toimiva kipupoliklinikka on perustettu vuonna 2001. Sairaanhoitopiiri sai aikanaan 90-luvun lopulla testamenttilahjoituksen, jonka yhtenä ehtona oli kohdentaa lahjoitussummasta osa kivunhoidon kehittämiseen. Varoilla järjestettiin luentosarja, jonka luennoitsijoina oli maamme johtavia kipuasiantuntijoita. Ennen poliklinikan käynnistymistä ensimmäinen kipuhoida-



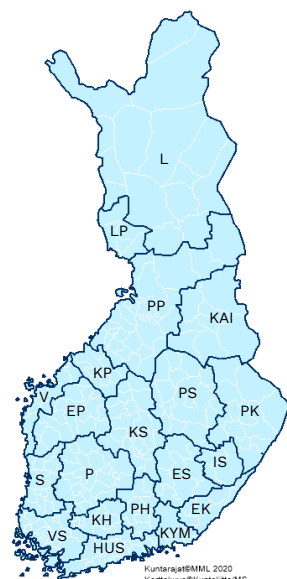
Kanta-Hämeen keskussairaalan kipupoliklinikan tiimi: sairaanhoitajat Wanda Franssila ja Outi Tonteri sekä klinikan perustamisesta asti mukana ollut oyl, anestesiologi Antti Mali.

amme kävi Suomen kivuntutkimusyhdistyksen ry:n ja Jyväskylän AMK:n järjestämän kipuhoidotajakoulutuksen. Lokakuussa 2001 aloitimme leikkaus- ja anestesiaosaston yksikkönä.

Nykyään poliklinikka kuuluu sairaalan konservatiiviseen tulosalueeseen ja vuonna 2018 siirryimme neurologian toimintayksiköksi. Kipupoliklinikalla työskentelee vakituisesti kaksi sairaanhoitajaa sekä osa-aikaisesti klinikan perustamisesta mukana ollut osastonylilääkäri (anestesia- ja leikkauksen lääkäri). Lisäksi yhteistyötä tehdään fysiatrin, psykiatrin, psykologin ja muiden alojen asiantuntijoiden kanssa kerran kuukaudessa kokoontuvassa moniammatillisessa tiimissä. Yksikössä hoidetaan pitkittyneestä kivusta kärsiviä sekä akuutin kivun potilaita. Hoitopolku alkaa joko sairaalan sisäisen lähetteen tai perus-

Sairaanhoidopiirit 2020

	jäsenkuntia	
EK	Etelä-Karjala	9
EP	Etelä-Pohjanmaa	18
ES	Etelä-Savo	9
HUS	Helsingin ja Uudenmaan	24
IS	Itä-Savo	4
KAI	Kainuu	8
KH	Kanta-Häme	11
KP	Keski-Pohjanmaa	10
KS	Keski-Suomi	21
KYM	Kymenlaakso	6
L	Lappi	15
LP	Länsi-Pohja	6
P	Pirkanmaa	23
PK	Pohjois-Karjala	13
PP	Pohjois-Pohjanmaa	29
PS	Pohjois-Savo	18
PH	Päijät-Häme	12
S	Satakunta	17
V	Vaasa	13
VS	Varsinais-Suomi	28
Yhteensä		294



terveydenhuollossa laaditun lähetteen kautta. Hoitajakso kipupoliklinikalla koostuu tutkimusjaksosta, jonka aluksi sairaanhoitajat tekevät kartoitushaastattelun. Jokaiselle potilaalle laaditaan yksilöllinen kivunhoidon suunnitelma, jota seurataan ja arvioidaan yhteistyössä potilaan kanssa säännöllisesti. Poliklinikalta tarjotaan lääkkeellisiä ja lääkkeettömiä kivunhallintamenetelmiä, joita ovat lääkekokeilut, polikliiniset puudutukset ja kapsaisiinihoito sekä fysioterapia, psykologinen tuki ja etäkipuryhmät.

Yksikön etäkipuryhmä käynnistyy kahdesti vuodessa koostuen eri asiantuntijoiden luennoista ja harjoitteista. Ryhmän tavoitteena on vahvistaa osallistujan omia voimavaroja ja auttaa löytämään keinoja, joilla selviytyä arjesta kroonisen kivun kanssa.

Kipupoliklinikamme lääkäriyö on tällä hetkellä murrosvaiheessa. Kokenut kipulääkäri on jäänyt eläkkeelle ja päättää työskentelynsä syyskuussa 2022. Pitkäaikaisen kivun osalta potilaiden lähettämisen syyt ovat paljolti samoja

kuin toiminnan alussa. Resurssien tarkoituksenmukaisen käytön toteuttamiseksi vastaanotolle voidaan ottaa vain osa potilaista. Konsultaatiovastauksissa pyrimme tukemaan niin perusterveydenhuollon kuin oman sairaalan muiden erikoisalojen potilaiden jatkohoitoa.

Akuutin kivun potilaita hoidetaan kipupoliklinikan yhteydessä APS eli Acute Pain Service -toimintamallin periaatteiden mukaisesti. Kanta-Hämeen keskussairaalan APS-tiimin muodostavat APS-vastuulääkärit sekä kipupoliklinikan sairaanhoitajat, jotka työskentelevät myös APS-hoitajina. APS-hoitajien erikoisosaimiseen kuuluvat kaikki ne potilaat, joilla on leikkauksen jälkeen kivunlievityksenä jatkuva epiduraalinen kivunhoito tai PCA-laite (PCA, patient controlled analgesia) sekä ne potilaat, joilla kivunhoidon suunnittelemiseen tai seurantaan tarvitaan APS tukea. Kipuhoitajat huomioivat myös kivunhoidon erityispiirteet eri potilasryhmien kohdalla ja toimivat sairaalan eri yksiköiden hoitotyön ammattilaisten tukena erityisosaimista vaativissa tilanteissa. Kipupoliklinikan sairaanhoitajien työnkuva on laaja-alainen asiantuntijasairaanhoitajan työkuva, sillä he vastaavat myös oman organisaationsa kivunhoidon koulutusten suunnittelemisesta ja toteutuksesta.

Tulevaisuudessa Kanta-Hämeen keskussairaalan kipupoliklinikan toiminta on muutoksessa ja jatkuvaa kehitystyötä tehdään monipuolisen ja laadukkaan hoidon tarjoamiseksi. ■



Tsoledronihappohoito Modic-muutoksiin liittyvässä alaselkävivussa

Vaikutus alaselkävivun, magneettikuvauslöydöksiin ja seerumin biomarkkereihin satunnaistetussa lumelääkekontrolloidussa tutkimuksessa

Katri Koivisto

Zoledronic acid for chronic low back pain associated with Modic changes. Efficacy for low back symptoms, effect on magnetic resonance imaging findings and serum biomarkers in a randomized placebo-controlled study

Linkki väitöskirjaan: <http://jultika.oulu.fi/Record/isbn978-952-62-2981-2>

Oulun yliopisto 20.8.2021

Vastaväittäjä: professori Heikki Hurri (Orton, Helsinki)

Ohjaajat: professori Jaro Karppinen ja dosentti Eero Kyllönen (Oulun yliopisto)
Esitarkastajat: dosentti Mats Grönblad ja dosentti Katariina Luoma (Helsingin yliopisto)

Tausta

Alaselkävivun on yleinen oire ja sen aiheuttamat taloudelliset vaikutukset ovat verrattavissa sydän- ja verisuonisairauksien, syövän ja mielenterveysongelmien aiheuttamiin kuluihin. Yli 80 % ihmisistä kokee elinaikanaan alaselkävivun. Yhtenä pitkäkestoisen alaselkävivun aiheuttajana on pidetty Modic-muutoksia. Modic-muutokset ovat magneettikuvauslöydöksiä havaittavia selkärangan välilevyraupeumaan liittyviä nikaman päätelevyn ja rustonalaisen luun muutoksia. Modic-muutokset jaetaan kolmeen alaluokkaan, joista etenkin tulehdusalliset tyypin 1 muutokset ovat selkävivun yhteydessä. Modic-muutosten etiologia on epäselvä, mutta nykyisin vallitsee kolme teoriaa; biomekaaninen, autoimmuuni- ja bakteeri-infektioiteoria. Modic-muutokset ovat yleisempiä alaselkävivupotilailla kuin normaaliväestössä ja ne lisääntyvät iän myötä. Alaselkävivun yleisyyden vuoksi hoitotutkimukset ovat tärkeässä asemassa. Modic-muutokseen liittyvään selkävivun ei ole tehokkaita hoitomenetelmiä, pitkälti tähän mennessä hoitotutkimukset ovat

kohdentuneet rangan kirurgiseen stabilointiin, inflammaation vähentämiseen ja bakteeri-infektion hoitoon.

Laskimonsisäisesti annosteltava bisfosfonaatti, tsoledronihappo voi teoriassa lievittää alaselkävivua, koska bisfosfonaattien on todettu lievittävän polvinivelrikossa oireita ja pienentävän magneettikuvauslöydöksiä polven luuydinmuutoksien kokoa. Osteoporoosilääkkeenäkin käytetyn tsoledronihapon ajatellaan lujittavan nikamaa ja mahdollisesti ehkäisevän mekaanisen kuormituksen aiheuttamilta päätelevyvaurioilta.

Aineisto ja menetelmät

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää yksittäisen tsoledronihappoinfuusion (5 mg) vaikutus alaselkäoireisiin, radiologisiin löydöksiin sekä seerumin biomarkkereihin. Tutkimus toteutettiin satunnaistettuna kaksoissokkotutkimuksena, jossa verrattiin yksittäistä 5 mg tsoledronihappoinfuusiota (n=20) keittosuolainfuusioon (n=20) Modic-muutokseen liittyvässä alaselkävivussa vuoden seurannassa. Hoitojen vaikutusta arvioitiin selkävivun voimak-



Kuva: iStockPhoto

kuuteen ja selkävivusta aiheutuvaan haittaan, Modic-muutosten tyyppiin ja kokoon sekä inflammaation ja luun aineenvaihdunnan seerumimarkkereihin.

Tulokset

Tsoledronihappo vähensi alaselkäkipua kuukauden kohdalla infuusion jälkeen ja tulehduskipulääkkeiden käyttöä vuoden seurannassa. Magneettikuvissa havaittiin tsoledronihapporyhmässä tyyppiin 1 muuntumista tyyppiin 2 suuntaan ja tyyppiin 1 koon pienenemistä, mutta nämä muutokset eivät saavuttaneet tilastollista merkittävyyttä. Seerumimarkkereista kemokiini IP-10:n pitoisuus oli noussut vuoden kohdalla tsoledronihapporyhmässä ja pienentynyt lumeryhmässä, kun taas luun aineenvaihdunnan markkerien AFOS:n ja iPINP:n pitoisuudet olivat laskeneet tsoledronihapporyhmässä.

Johtopäätökset

Tämän väitöskirjatyön tulokset osoittavat, että tsoledronihappo on lupaava lääkehoito Modic-muutoksiin liittyvässä alaselkäkipussa. Tutkimuksen tulokset antavat myös lisätietoa Modic-muutosten muuntumisesta tyyppistä toiseen ja niiden yhteydestä seerumimarkkereihin. Koska kroonisen selkävivun syntyminen on monitekijäinen, ovat tutkimuspopulaatiot usein heterogeenisiä. Jatkotutkimusta tarvitaan suuremmilla ja riittävän homogeenisillä aineistoilla. Mahdollisesti tsoledronihappo toimii paremmin tyyppiin 1 Modic-muutoksissa, joten sisäänotto-kriteerinä suosittelen inflammatorista tyyppiin 1 Modic-muutosta. ■

12th Congress of the European Pain Federation EFIC 27.- 30.04.2022, Dublin, Irlanti



Marion Wuestefeld

Osoillistuin EFIC-konferenssiin, joka järjestettiin Dublinissa, Convention Centerissä huhtikuun lopussa. Yli kahden ja puolen vuoden jälkeen meillä oli taas mahdollisuus tavata eurooppalaisia ja kansainvälisiä kollegoita, esitellä ja kuunnella tutkimustuloksia, sekä oppia kiputieteen asiantuntijoilta henkilökohtaisesti. Kongressissa oli yli 2000 osallistujaa. Ensimmäistä kertaa kongressi toteutettiin myös hybridimuodossa, mikä antoi kaikille mahdollisuuden osallistua kongressiin. Suomalaisia oli paikalla myös ilahduttavan paljon. Tieteellisen ohjelman puheenjohtaja toimi Eija Kalso, josta voimme olla erityisen ylpeitä.

Tämän kongressin kaksi pääteemaa olivat *Pain & Its Comorbidities and Digitalised Services in Pain Management*. Neljän päiväinen ohjelma oli monitieteellinen. Ensimmäisen päivän teemana oli glymfaattisen systeemin merkitys kivunhoidossa, jossa muun muassa Tuomas Lilius piti esityksen. Lisäksi Tuomas Lilius ja Tiina Paunio olivat mukana plenary sessionissa, jossa käsiteltiin uni ja kipu -aihetta. Toisen ja kolmannen päivän merkittävin anti oli erillaiset workshopit. Ne koskivat muun muassa potilaskeskeistä potilasohjausta kivunhoidossa, kroonisen kivun luokitusta ja sen kliinistä merkitystä, moniammatillisuutta kivun hoidossa, psykologisesti tiedostavaa toimintaa kivunhoidossa sekä vatsanpeitteiden kivun erityispiirteitä. Potilasohjauksen liittyen kongressissa esitettiin myös laaja Plain talking -kampanja, jossa

kiinnitetään huomiota potilaiden terveydenlukulaitoksen kehittämiseen ja tiedon jakamiseen selkeässä ja saavutettavassa muodossa. EFIC:n nettisivuilta löytyy aiheesta lisämateriaalia.

Kongressissa Societal Impact of Pain (SIP) isännöi workshopia, joka koski syöpään liittyvän kivunhoidon strategian suosituksia. Workshopissa kehoitettiin varmistamaan, että Euroopan "Beating Cancer" suunnitelman toteuttaminen heijastaa EFIC-standardeja, SIP-suosituksia ja potilasnäkökulmaa, kun sen toteutetaan kaikissa Euroopan jäsenvaltioissa. SIP isännöi myös hybridikokousta, jossa keskusteltiin SIP:n toiminasta ja tulevaisuudesta. SIP/European Alliance Against Pain on erittäin hyvin integroitu EFIC:iin. Tämä pitäisi huomioida paremmin myös Suomessa.

Osoillistuin kongressissa myös mielenkiintoiseen kasvien käyttöä kivunhoidossa käsittelevään *Plants for Pain: current use, future possibilities and concerns topical* -workshopiin. Erityisesti nousi esiin, että kasvien käytöstä sekä käyttöön liittyvistä hyödyistä ja haitoista on vaikea saada riittävästi tietoa. Professori Andrew Moore (UK) johti sessiota, jossa käsiteltiin mahdollisina kipulääkkeinä luonnossa esiintyviä terpeenejä, flavonoideja ja lakritsia. Kasveja on käytetty kivun hoidossa kautta aikojen. Kivun hoidossa käytettävistä lääkkeistä opioidit ja NSAID:it ovat kasvipohjaisia. Uusia kivunhoitokeinoja etsittäessä kasveilla on paikkansa, mutta niiden käytöstä vain vähän hyvälaatuista tutkimusta saatavilla. Erityisesti jäi mieleen norjalaisen

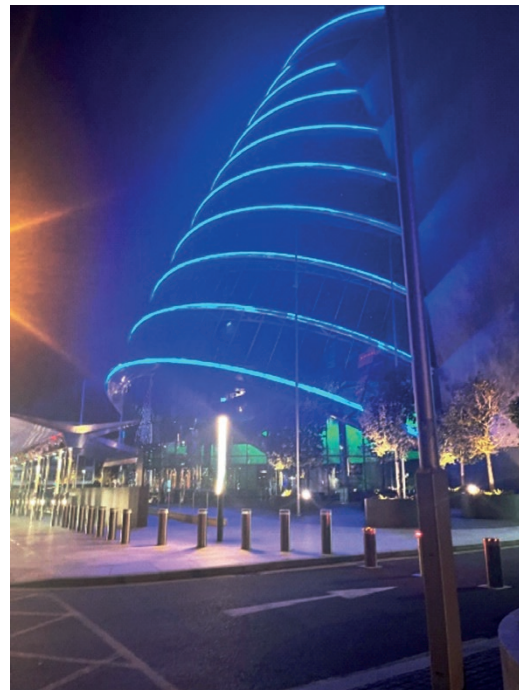


Presidentin illallinen.

Prof. Bellin esitys, joka koski lakritsin käyttöä kivun hoidossa. Esityksen mukaan lakritsilla on tulehdusta estävä sekä antidepressiivinen vaikutus, ja sen käytöllä on vaikutusta morfiinin toleranssiin siten, että fyysistä riippuvuutta voidaan vähentää tai jopa estää.

Ilahduttavaa oli, että kongressissa oli useita luentoja kivun hoidosta perusterveydenhuollossa. Kivunhoito koskee lähes kaikkia terveydenhuollon ammattilaisia, joilla tulisi olla riittävästi tietoa ja osaamista. Perusterveydenhuollon lääkärit kohtaavat ensimmäisenä kroonisesta kivusta kärsiviä potilaita.

Minulle kongressiin osallistuminen oli erilaista ja hieno kokemus. Edustin kongressissa Suomen Kivuntutkimusyhdistyksen ja ohjelmassani oli myös useita virallisia tilaisuuksia, kuten kuuluisassa Trinity Collegessa järjestetty presidentin illallinen. Haluankin kiittää Suomen Kivuntutkimusyhdistyksen saamastani matkapurahasta sekä mahdollisuudesta edustaa kongressissa Suomea. Seuraava EFIC-konferenssi järjestetään ensi vuonna Budapestissa.



Dublin Convention Center.

Muistiin merkittyä luennoilta

Educating the patient with pain: a systematic approach to assessment, planning, implementation and evaluation of the educational experience

Potilaslähtöiseen lähestymiseen tarvitaan potilaan sitoutumista kivun itsehoitoon. Tämän edellytyksenä on potilaan informoiminen kivusta kokonaisvaltaisesti. Terveydenhuollon ammattilaisten tulisi kehittää, toteuttaa ja arvioida räätälöityä monialaista potilasohjausta. Ensimmäiseksi tulisi määritellä potilaan ohjauksen tarpeet ja tavoitteet huomioiden potilaan valmiuden ja tavan oppia. Ohjaussuunnitelma fokuoituu potilaalle tärkeisiin asioihin ja siinä on huomioitava potilaan yksilöllinen terveyslukutaito. Käytettävien mittareiden tulee perustua oleellisiin oppimisstrategioihin, joiden tulee olla SMATRT: Specific, Measurable, Attainable, Relevant and Time-bound.

Potilasohjauksen tuloksia tulee mitata. Ohjauksen tulee olla interaktiivista, selkokielistä ja se painottuu käyttäytymiseen ja toimintata-



Jamie Wilkinson (vas.) esitteli SIP:n syöpäkivun hoitosuosituksia ja edunvalvontatyötä. Puhumassa Deidre Ryan (Pain Alliance Europe).

poihin. Terveydenhuollon ammattilaisten tulee ymmärtää, että merkityksellisiä ovat motiivointi, ja potilaan minäpystyvyys, potilaan uskomiin kykyihin selviytyä tietyissä tilanteissa tai suorittaa tehtäviä.

Esimerkkejä Refresher Courses -sessioista:

- Complex pain cases: nursing management and leadership
- ICD-11 definition of chronic pain and its implications for clinical practice

Ensimmäistä kertaa kaikki kroonisen kivun tyypit käsitellään biopsykososiaalisen mallin avulla, mikä heijastaa nykyistä tieteellistä näyttöä. Aiemmin krooninen neuropaattinen kipu oli puutteellisesti määritelty tai puuttui kokonaan. Kivun tarkka luokittelu on tärkeää, sen avulla tuodaan esille kansalaisten sairaustaakkaa ja terapeuttisia haasteita. Tarkempi kipusairauden luokittelu auttaa myös kliinisissä tutkimuksissa ja niiden tulosten siirtämisessä käytäntöön.

Psychologically-informed collaborative conversations (pic-c) training programme: background, development and evaluation

of a co-produced training package to enhance psychologically informed practice for healthcare professionals, using physiotherapy as a model

PIC-C koulutus ja ohjaus ohjelma on kehitetty psykologien ja fysioterapeuttien toimesta Englannissa ja USA:ssa yhteistyössä kroonisesta kivusta kärsivien ihmisten kanssa. PIC-C:n tavoitteena on parantaa hoidon laatua lisäämällä fysioterapiaan psykologisia lähestymistapoja

- Interdisciplinary pain treatment: evidence based or black box?
- Chronic abdominal wall pain: a common cause of chronic abdominal pain

Vatsanpeitteiden kipu on yleinen kipusyndrooma ja usein sekoitetaan viskeraaliseen kipuun. Potilaille voidaan tehdä tarpeettomia ja kalliita diagnostisia tutkimuksia ennen kuin oikea diagnoosi varmistuu. Tässä sessiossa käytiin lävitse tämä yleinen kipuoireisto. ■

Master of Headache Disorders – kliininen kurssi moniammatillisessa päänsärkykeskuksessa

Danish Headache Center, Kööpenhamina 18.10.-5.11.2021



Laura Mustonen
LL
HUS Neurokeskus

Päänsärkysairaudet ovat maailmanlaajuisesti huomattava kansanterveydellinen ongelma. Esimerkiksi Global Burden of Disease -tutkimusten mukaan migreeni on aivoverenkierohäiriöiden jälkeen merkittävin menetettyjä toimintakykyisiä elinvuosia aiheuttava neurologinen sairaus. Tästä huolimatta sekä länsimaissa että kehittyvissä maissa päänsärkysairauksien hoidolliset resurssit jäävät kauas tarpeesta ja liian moni jää vaille oikeaa diagnoosia ja hoitoa. Alan koulutuksen lisääminen on nähty tärkeäksi osaksi ponnisteluja tilanteen parantamiseksi. Tämän vuoksi Kööpenhaminan yliopiston ja Danish Headache Centerin (DHC) yhteistyöllä perustettu kaksivuotinen Master of Headache Disorders (MHD) -koulutusohjelma tarjoaa päänsärkypotilaita hoitaville terveydenhuollon ammattilaisille syventävää koulutusta. Vastaavaa koulutusta Euroopassa tarjoaa myös Rooman yliopisto.

Koulutuksessa perehdytään syvällisesti päänsärkysairauksien epidemiologiaan, diagnostiikkaan, patofysiologiaan, hoitoon sekä päänsärkysairauksien hoidon järjestämiseen. Osallistujat tulevat eri puolilta maailmaa. Osallistujien tausta on moniammatillinen ja mukana on niin neurologeja, päänsärkyhoitajia, fysioterapeutteja, kuin hammaslääkäreitäkin. Kaikilla tulee kuitenkin olla kokemusta päänsärkypotilaiden hoidosta. Luennoitsijat ovat alan kansainvälisiä huippunimiä.

Aloitin MHD-koulutusohjelman vuoden 2020 alussa. Kurssit on suunniteltu siten, että ne on mahdollista suorittaa työn ohessa, muutamaa lähiopetusviikkoa lukuun ottamatta.

Pandemiatilanteen vuoksi lähiviikotkin olivat käytännössä toteutuneet etäopetuksena Zoomin kautta. Siitä huolimatta anti oli ollut erinomaista. Koulutukseen kuuluu kuitenkin kolme viikkoa kestävä kliininen jakso DHC:n moniammatillisessa päänsärkykeskuksessa, jota ei ole mahdollista suorittaa etäyhteyksien välityksellä. Osallistuin kliiniselle jaksolle lokamarraskuun 2021 taitteessa.

Kööpenhaminan kupeessa, Rigshospitalet Glostrupin yhteydessä toimiva DHC on pohjoismainen ensimmäinen päänsärkysairauksien moniammatillista hoitoa tarjoava keskus. Potilastyön lisäksi DHC:n tutkimustoiminta on aktiivista ja tuottaa vuosittain keskimäärin 60 kansainvälistä vertaisarvioitua julkaisua ja 5 väitöskirjaa. Tutkimuksen kohteina ovat mm. migreenin patofysiologia, krooninen post-traumaattinen päänsärky, idiopaattinen intrakraniaalinen hypertensio, sekä sarjoittainen päänsärky. Keskuksen on perustanut v. 2001 professori Jes Olesen, jonka työ päänsärkysairauksien diagnostiikan ja hoidon kehittäjänä on laajasti tunnettu. Vastikään 80 vuotta täyttänyt prof. Olesen oli yksi vuoden 2021 The Brain Prize -palkinnon saajista.

Kuten muussakin kroonisen kivun hoidossa, kroonisissa päänsärkysairauksissa täysi kivuttomuus on tavoitteena harvoin mahdollinen ja vaikeasta päänsärkysairaudesta kärsivät potilaat tarvitsevat moniammatillista hoitoa. DHC:ssä lääkärit tapaavat potilaan ensin ja ohjaavat tarvittaessa lisätutkimuksiin ja tekevät hoitosuunnitelman. Päänsärkypäiväkirja ja tarkka oirekuvaus ovat diagnostiikan tärkeimpiä työvälineitä. Diagnoosit asetetaan päänsärkysairauksien

oman koodiston ICHD-3:n (International Classification of Headache Disorders 3) mukaisesti. Päänsärkyhoitajien työpanos on keskeinen. He antavat edukaatiota, tukevat lääketeroituksessa, sekä toteuttavat mm. botuliinipistoksia krooninen migreeniin ja okkipitaalihermo- puudutuksia sarjoittaiseen päänsärkyyn. Osa (n. 40 %) potilaista ohjataan tarpeen mukaan fysioterapeutille ja/tai psykologille. Fysioterapeutit keskittyvät erityisesti niskan ja kaulan lihaksistoon, mutta kannustavat myös muuhun liikunnalliseen aktiivisuuteen. Psykologiset interventiot ovat pääosin ryhmämuotoisia ja tietyille potilasryhmille kohdennettuja. Kasvokipupotilaat tapaavat tarvittaessa hammaslääkärin. Harvinaisempien päänsärky- ja kasvokipusairauksien osalta DHC:n lääkärit tekevät tiivistä yhteistyötä radiologien ja neurokirurgien kanssa. Lisäksi DHC vastasi sairaalan neurologian osaston kuudesta päänsärkypotilaille varatusta potilaspaikasta. Osastolla toteutetaan mm. sarkylääläkepäänsärkypotilaiden moniammatillisia vieroitusjaksoja.

Pääsimme kurssilla seuraamaan DHC:ssa työskentelevien ammattilaisten työtä laajasti. Aamupäivät vietimme vastaanottokäyntejä seuraten. Potilasmateriaali DHC:ssa oli jokseenkin samankaltaista kuin Suomessakin yliopistosairaalan neurologian poliklinikoilla. Keskuksessa diagnosoidaan ja hoidetaan päänsärkypotilaita, joiden sairaus on liian haastava hoidettavaksi perusterveydenhuollossa, tai joka vaatii erityisdiagnostiikkaa. Vastaanoton kieli oli englanti, jos se potilaalle sopi. Useimmiten vastaanotto käytiin tanskaksi. Niin hauskalta kuin tanska kuulostaakin, harva meistä sitä kuitenkaan ymmärsi (jopa norjalainen ja ruotsalainen kollega oli vaikeuksissa), joten sopivassa välissä vastaanoton pitäjä ystävällisesti referoi meille keskustelun sisältöä englanniksi. Sekä henkilökunta että potilaan suhtautuivat meihin opiskelijoihin upeasti. Tunnelma oli rauhallinen ja ensikäynteihin oli varattu runsaasti aikaa. Vastaanotto-

jen välillä oli hyvä tilaisuus esittää kysymyksiä ja käydä keskustelua. Apotin käyttäjänä oli ilahduttavaa huomata, että Kööpenhaminan Epic-järjestelmä näytti taipuvan kohtuullisen sujuvasti päänsärkykeskuksen kliiniseen työhön (toki lukemattomia työtunteja ohjelman hiominen oli kuulemma vaatinut).

Klinikkaan tutustumisen lisäksi kurssiin kuului DHC:n ammattilaisten antamaa lähiopetusta, jotka koostuivat sekä luennoista että potilastapauksista. Hyväksi onneksi myös Tanskan Päänsärky-yhdistyksen vuosikokous sattui kurssimme ajalle, minkä puitteissa pääsimme kuulemaan sekä alan tutkimuksen huippuja että nousevia tähtiä.

Kurssin parasta antia oli myös mahdollisuus vaihtaa kokemuksia eri puolilla maailmaa työskentelevien kollegoiden ja muiden ammattilaisten kanssa. Vaikka olimme käyneet samoja kursseja jo puolitoista vuotta, vasta nyt tapasin kurssitovereitani ns. livenä. Meitä oli Pohjoismaista, Irlannista, Alankomaista, Espanjasta, Kreikasta, Iranista, Perusta ja Kolumbiasta. Erityisesti migreenin uusien biologisten lääkkeiden osalta hoito- ja korvattavuuskäytänteet vaihtelevat maasta toiseen. Myös päänsärkyklinikat toimivat eri paikoissa hiukan erilaisin resurssein.

Kurssi sattui ajoittumaan lyhyeen ajanjaksoon, jolloin Tanska oli luopunut lähes kaikista koronarajoitteistaan. Maskeja ei ollut käytössä edes sairaalassa. Tuntui ihmeelliseltä nähdä ihmisten kasvot kokonaan. Tiedämme nyt hyvin, miten ennen aikaista oli Tanskan optimismi (kukaan kurssilaisista ei tietääkseni saanut tartuntaa matkan aikana). Jäämme vielä odottamaan maailmaa ilman maskeja ja turvavälejä. Seuraavan kerran olisi tarkoitus palata Kööpenhaminaan MHD-kurssin lopputyön palauttamisen jälkeen kesäkuussa 2022, jolloin toivottavasti pääsemme myös juhlistamaan kurssimme valmistumista.

Haluan lämpimästi kiittää Suomen Kivuntutkimusyhdistyksen kurssimatkan tukemisesta. ■

Syysterveiset Torontosta!



Majju Marttinen
– harjoituspotilaana puudutuskurssilla

ASP World Congress on Pain 2022 virkisti ajattelua ja tarjosi inspiroivia kohtaamisia. Tyypilliseen tapaan tärkeimmät oivallukset syntyivät luentosalien ulkopuolella.

Luentotarjonta huimaa päätä. QST ja ICD-11. Opioidit. Uni, stressi ja psykologiset tekijät. Biomarkkerit ja molekyyli-tason mekanismit, jotka pakottavat taas kertaamaan oppikirjoja. Hengästyttävään koulutusviikkoon mahtui myös pään ja kaulan alueen puudutuskurssi (Kts. kuva. Ei herkimmille!)

Siinä kapeaa yhteenvetoa hienon kongressin sisällöstä. Mutta se siitä. Kiinnostavinta oli kaikki se, mitä tapahtui luentojen ulkopuolella.

Kansainvälisen kongressin poster- ja näyttelyalue on jokaisen klinikon ja tutkijan paratiisi. Satoja alan ihmisiä pakkautuneena messuhalliin keskustelemaan alan uusista trendeistä. Yhteisinä intresseinä on jakaa ja saada tietoa, tavata tuttuja ja muodostaa uusia tuttavuuksia. Kuten eräs kanadalainen tutkijakollega asian ilmaisi: ”Jos tarvitset verkostoja ja yhteistyökumppaneita, mene kongressiin”. Tämä on ehdottomasti totta ja asia, joka myös meidän suomalaisten kipuihmisten ja kivuntutkijoiden tulee pitää aktiivisesti mielessä. Maailmalla tapahtuu jatku-

västi kaikkea hämmästyttävää, missä me haluamme olla mukana.

Toisaalta oli hienoa nähdä, että me Suomessa olemme kivun hoitokäytäntöjen osalta hyvinkin perillä nykysuosituksista. Oli ilahduttavaa istua eri puolilta Suomea saapuneiden kollegoiden kanssa luennolla toteamassa ”Näinhän meillä juuri tehdään”. Meil-

lä on huipputason klinikoita ja kipututkimusta tarkasti seuraavia huipputason klinikoita. Eräs kollega kertoi tullessaan kongressiin ennen kaikkea kuullakseen, missä mennään angiotensiini-reseptorisignaaloinnin tutkimuksessa. Myös suomalaisten tutkijoiden posterit herättivät kiinnostusta.

Omalla kohdallani reissu poiki tärkeitä tutkimusverkostoja ja -ideoita. Ironista oli se, että yhdet parhaista aivoriivistä pidimme suomalaisten tutkijakollegoiden kesken. Tällä kertaa täytyi siis lähteä Kanadaan löytääkseen uusia tutkimusverkostoja Suomesta.

Väistämättä tämä laitto pohtimaan, että tarvitsemme Suomessa edelleen lisää sairaanhoitopiirit – ja tulevaisuudessa hyvinvointialueet – ylittävää keskustelua ja tietoa toistemme (yhteisistä) tutkimustavoitteista. Toivon, että kotimaiset kivun monikeskustutkimukset ovat jatkossa rutiinia.

Tarvitsemme myös aktiivista kliinisen tiedon jakamista. Me kipuammattilaiset selvästi osaamme asian ja tätä osaamista tulee viedä myös muille erikoisaloille ja perusterveydenhuoltoon. Käytännössä tämä tarkoittaa koulutusten lisäksi myös uusien hoitokäytäntöjen ennakoluulotonta ja innovatiivista pohdiskelua ja sovittamista terveydenhuoltojärjestelmäämme.

SKTY:llä on keskeinen rooli kansallisen keskusteluyhteyden ja verkostojen syntymisen mahdollistamisessa. Uskon, että SKTY pystyy jatkossa luomaan entistä paremmat puitteet kipuammattilaisten verkostoitumiselle oman maan kamarallakin. Kannustan silti kaikkia lähtemään myös kansainvälisiin koulutustapahtumiin!

Matkani IASP World Congress on Painiin maksoi Uuden lastensairaalan tukisäätiö. Myös SKTY jakaa vuosittain matka-apurahaa, joka on kaikkien jäsenten haettavissa. ■



Ittävällä Scarborough Bluffs Parkissa. Kuvassa alikirjoittaneen lisäksi mahtavat kollegat Merja Huttunen, Tuomas Varjonen ja Erik Aro.

Biopsykososiaalinen kuormitus purentaelimistön kivussa ja toimintahäiriössä



Maria Hietaharju
Hammaslääketieteen lisensiaatti, tohtorikoulu-tettava,
Suun terveyden tutkimusyksikkö, Oulun yliopisto

Kirjoittaja on yksi vuoden 2021 SKTY:n tutkimusapurahan saajista. Apurahan saajat raportoivat apurahan käytöstä kirjoittamalla Kipuviestiin tutkimuksestaan.

Tutkimukseni kohteina ovat purentaelimistön kipu ja toimintahäiriöt (temporomandibular disorders, TMD). TMD-oireet paikallistuvat temporomandibulaarisiin niveliin, puremalihakisiin ja niihin liittyviin rakenteisiin (Okeson et al. 2020). TMD:n etiologia on monimutkainen ja monitekijäinen; niin biopsykososiaaliset, geneettiset kuin ympäristötekijätkin voivat vaikuttaa TMD:n puhkeamiseen ja jatkumiseen (Maixner et al. 2011, Bair et al. 2016).

Väitöskirjani osatyön, ”Importance of the Graded Chronic Pain Scale as a Biopsychosocial Screening Instrument in TMD Pain Patient Subtyping”, tavoitteena oli verrata kivun intensiteettiä ja sen aiheuttamaa toimintahaittaa arvioivien Graded Chronic Pain Scale (GCPS)-kyselylomakkeiden (GCPS 2.0 ja 1.0) soveltuvuutta suomalaisten erikoissairaanhoidon lähetettyjen TMD-kipupotilaiden biopsykososiaalisessa seulonnassa ja alaluokittelussa.

Tähän poikittaistutkimukseen osallistui 197 TMD-kipupotilasta. Kaikki potilaat saivat psykososiaaliset kyselylomakkeet (DC/TMD-FIN [Diagnostic Criteria of Temporomandibular Disorders] ja RDC/TMD-FIN [Research Diagnostic Criteria of Temporomandibular Disorders]) täytettäväksi sekä kyselylomakkeet koskien muita kipuihin, biopsykososiaalisiin muutuksiin ja hoitoihin liittyviä tekijöitä. Kliiniset tutkimukset suoritettiin DC/TMD Axis I -protokollan mukaisesti. GCPS 1.0:n ja 2.0:n perusteella potilaat luokiteltiin TMD-alityyppeihin 1, 2 ja 3 potilaiden biopsykososiaalisten profiilien perusteella.

Tutkimuksen tulokset osoittivat, että sekä GCPS 1.0 että GCPS 2.0 luokittelivat TMD-kipupotilaat samalla tavalla kolmeen eri TMD-

alityyppiin. Yli 50 %:lla potilaista esiintyi joko kohtalaista (TMD-alityyppi 2) tai vakavaa (TMD-alityyppi 3) toimintahaittaa. TMD-alityypin 3 potilaat kokivat eniten biopsykososiaalisia oireita ja heillä oli useampia terveydenhuollon hoitokäyntejä verrattuna TMD-alityypin 1 ja 2 potilaisiin. TMD-alityypin 2 potilaat kokivat biopsykososiaalista kuormitusta useammin kuin TMD-alityypin 1 ja 3 potilaat.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että TMD-kipupotilaiden biopsykososiaaliset profiilit eroavat toisistaan. Kuten edeltäjänsä GCPS 1.0, on myös GCPS 2.0 sopiva instrumentti TMD-kipupotilaiden luokittelussa kolmeen biopsykososiaaliseen TMD-alityyppiin. GCPS 2.0-kyselyä voidaan pitää sopivana alkuseulontatyökaluna ennen täydentävää yksilöllistä tai moniammatillista arviointia.

Tutkimus on sittemmin julkaistu Journal of Oral Facial Pain and Headache-lehdessä 3/2021. Apuraha on mahdollistanut myös toisen osatyöni julkaisun tieteellisessä lehdessä sekä kolmannen osatyöni ja väitöskirjani viimeistelyn vuoden 2022 aikana. ■

Kirjallisuus:

- Okeson J. Management of temporomandibular disorders and occlusion, 8 ed. St. Louis (MI): Elsevier; 2020.p132
- Maixner W, Diatchenko L, Dubner R, Fillingim RB, Greenspan JD, Knott C, et al. Orofacial Pain Prospective Evaluation and Risk Assessment Study – The OPPERA Study. J Pain 2011;12:T4-T11.e2.
- Bair E, Gaynor S, Slade GD, Ohrbach R, Fillingim RB, Greenspan JD, et al. Identification of clusters of individuals relevant to temporomandibular disorders and other chronic pain conditions: the OPPERA study. Pain 2016; 157:1266-1278.



Juha Nevantaus

anestesiologin erikoislääkäri,
OYS
kivunhoitolääketieteen
erityistietämys
kivunhoidon konsultaatio-
poliklinikan vastuulääkäri,
Sairaala Nova (ennen Keski-
Suomen Keskussairaala),
Jyväskylä
penkkiurheilija ja -muusikko,
monen kulttuurin suurkulutta-
ja, kuorolaulaja
hyöty- ja kuntoliikkuja

Iso O

Lääkärin kynän on joskus sanottu olevan kallein lääketieteessä käytettävä väline. Tämä ei toki tarkoita vain reseptien määrittämistä vaan myös esimerkiksi tutkimuksia ja lähetteitä.

Nyt kun työurani sairaalatyössä on vähintäänkin loppukaarteessa sain pyynnön kirjoittaa tälle palstalle. Valitsin aiheeksi lääkkeen, jonka kynäni (tai nykyisin tietokoneen näppäimet) on kirjoittanut lukemattomia kertoja potilaan määräyksiin ja reseptiin: oksikodonin.

Tämä artikkeli on kirjoitettu ”muistoja matkan varrelta” -tyyppisesti. Vertailukohtana voisi olla vaikka yksi mielielokuvistani, Fellinin *Amarcord*. Sen nimen voisi suomentaa romagnolinkielestä ”minä muistan”. Siksi kirjoitukseni farmakologisia tai historiallisia asioita ei ole tarkastettu.

Oksikodoniin törmäsin ensimmäisen kerran opiskelujen farmakologian kurssilla. Mielikuvat siitä, mitä opin ovat hataria, mutta vahvasta kipulääkkeestä puhuttiin. Ja siitä, ettei sitä muualla maailmassa kovin laajasti käytetty. Lääke oli vaihtoehto morfiinille.

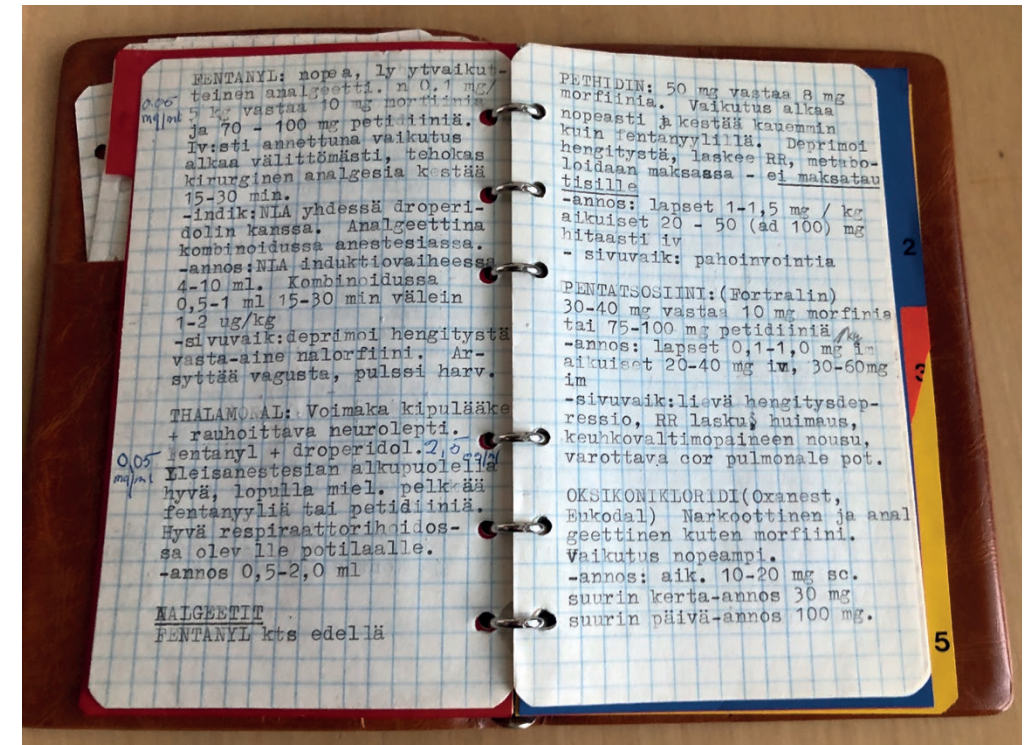
Paremmän kokemuksen sain toimiessani opiskeluaikana ensin anestesiahoitajan sijaisena (tuolloin sekin oli mahdollista!), sittemmin amanuenssina ja apulaislääkärinä OYKS:n anestesiaosastolla. Perintönä kulkevaan käytännön muistikirjaan (nykyisillä erikoistuvilla ns. sudari) olin kirjannut lääkkeestä seuraavaa: ”Oksikonikloridi (Oxanest, Eukodal). Narkoot-

tinen ja analgeettinen kuten morfiini. Vaikutus nopeampi. Annos aik 10–20 mg s.c, suurin kerta-annos 30 mg, suurin päiväannos 100 mg...” Tuota yleisohjetta en kokemuksen myötä enää antaisi!

Pääsin 1980-luvun lopulla ensimmäiseen ulkomaiseen koulutukseen Kööpenhaminaan. Kokouksessa käsiteltiin kipulääkkeitä. Luenolla hämmästelinkin kun luennoitsija mainitsi oksikodonin olevan mielto kipulääke, jota ei juuri käytetä. Kun joku tiedusteli luennoitsijalta asiasta, hän totesi että kyseessä on opioidi, joka hänen tietämänsä mukaan on käytössä vain USA:ssa yhdistelmätablettissa, jossa oksikodonia on 1(?) mg. Luennoitsija vertasi lääkettä kodeiiniin. Tuleehan nimikin sen johdannaiseksi oksikODONI.

Vaikka oksikodoni oli kehitetty jo 1900-luvun alkupuolella Saksassa sen kliininen käyttö maailmalla jäi rajalliseksi. Suomessa lääketehdas Leiras aloitti sen valmistuksen ja sitä on käytetty mm. postoperatiivisen kivun hoitoon jo noin 60 vuoden ajan. Mielenkiinto oksikodonin tutkimiseen lisääntyi 1990-luvulla ja varsin merkittävä suomalainen tutkimus oli Reino Pöyhjän väitöskirja 1994. Siinä selvitettiin lääkkeen fysikokemiallisia ominaisuuksia, farmakokinetiikkaa ja -dynamiikkaa sekä kliinistä käyttöä. Olimme siis käyttäneet varsin huonosti tunnettua lääkettä, joka kuitenkin käytännössä oli osoittautunut toimivaksi.

1990-luvun puolivälissä oksikodoni teki maa-



ilmanvalloituksen, kun lääketehdas Purdue Pharma alkoi markkinoida USA:ssa OxyContin-valmistetta, suun kautta otettavaa vahvaa hitaasti liukenevaa oksikodonivalmistetta. Varsin pian se tuli myös Suomeen ja sitä seurasi OxyNorm, nopeavaikutteinen kapseli. Suomalaisessa markkinoinnissa lääkkeet kohdennettiin alkuvaiheessa vaihtoehtoksi syöpäkivun hoitoon. Tämän jälkeen mukaan tuli postoperatiivinen käyttö, mutta myöhemmin myös krooninen ei-maligni kipu. Viimeksi mainittu indikaatio perusteltiin esimerkiksi tuleskipujen hoidossa, jossa se näytti toimivan hyvin. Tutkimusten lyhyttä seuranta-aikaa – vain muutama kuukausi – muistelen kyllä ihmetelleeni.

USA:ssa markkinointi oli hyvin aggressiivista, lääkettä väitettiin vähemmän addiktoivaksi kuin muut opioidit. Lääkeyhtiö antoi lääkäreille 7–30 päivän aloituskuponkeja. Lääkäreille jaettiin OxyContin-brändätyjä kalastushattuja ja pehmolelujä. Oli myös CD-levyjä, joiden nimi oli ”Get in the Swing with OxyContin”.

Koulutuksia järjestettiin paljon, ja niissä kan-

nustettiin lääkkeen aloittamiseen krooniseen ei-syöpäkipuun.

Oksikodonin määrääminen lisääntyi eksponentiaalisesti ja se johti lopulta opioidikriisiin, jossa opioidiyliaannostukseen kuolee vuosittain ennätysmäisen paljon ihmisiä, erityisesti nuoria miehiä. New Yorkin metrossa on väitetty vaunuissa olevan sydäniskurin ohella olevan naloksonia saatavilla yliannosten hoitoon. Lopulta opioidiepidemia johti lääketeollisuudessa suuriin muutoksiin, ja Purdue Pharma ajautui konkurssiin tehtyään ensin 12 miljardin dollarin korvaussopimuksen. Erittäin mielenkiintoinen lukukokemus on kirja, joka kertoo laajasti Purdue Pharaman omistajista ja kipulääke-epidemian historiasta, Patrick Raden Keefe: *Empire of Pain, The Secret History of the Sackler Dynasty*. Samaa aihetta käsittelee taivaskanavilta näkyvä *Dopesick*, kuusiosainen tv-sarja. Sitä olen kuullut kehuttavan – itse en ole sitä nähnyt.

Suomessa lääkkeen markkinointi pysyi huomattavasti paremmin asialinjalla. En muista

törmänneeni missään vaiheessa edellä kuvatun kaltaisiin ylilyönteihin.

Kuitenkin oksikodoni hiipi myös meillä postoperatiivisen ja syöpäkipuvun hoidon ohella myös kroonisen kivun hoitoon. Kipupoliklinikoillakin sen käyttöön alkuvaiheessa jopa kannustettiin. Suomessahan tilastojen mukaan opioideja määrättiin huomattavasti vähemmän kuin esimerkiksi muissa Pohjoismaissa. Taustalla tähän oli osaltaan 1980-luvun alussa tapahtunut ns. Dolorax-skandaali, jossa metadonia oli määrätty potilaille väärin indikaatioin, ja se oli päätyntä väärinkäyttöön.

Ensimmäisiä hätkähdyksiä oksikodonin väärinkäytöstä omalla kohdallani tuli, kun vastaanotolle alkoi tulla nuoria hyväkuntoisia potilaita epämääräisillä kivuilla.

Joku teki jo kättelyssä selväksi, että mitään polaan vaikuttavia lääkkeitä hän ei hyväksy. Kun aloin puhua fysikaalisesta hoidosta niin potilas tarkensi: Sitä O-lääkettä tulisi hakemaan. Reseptiä hän ei saanut.

Osa potilaista kuitenkin vahvan opioidin aloitti. Valtaosa heistä tuntui siitä hyötyvän ja käyttö pysyi hallinnassa. Mutta joillakin annosmäärät lähtivät nousuun, ja vastaavaa hyötyä lääkkeestä ei enää ollut. Muutaman pitkäaikaisen potilaan kanssa olen käynyt keskustelun: ”Tämä oli kiputilanne kun vahvojen opioidien käyttöön päädyttiin. Onko kipusi tai toimintakykysi parantunut nyt vuosien lääkekäytön jälkeen, kun annostaso on reilusti kymmenkertainen.” Vastaus on poikkeuksetta ollut kieltävä.

Joidenkin potilaiden kohdalla tulivat kuvaan mukaan hävinneet ja varastetut tabletit, rikkou-

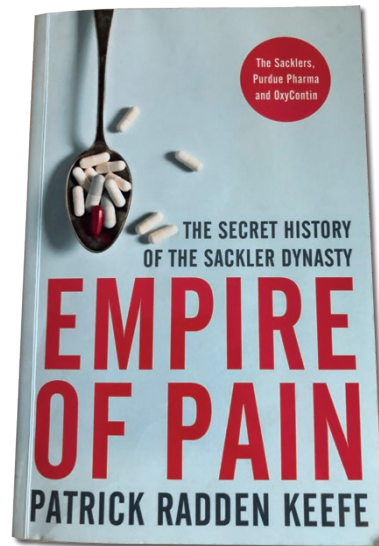
tuneet pullot, kaatuneet venet. Selitysten määrä ja laatu on ollut mielikuvituksellinen, kun lisää lääkettä on tarvittu esimerkiksi tilanteessa, jossa määrättyjä annostuksia ei ole noudatettu. On myös potilaita, jotka kiertävät eri poliklinikoilla ja yksityislääkäreillä reseptejä hakemassa. Tyypillistä heille on, että Kantaverkostossa tietojen näkeminen on estetty.

Aika isoksi ongelmaksi muodostui se, että vahvojen opioidien aloittaminen ja annosten nosto lisääntyi perusterveydenhuollon vastaanotoilla. Niinpä vuosien saatossa kipupoliklinikasta on tullut opioidien määräämisen sijaan yksikkö, jonne potilaita lähetetään opioidien purkusuunnitelmaa varten, ja vaihtoehtoisten hoitojen etsimiseen.

Vuonna 2013 olin yhtenä kirjoittajana Suomen Lääkärilehdessä julkaisussa kirjoituksessa ”Opioidit pitkäaikaisen kivun hoidossa”. Käsitelmäni mukaan tuo kirjoitus on edelleen varsin hyvä ohjenuora opioideja määrättäessä.

Oksikodoni on ollut lääkekirjastossani mukana koko lääkärinurani ajan. Se on erinomainen lääke syöpäkipujen ja postoperatiivisten kipujen hoidossa, ja oikein käytettynä myös lääkevaihtoehto pitkäaikaisen kivun hoidossa. Sitä voi verrata tuleen: se on hyvä renki mutta erittäin huono lääke silloin, kun se pääsee isännöimään. Siitä muodostuu potilaalle Iso O, jonka eteen ollaan valmiita suuriin uhrauksiin.

Kliinikon kynästä lähteivistä oksikodonimääräyksistä nämä potilaat maksavat sen kalleimman hinnan. ■



Myalgisten alaryhmien tunnistaminen keskeistä TMD-potilaiden diagnostiikassa

Purentaelimistön kipu- ja toimintahäiriöiden (TMD) diagnostisessa kriteeristössä (DC/TMD) luokitellaan TMD-lihashäiriöt (myalgia) kolmeen alaryhmään: paikalliseen lihaskipuun, myofaskiaaliseen laajaan kipuun ja myofaskiaaliseen heijastekipuun. Israelilainen tutkimus pyrki selvittämään paikallisen myalgian ja myofaskiaalisen heijastekivun eroja DC/TMD:hen perustuvan biopsykososiaalisen mallin avulla. Paikallista myalgiaa kokevien potilaiden axis I- ja axis II-osan löydöksiä verrattiin myofaskiaaliseen heijastekipuun (P-arvo < 0,05 pidettiin tilastollisesti merkitseväksi).

Retrospektiiviseen tutkimukseen osallistui yhteensä 255 potilasta (61 miestä, 194 naista; keski-ikä 37,8 ± 15,34 vuotta): paikallista myalgiaa koki 114 ja myofaskiaalista heijastekipua 83 henkilöä.

Tutkimuksessa havaittiin axis II-osaan liittyen masennuksen ja epäspesifisten fyysisten oireiden, TMD:stä johtuvan päänsäryn ja kivun intensiteetin tasojen olleen merkittävästi korkeampia myofaskiaalisessa heijastekipuryhmässä. Tutkijoiden mukaan tutkimustulokset korostavat, kuinka tärkeää on erottaa myalgian alaryhmät toisistaan DC/TMD:n mukaan ja huomioida myo-

faskiaaliseen heijastekipuun mahdollisesti liittyvät axis II-osaan kuuluvat tekijät.

Winocur-Arias O. ym. Local myalgia compared to myofascial pain with referral according to the DC/TMD: Axis I and II results. BMC Oral Health 2022; 22(1):27. doi: 10.1186/s12903-022-02048-x.

Hanna Pohjola

Liikepelko ja katastrofointi yleistä TMD-potilailla

Purentaelimistön kipu- ja toimintahäiriöistä (TMD) kärsivillä henkilöillä esiintyy usein psykologisia ja psykososiaalisia taustatekijöitä, kuten depressio- ja ahdistusoireita sekä epäspesifisiä fyysisiä oireita, liikepelkoa (kinesiofobia) ja katastrofointia. Yhdysvaltalaisen tutkimuksen tavoitteena oli arvioida katastrofoinnin ja kinesiofobian eroja suhteessa kipu- ja somaattisiin oireisiin TMD-henkilöillä ja oireettomilla verrokeilla.

Tutkimukseen osallistui yhteensä 401 henkilöä (333 naista, 68 miestä, keski-ikä 45,8 vuotta), joilta tutkittiin TMD/DC-kriteeristön mukaisesti axis I- ja axis II-osiot. Lisäksi tutkimusta täydennettiin leukanivelen kuvantamisella ja tutkittavat täyttivät neljä kyselylomaketta (so. Pain Catastrophizing Scale, Tampa Scale for Kinesiofobia, Areas of Pain -kuva ja Patient Health Questionnaire-15) somaattisten oireiden arvioimiseksi. Osallistujilla

oli joko kivulias TMD-diagnoosi (218 henkilöä) tai kivuton TMD-diagnoosi (63 henkilöä). Verrokeilla (111 henkilöä; lisäksi yhdeksältä osallistujalta puuttuivat tiedot) ei ollut TMD:tä.

Tutkimuksessa havaittiin, että tutkittavilla, joilla oli TMD-kipua, ilmeni enemmän katastrofointia (p = 0,017), kinesiofobiaa (p < 0,001), kipualueita (p < 0,001) ja somaattisia oireita (p < 0,001). Osallistujilla, joilla oli kivuton TMD-oirekuva esiintyi kinesiofobiaa enemmän (p < 0,001) kuin oireettomilla verrokeilla. Tutkijoiden mukaan tutkimuksen tulokset viittaavat kinesiofobian ja katastrofoinnin väliseen yhteyteen TMD-kipua sekä kivutonta TMD:tä sairastavilla. Kinesiofobian ja katastrofoinnin arviointi ja hallinta voi olla hyödyllistä osana TMD-potilaiden yksilöllisesti räätälöityä hoitostrategiaa.

Häggman-Henrikson B. ym. Fear of Movement and Catastrophizing in Participants with Temporomandibular Disorders. J Oral Facial Pain Headache 2022;36(1):59-66. doi: 10.11607/ofph.3060.

Hanna Pohjola

Kosketusallodynian kaksi erilaista välitysmekanismia

Hermovaurion jälkeen kosketus aiheuttaa kipua, mitä ilmiötä kutsutaan kosketusallodyniksi. Heidelbergin yliopistossa toimiva työryhmä osoitti hiirillä

kaksi erilaista mekanismia selittämään ääreishermonvaurion jälkeen ilmenevää kosketusallodyniaa. Tutkijoiden käyttämässä hermovauriomallissa jalkapohjan ihoa hermottava tibialishermon oli katkaistu niin, ettei hermo päässyt regeneroitumaan.

Jalkaterän reunaan hermottava suralishermon ei tässä mallissa vaurioitunut. Vaurioitumattoman suralishermon alueelle kehittyi muutamassa päivässä hyvin pitkäkestoinen kosketusallodynia, jonka välittäjänä toimi paksut myeliinitupelliset kosketushermosyyt, joiden aktivaatio synnyttää hermovaurion aiheuttamien keskushermostomuutosten vuoksi kipua. Katkaistun tibialishermon hermottama denervoitu jalkapohja puolestaan oli ensimmäiset pari kuukautta tunnoton, minkä jälkeen jalkapohjan kohdistettu noksinen (terveellä iholla kipua aiheuttava) ärsyke aiheutti kipukäyttäytymistä. Nelisen kuukautta hermovaurion jälkeen jalkapohjan iholla ilmeni myös kosketusallodyniaa. Jalkapohjassa ilmenevän kosketusallodynian välittäjinä toimivat tutkimuksen mukaan myeliinitupettomat C-kipuhermosyyt, jotka versoivat viereisestä vaurioitumattomasta suralishermosta denervoituun jalkapohjaan. Jalkapohjaan versoneet kipuhermosyyt vastasivat aluksi kiputunnon palautumisesta ja pidemmällä viiveellä ne alkoivat hermottaa jalkapohjaan jääneitä kosketustun-

nosta vastaavia päätte-elimää Meissnerin kappaleita selittävän denervoidussa jalkapohjassa ilmenevän kipuvasteen kosketukselle.

Gangadharan V, Zheng H, Taberner FJ ym. Nature 2022;606:137-45.

Antti Pertovaara

Valon kipua vaimentava mekanismi

Kiinalainen työryhmä tutki hiirillä valon vaikutusta kipupuun. Käyttämiskokein ja solurekisteröinnin he osoittivat, että voimakas valoärsyke vaimentaa kipuvasteita sekä terveillä eläimillä että koe-eläinten patofysiologisissa kipumalleissa. Valoärsyksen kipua lievittävän vaikutuksen he osoittivat välittyvän verkkokalvon gangliosoluista talamukseen kuuluvaan ulompaan polvitumakkeeseen ja sieltä edelleen suoralla yhteydellä keskiaivoharman ventrolateraaliseen osaan, joka on keskeinen kivun laskevan säätelyn välitysasema. Kipua lievittävä näköärsyke ei siis kiertänyt näköaivokuoren kautta keskiaivoharmaaseen vaan valon kipua lievittävä vaikutus välittyi talamus-tasolta suoralla yhteydellä kipua säätelevälle alueelle keskiaivoissa.

Hu Z, Mu Y, Huang L ym. A visual circuit related to the periaqueductal gray area for the antinociceptive effects of bright light treatment. Neuron 2022;110:1712-27.

Antti Pertovaara

Äänen kipua vaimentava mekanismi

Kiinalais-yhdysvaltalainen työryhmä tutki hiirillä mekanismia, jolla ääni vaimentaa kipua. Käyttämiskokein he osoittivat, että taustääniä noin 5 desibeliä voimakkaampi ääni, joka on vielä suhteellisen miellyttävä, vaimentaa kipuvasteita, oli pa ääniärsyke musiikkia tai satunnaista kohinaa. Äänen kipua vaimentava vaikutus hävisi äänen voimakkuuden kasvaessa 15 desibeliin tai sen yli. Ääni vaimensi sekä kynnysmittauksin määritettyjä sensoris-diskriminatiivisia kipuvasteita että ehdollistamiskokein mitattuja affektiivisia kipuvasteita vaikuttamatta ahdistuskäyttäytymiseen tai stressihormonitasoon. Äänihoito oli tehokas myös tulehdus- ja hermovammakipumalleissa. Vajaan puolentunnin äänihoidon aikaansaama kipua vähentävä vaikutus kesti jopa kaksi vuorokautta. Solutason kokein tutkijat osoittivat kuuloaivokuorelta talamukseen vievän laskevan yhteyden, jonka välityksellä ääni vaimensi somatosensorisen talamuksen kautta aivokuorelle nousevia kipuviestejä. Tämä hiirityön tulos herättää kysymyksen, voisiko kuuloaivokuorelta talamukseen laskeva kipua vaimentava yhteys olla yhtenä myötävaikuttavana mekanismina musiikin kipua vähentävälle vaikutukselle ihmisillä.

Zhou W, Ye C, Wang H ym. Sound induces analgesia through corticothalamic circuits. Science 2022;377:198-204.

Antti Pertovaara

Lasten akuutin kivun hoidon viisi ”virheloukkua”

Sairaalassa olevan lapsen akuutin kivun hyvä hoito voi parantaa toipumista, lyhentää sairaalassaoloaika ja lisätä potilaiden ja vanhempien tyytyväisyyttä. Puutteellinen kivunhoito taas aiheuttaa riittämättömän kivunlievityksen sekä tarpeettomia sivu- ja haittavaikutuksia.

Tässä katsauksessa yhdysvaltalaiset kirjoittajat tuovat esille viisi keskeistä virheloukkua (error traps), joissa lasten akuutin kivun hoito voi epäonnistua. Nämä ovat puutteet kivun arvioinnissa, puudutusten optimaalisessa käytössä, oikean systeemisen kipulääkkeen valinnassa, lääkitykseen liittyvien sivuvaikutusten havaitsemisessa ja hoidossa, sekä lapsen erityispiirteiden huomioimisessa lääkitystä ja lääkityksen annostelureittiä valittaessa. Artikkelissa annetaan myös selkeitä ehdotuksia näiden virheloukkujen välttämiseksi kuvaamalla esimerkiksi keskeisiä lapsen ikään ja kehitystasoon sopivia kipumittareita. Lääkehoito tulisi suunnitella kivun voimakkuuden ja kivunlähteen mukaan ja sen tulee kohdistua sekä kivun varsinaiseen syyhyn että mahdollisiin muihin vaikuttaviin tekijöihin.

hin. Opioideja määrättäessä tulee punnita riskit/hyödyt. Artikkelissa käydään läpi lasten akuutin kivunhoitoon sopivia lääkkeitä. Kirjoittajat korostavat, että myös harvinaisia mutta vakavia sivuvaikutuksia tulee monitoroida, ja mahdolliset haittatapahumat ja sivuvaikutukset tulee pyrkiä ennakoimaan aloittamalla niiden hoito jo profylaktisesti.

Edellä kuvatun viiden virheloukun lisäksi on muitakin syitä lasten akuutin kivun hoidon epäonnistumiseen, mutta näiden perusasioiden ymmärtäminen on ensimmäinen askel virhettä välttämiseksi ja hoidon laadun parantamiseksi. Artikkelia on suositeltavaa luettavaa kaikille lasten akuuttia kipua hoitaville.

Veochione TM, Agarwal R, Monitto L. Error traps in acute pain management in children. Pediatric Anesthesia 2022; 32:982-992.

Arja Hiller



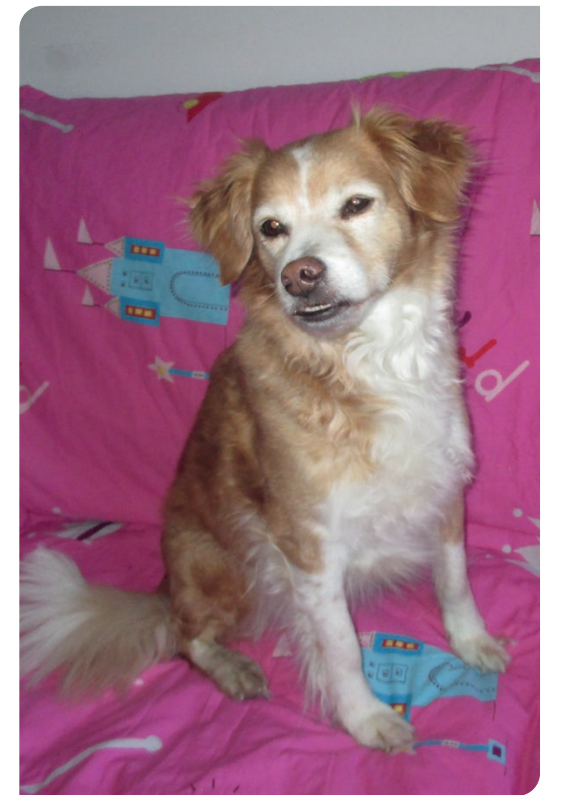
Anneli Vainio

Apulaislääkäri

Tuntemattomassa espanjalaisessa kaupungissa löytyi tavaratalon parkkipaikalta pahvilaatikko, jossa oli kaksi vastasyntynyttä koiranpentua. Laatikon löysi englantilais-espanjalainen pariskunta, joka antoi pennuille nimet Rosie ja Lily. Täysikasvuisina koirat alkoivat muistuttaa kovasti Nova Scotian noutajia. Lilystä tuli toffeen värinen, söpö yksilö, jonka turkki kiilti, hampaat olivat ojennuksessa ja se oli siivo ja hiljainen. Rosie oli siskoaan pienempi. Sen vatsa ja tassut olivat valkoiset, ja alapurenan takia se näytti aina hieman irvistävän. Luonteeltaan Rosie oli napakampi, ja sillä oli taipumus määrällä siskoaan. Näin kului seitsemän vuotta.

Sitten pariskunnalle tuli ero. Kumpikaan puolisoista ei halunnut ruveta huolehtimaan koirista, ja siskokset vietiin tappotarhaan, johon kerättiin katujen kulkukoiria. Ne sullottiin ahtaaseen, vähän toista metriä korkeaan häkkiin toisten koirien kanssa. Tappeluiden ja isojen aggressiivisten koirien jäljiltä Rosie menetti muutamia varpaitaan ja hampaitaan, sen kulmahampaat menivät vinksin vonksin ja sen alapurentaisesta naamasta tuli hieman vino. Sitten astui kuvaan suomalainen löytöeläimiä pelastava järjestö. Järjestön työntekijä huomasi sisarukset, otti ne hoiviinsa ja toi ne Suomeen. Rosie ja Lily leikattiin, rokotettiin ja madotettiin ja koirista laitettiin ilmoitus järjestön sivuille. Joku laittoi myös seuraavan ilmoituksen Facebookiin: ”Aikuinen Nova Scotia -narttu annetaan perheeseen”. Perässä oli Rosien vastaanottoperheen puhelinnumero.

Olin juuri muuttanut Ranskasta Suomeen, ja edellinen koirani, kaksitoistavuotias maalaiskoira, ”Cevennien paimenkoira” Topi oli



kuollut muutamia kuukausia aikaisemmin. Soitin järjestöön. Vastaanottoperheen työntekijä sanoi, että olisi parasta tulla hakemaan Roosa heti ennen kuin se laumaantuu perheen omiin koiriin. Lähdin heti matkaan. Omakotitalosta Lahden lähellä löytyikin Roosa ja perheen neljä omaa koira. Lilille oli heti löytynyt uusi koti, ja siskokset oli erotettu. Roosaa sen sijaan oli yritetty monessakin perheessä, mutta joko se jahtasi kissoja tai ei muuten ollut sopinut kuvioihin. Vastassani oli arka, pieni ja laiha koi-



ra, jonka vino naama irvisti hieman. Se ei juuri reagoinut läsnäolooni. Pakkasin Roosaa auton etupenkille ja toin sen kotiin. Koira oksensi koko matkan ja vielä perilläkin. Asetin sen sängyn päälle, jossa se makasi surkeana ja apaattisena. Sain sen juuri ja juuri syömään, mutta muuten se vain loijui sängyllä leuka tassujen välissä.

Otin Roosaa mukaani kirjoituskurssille päivittäin. Se makasi huovan päällä työpöytäni alla ja alkoi vinkua, jos jätin sen hetkeksikään yksin. Näin kului kevät. Sitten muuttimme maalle, ja vein Roosaa päivittäin metsäkävelylle. Se ei ymmärtänyt leluista, palloista eikä kepeistä mitään, mutta kantoi välillä suussaan kiviä ja leikki niillä. Vaihdoin ne käpyihin, ja se juoksi ympäriinsä käpy suussa kuin orava. Parin vuoden kuluessa Roosa alkoi vähitellen luottaa minuun, ja seurasi ilman hihnaa kaupungissakin, juoksi edelläni ja odotti tai haisteli tuoksuja ja juoksi minut sitten kiinni. Sen kuonoon tuli ilmettä, kulmakarvat kohoilivat yksi kerrallaan ja korvat nousivat pystyyn etenkin, jos se oli kuulevinaan sanan ”namipala”, tai keittiöstä kuului rapinaa. Roosa oli ihanteellinen kerrostalokoiraa, ei haukkunut ovikelloa eikä käytävän ääniä. Toiset koiratkin alkoivat kiinnostaa, ja Roosa sai Tapiolasta muutamia koirakavereita. Roosa houkutteli pieniä poikakoiria leikkimään kanssaan tanssimalla ja tekemällä piruetteja häntä pystyssä kunnan tollerin tapaan. Suuria mustia koiria se pelkäsi ja haukkui niitä ennaltaehkäi-

sevästi. Ohikulkijat sanoivat, että Roosa näyttää hymyilevän. Lapset silittivät sitä mielellään, ja Roosa näytti pitävän siitä.

Kun menin töihin Kaunialan sairaalaan, Roosa seurasi minua osastoilla ilman hihnaa ja makasi kansliassa, jos menin jonnekin. Se osallistui kokouksiin ja oli juuri sopivan korkuinen pyörätuolipotilaiden silittäjä. Kun nostin sen halvaantuneen miehen sänkyyn, se löysi sieltä tietenkin keksin. Hoitajat tykkäsivät Roosasta ja hemmottelivat sitä makkaranpaloilla. Jos Roosa ei ollut mukana, kuului kansliasta kovaääninen kysymys: ”Missäs apulaislääkäri?” Kaikki pitivät tästä hiljaisesta, kiltistä kaverista.

Roosa vanheni pikkuhiljaa ja vietti rauhallista, sopuisaa elämää. Viime keväänä se alkoi saada tikahtumiskohtauksia, kestäivät muutaman minuutin. Se oli jo kolmetoistavuotias. Eläinlääkäri selitti, että pienillä koirilla henkitorven rustot saattavat vanhemmiten pehmentyä niin, että henkitorvi menee sisäänhengityksessä lyttyyn. Syötin sille bromheksiiniä, mutta vähitellen rohinaa alkoi kuulua makuulla koko ajan. Saattohoitolääkärinä ajattelin, että Roosa kärsii kun sen kaikki voimat menevät hengittämiseen. Niin Roosa nukutettiin, se haihtui savuna ilmaan koirakaverien kanssa ja pääsi paremmille metsästysmaille kissoja jahtaamaan. Kun kerroin tästä naapurille, tämä sanoi: ”Meidän Killi vetää sitä siellä kyllä turpaan!” ■



Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry

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

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

Yhdistys toteuttaa tarkoitustaan

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

SKTY:n hallituksen jäsenten yhteystiedot

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

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

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

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



www.efic.org



www.sasp.org

Akuutin kivun toimikunnan esittely



Elina Tiippana

Olen anestesioologi ja apulaisyli-lääkäri Hyvinkään sairaalassa HUS:issa. Olen jo lukiosta alkaen ollut kiinnostunut kivun hoidosta ja valmis-tuin sisätauti-kirurgiseksi sairaanhoi-tajaksi 1992. Kipututkimus kiinnosti ja hakeuduin Lääkikseen 1995, josta valmistuin 2001 ja erikoislääkäriksi 2007. Väittelin tohtoriksi 2013 selvit-täen, miten voidaan estää leikkauksen jälkeisen kivun pitkittymistä. KTY:n AKI-toimikunnassa olen ollut mu-kana 2012 alkaen, ja lähdin mukaan silloisen pj:n ja arvostamani kollegan Eija Nilssonin pyynnöstä. Kivunhoito alkoi kiinnostaa minua omaiseni koet-tua ennen kuolemaansa voimakkaita syöpäkipuja. Ajattelin, ettei sellainen vetele vaan asialle pitää tehdä jotain jatkossakin. Olen työpaikallani APS-akuutin kivun vastuulääkäri ja perus-tin Hyvinkäälle soittoihin perustuvan ”karvalakkiversion” APS-jälkipolikli-nikasta 2016, kun sinne Meilahdesta siirryin. Jatkossa kivunhoito ansaitsee vielä enemmän arvostusta ja tutkimus-ta, koska se on potilaan leikkauksesta

toipumisen tärkein perusta.

Kuva kertoo mun mielenmaisemas-ta...

Elina Tiippana



Tuija Leinonen

Työskentelen KYSissä APS-sairaan-hoitajana. 1991 valmistuin leik-kaus-anestesia sairaanhoitajaksi, juuri laman alla. Tein töitä lähes 15 vuotta perusterveydenhuollossa, jossa vastaan tuli koko elämän kirjo. 2005 tulin KY-Sille heräämööni töihin. Kivunhoito on heräämötöissä yksi suurimmista asioista, ja mahdollisuuden tullessa lähdin kivunhoitotyön erikoistumis-opintoihin. Kipu ilmiönä ja sen eri hoitomuodot kiinnostivat, erityisesti akuutti kipu. Halusin myös olla muka-na luomassa uutta toimintaa KYSille, johon liittyen teimmekin kehittämis-tehtävämme. Opinnot sain suoritettua 2008 ja toimin alkuun oman toimen ohessa kivunvastuuhoitajana KYSillä.

Tammikuussa 2011 alkoi KYSissä APS-toiminta, jota olin alusta asti suunnitte-lemassa. 2016 sain kokopäiväisen APS-sairaanhoitajan, kliinisesti erikoistu-neen hoitajan toimen ja heräämö ajat olivat taakse jäänyttä elämää. Akuutin kivunhoidon toimikuntaan tulin pyy-dettyinä 2015. Vuodet toimikunnassa ovat olleet antoisia ja opettavaisia. Ver-kostoituminen eri kipuammattilaisten kanssa on ollut ammatillisesti todella tärkeää. Yhteistyöllä kivunhoitoa saa-daan vietyä eteenpäin.

Kivunhoito on kulkenut mukana koko työurani ajan. APS-hoitajana olen huomannut miten kaikki aiem-min koettu ja opittu on hyödyksi työs-sä. Kävin 2004 mielenterveys-päihde- ja kriisityön erikoistumisopinnot ja siitä on paljon hyötyä APS-hoitajan työs-sä. Kipu on hyvin monimuotoista ja ihminen kokonaisuudessaan täytyy ottaa huomioon jo akuutissa tilantees-sa. Näen työni laaja-alaisesti, niin että, pystyisin ehkäisemään omalla toimin-nallani kivun pitkittymistä, tekemään potilaan leikkauskokemuksen kivun osalta miellyttävämmäksi ja ohjaa-maan oikeaan kivun lääkitsemiseen. Lisäksi olen halunnut kehittää kivun-hoitoa ja jakaa tieto-taitoani eteenpäin hoitajille. Ohjaamisesta ja opettamisesta pidän paljon. Kipu näkyy työssäni kaikessa kohdatessani potilaita tai hoi-tajia. Olenkin saanut KYSillä hoitajilta lempinimiä kiputäti, kipuvelho.

Tulevaisuuden visioni on hivenen pessimistinen, mikäli muutoksia ei yhteiskunnallisesti tapahdu. Resursse-ja kivun hoitoon ei tahdo löytyä. Kipu-

vunhoidon merkitystä ei nähdä eikä kivunhoitoa arvosteta kovin korkealle. Joudun koko ajan todistelemaan mik-si kivunhoito, etenkin akuutin kivun hyvä hoito, kivun arviointi ja kirjaami-nen ovat tärkeitä. Lääkärien ja hoitaji-en koulutuksessa on aivan liian vähän kivusta tai se on niin pieninä palasina kaiken muun seassa, ettei siitä synny kokonaiskuvaa. Toisaalta toivon, että hyvinvointi alueet saisivat edistystä ai-kaan ja perusterveydenhuolto myös ot-taisi kivunhoidossa suuremman roolin. Erityiskivunhoidon menetelmiä olisi hyvä viedä enemmän perusterveyden-huoltoon käytettäväksi ja olisin mie-luusti siinä mukana asiantuntijana.

Tuija Leinonen

Teija Nieminen



Olen anesthesiologian- ja tehohoidon erikoislääkäri ja työskentelen täl-lä hetkellä HUS:ssa Meilahden sairaa-lan leikkausosastolla. Toimikuntaan lähdin Juhani Ojalan innoittamana ja olen ollut toimikunnassa korona-ajan, joten en ole harmikseni muita jäseniä tavannut kuin Teamsin välityksellä. Kivunhoidosta innostuin jo ensim-mäisessä erikoislääkäri työpaikassani Kirurgisessa sairaalassa ja erityisesti akuutista kivun hoidosta leikkauksen jälkeen. Aloitin 10 vuotta sitten pitä-mään APS-jälkipoliklinikkaa Kipu-

klinikan tiloissa HUS:ssa ja edelleen toiminta jatkuu. Tällä hetkellä vastaan osastollani akuutin kivunhoidon kehit-tämisestä ja toivon että voisimme ke-hittää yhteistyötämme kirurgien sekä osastojen kanssa ja saisimme kunnolla perehdyttää uusi erikoistuvia myös hy-vään kivun hoitoon.

Teija Nieminen



Juhani Ojala

Olen anesthesiologian ja tehohoidon erikoislääkäri.

Olen ollut mukana AKI-toimikun-nassa vuodesta 2014 alkaen, johon ha-keuduin APS-työn herättämien kysy-mysten myötä. Mukaan lähtöä helpotti jo tuolloin toimikunnassa toiminut Tri Tiippana. Olen työskennellyt akuutin kivun parissa Meilahden sairaalan leik-kausyksikön APS:n yhtenä seniorina ja kipuklinikan konsultin tehtävissä. Pari vuotta sitten siirryin Meilahdesta toisaalle, mutta kipuklinikalla toimin edelleen.

Kiinnostukseni kivun hoitoon alkoi toimiessani PTH:ssa, jossa ihmettelin mm. selkäkipuisten, diabeetikkojen ja fibromyalgiapotilaiden hoitoa. Teh-tävää tuntui olevan paljon, mutta kei-noja vähän. Anestesia erikoistumiseen sai sopivasti hyväksytyä pidemmän jakson kipuklinikalla ja samalla opin-

hakureissulla ollaan edelleen.

Tulevaisuuden visioni mukaan kipu kaipaa lisää puolestapuhujia ja ammat-tilaisia. Edelleen monille terveyden-huollon ammattilaisille kipu tuntuu olevan vaikea asia hahmottaa ja nähdä tarve puuttua asiaan.

Juhani Ojala



Suvi Viljakainen

Työskentelen PSHP:ssa, Taysin tuki- ja liikuntaelinkeskuksen leikkaus-osastolla anestesia- ja kipuhoidajana. Valmistuin sairaanhoitajaksi 2011, ki-vun hoitotyön täydennyskoulutuksen kokonaisuuden suoritin ensimmäisten joukossa 2019.

Lähdin mukaan akuutin kivun toimi-kuntaan Maija Kalliomäen pyytämänä ja suosituksesta 2018. Toimikuntatyös-kentelyn kautta olen päässyt syventä-mään osaamistani, verkostoitumaan ja inspiroitumaan kivunhoitoasioissa ja koulutuksen järjestämisessä.

Kivunlievitys kuuluu olennaisena osana työhöni leikkauspotilaiden hoi-tamisessa. Tykkään työparityöskente-lystä anestesia- ja kipuhoidon kanssa ja leik-kaustiimin jäsenenä. Sairaanhoitajana minulla on näköalapaikka oppia tun-temaan potilas, hänen kipukokemuk-seensa vaikuttavat asiat ja taito arvioida valittujen keinojen tehokkuutta ja sopi-

vuutta. Jo opiskeluaikana harjoittelussa K-SKS:ssa ihailin kipuhoitaja-Virpin asiantuntemusta ja itsenäistä työtettä. Mikä onni minulla on ollutkaan työelämässä, kun olemme samassa toimikunnassa samojen asioiden äärellä!

Toivon tulevaisuudessa aikaa ja mahdollisuutta keskittyä kivun hoitotyön kehittämiseen ja koulutuskalenterin luomiseen omalla vastuualueellani. Koronapandemia pysäytti koulutukset ja terveydenhoitoalan paukut kuluivat ennenkokemattomiin haasteisiin. Toivon että hoitajapulaan löydetään ratkaisu – ilman riittävää resurssia ei pysty kuin selviytymään pakollisista. Toimikunnassamme puhaltavat uudet tuulet, tuokoot ne upeita moniammatillisia koulutuspäiviä ja innokasta yhteistyötä potilaidemme parhaaksi.

Suvi Viljakainen



Marion Wuestefeld

Olen Marion Wuestefeld, kotoisin Saksasta. Opiskelin Unkarissa ja erikoistuin psykiatriksi ja sittemmin myös anestesia- ja kipulääkärinä 1998. Halusimme muuttaa pohjoiseen maahan ja päädyimme Kuopioon vuonna 1998. Aloin työskennellä anestesia- ja kipulääkärinä KYS:ssä. Pekka Pölönen sai houkuteltua minut kipupoliklinikalle. Olen suorittanut skandinaavisen kivun hoi-

don ja palliatiivisen hoidon erityispätevydet. Nämä koulutukset ovat laajentaneet kipuammattilaisten verkostoani suuresti. Verkosto on laajentunut edelleen toimiessani SKTY:n EFIC:n edustajana viime vuosina. Kivun hoidossa erityisesti APS toiminta on ollut lähellä sydäntäni, samoin aikuisten ja lasten syöpäkipuhoito. Minua kiinnostaa myös invasiivinen kivunhoito palliatiivisilla potilailla. Haluan hoitaa potilaitani kokonaisvaltaisesti, kohtaaminen on tärkeää. SKTY:n hallituksen jäsenenä olen toiminut 2019 alkaen. Akuutin kivun hoidon toimikunnassa jo pidempään, 2012 alkaen. Tulevaisuudessa haluan viedä eteenpäin pitkäaikaista osastustani ja kokemustani kivun hoidossa opettamalla nuorempia. SKTY:ssä haluaisin kehittää kipuammattilaisten ja kipupotilaiden (SIP) yhteistyötä.

Marion Wuestefeld



Virpi Markkanen

Työskentelen Keski-Suomen sairaala Novassa (aiemmin Keski-Suomen keskussairaala) anestesia ja APS-kipuhoitajana. Anestesiahoitotyötä olen tehnyt reilut 30 vuotta. Työskentelyni kivun hoidon parissa alkoi toden teolla vuonna 1999 silloisen APS-kipuhoitajamme jäädessä opintovapaalle. Hän kysyi ha- lukkuuttani jatkaa hänen aloittamaansa

työtä ja pienen harkinnan jälkeen otin tehtävän innolla vastaan. Sen jälkeen olenkin perehtynyt intensiivisesti kivun hoitoon. Viimeisimpänä suoritin kivun hoitotyön täydennyskoulutuksen Turun yliopistossa v. 2018–2019. Olen ollut akuutin kivun hoidon toimikunnassa vuodesta 2015 jolloin minua pyysi mukaan toimikunnan pitkäaikainen jäsen Outi Saarelainen. Tällä hetkellä toimin kolmatta kautta toimikunnan sihteerinä. Kivun hoitotyö näkyy jokaisessa työpäivässäni konkreettisesti. Hoitaessani potilaita leikkauksen aikana, heräämössä tai APS-kipuhoitajana keskityn kohtaamaan jokaisen yksilöllisesti ja kulloisenkin tilanteen mukaisesti, sekä reagoimaan kivun hoidon tarpeisiin oikea-aikaisesti ja monipuolisilla keinoin yhteistyössä muiden hoitoon osallistuvien ammattilaisten kanssa. On erittäin tärkeää saada akuutti (leikkauksen jälkeinen) kipu viipymättä hallintaan. Näin on mahdollista välttää monenlaisia kipuongelmia jatkossa. Työssäni kivun hoidon kehittäjänä ja kouluttajana pyrin siirtämään kaikkea hyväksi todettua ja tutkittua kivun hoitoon liittyvää tietoa sekä käytänteitä eteenpäin omassa yksikössäni, organisaatiossani sekä kansallisesti. Moniammatillinen yhteistyö on yksi tärkeimmistä asioista kivun hoidon onnistumisen kannalta. Toivoisinkin kivun hoidon koulutuksen saavan sille kuuluvan paikan sekä lääkäreiden, että hoitotyön tekijöiden ja kaikkien potilaiden hoitoon osallistuvien ammattilaisten koulutuksessa. Kivun hoidon perusteet kuuluvat ihan jokaisen potilastyötä tekevän keskeisiin osaamisalueisiin työpaikasta riippumatta. Perusteiden osajien lisäksi innostuneita kivun hoidon kehittäjiä ja aktiivisia verkostoitujia kaivataan myös lisää.

Virpi Markkanen

Lasten ja nuorten pitkittynyttä kipua hoitavien tiimien verkostoitumispäivä 1.10.2021 – SKTY:n lasten toimikunta eri sairaaloiden kiputiimien välisen yhteistyön sillanrakentajana

Anette Lemström

sairaanhoitaja, kipuhoitaja, HUS, SKTY lasten ja nuorten kiputoimikunnan pj

Miia Kokkonen

LL, anestesiologian ja tehohoidon el, Tays

Kati Markula-Patjas

LT, lastentautien el, lastenreumatologian erityispätevyys, Tays
Heidi Mäenpää, TtM, fysioterapeutti, HUS

Maarit Pekkala

TtM, fysioterapeutti, OYS

Heini Pohjankoski

LT, lastentautien el, lastenreumatologian erityispätevyys, PHKS

Minna Ståhl

LT, fysiatrian el, HUS

Tätä verkostoitumispäivää oli suunniteltu jo syksyksi 2020, mutta pandemiatilanteen vuoksi se siirrettiin syksyyn 2021, ja lopulta jouduttiin kuitenkin toteuttamaan hybridikokouksena siten, että toimikunta ja Uuden lastensairaalan kiputiimi kokoontuivat Uuden lastensairaalan Hattivatti-salissa ja muut osallistuivat etäyhteyksin. Osallistujia oli ilahduttavan paljon eri ammattiryhmistä, kaikista yliopistosairaaloista ja useammasta keskussairaalaastakin sekä muutamia itsenäisiä toimijoita.

Päivä alkoi LT Maiju Marttisen selkeällä luennolla kipuedukaation antamisesta potilaalle. Itse asiassa mitään ei anneta, vaan tärkeintä on saada lapsi ja perhe oivaltamaan, mistä potilaan kivussa on kysymys ja miten tätä kipua hoidetaan. Tämä oivallus auttaa sitoutumaan moniammatilliseen biopsyko-sosiaaliseen hoitomalliin, jonka fokuksena on ensisijaisesti toimintakyvyn palauttaminen. Kipuedukaatiossa on tärkeää kertoa siitä, miten akuutti nosiseptinen eli kudosaivuriosta johtuva kipu eroaa pitkittyneestä nosiplastisesta kivusta. Jälkimmäisessä kehossa ei ole vauriota, vaan kipua ylläpitää hermoston toimintahäiriö. Kipua säätelevässä hermoverkostossa laskeva inhiboiva rata ei toimi normaaliin tapaan.

Kipua välittävissä ionikanavien ja välittäjäaineiden määrässä ja toiminnassa on tapahtunut muutoksia. Hermosto on herkistynyt ja aivot tulkitsevat kehon viestejä kipuna ilman perifeeristä vauriota. Ei tarkasti tiedetä, miksi toisilla akuutti kipu pitkittyy ja toisilla ei. Altistavia tekijöitä voivat olla niin geneettiset, psykologiset kuin sosiaalisetkin tekijät sekä aiemmat kipukokemukset ja huono uni. Kuntoutusta suunniteltaessa on tärkeää, että lapsi tai nuori ymmärtää, miksi hän käy fysioterapiassa tai psykologin luona. Hoidolla on oltava selkeä tavoite. On muistettava kertoa myös se, että pitkittyneestä kivusta kuntoutuminen on aaltomaista ja takapakkia tulee välillä – se kuuluu asiaan.

Psykologit Hanna Vuorimaa ja Reetta Sipilä luennoivat psykologin roolista lasten ja nuorten kivun hoidossa ja kuntoutuksessa. Taustana toimii biokologinen systeemiteoria, joka on kehityspsykologinen teoria; yksilön kehitys tapahtuu vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa. Nuori kasvaa ja kehittyy koko ajan, muokkaa ympäristöään ja päinvastoin. Nuoren aivot ovat plastiset. Kehon ja mielen yhteys rakentuu elämänhistorian aikana. Perheellä on iso merkitys lapsen kipukokemuksessa. Vanhempien oma historia, kokemuk-

Kivun hoito moniammatillisena yhteistyönä

10.–11.11.2022

Koulutus toteutetaan webinaarina.

Ilmoittautuminen käynnissä!

Viimeinen ilmoittautumispäivä 8.11.2022

Syöpäkivun hoidon webinaaripäivä 10.11.2022

Järjestäjät: Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistys ry

Akuutin kivun hoidon webinaaripäivä 11.11.2022

IASP 2022 Global Year for Translating Pain Knowledge to Practise – Teoriasta käytäntöön

Koulutuksen hinta:

1 päivä: 125 €/jäsenet, 150 €/ei jäsenet

2 päivää: 250 €/jäsenet, 300 €/ei jäsenet

Ilmoittautuminen: https://www.lyyti.fi/reg/Kivun_hoito_moniammatillisena_yhteistyona_3540



Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry

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



Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry on terveydenhuoltoalan ammattilaisten yhdistys, jonka toiminnan tarkoituksena on edistää kivun monialaista hoitoa, kuntoutusta ja tutkimusta Suomessa. Yhdistyksessä on jäseniä noin 1000 (v. 2022). Suurimpina ammattiryhminä ovat sairaanhoitajat, lääkärit, hammaslääkärit, psykologit, fysioterapeutit ja sosiaalityöntekijät.

HENKILÖJÄSENYYS

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

Ilmoittautumislinkki ja lisätieto 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.

KANNATAJAJÄSENYYS

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

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

Kaikilla on oikeus hyvään kivunhoitoon ja turvallisiin infuusioihin

Steripolarilta monipuoliset ratkaisut, kun arvostat

- Koulutusta ja käytön tukea
- Laatua ja toimintavarmuutta
- Kustannustehokkuutta
- Potilasturvallisuutta



kun hoitotulokset ratkaisevat

Steripolar

Puh. 09 417 606 00

| www.steripolar.fi

| ISO 9001

ISO 14001

ISO 13485