

Kroonisen ja syövän aiheuttaman kivun hoidon asiantuntijaryhmä

Kroonisen kivun ja syöpäkivun hoidon kansallinen toimintasuunnitelma vuosille 2017–2020

Asiantuntijaryhmän ehdotus

työ

KUVAILULEHTI

Julkaisija	Päivämäärä
Sosiaali- ja terveysministeriö	24.2.2017
Tekijät	Toimeksiantaja
Kroonisen ja syövän aiheuttaman kivun hoidon asiantuntijaryhmä	Sosiaali- ja terveysministeriö
	HARE-numero ja toimielimen asettamispäivä
	STM086:00/2013

Muistion nimi

Kroonisen kivun ja syöpäkivun hoidon kansallinen toimintasuunnitelma vuosille 2017–2020

Tiivistelmä

■ Sosiaali- ja terveysministeriön asettama asiantuntijaryhmä kartoitti yhteistyössä Suomen Kivun- tutkimusyhdistys ry:n kanssa kroonisen ja syövän aiheuttaman kivun hoidon saatavuutta Suomessa. Tulosten valossa sekä kroonisen kivun että syöpäkivun hoitoon käytettävissä olevat resurssit ovat hoidon tarpeeseen nähden riittämättömät. Tulokset osoittavat myös, että hoidon saatavuudessa on suuria alueellisia eroja.

Asiantuntijaryhmän laatimassa toimintasuunnitelmassa esitetään keskeiset toimenpiteet, joilla luodaan yhdenvertaiset, potilaslähtöiset ja laadukkaat palvelut kroonisen ja syövän aiheuttaman kivun monialaiseen ja moniammatilliseen hoitoon.

Krooninen kipu on vakava ja yleinen ongelma, josta kärsii noin joka viides työikäinen suomalainen. Pitkittyneen kivun hoidon tavoitteena on kivun lievityksen ohella toimintakyvyn ylläpitäminen ja elämänlaadun parantaminen. Varsinkin peruspalveluiden edellytyksiä hoitaa kipua suositusten mukaisesti on välttämätöntä parantaa. Toiminnan kehittämisessä on painotettava kivun kroonistumisen ehkäisemistä edistämällä terveellisiä elämäntapoja ja hoitamalla akuuttia kipua tehokkaasti sekä toiminta- ja työkyvyn säilyttämistä.

Kroonisesta kivusta johtuvasta työkyvyttömyydestä aiheutuu yhteiskunnalle erittäin suuria kustannuksia. Pelkästään selkäsairauksien vuoksi maksettujen sairauspäivärahojen ja työkyvyttömyyseläkkeiden kustannukset olivat 469 miljoonaa euroa vuonna 2013. Tuotantopanosten menetys oli moninkertainen. Tehokas kivunhoito voi olla kokonaistaloudellisesti kannattavaa. Merkittäviä säästöjä saadaan investoimalla ehkäisyyn ja varhaiseen kuntoutukseen sekä uudistamalla peruspalveluiden ja erikoissairaanhoidon toimintamalleja.

Parantumaton syöpä sairastavan potilaan kivun hoito on osa kokonaisvaltaista oireenmukaista hoitoa. Syöpäkivun asianmukainen hoito voidaan järjestää esim. Euroopan palliatiivisen hoidon yhdistyksen suositteleman palliatiivisen hoidon kolmiportaisen mallin mukaisesti. Tämä edellyttää, että käytettävissä on tarvetta vastaavat resurssit.

Tämä ehdotus on laadittu nykyisen lainsäädännön mukaisesti. Työryhmä luovuttaa raporttinsa sosiaali- ja terveysministeriön käytettäväksi sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen valmistelussa.

Asiasanat

kipu, kipuklinikat, kipulääkkeet, palliatiivinen hoito, pitkäaikainen kipu, syöpäkipu

Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:4	Muut tiedot	
	www.stm.fi	
ISSN-L 2242-0037	Kokonaissivumäärä	Kieli
ISSN 2242-0037 (verkkopainos)	60	suomi
ISBN 978-952-00-3850-2		
URN:ISBN: 978-952-00-3850-2		
http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3850-2		



SOSIAALI- JA
TERVEYSMINISTERIÖ

PRESENTATIONSBLAD

Utgivare	Datum
Social- och hälsovårdsministeriet	24.2.2017
Författare	Uppdragsgivare
Sakkunniggruppen för behandling av kronisk smärta och cancersmärta	Social- och hälsovårdsministeriet
	Projektnummer och datum för tillsättandet av organet
	STM086:00/2013

Rapportens titel

Nationell handlingsplan för behandling av kronisk smärta och cancersmärta 2017–2020

Referat

■ En sakkunniggrupp som tillsatts av social- och hälsovårdsministeriet kartlade i samarbete med Föreningen för Smärtforskning i Finland rf tillgången till behandling av kronisk smärta och smärta orsakad av cancer. I ljuset av resultaten är de tillgängliga resurserna för behandling av såväl kronisk smärta som cancersmärta i förhållande till behandlingsbehovet otillräckliga. Resultaten visar också att det finns stora regionala skillnader i tillgången till behandling.

I den verksamhetsplan som sakkunniggruppen utarbetat presenteras centrala åtgärder med vilka det skapas jämlika, patientorienterade och högklassiga tjänster för sektorsövergripande och multiprofessionell behandling av kronisk smärta och smärta orsakad av cancer.

Kronisk smärta är ett allvarligt och allmänt problem, som cirka var femte finländare i arbetsför ålder lider av. Målet för behandlingen av utdragen smärta är förutom smärtlindring upprätthållande av funktionsförmågan och förbättring av livskvaliteten. Det är nödvändigt att förbättra framför allt förutsättningarna för basservicen att behandla smärta i enlighet med rekommendationerna. Vid utvecklandet av verksamheten ska man betona åtgärder för att förhindra att smärtan blir kronisk genom att främja sunda levnadsvanor och behandla akut smärta effektivt samt åtgärder för att bibehålla funktions- och arbetsförmågan.

Arbetsförmåga till följd av kronisk smärta orsakar samhället väldigt stora kostnader. År 2013 uppgick kostnaderna för sjukdagpenning och invalidpensioner som utbetalats enbart på grund av ryggsjukdomar till 469 miljoner euro. Förlusten i produktionsinsats var mångdubbel. Effektiv smärtbehandling kan totalekonomiskt vara lönsamt. Betydande besparingar uppnås genom att investera i förebyggande och tidig rehabilitering samt se över verksamhetsmodellerna för basservicen och den specialiserade sjukvården.

Behandling av smärta hos en patient som lider av obotlig cancer är en del av en övergripande symtomatisk behandling. En ändamålsenlig behandling av cancersmärta kan ordnas t.ex. enligt en trestegsmodell för palliativ vård som Europeiska föreningen för palliativ vård rekommenderar. Detta förutsätter att resurser som motsvarar behovet finns tillgängliga.

Förslaget har utarbetats enligt gällande lagstiftning. Arbetsgruppen överlämnar sin rapport till social- och hälsovårdsministeriet för användning vid beredningen av social- och hälsovårdsreformen.

Nyckelord

cancersmärta, långvarig smärta, palliativ vård, smärta, smärtkliniker, smärtmediciner

Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2017:4	Övriga uppgifter
	www.stm.fi/svenska
ISSN-L 2242-0037	Sidoantal
ISSN 2242-0037 (online)	60
ISBN 978-952-00-3850-2	Språk
URN:ISBN:978-952-00-3850-2	svenska
http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3850-2	



SOCIAL- OCH
HÄLSOVÅRDSMINISTERIET

DOCUMENTATION PAGE

Publisher	Date
Ministry of Social Affairs and Health, Finland	24.2.2017
Authors	Commissioned by
Expert Group on Management of Chronic Pain and Cancer Pain	Ministry of Social Affairs and Health
	Date of appointing the organ
	STM086:00/2013

Title of report

National Action Plan for Treatment of Chronic Pain and Cancer Pain for 2017–2020

Summary

■ The Expert Group appointed by the Ministry of Social Affairs and Health has surveyed the availability of pain treatment in Finland. The survey was conducted in cooperation with the Finnish association for pain research, Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry. The results indicate that resources available for the treatment of chronic pain and cancer pain are insufficient with regard to the need for treatment. There are also significant regional differences in the availability of treatment.

The action plan drawn up by the Expert Group presents central measures for establishing equal, patient-centered services of high quality for treating chronic pain and pain caused by cancer. Their proposal is based on a multidisciplinary and multiprofessional approach.

Chronic pain is a serious and common problem. About one in every five Finn of working age is suffering from chronic pain. In addition to relieving pain, the objective of treatment of prolonged pain is to maintain patients' functional capacity and improve their quality of life. The basic service level in particular needs better prerequisites for treating pain in accordance with treatment guidelines. When developing the activities, it is important to emphasise that chronic pain should be prevented by promoting healthy lifestyles, treating acute pain efficiently and maintaining patients' functional capacity and work ability.

Incapacity for work due to chronic pain causes considerable costs to society. The costs of daily allowances and disability pensions due to back illnesses alone amounted to EUR 469 million in 2013. The related loss of production input was manifold. Effective pain treatment can be economically advantageous to society. Significant savings can be reached by investing in prevention and early rehabilitation and by reforming practices in primary care and specialised healthcare.

Pain treatment is included in the overall symptomatic treatment of patients with incurable cancer. Appropriate treatment of cancer pain can be organised for example using the three-tiered model for palliative treatment recommended by the European Association for Palliative Care. This requires resources that correspond to the needs.

This proposal has been drawn up in accordance with current legislation. The Expert Group submits its report to the Ministry of Social Affairs and Health for use in preparing the health and social services reform.

Key words

analgesics, cancer pain, pain, pain clinics, palliative treatment, persistent pain

Reports and Memorandums of the Ministry of Social Affairs and Health 2017:4

Other information

www.stm.fi

ISSN-L 2242-0037

ISSN 2242-0037 (online)

ISBN 978-952-00-3850-2

URN:ISBN:978-952-00-3850-2

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3850-2>

Number of pages

60

Language

English



MINISTRY OF
SOCIAL AFFAIRS AND HEALTH
Finland

SISÄLLYS

Sosiaali- ja terveysministeriölle	7
1 Johdanto	9
1.1 Raportin viitekehys	9
1.2 Syövän aiheuttama kipu ja muu krooninen kipu – miten ne eroavat?	9
2 Krooninen kipu, joka ei aiheudu syövästä	10
2.1 Krooninen kipu	10
2.2 Kroonisen kivun esiintyvyys	11
2.3 Kroonisen kivun riskitekijät ja liitännäissairaudet	11
2.4 Kivun varhainen diagnostiikka	12
2.5 Kroonisen kivun ehkäisy	13
2.6 Kroonisen kivun hoito	13
2.7 Kroonisen kivun diagnostiikkaa ja hoitoa käsittelevät hoitosuositukset	16
2.8 Kroonisesta kivusta kärsivän potilaan kuntoutus	17
2.9 Kroonisen kivun resurssit ja kustannukset	20
2.10 Kroonisen kivun hoitoa koskeva lainsäädännöllinen ohjaus	21
2.11 Hoidon saatavuus ja resurssit perusterveydenhuollossa	22
2.12 Hoidon saatavuus ja resurssit työterveyshuollossa	24
2.13 Krooninen kipu hammaslääketieteessä: kroonisen kasvokivun hoito	25
2.14 Krooninen kipu vanhuspalveluiden asiakkailla	27
2.15 Hoidon saatavuus ja resurssit erikoissairaanhoidossa	29
2.16 Kansainvälisen kivuntutkimusyhdistyksen suositukset kipupoliklinikkatoiminnasta ja niiden toteutuminen Suomessa	30
2.17 Tavoitteet	33
2.18 Toimenpide-ehdotukset	33
3 Syöpään liittyvä kipu	35
3.1 Syöpäkivun esiintyvyys	35
3.2 Syöpäkivun olemus	35
3.3 Syöpäkivun hoitomuodot	36
3.4 Syöpäkivun hoito osana kokonaisvaltaista syöpäpotilaiden palliatiivista hoitoa	36
3.5 Palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa koskevat lait, asetukset ja ohjeistus	36
3.6 Syöpäkivun hoidon järjestäminen palliatiivisen hoidon kolmiportaisessa mallissa	37
3.7 Syöpäkivun ja palliatiivisen hoidon saatavuus	38
3.8 Selvitys nykytilasta	39
3.9 Tavoitteet	40
3.10 Toimenpide-ehdotukset	40
4 Koulutus	42
4.1 Lääketieteen ja hammaslääketieteen peruskoulutus	42
4.2 Yleislääketieteen ja työterveyshuollon erikoistumiskoulutus	42
4.3 Muiden kliinisten lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalojen erikoistumiskoulutus	43
4.4 Kivunhoitolääketieteen erityispätevyys	44
4.5 Hammaslääkäreiden erityispätevyyskoulutusohjelma	45
4.6 Psykologien koulutus kivun hoitoon	45
4.7 Sairaanhoitajien ja fysioterapeuttien kivunhoidon koulutus	46

4.8	Toimenpide-ehdotukset	46
5	Tutkimus	48
6	Kivunhoidon kansallinen toimintasuunnitelma	49
6.1	Toimintasuunnitelman keskeiset tavoitteet alueellisessa järjestämisessä	49
6.2	Tavoitteet koulutuksen osalta	52
6.3	Kroonisen kivun tehokkaan ehkäisyn, hoidon ja kuntoutuksen taloudelliset hyödyt	53
LIITE 1	Kroonisen kivun hoidon kolmiportainen malli ja vähimmäisresurssit	55
LIITE 2	Hoitosuosituksia	57
LIITE 3	Kroonisen ja syövän aiheuttaman kivun hoidon asiantuntijaryhmän kokoonpano 15.12.2013–31.5.2015.....	60

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖLLE

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti asiantuntijaryhmän toimikaudeksi 15.12.2013–31.12.2014 laatimaan kroonisen ja syövän aiheuttaman kivun hoitoa koskevan kansallisen suunnitelman. Toimikautta jatkettiin 31.5.2015 asti. Asiantuntijaryhmän jäsenet on esitelty liitteessä 3.

Asiantuntijaryhmän tehtävänä oli:

1. Kartoittaa kroonisen ja syöpään liittyvän kivun hoidon saatavuus ja olemassa olevat hoitomallit Suomessa.
2. Laatia kroonisen ja syövän aiheuttaman kivun hoitoa koskeva kansallinen suunnitelma monialaisen ja moniammatillisen hoitomallin rakentamiseksi perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon.
3. Laatia kustannusarvio suunnitelman toteuttamiseksi.

Asiantuntijaryhmä kartoitti vuoden 2014 aikana kroonisen ja syöpäkivun hoitoa ja käytettävissä olevia resursseja koko maassa. Työryhmän suunnittelema kysely toteutettiin Webropol-kyselynä yhteistyössä Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry:n kanssa. Kyselyn teknisestä toteutuksesta vastasi tutkimushoitaja Eija Ruoppa.

Asiantuntijaryhmä järjesti 28.10.2014 Hanasaaren kulttuurikeskuksessa seminaarin, johon osallistui 53 sidosryhmien edustajaa eri puolilta Suomea. Seminaarissa esiteltiin kartoituksen alustavia tuloksia ja keskusteltiin työryhmän toimenpide-ehdotuksista kivun hoidon kehittämiseksi.

Asiantuntijaryhmä kokoontui toimikautensa aikana yhteensä 14 kertaa, perusti kaksi jaostoa ja kuuli Eläkevakuutusyhtiö Eteran ylilääkäri Maija Haanpäättä.

Asiantuntijaryhmä pyysi elokuussa 2015 palautetta toimintasuunnitelman luonnokseen kaikilta sairaanhoitopiireiltä, Terveiden ja hyvinvoinnin laitokselta, Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimealta, Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valviralta, Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENELtä, Suomen Kuntaliitolta, Suomen Lääkäriliitolta, Suomen Hammaslääkäriliitolta, Suomen Psykologiliitolta, Suomen Kipu ry:ltä, Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry:ltä, Syöpäjärjestöiltä, Suomen palliatiivisen lääketieteen yhdistykseltä ja Suomen Palliatiivisen hoidon yhdistykseltä. Helmikuussa 2016 palautetta toimintasuunnitelmaan pyydettiin vielä valtakunnalliselta kansanterveystyön johtajaverkostolta. Saatu palaute huomioitiin toimintasuunnitelman viimeistelyssä.

Saatuaan työnsä päätökseen, asiantuntijaryhmä luovuttaa sosiaali- ja terveysministeriölle ehdotuksensa kroonisen ja syöpäkivun hoidon kansalliseksi toimintasuunnitelmaksi.

Helsingissä 31 päivänä tammikuuta 2017

Jaakko Yrjö-Koskinen	Eija Kalso	Tiina Saarto
Maija Pihlajamäki	Riitta Pöllänen	Marjukka Mäkelä
Harriet Finne-Soveri	Katri Hamunen	Tarja Heiskanen
Anna-Maija Koivusalo	Tiina Tasmuth	Tapani Hämäläinen
Nora Hagelberg	Juho Lehto	Olavi Airaksinen
Tom Saariaho	Eeva Rahko	Pirjo Ravaska
Markku Hupli	Paula Poukka	Anna Valjakka
Pekka Mäntyselkä	Vuokko Hägg	Liisa Mikkonen
Liisa Pylkkänen		

1 JOHDANTO

1.1 RAPORTIN VIITEKEHYS

Toimeksiannon mukaisesti tämä raportti käsittelee yleensä kroonisen kivun ja erityisesti myös syövästä aiheutuvan kivun hoidon järjestämistä Suomessa. Koska kivun viitekehys ja potilaiden kipua aiheuttava sairaus, sen hoito ja odotettu elinaika ovat syövän aiheuttamassa kivussa ja muussa kroonisessa kivussa hyvin erilaisia, on nämä kaksi kokonaisuutta käsitelty tässä raportissa erikseen. Koulutus ja tutkimus on kuitenkin käsitelty molempien kokonaisuuksien osalta yhdessä saman otsikon alla. Tässä raportissa otetaan kantaa ainoastaan *aikuispotilaiden* kivun hoidon järjestämiseen.

1.2 SYÖVÄN AIHEUTTAMA KIPU JA MUU KROONINEN KIPU – MITEN NE EROAVAT?

Kipu on syövässä usein ensimmäinen oire, joka johtaa tutkimuksiin. Potilas tulkitsee kipua syöpäsairauden näkökulmasta. Kipu on tärkein oire loppuvaiheen syöpäpotilailla. Fyysistä kipua voimistavat henkinen hätä, pelko ja epäätietoisuus. Loppuvaiheen syöpää sairastavan potilaan hoidossa on ensisijaista oireiden lievittäminen. Vaikean kivun tehokas lievitys edellyttää hoitoon liittyvien suurempien riskien hyväksymistä. Tämän vuoksi kipujen lievityksessä käytetään tarvittaessa kajoaviakin toimenpiteitä, ja kynnys morfiinin kaltaisten voimakkaiden kipulääkkeiden käytölle on matala. Lääkkeellisen hoidon lisäksi psykososiaalinen tuki ja toimiva palliatiivisen hoidon järjestelmä ovat ehdottomia edellytyksiä hoidon onnistumiselle.

Potilailla, joiden syöpä on saatu hoidettua, kivun hoidon tavoitteet ovat samoja kuin muista kuin syövästä aiheutuvien kipujen hoidossa ja kuntoutuksessa. Näiden potilaiden kivut voivat olla seurausta syövän hoidoista (esim. solunsalpaajien, hormonihoitojen ja toimenpiteiden aiheuttamat kivut) tai ne voivat olla syövästä riippumattomia kipuja.

Kroonisen muusta kuin syövästä aiheutuvan kivun hoidossa tavoitteena on hyvä kivun lievitys ja toimintakyvyn ylläpito tai palauttaminen mahdollisimman vähin haitoin. Tämän vuoksi hoitojen hyöty/riski-suhteen on oltava korkea. Näin ollen kajoavia toimenpiteitä ja lääkehoitoja, joihin liittyy epävarman tehon lisäksi vakavia pitkään käyttöön yhdistyviä ongelmia (esim. morfiinin kaltaiset lääkkeet) käytetään vain harvoin ja tarkan harkinnan jälkeen. Kroonisen kivun hoidossa on keskeisenä kuntouttava ja potilasta aktivoiva ote. Potilaan oma rooli on avainasemassa niin psyykkisessä kuin fyysisessäkin kuntoutuksessa.

2 KROONINEN KIPU, JOKA EI AIHEUDU SYÖVÄSTÄ

2.1 KROONINEN KIPU

Kipu on tärkeä aistimus, joka varoittaa elimistöä uhkaavasta vaarasta. Kipu myös opettaa välttämään vahingollisia toimintoja. Kipu määritellään ”epämiellyttäväksi sensoriseksi tai emotionaaliseksi kokemukseksi, johon liittyy mahdollinen tai selvä kudosaivaurio, tai jota kuvataan samalla tavalla” (IASP, International Association for the Study of Pain). **Kipu määritellään krooniseksi**, jos se kestää pitempään kuin mitä sen aiheuttaneen kudosaivaurion tai hermovaurion paraneminen normaalisti edellyttää (1,5–2 kk).

Kipu on tärkeä oire useissa sairauksissa ja se johtaa potilaan hakeutumaan lääkärin tutkimuksiin. Perussairauden löydyttyä, mikäli sairaudelle on tehokas hoito, katoaa kipukin. Aina ei kuitenkaan näin käy, vaan kipu saattaa jäädä osaksi perussairautta tai perussairautta ei (vielä) pystytä diagnosoimaan tai siihen ei ole tehokasta hoitoa. Suurinta osaa kroonisista sairauksista (esim. diabetes) ei voida parantaa, mutta sairauden aiheuttamia oireita voidaan estää tai hoitaa.

Jos perussairautta ei voida parantaa, tulee kivusta itsestään ja siihen liittyvistä seurannaisvaikutuksista keskeinen hoidon ja kuntoutuksen kohde. Koska **kipu mielletään yleensä muun sairauden oireeksi, ei sillä yleensä ole omaa diagnoosia** eräitä poikkeuksia lukuun ottamatta (esim. päänsärky). Tämä **vaikeuttaa kroonisen kivun osuuden arvioimista terveydenhuollon kustannuksissa ja resurssien tarpeessa**. IASP:n aloitteesta kehitteillä olevassa **ICD-11** -tautiluokituksessa tullaan huomioimaan kipu nykyistä selkeämmin. Potilaan oireiden lasti (kipu, unettomuus, masennus) määrittelee toimintakyvyn, ei niinkään taustalla oleva diagnoosi.

Krooninen kipu jaetaan yleensä kolmeen ryhmään:

1. kudosaivuriosta aiheutuvaan kipuun (esim. nivelrikko)
2. hermovaurion aiheuttamaan kipuun
 - ääreishermoston vaurion aiheuttamat kiputilat (esim. diabetekseen liittyvä ääreishermovaurio)
 - keskushermoston aiheuttamat kiputilat (esim. aivoinfarktin aiheuttama kipu)
3. toistaiseksi tuntemattomasta syystä aiheutuvaan kipuun (esim. fibromyalgia)

Pitkäaikainen voimakas kipu muovaa keskushermoston toimintaa. Nykynäkemyksen mukaan kroonista kipua pitää yllä ääreiskudoksen tai hermoston vaurio. Jatkuva kipuviesti johtaa mm. aivojen harmaan aineen toiminnallisen tilavuuden supistumiseen kivun käsittelyyn osallistuvilla alueilla. Aivoihin syntyy myös uusia hermoveikkoja, joiden vahvistuminen edistää edelleen kroonisen kivun kehittymistä. Jos kipua aiheuttava kudosaivurio voidaan täysin poistaa (esim. vaihtamalla tuhoutunut nivel tekoniveleeseen), palautuu yleensä suurin osa keskushermoston muutoksista. Kuitenkin osalla potilaista kipua aiheuttavan tekijän poistaminen ei enää pysty vaikuttamaan aivojen toiminnan palautumiseen. Ongelma on siirtynyt lähtökohdastaan keskushermostoon. Tällöin kroonista kipua voidaan pitää keskushermoston sairautena.

Koska pitkäaikaisen kivun taustalla olevaa sairautta ei usein voida parantaa tai koska kivun aiheuttajaa ei tunneta, keskittyy kivun hoitaminen usein kroonisen kivun lievitykseen ja sen seurannaisvaikutusten estoon ja hoitoon. Seurannaisvaikutuksia ovat mm. unettomuus, masennus, ahdistus, kognitiiviset häiriöt (keskittymisvaikeudet, muistiongelmat), liikunnan puute ja ylipainon kehittyminen.

2.2 KROONISEN KIVUN ESIINTYVYYS

Eurooppalaisen (15 maata) puhelinhaastattelututkimuksen mukaan 19 % aikuisista kärsi vähintään kuusi kuukautta kestäneestä kivusta [1]. **Suomalaisen väestötutkimuksen mukaan 35 % aikuisista oli kokenut vähintään kolme kuukautta kestänyttä kipua; päivittäisen kroonisen kivun esiintyvyys oli 14 %** [2]. Samassa tutkimuksessa kroonisella kivulla oli vahva yhteys huonoon itse arvioituun terveyteen. Aikaisemman tutkimuksen mukaan 40 % terveyskeskuslääkärikäynneistä tehtiin kivun vuoksi, ja kroonisen kivun arvioitiin olevan syynä noin 10 %:iin käynneistä [3]. WHO:n tutkimuksessa kroonista kipua esiintyi 23 %:lla perusterveydenhuollossa tutkituista potilaista, joista vuoden seurannan jälkeen kroonista kipua oli edelleen 49 %:lla [4]. Helsingin kaupungin työntekijöillä kroonista kipua todettiin olevan runsaalla neljäsosalla. Toimintakykyä haittaavan kroonisen kivun esiintyvyys oli naisilla 7 % ja miehillä 5 % [5].

Kroonisista kivuista suurin osa johtuu tuki- ja liikuntaelinsairauksista (TULES). Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan **kymmenesosalla aikuisista on krooninen selkäoireyhtymä**. Kroonisesta niskaoireyhtymästä, polvinivelrikosta tai lonkkanivelrikosta kärsii vähintään 5 % aikuisista [6]. Iskiaskipua oli ollut lähes 40 %:lla aikuisista ja heistä joka toisella oli ollut yli viisi iskiaskipujaksoa. Fibromyalgian esiintyvyys väestössä on 2 % [7]. Tuoreen systemaattisen katsauksen mukaan kipua, jossa on hermovauriolla tunnusomaisia piirteitä, esiintyy 7–10 %:lla väestössä [8].

Viitteet:

1. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain* 2006;10:287-333.
2. Mäntyselkä PT, Turunen JH, Ahonen RS, Kumpusalo EA. Chronic pain and poor self-rated health. *JAMA* 2003;290:2435-42.
3. Mäntyselkä P, Kumpusalo E, Ahonen R, Kumpusalo A, Kauhanen J, Viinamäki H, Halonen P, Takala J. Pain as a reason to visit the doctor: a study in Finnish primary health care. *Pain* 2001;89:175-80.
4. Gureje O, Simon GE, Von Korff M. A cross-national study of the course of persistent pain in primary care. *Pain* 2001;92:195-200.
5. Saastamoinen P, Leino-Arjas P, Laaksonen M, Lahelma E. Socio-economic differences in the prevalence of acute, chronic and disabling chronic pain among ageing employees. *Pain* 2005;114:364-71
6. Kaila-Kangas L, ed. Musculoskeletal disorders in Finland. Results of the Health 2000 Survey. Publications of the National Public Health Institute, B 25 / 2007.
7. Mikkelsen M. Reumataudit ja fibromyalgia. Kirjassa: Arokoski J, Alaranta H, Pohjolainen T, Salminen J, Viikari-Juntura E, toim. Fysiatritia. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 2009, s. 329-341.
8. van Hecke O, Austin SK, Khan RA, Smith BH, Torrance N. Neuropathic pain in the general population: a systematic review of epidemiological studies. *Pain* 2014;155:654-62.

2.3 KROONISEN KIVUN RISKITEKIJÄT JA LIITÄNNÄISSAIRAUDET

Krooniseen kipuun liittyviä tekijöitä ovat eri tutkimuksissa olleet naissukupuoli, ikä (vanhemmilla enemmän), alempi sosioekonominen luokka, maantieteelliset ja kulttuuriset taustatekijät, työtilanne ja työhön liittyvät tekijät [1, 2]. Näiden lisäksi kivun kroonistumiseen liittyneitä tekijöitä ovat huono terveys, aikaisempi kipu, kivun voimakkuus ja kipualueiden määrä sekä perheen kipuhistoria. Masennus, ahdistuneisuus ja terveyskäyttäytyminen (passiivinen pärjäämisstrategia) lisäävät riskiä kivun kroonistumiseen [1,2]. Viimeaikaisten tutkimusten mukaan myös elintavat sekä sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijät (tupakointi, metabolinen oireyhtymä, lihavuus) altistavat kroonisille tuki- ja liikuntaelinkivuille [3-7]. Uudet tutkimukset ovat voineet liittää myös tiettyjä geneettisiä tekijöitä kroonisen kivun riskiin [1,2].

Erityisesti ikääntyneillä henkilöillä on yhtä aikaa monia kroonisia sairauksia ja kroonista kipua. Australialaisen tutkimuksen mukaan 26 %:lla väestöstä oli vähintään kaksi muuta pitkäaikaista vai-vaa tai sairautta, jotka olivat yhteydessä krooniseen kipuun [8]. Saman tutkimuksen mukaan ahdistuneisuus tai masentuneisuus lisäsivät kroonisiin TULES-vaivoihin liittyvää kivun raportointia. Krooninen kipu ja masennus liittyvät vahvasti toisiinsa [9]. Masennus ja uniongelmat (uniongelmat myös ilman masennusta) ovat yhteydessä vaikea-asteisimpaan kipuun liittyvään toimintakyvyn alenemiseen [10].

Viitteet:

1. Smith BH, Macfarlane GJ, Torrance N. Epidemiology of chronic pain, from the laboratory to the bus stop: time to add understanding of biological mechanisms to the study of risk factors in population-based research? *Pain* 2007;127:5-10.
2. van Hecke O, Torrance N, Smith BH. Chronic pain epidemiology and its clinical relevance. *Br J Anaesth* 2013;111:13-8.
3. Ray L, Lipton RB, Zimmerman ME, Katz MJ, Derby CA. Mechanisms of association between obesity and chronic pain in the elderly. *Pain* 2011;152:53-9.
4. Rechart M, Shiri R, Karppinen J, Jula A, Heliövaara M, Viikari-Juntura E. Lifestyle and metabolic factors in relation to shoulder pain and rotator cuff tendinitis: a population-based study. *BMC Musculoskelet Disord* 2010;11:165.
5. Shiri R, Karppinen J, Leino-Arjas P, Solovieva S, Viikari-Juntura E. The association between smoking and low back pain: a meta-analysis. *Am J Med* 2010;123:87.e7-35.
6. Viikari-Juntura E, Shiri R, Solovieva S, Karppinen J, Leino-Arjas P, Varonen H, Kalso E, Ukkola O. Risk factors of atherosclerosis and shoulder pain--is there an association? A systematic review. *Eur J Pain* 2008;12:412-26.
7. Shiri R, Karppinen J, Leino-Arjas P, Solovieva S, Varonen H, Kalso E, Ukkola O, Viikari-Juntura E. Cardiovascular and lifestyle risk factors in lumbar radicular pain or clinically defined sciatica: a systematic review. *Eur Spine J* 2007;16:2043-54.
8. Dominick CH, Blyth FM, Nicholas MK. Unpacking the burden: understanding the relationships between chronic pain and comorbidity in the general population. *Pain* 2012;153:293-304.
9. Linton SJ, Bergbom S. Understanding the link between depression and pain. *Scand J Pain* 2011;2:47-54.
10. Wilson KG, Eriksson MY, D'Eon JL, Mikail SF, Emery PC. Major depression and insomnia in chronic pain. *Clin J Pain*. 2002 Mar-Apr;18(2):77-83.

2.4 KIVUN VARHAINEN DIAGNOSTIIKKA

Koska kipu on yleensä johonkin perussairauteen liittyvä ensisijainen oire (esim. kudosten hapenpuute valtimoahtaumataudeissa, tulehdus nivelrikossa, syöpäsairaudet), tehdään erotusdiagnostiset tutkimukset perusterveydenhuollossa/työterveyshuollossa ja tarvittavat jatkotutkimukset vastaavan erikoisalan toimesta.

Hermovauriokivun diagnostiikassa saatetaan kliinisen tutkimuksen lisäksi tarvita erikoissairaanhoidossa tehtäviä kliinisen neurofysiologian tutkimuksia kuten lihassähkö tutkimus (ENMG), kvantitatiiviset tuntokynnysmittaukset (QST) sekä herätevastetutkimukset.

Usean kroonisen kiputilan aiheuttavaa mekanismia ei tunneta (esim. pitkittyneet niska- ja selkäkiput, fibromyalgia, purentaelimistön toimintahäiriö). Niiden tausta on monitekijäinen koostuen mahdollisen alkuvaiheen kudos- tai hermovaurion lisäksi elämän stressitilanteista, elimistön kivunhallintajärjestelmän vajaatoiminnasta sekä erheellisistä kognitiivisista prosesseista. Pitkäaikaisen

paikallisen kivun (erityisesti niska- ja selkäkivun sekä päänsäryn) on osoitettu ennakoivan kipualueen laajenemista ja kipuoireen vahvistumista.

Kipuongelman diagnostiikka edellyttää kipuoireen voimakkuuden ja muiden ominaisuuksien (alue, tyyppi, seurannaisilmiöt) arviointia. Lisäksi selvitetään kivun vaikutukset toimintakykyyn ja mielialaan (ahdistus, masennus), potilaan omat kivunhallintakeinot sekä kivun kroonistumista ylläpitävät tai kivusta kuntoutumista estävät tekijät. Kroonisen kipupotilaan tutkimukseen kuuluu usein myös psykologin ja fysioterapeutin arvio. ***Kroonisen kivun diagnostiikassa korostuu potilaan kokonaisvaltainen ymmärtäminen.***

Kipua aiheuttavan syyn (esim. hermovaurio) ja kivun pitkittymistä edistävien tekijöiden varhainen havaitseminen ja niihin puuttuminen ovat kivun pitkittymisen eston kannalta keskeisiä. Perusterveydenhuollolla ja työterveyshuollolla on tässä erittäin tärkeä tehtävä ja niillä tulee olla tähän tarvittavat valmiudet: potilas pääsee vastaanotolle viiveettä, lääkäri tai hammaslääkäri on riittävä ammattitaito havaita kivun kroonistumiseen viittaavat tekijät ja käytettävissään moniammatillinen työryhmä (esim. fysioterapeutti ja psykologi) sekä hyvät konsultaatiomahdollisuudet erikoissairaanhoidon. Kivun kroonistumisen riskiä lisääviin psykososiaalisiin tekijöihin suunnattu varhaiskuntoutus tulisi käynnistää ennen kuin kipuongelma on pitkittynyt. Tämän vuoksi myös perusterveydenhuollossa tulee olla kivun psykologiaan ja terveystieteeseen perehtyneitä psykologeja.

2.5 KROONISEN KIVUN EHKÄISY

Akuutin kivun tehokas hoito, erityisesti riskiryhmiin kohdistuva varhainen hoito ja kuntoutus sekä esim. hermovaurion diagnostisointi ovat keskeisiä kivun kroonistumisen ehkäisyssä.

Kroonisen kivun ehkäisemiseksi hoidon ja kuntoutuksen tulisi alkaa 1–2 kk:n kuluessa kipuoireen syntymisestä. Tutkimusten mukaan yli 3 kk:n sairausloma ennustaa merkittävästi pysyvää työkyvyttömyyttä.

Kroonista, toimintakykyä haittaavaa kipua kokevilla henkilöillä on usein todettavissa kivun pitkittymiseen vaikuttavia psykososiaalisia riskitekijöitä kuten ahdistuneisuutta, kivun pelkoa tai taipumuksena tulkita oireilu suhteettoman vakavaksi tilanteeseen nähden. Näiden riskitekijöiden varhainen kartoitus auttaa tunnistamaan potilaita, joiden kipuongelma on vaarassa kroonistua ja jotka tarvitsevat kipuongelmansa moniammatillista selvittelyä ja kuntoutusotetta. Kartoituksen pohjalta räätälöidyt, riskitekijöihin kohdennetut psykososiaaliset varhaiskuntoutustoimet voivat ehkäistä kivun kroonistumista.

Kroonisen kivun ehkäisyssä on kansalaisilla itsellään tärkeä osuus terveiden elämäntapojen noudattamisessa mukaan lukien riittävä liikunta, uni, painonhallinta, ravinto, sekä tupakoimattomuus ja päihitteettömyys.

2.6 KROONISEN KIVUN HOITO

Kroonisen kivun hoito koostuu lääkkeistä, stimulaatiohoidoista sekä psykologisista ja fysioterapeuttisista hoito- ja kuntoutusmenetelmistä. Kroonisen kivun hoidossa ja kuntoutuksessa käytetään harvoin mitään yksittäistä menetelmää. ***Toimivimmaksi lähestymistavaksi on osoittautunut monialainen ja moniammatillinen potilaan arviointi ja hoito.*** Moniammatillinen lähestyminen hyödyntää lääketieteen eri erikoisalojen ja eri ammattiryhmien osaamista. Potilaan pitkäaikaisen hoidon ohjauksessa ja koordinaatiossa on kuitenkin hyödyksi, että hoitovastuu on selkeästi yhdellä ammattilaisella, johon potilas saa helposti yhteyden. Hoitovastuu on aina lääkäriä, joka voi yhdessä esim. fysioterapeutin, sairaanhoitajan tai työterveyshoitajan kanssa toimia tällaisena ammattilaisena.

Monialainen kipuklinikkatoiminta on todettu vaikuttavaksi. Keskimäärin potilaat hyötyvät monialaisesta kipuklinikkatoiminnasta elämänlaatumittarilla (15D) arvioituna merkittävästi. Osa potilaista saa erittäin suuren hyödyn kun taas osa ei hyödy hoidosta laisinkaan. Syitä erilaiseen vasteeseen selvitetään paraikaa menossa olevassa kansallisessa tutkimuksessa.

Lääkkeet

Lääkkeillä on tärkeä osuus kroonisen kivun hoidossa ja osittain ehkäisyssäkin. Kipulääkkeiden teho vaihtelee eri potilaiden ja kiputilojen välillä erittäin hyvästä vasteesta olemattomaan. Kipulääkityksen avulla pyritään myös mahdollistamaan muiden hoitomenetelmien toteutuminen ja potilaan sitouttaminen hoitoon.

Kroonisen kivun hoidossa käytetään kudonvauriosta aiheutuvassa kivussa parasetamolia, tulehduskipulääkkeitä ja heikkoja morfiinin tapaan vaikuttavia kipulääkkeitä. Hermovauriokivun lievityksessä käytetään lääkkeitä, joita on totuttu käyttämään lähinnä masennuksen tai epilepsian hoidossa (esim. amitriptyliini, nortriptyliini, duloksetiini, venlafaksiini, gabapentiini, pregabaliini, karbamatsipiini). Näillä lääkkeillä tehostetaan puutteellisesti toimivan kivunsaätelyjärjestelmän toimintaa (esim. kaksoisvaikutteiset masennuslääkkeet) tai hillitsemään yliärtyneitä kipureseptoreita (esim. trisykliset masennuslääkkeet ja epilepsian hoidossa käytettävät lääkkeet). Esimerkiksi tehokkaimpiin hermovauriokivun lääkkeisiin kuuluvat pitkään käytössä olleet trisykliset masennuslääkkeet ovat hyvin halpoja. Uusien lääkkeiden kustannukset ovat suurempia.

Morfiinin tapaisten lääkkeiden pitkäaikaiseen käyttöön liittyvien vakavien haittojen vuoksi niiden käyttöön kroonisen kivun hoidossa suhtaudutaan kriittisesti.

Paikallisesti vaikuttavia hermovauriokivun lääkkeitä ovat mm. kapsaisiinikalvo sekä puudutekalvo. Jälkimmäistä saa Suomessa ainoastaan erityisluvalla. Erikoissairaanhoidossa käytetään lisäksi muita harvinaisempia lääkkeitä, joista yksittäiset potilaat voivat saada merkittävän avun.

Kehitteillä on uusia kipulääkkeitä, joiden vaikutusmekanismi poikkeaa täysin edellä mainituista.

Puudutuksilla on vain lyhytaikainen vaikutus kroonisen kivun hoidossa.

Stimulaatiohoidot

Akupunktion teho kroonisen kivun hoidossa on epäselvä, mutta monet potilaat kokevat hyötyvänsä siitä. Sama pätee **TNS**-hoitoon eli ihon kautta tapahtuvaan hermoärsytykseen. **Selkäytimen taka-juosteiden stimulaatio** on kallis ja kajoava hoitomuoto. Pysyvä stimulaattori asetetaan koestimulaatiojakson jälkeen. Noin puolet pysyvän stimulaattorin saaneista saa merkittävän kivunlievityksen (pystyvät vähentämään kipulääkkeiden käyttöä). Uutena hoitomenetelmänä on otettu käyttöön **aivo-kuoren magneettistimulaatio (TMS)**, jota toteutetaan kliinisen neurofysiologian yksiköissä. Stimulaatiohoitojen vaikuttavuudesta on julkaistu tuore katsaus. Tämän hoitomuodon indikaatiot ja parhaiden stimulaatioprotokollien määrittäminen vaativat kuitenkin lisätutkimusta.

Lähteitä:

1. Finnerup NB ym Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults. a systematic review and meta-analysis. *Lancet Neurology* 2015;14:162-173.
2. Heiskanen T, Roine RP, Kalso E. Multidisciplinary pain treatment – which patients do benefit?
3. *Scand J Pain* 2012;3:201-207.).
4. Lefaucheur JP y, Evidence-based guidelines on the therapeutic use of repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS). *Clin Neurophysiol* 2014,125.2150-206.
5. Moore A, Derry S, Eccleston C, Kalso E. Expect analgesic failure; pursue analgesic success. *BMJ* 2013; 346:F2690.

Psykologiset ja psykoterapeuttiset menetelmät

Kipupotilaan psykologinen ja psykoterapeuttinen hoito toteutetaan yksilö- tai ryhmähoitona. Eniten tutkittuja menetelmiä ovat kognitiivisen psykoterapian eri sovellukset, kuten kognitiivis-behavioraalinen lähestymistapa sekä hyväksymis- ja omistautumisterapia. Psykologisia kivunhallintamenetelmiä ovat esim. sovellettu rentoutus, mielikuvaharjoitukset, tietoisien läsnäolon harjoitukset, kivun kanssa selviytymistä haittaavien kielteisten uskomusten tunnistaminen ja muokkaaminen sekä jämähäyden harjoittelu. Kivun kroonistumisen ennaltaehkäisemiseksi on kehitetty ryhmämuotoinen, kognitiivis-behavioraaliseen viitekehykseen perustuva kuuden kerran hoitomalli.

Lähteitä:

1. Linton SJ. Cognitive-Behavioral Therapy in the Early Treatment and Prevention of Chronic Pain: A Therapist's Manual for Groups. Örebro: 2000.
2. Linton SJ, Nordin E. A five-year follow-up evaluation of the health and economic consequences of an early cognitive-behavioral intervention for back pain: a randomized controlled trial. *Spine* 2006; 31: 853-858.
3. Morley S, Williams A, Eccleston C. Examining the evidence about psychological treatments for chronic pain: Time for paradigm shift. *Pain* 2013; 154: 1929-1931. Veehof M, Oskam M-J, Schreurs, K, Bohlmeijer ET. Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: A systematic review and meta-analysis. *Pain* 2011; 152: 533-542.

Fysio- ja toimintaterapeuttiset menetelmät

Fysioterapian tavoitteina on ylläpitää ja parantaa potilaan kokonaistoimintakykyä. Fysioterapeutit tukevat potilaiden riittävää aktiivisuutta sekä liikkuvuuden ja lihasvoiman säilyttämistä kivusta huolimatta. Yksittäisten nikamien ja nivelten liikehäiriöissä voidaan hyödyntää manuaalisia terapiamahdollisuuksia. Laajempien liikeketjumallien häiriöissä (mm. krooniset selkäkipupotilaat) pyritään opettamaan tilalle korjaavia malleja. Monille kroonisille kipupotilaille soveltuvat hyvin psykofyysisen fysioterapian tekniikat, joissa huomioidaan potilaan tilanne kokonaisvaltaisesti. Fysioterapeutti voi myös hyödyntää eräitä fysikaalisen lääketieteen keinoja ja yhdistää niitä liike- ja liikuntahoitoihin. Näitä ovat mm. ihon kautta tapahtuva hermoärsytys (TNS) ja muut sähköiset kivunhallinnan menetelmät, biopalaute-tekniikat sekä eräät ärsytyshoitotekniikat.

Peili- ja karaisuterapiaa voidaan käyttää fysio- tai toimintaterapeutin ohjauksessa. Tietyissä tilanteissa myös painevaatteita voidaan käyttää osana kroonisen kivun hallintaa.

Lähteitä:

1. Kroll HR. Exercise Therapy for Chronic Pain. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2015 May;26(2):263-281. doi: 10.1016/j.pmr.2014.12.007. Epub 2015 Feb 21.
2. Marley J, Tully MA, Porter-Armstrong A, Bunting B, O'Hanlon J, McDonough SM. A systematic review of interventions aimed at increasing physical activity in adults with chronic musculoskeletal pain—protocol. *Syst Rev*. 2014 Sep 19;3.
3. Hidalgo B, Detrembleur C, Hall T, Mahaudens P, Nielens H. The efficacy of manual therapy and exercise for different stages of non-specific low back pain: an update of systematic reviews. *J Man Manip Ther*. 2014 May;22(2):59-74
4. Wells C, Kolt GS, Marshall P, Hill B, Bialocerkowski A. The effectiveness of Pilates exercise in people with chronic low back pain: a systematic review. *PLoS One*. 2014 Jul 1;9

2.7 KROONISEN KIVUN DIAGNOSTIIKKA JA HOITOA KÄSITTELEVÄT HOITOSUOSITUKSET

Näyttöön perustuvilla hoitosuosituksilla pyritään parantamaan kivun hoidon laatua ja vähentämään eroja alueellisissa hoitokäytännöissä. Pitkäaikaisen kivun hoitoa käsitellään useissa Käypä hoito- ja muissa näyttöön perustuvissa hoitosuosituksissa (2-8). *Kipua käsittelevä Käypä hoito -suositus valmistui vuoden 2015 lopussa*. Eräistä pitkäaikaisen kivun hoitomuodoista kuten morfiinin kaltaisista vahvoista kipulääkkeistä ja selkäydinstimulaatiohoidosta on olemassa suositukset (9,10). Katvealueita suomenkielisissä hoitosuosituksissa esimerkiksi vanhusten kivun hoidon alueella paikkaavat eurooppalaiset hoitosuositukset (11,12). Iso-Britannian, Skotlannin ja Ruotsin pitkäaikaisen kivun hoitoa ja kuntoutusta käsittelevissä *suosituksissa korostuvat moniammatillinen näkökulma ja kuntouttava hoito-ote* (13-15).

Viitteet:

1. Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2010. 2. korjattu painos (2014) Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä 2010:31
2. Alaselkäkipu (online). Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Fysioterapeuttien yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014 (viitattu 21.11.2014). Saatavilla Internetissä: www.kaypahoito.fi
3. Käden ja kyynärvarren rasitussairaudet (online). Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Työterveyslääkäriyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2013 (viitattu 21.11.2014). Saatavilla Internetissä: www.kaypahoito.fi
4. Migreeni (online). Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologinen Yhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2008 (viitattu 21.11.2014). Saatavilla Internetissä: www.kaypahoito.fi
5. Niskakipu (online). Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Societas Medicinæ Physicalis et Rehabilitationis Fenniae ry:n ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2009 (viitattu 21.11.2014). Saatavilla Internetissä: www.kaypahoito.fi
6. Polvi- ja lonkkanivelriikko (online). Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ortopedi yhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014 (viitattu 21.11.2014). Saatavilla Internetissä: www.kaypahoito.fi
7. Purentaelimistön toimintahäiriöt (TMD) (online). Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Hammaslääkäriseura Apollonia ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2013 (viitattu 21.11.2014). Saatavilla Internetissä: www.kaypahoito.fi
8. Neuropaattisen kivun hoito-opas. Duodecim Lääkärin tietokannat. http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=neuropaattinen%20kipu
9. Opioidit pitkäkestoisessa kivussa. Kalso E, Paakkari P, Forsell M. Lääkelaitos 2009, 2. uudistettu painos. http://www.fimea.fi/download/17160_opioidit-opas.pdf
10. Selkäydinstimulaatio vaikean neuropaattisen kivun ja paikallisen kipuoireyhtymän hoidossa. Katsaus, johon suositus perustuu: Paavola M, Haanpää M, Kärkkäinen M, Pälvimäki E, Blom M, Malmivaara A. Selkäydinstimulaatio vaikean neuropaattisen kivun ja monimuotoisen paikallisen kipuoireyhtymän hoidossa. Suomen Lääkärilehti 2009;64(13):1243–1251
11. Guidance on the management of pain in older people. Abdulla A, et al. British Geriatric Society. Age Ageing. 2013 Mar;42 Suppl 1:i1-57
12. EULAR evidence-based recommendations for the management of fibromyalgia syndrome. Carville SF, et al. EULAR. Ann Rheum Dis. 2008 Apr;67(4):536-41
13. Guidelines for Pain Management Programmes for adults. An evidence-based review prepared on behalf of the British Pain Society, 2013

14. Management of chronic pain. SIGN 136, Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2013
15. Rehabilitering vid långvarig smärta. SBU • Statens beredning för medicinsk utvärdering 2010

2.8 KROONISESTA KIVUSTA KÄRSIVÄN POTILAAN KUNTOUTUS

Kuntoutuminen on yksilöllinen muutos-, kasvu- ja oppimisprosessi, jonka tavoitteena on saavuttaa optimaalinen toimintakyky ja löytää keinoja elämässä selviytymisen tueksi. Kuntoutuksella pyritään edistämään toimintakykyä, itsenäistä selviytymistä, hyvinvointia, osallistumismahdollisuuksia ja työllistymistä.

Kuntoutusta voidaan toteuttaa monella eri tasolla (lääkinnällinen, ammatillinen, sosiaalinen, kasvatuksellinen). Lääkinnällisellä kuntoutuksella pyritään korjaamaan ja parantamaan fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä.

Kipukuntoutus

Kipukuntoutus on moniammatillista toimintaa, jota voidaan järjestää polikliinisesti avohoitona tai kuntoutuslaitoksessa. Kuntoutukseen pääsemiseksi tarvitaan niin julkisessa kuin yksityisessäkin terveydenhuollossa usein lääkärin lähete ja haettaessa Kelan tai vakuutusyhtiön kautta harkinnanvaraista kuntoutusetuutta lääkärin tekemä B- tai E-lausunto.

Kipukuntoutuksen tavoitteita ovat:

1. tukea kuntoutujaa hyväksymään, että kaikkea pitkäaikaista kipua ei voida parantaa
2. parantaa kuntoutujan selviytymistä kivun kanssa arjessa ja työssä ja edistää yleistä toimintakykyä
3. tukea potilaan omia kivunhallintakeinoja

Pitkittynyt kipu rajoittaa toimintakykyä ja heikentää monella tavoin elämänlaatua. Kipukierre johtaa usein unihäiriöihin, mielialan laskuun, uupumiseen ja sosiaalisen elämän rajoittumiseen. Kivun pelko muuttaa ajattelu- ja toimintamalleja. Elämän hallinnan tunne katoaa.

Kipukuntoutus keskittyy varsinaisen kivun lievittämisen sijasta kroonisen kivun aiheuttamiin seurannaisilmiöihin, kuten kivun pelkoon. Näitä seurannaisilmiöitä ovat kivun pelon lisäksi masentuneisuus, ahdistus, heikentynyt yleis- ja lihaskunto, alentunut niveljärjestelmän tai sen osan liikkuvuus jne.

Kivun pitkittymiseen vaikuttavat psykososiaaliset riskitekijät ja niihin kohdennettu kuntoutus

Pitkäkestoinen kipu on väestötasolla yleinen ongelma, mutta vain osalle kehittyy toimintakykyä haittaava krooninen kipuongelma [1]. Yleisesti ottaen kroonista, toimintakykyä haittaavaa kipua kokevilla henkilöillä on usein todettavissa kivun pitkittymiseen vaikuttavia psykososiaalisia riskitekijöitä kuten ahdistuneisuutta ja kivun pelkoa [2]. Näiden riskitekijöiden varhainen kartoitus kyse-lylomakkeen avulla auttaa tunnistamaan potilaita, joiden kipuongelma on vaarassa kroonistua ja jotka tarvitsevat kipuongelmansa moniammatillista selvittelyä ja kuntoutusotetta [3,4,5]. Kartoituksen pohjalta räätälöidyt, riskitekijöihin kohdennetut psykososiaaliset varhaiskuntoutustoimet voivat ehkäistä sekä kivun kroonistumista että työ- ja toimintakykyongelmia, ja pitkällä tähtäimellä säästää yhteiskunnan varoja [6,7,8].

Käytettävissä ei ole luotettavaa arviota siitä, kuinka suuri osa kaikista perusterveydenhuollon kipupotilaista tarvitsee psykososiaalisiin riskitekijöihin suunnattua kuntoutusta. Kyse voisi kuitenkin

olla noin neljäosasta perusterveydenhuollon kipupotilaista [9]. Purentaelimistön toimintahäiriökivun osalta riskipotilaiden osuus perusterveydenhoidossa on 12 % [10]. Kivun ollessa akuuttia, kuntoutusta tarvitsevien osuus on oletettavasti huomattavasti tätä pienempi.

Terveydenhuollon menetelmiä arvioiva Finohta teki vuonna 2016 järjestelmällisen kirjallisuuskatsauksen psykososiaalisiin riskitekijöihin perustuvien interventioiden vaikuttavuudesta tuki- ja liikuntaelinsairauksien kivun (TULES-kivun) ehkäisyssä ja varhaisessa kuntoutuksessa [11]. Katsauksessa psykososiaalisiin riskitekijöihin perustuvat interventiot määriteltiin tarkoittavan moniammatillista kuntoutusta, jossa huomioidaan psykologia, sosiaalisia tai työpaikkaan liittyviä tekijöitä. Varhainen moniammatillinen kuntoutus määriteltiin alkavaksi 1–12 kuukautta kivun ilmaantumisesta.

Kirjallisuuskatsaus osoitti, että varhaisen moniammatillisen kuntoutuksen vaikutusta kipupotilaiden työkykyyn, sairauspoissaoloihin ja muihin työllisyyden mittareihin on tutkittu melko niukasti. Moniammatillinen kuntoutus antoi joillakin käytetyistä mittareista ja asetelmista parempia tuloksia TULES-kipupotilailla kuin vertailuhoidot. Suurissa, yli sadan potilaan tutkimuksissa eroja ei sen sijaan tullut esiin. Kuntoutuksen optimaalista ajoitusta ja siitä eniten hyötyviä potilasryhmiä ei voitu tutkimusten perusteella määritellä.

Potilasryhmät, tutkitut interventiot ja käytetyt tulosmittarit vaihtelivat niin paljon, että meta-analyysiin soveltuvaa aineistoa ei ollut. Moniammatillisen kuntoutuksen käsite ja toteutustavat ovat muuttuneet vuosien mittaan, ja vertailukohteena oleva ”tavanomainen hoito” sisälsi yhä enemmän moniammatillisia elementtejä. Etenkin uusimmissa tutkimuksissa moniammatillinen kuntoutusote on normaali hoitotapa. Tämä voi osaltaan selittää sen, ettei selkeää eroa synny moniammatillisen ja tavanomaisen kuntoutuksen (jossa on mukana myös moniammatillisia aineksia) välille.

Viitteet:

1. Saastamoinen P, Leino-Arjas P, Laaksonen M, Lahelma E. Socio-economic differences in the prevalence of acute, chronic and disabling chronic pain among ageing employees. *Pain* 2005;114:364-71.
2. Nicholas MK, Linton SJ, Watson PJ, Main CJ. Early identification and management of psychological risk factors (“Yellow Flags”) in patients with low back pain: a reappraisal. *Phys Ther.*2011;91:737.
3. Linton SJ, Hallden K. Can we screen for problematic back pain? A screening questionnaire for predicting outcome in acute and subacute low back pain. *Clin J Pain.* 1998;14:209–15.
4. Boersma K, Linton SJ. Screening to identify patients at risk. Profiles of psychological risk factors for early intervention. *Clin J Pain.* 2005;21:38–43.
5. Linton SJ, Boersma K. Early identification of patients at risk of developing a persistent back problem: the predictive validity of the Orebro Musculoskeletal Pain Questionnaire. *Clin J Pain.* 2003;19:80–6.
6. Bergbom, S, Boersma K, Linton SJ. When matching fails. Understanding the Process of Matching Pain-Disability Treatment to Risk Profile. *J Occup Rehab.* 2014.
7. Bergbom S, Boersma K, Linton SJ. Both early and late changes in psychological variables relate to treatment outcome for musculoskeletal pain patients at risk for disability. *Behav Res Ther.* 2012;50:726–34.
8. Linton SJ, Nordin E. A 5-year follow-up evaluation of the health and economic consequences of an early cognitive behavioral intervention for back pain: a randomized, controlled trial. *Spine.* 2006;31:853-8.
9. Hill JC, Whitehurst DGT, Lewis M, Bryan S, Dunn KM, Foster NE, et al. Comparison of stratified primary care management for low back pain with current best practice (STarT Back): a randomized controlled trial. *Lancet.* 2011;378:1560–71.
10. Kotiranta U, Suvinen T, Kauko T, Le Bell Y, Kempainen P, Suni J, Forssell H. Subtyping patients with temporomandibular disorders in a primary health care setting on the basis of the Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders Axis II Pain-Related Disability: A step toward tailored treatment planning? *J Oral Facial Pain Headache.* 2015;29: 126-134.

11. Mäkelä M, Saalasti-Koskinen U, Saijonkari M, Isojärvi J, Lampe K. TULES-kivun varhaisen moniammatillisen kuntoutuksen vaikutus työkykyyn, Järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus. Finohtan arviointiseloste 2/2016.

Millaista fyysistä kuntoutusta kroonisille kipupotilaille?

Potilaan pelkojen ja ennakkokäsitysten realistinen ymmärtäminen ja tarvittaessa lääkehoito mahdollistavat potilaiden fyysisen kuntouttamisen.

Lukuisat tutkimukset ovat osoittaneet, että kroonisen selkävivun kuntoutuksessa riittävän aktiivinen liikunta ja biopsykososiaalisella työotteella tuettu lihasharjoittelu, ovat vaikuttavaa hoitoa. Tällaisen kuntoutuksen avulla on mahdollista sekä lievittää potilaiden kokemaa kipua että myös parantaa heidän toimintakykyään [1,2].

Aktiivinen asenne ja toiminta ovat tärkeitä muidenkin tuki- ja liikuntaelinsairauksien kuntoutuksessa. Erilaisten liikeharjoitustekniikoiden vaikuttavuudessa ei ole osoitettu olevan eroa. Harjoittelussa on tärkeää huomioida potilaan alkutilanne, sovittaa harjoittelu ja kuntoutustoimet sopivalle tasolle sekä edetä ohjelmassa asteittain. Potilaan ohjauksessa fysio- ja toimintaterapeuteilla on tärkeä rooli.

Viime aikoina kuntoutuksen käyttöön on tarjottu monenlaista teknologiaa. Niiden vaikuttavuudesta ei ole vielä vertailevia tutkimuksia. Pelinomaiset harjoitteet tarjoavat kuitenkin hyvän mahdollisuuden yhdistää taitojen harjoittaminen lihasten ja nivelten käyttöön.

Kuntoutuminen edellyttää uusien toimintamallien ja käytäntöjen oppimista – aivojen muovaamista uuteen tilanteeseen – siten, että hankala krooninen kipu ei häiritse ja hallitse potilaan elämää, vaan potilas pystyy löytämään voimavarat toimimiseen.

Viitteet:

1. Käypä hoito -suositus (2015). Alaselkäkipu.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi20001>
2. COST B13 Working Group on Guidelines for Chronic Low Back Pain. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. Eur Spine J. 2006; S192-300.

Kipukuntoutus Suomessa nyt ja tulevaisuudessa

Kuntoutusta järjestetään systemaattisesti ja riittävästi edellä kuvatuille kroonista kipua kärsiville potilasryhmille vain muutamassa *sairaanhoitopiirissä*. Lisäksi kuntoutusta järjestää *Kansaneläkelaitos* itse valitsemilleen erityisryhmille. Siellä pääpaino on työikäisessä väestössä. Kuntoutusta toteuttavat jonkin verran myös *vakuutuslaitokset*. *Kunnat* järjestävät veteraanikuntoutusta ja so-tainvalidien kuntoutuksesta vastaa *Valtiokonttori*. Vaikeiden erillisryhmien (esim. CRPS, vaikeat selkäleikkausten jälkitilat ja monivammapotilaat) kipukuntoutusta toteutetaan varsin vaihtelevasti ja sattumanvaraisesti. Kaikkea kuntoutusta leimaa suuret vaihtelut saatavuuden kriteerien ja toteutuksen suhteen. Näin ollen vaikeiden kipupotilaiden kuntoutus vaihtelee sängen paljon sekä sairaanhoidopiireittäin että kunnittain. Tätä näkemystä tukee myös sairaanhoidopiireihin tehty kyselytutkimus.

Kuntoutuksella on mahdollisuus edistää ja vahvistaa kipupotilaiden omatoimisuutta kaikkina ikäkausina. Se tukee niin lasten kuin ikäihmisten osallisuutta, koulunkäyntiä, opiskelua, työelämään pääsyä, työssä jaksamista ja taloudellista itsenäisyyttä. Kuntoutusjärjestelmien yhteensovittaminen on usein pulmallista sekä palvelujen käyttäjille että kuntoutuksen ammattilaisille. Epäselvyydet kuntoutuspalvelun tuottamisessa tai rahoituksessa voivat viivästyttää kuntoutuksen käynnistymistä. Kuntoutus voi myös katketa palvelun käyttäjän siirtyessä toimintayksiköstä toiseen. Eri toimija- ja rahoittajatahojen palvelujen yhteensovittaminen on sujuvan ja vaikuttavan kuntoutumisen edellytys.

Koko kuntoutuksen palveluketju tulee saada asiakkaan näkökulmasta integroiduksi kokonaisuudeksi, ja kuntoutusta pitää johtaa yhtenä kokonaisuutena.

Kuntoutuksen tulee perustua hyvään kuntoutuskäytäntöön ja tutkimusnäyttöön menetelmien vaikuttavuudesta. Hyvällä kuntoutuskäytännöllä tarkoitetaan sitä käytäntöä, jota julkisen terveydenhuollon kuntoutuksessa yleisesti hyväksyttynä noudatetaan. Yleisesti hyväksytyksi kuntoutus katsotaan vakiintuneen ja kokemusperäisesti perustellun kuntoutuskäytännön tai tieteellisesti osoitetun vaikuttavuuden perusteella. Hyvää kuntoutuskäytäntöä on kuvattu tarkemmissa kirjassa Hyvän kuntoutuskäytännön perusta, käytännön ja tutkimustiedon analyysistä suositukseen vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa (<https://helda.helsinki.fi/handle/10138/24581>).

Kroonisen kivun kuntoutuksen kulmakivet ovat potilaan elämäntilanteen kokonaisvaltainen kartoitus, opetus, toimintakyvyn parantaminen, käyttäytymislääketieteelliset ja psykologiset hoitokeinot ja sopiva lääkitys. Opetuksella pyritään vähentämään sairastamiseen liittyvää kuormittuneisuutta, rohkaisemaan itsehoitoon ja vähentämään harjoitteluun ja muuhun toimintaan liittyvää kivun pelkoa. Kuntoutuksen ote on positiivinen ja kannustava. Potilaille korostetaan jäljellä olevaa toimintakykyä ja mitä kaikkea kuntoutuja pystyy sillä tekemään. Oireiden luonne ja mekanismit selitetään potilaille ymmärrettävästi. Potilaan luontaisena toiveena on paraneminen, oireettomuuden palautuminen ja täydellinen toimintakyky. Koska se on usein kroonisessa kivussa mahdotonta, potilas ajautuu helposti terveyspalvelujen suurkuluttajaksi. Tutkimuskierteessä potilas turhautuu ja kärsimys kasvaa. Samalla toimintakyky huononee. Tärkeää on, että terveydenhuollon ammattilainen tunnistaa tämän tilanteen, eikä vahvista potilaan epätarkoituksenmukaista käyttäytymistä.

Kipukuntoutuksen järjestäminen käytännössä

Kipupotilaan kuntoutusta tulee järjestää porrasteisesti: 1) erityisen vaativa kipukuntoutus (taso C) akuutin sairaalahoidon yhteydessä – mm. CRPS, traumojen jälkeinen kipu, 2) vaativa kipukuntoutus (taso B) alueellisissa kuntoutusyksiköissä – mm. CRPS yms. vaativien tapausten jatkoahoito, traumat, leikkausten jälkeiset tilanteet, ja 3) muu kipukuntoutus kotikuntoutuksena (perustaso A).

Kotikuntoutuksessa kipupotilaan kuntoutumista ohjaavat oma lääkäri ja hänen apunaan fysio-/toimintaterapeutti tai sairaanhoitaja.

Tavoitteena on, että alueellisissa kuntoutusyksiköissä olisi saatavilla useampia ammattihenkilöitä potilaan tilanteen mukaan – lääkäri (rajoitetusti konsultaatioita erikoislääkäreiltä), psykologeja, fysio- ja toimintaterapeutteja, sairaanhoitajia – sekä kuntoutumisympäristö, joka tarjoaa mahdollisuudet monipuoliseen kipukuntoutuksen järjestämiseen.

Erityisen vaativassa kipukuntoutuksessa tavoitteena on, että moniammatillista toimintaa johtaa erikoislääkäri ja että käytettävissä on laajat konsultaatiomahdollisuudet ja uutta teknologiaa hyödyntävä kuntoutusympäristö.

2.9 KROONISEN KIVUN RESURSSIT JA KUSTANNUKSET

Kroonisen kivun hoidon resurssit

Suomessa 19 % aikuisväestöstä kärsii pitkäkestoisesta ja hankalasta kivusta, jonka tärkeitä seurannaisvaikutuksia ovat niin sairauspoissaolot kuin ennenaikainen eläköityminenkin. Kroonisen kivun hoitoa ei kuitenkaan ole järjestetty perusterveydenhuollossa juuri lainkaan.

Kroonisen kivun kustannukset

Kroonisen kivun kustannukset koostuvat suorista hoidon kustannuksista ja erityisesti epäsuorista kustannuksista, joita kertyy sairauslomista tai työkyvyttömyyseläkkeistä sekä heikentyneestä työpanoksesta työssä ollessa.

Selkäsairaudet ovat suurin kipusairausryhmä. Selkäsairauksien hoitoa ohjaa Käypä hoito -suositus, ja niiden aiheuttamia kustannuksia arvioidaan tilastoista. Hoitokustannusten osuus on vakiintunut tasolle 35 miljoonaa euroa vuodessa sisältäen lääkäri- ja muut avohoitokäynnit, tutkimukset, lääkekustannukset, avofysioterapian sekä sairaalahoitajaksot (1–3). Vuonna 2013 selkäsairaudet aiheuttivat 122 miljoonan euron sairauspäiväraha-kustannukset ja 347 miljoonan euron työkyvyttömyyseläkekustannukset. Selkäsairauksien osuus työkyvyttömyyseläkkeistä oli 13 %. Hoidon kokonaiskustannukset (35 miljoonaa €) ovat siis vain noin 7 % sairausloma- ja eläkekuluista. Selkäsairauksien aiheuttama tuotantopanosmenetys on noin kuusinkertainen maksettuihin eläkkeisiin verrattuna eli yli 2 miljardia euroa vuodessa (4).

Selkä- ja muiden TULE-sairauksien hoidon ja kuntoutuksen viivästyminen heikentää ihmisen toiminta- ja työkykyä, elämänlaatua, lisää terveystalouden käyttöä ja aiheuttaa kustannuksia potilaille sekä yhteiskunnalle (5). Vastikään päivitetty Alaselkävaurion Käypä hoito -suositus painottaa pitkittyvässä (yli 6 viikkoa kestävässä) selkävauriossa potilaan tilanteen laaja-alaista, moniammatillista ja psykososiaaliset tekijät huomioon ottavaa selvittelyä ja ohjaamista tarvittaessa erikoissairaanhoidon.

Viitteet:

1. Pohjolainen T, Seitsalo S, Sund R, Kautiainen H. Mitä selkävaiva maksaa? *Duodecim* 2007; 123:2110-5.
2. Pohjolainen T. Henkilökohtainen tiedonanto (päivitetty tilastotiedot Kelasta ja ETK:sta)
3. Asklöf T, Martikainen J, Kautiainen H, Haanpää M, Kiviranta I, Pohjolainen T. Paid expenditures and productivity costs associated with permanent disability pensions in patients with spinal disorders: Nationwide Finnish Register-based Study, 1990-2010. *Eur Spine J* 2015 Jan 30. [Epub ahead of print]
4. Pelto-Vasenius K, Karppinen J, Pohjolainen T. TULE-sairauksien nykyhoito tuottaa työkyvyttömyyttä. *Lääkärilehti* 2012; 67: 2287-88.
5. Hagelberg N, Heiskanen T. Kroonisen kivun hoidon kehittäminen perusterveydenhuollossa. *Lääkärilehti* 2012; 67: 2461–2465.

2.10 KROONISEN KIVUN HOITOA KOSKEVA LAINSÄÄDÄNNÖLLINEN OHJAUS

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) säädetään potilaan oikeudesta laadukkaaseen terveyden- ja sairaanhoitoon, joka käsittää myös tehokkaan ja turvallisen kivun hoidon. Terveydenhuoltolaissa (1326/2010) säädetään hoitoon pääsyn määräajoista. Potilaan tulee päästä tarvitsemaansa hoitoon **perusterveydenhuollossa kolmessa kuukaudessa ja erikoissairaanhoidossa kuuden kuukauden** kuluessa. Käytännössä kivun hoidon tulisi kuitenkin toteutua tätä nopeammin, jotta kivun kroonistumista ja oheisongelmien kehittymistä voitaisiin ehkäistä.

Yhtenäisiin kiireettömän hoidon perusteisiin sisältyy pitkäkestoisen kivun hoidon perusteet (1). Suosituksen mukaan kipupotilaiden ensisijainen hoitovastuu on perusterveydenhuollossa, josta käsin konsultoidaan tarvittaessa erikoissairaanhoidon. Lisäksi perusteissa eritellään perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tehtävät kipupotilaiden hoidossa ja todetaan, että kipupotilaiden ohjautuminen erikoissairaanhoidon vaihtelee alueellisten käytäntöjen mukaan. Esimerkiksi suun tai kasvojen alueen kivusta kärsivä potilas ohjataan joko suu- ja hammassairauksien, korvatautien tai neurologian poliklinikalle alueellisten hoitoketjujen mukaisesti.

Viite:

1. Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2010, Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2593921&name=DLFE-31451.pdf

Järjestämissuunnitelma ja -sopimus

Terveydenhuoltolain 34 §:n mukaan samaan sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään kuuluvien kuntien on laadittava terveydenhuollon järjestämissuunnitelma, joka perustuu alueen väestön terveysseurantatietoihin ja palvelutarpeeseen. Järjestämissuunnitelmassa on mahdollista kuvata kroonisen kivun hoidon osalta sovitut toimenpiteet, niiden tavoitteet, valitut seurantakeinot ja eri tahojen välinen vastuunjako. Käytännössä järjestämissuunnitelmien ohjausvaikutus on kroonisen kivun hoidossa jäänyt vähäiseksi.

Erikoissairaanhoidon yhteensovittamiseksi erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien kuntayhtymien on tehtävä terveydenhuoltolain 43 §:n mukainen erikoissairaanhoidon järjestämissopimus. Erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa on sovittava mm. erityisvastuualueeseen kuuluvien sairaanhoitopiirien kuntayhtymien työnjaosta ja toiminnan yhteensovittamisesta. Työnjaossa on varmistettava, että järjestämissopimuksen mukaan hoitoa antavassa toimintayksikössä on riittävät taloudelliset ja henkilöstövoimavarat sekä osaaminen.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Valvira ja aluehallintovirastot seuraavat ja valvovat hoitoon pääsyn toteutumista. Kipupotilaiden osalta seuranta ei kuitenkaan anna tarkkaa käsitystä yhtenäisten hoidon perusteiden toteutumisesta, sillä potilaiden hoito hajaantuu erikoissairaanhoidossa useille eri erikoisaloille. Kolmessa suomalaisessa yliopistollisessa keskussairaalassa kipuklinikatoiminta on anesthesiologian erikoisalalle kuuluvaa toimintaa, jolloin anesthesiologian erikoisalakohdainen raportti kuvastaa hoitoon pääsyä kipuklinikalle. Näissä sairaaloissa THL:n erikoisalakohdaisen jakauman mukaan 31.8.2014 yli 180 vrk odottaneiden osuus kaikista hoitoon pääsyä odottaneista anesthesiologialle (kipuklinikalle) vaihteli yliopistosairaaloissa 0 ja 34 % välillä. Niissä yliopistosairaaloissa, joissa kipuklinikatoiminta toimii neurologian tai kuntoutuksen alaisuudessa, erikoisalakohdaiset raportit eivät valtakunnan tasolla anna täsmällistä tietoa hoitoon pääsystä kipuklinikalle.

2.11 HOIDON SAATAVUUS JA RESURSSIT PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA

Nykytila

Kroonisen kivun hoitoa terveyskeskuksissa kartoitettiin vuoden 2013 toimintaa koskevalla sähköisellä kyselyllä, joka lähetettiin sairaanhoitopiirien perusterveydenhuollon yksiköiden kautta Manner-Suomen jokaiseen 151 terveyskeskukseen. Vastaus saatiin 88 terveyskeskuksesta (58 %).

Kroonisen kivun *hoidon saatavuudessa ja resursseissa* oli terveyskeskusten välillä suuria eroja. Kivunhoitolääketieteen erityispätevyden omaavia lääkäreitä oli vain viidessä terveyskeskuksessa. Neljäsosassa terveyskeskuksista oli kivunhoidon lisäkoulutusta saaneita lääkäreitä (muuta kuin erityispätevyyslääkäreitä) ja kolmasosassa kivunhoidon lisäkoulutusta saaneita sairaanhoitajia. Muita kroonisen kivun hoitoon koulutettuja terveydenhuollon ammattihenkilöitä terveyskeskuksissa oli hyvin vähän: kaksi kivunhoitolääketieteen erityispätevyden omaavaa hammaslääkärinä, yksi kivunhoidon erityispätevyyskoulutuksen käynyt psykologi. Vastaajista 9 % ilmoitti terveyskeskuksessa olevan kivunhoidon lisäkoulutusta saaneita fysioterapeutteja ja 5 % ilmoitti terveyskeskuksessa olevan kivunhoidon lisäkoulutusta saaneita psykologeja. Kroonisen kivun hoitoon perehtynyt työryhmä tai kipuvastaanotto on vain harvassa terveyskeskuksessa: viidessä terveyskeskuksessa oli

kroonisen kivun hoitoon perehtynyt työryhmä ja neljässä terveyskeskuksessa oli osa-aikainen tai kokopäiväinen kipuvastaanotto.

Kroonisen kivun hoitoon tarvittavia *konsultaatiopalveluita* tarpeeseen nähden arvioitiin asteikolla 0–10. Vastauksien keskiarvo oli 5,3. Ensisijainen konsultaatiotaho oli yliopisto- tai keskussairaala. Kipu(poli)klinikan puhelinkonsultaation ilmoitti olevan mahdollista 92 % vastaajista ja sähköisen konsultaation 65 % vastaajista. Vain 15 % vastaajista ilmoitti, että konsultaatiosta oli tehty ohjeistus.

Kroonisesta kivusta kärsivät potilaat lähetettiin jatkotutkimuksiin tai -hoitoon pääosin yliopistosairaalaan (43 % vastaajista) tai keskussairaalaan (50 % vastaajista). Kroonisesta kivusta kärsivien potilaiden jatkohoitoon ja tutkimuksiin pääsemistä arvioitiin myös asteikolla 0–10. Vastauksien keskiarvo oli 5,4. Palautteen ja jatkohoitosuositusten saamista samalla asteikolla arvioitaessa vastauksien keskiarvo oli 5,7. Vastaajista 39 % ilmoitti, ettei terveyskeskuksen potilailla ollut mahdollisuutta päästä kipukuntoutukseen.

Kivun hoitoon liittyviä *hoitoketjuja* oli alueilla vähän: kroonisen kivun hoitoketju (11 vastaajaa), hermovauriokivun hoitoketju (8 vastaajaa), nivelrikon hoitoketju (22 vastaajaa) ja alaselkävaurion hoitoketju (28 vastaajaa). Kroonisen kivun hoito-ohjeen ilmoitti olevan käytössä vain 10 % vastaajista. 66 % vastaajista ilmoitti, että vuoden 2013 aikana henkilökunta oli osallistunut kroonisen kivun koulutuksiin työnantajan kustantamana. Koulutusta toivottiin erityisesti kroonisista TULE-kivuista, hermovauriokivusta ja kroonisen kivun hoitoketjuista.

Tärkeimmiksi kroonisen kivun hoidon kehittämiskohteiksi vastauksissa nostettiin:

1. Moniammatillisuuden hyödyntäminen
2. Hoitoketjut
3. Monipuoliset konsultaatiomahdollisuudet
4. Kroonisen kivun hoidon (sekä lääkehoidon että ei-lääkkeellisten hoitojen) osaamisen kehittäminen ja koulutus
5. Kokonaisvaltainen, monisairastavuuden huomioon ottava hoitosuunnitelma
6. Palvelujen saatavuus ja hoitoon pääsy

Tavoitteet

Krooninen kipu tunnistetaan yleiseksi kansansairaudeksi, jonka hoito vaatii asianmukaisen organisoinnin ja resursoinnin.

Perusterveydenhuollossa kehitetään kroonisen kivun hoidon toimintamalleja parhaiden käytäntöjen pohjalta tavoitteena yhdenvertaiset, asiakaslähtöiset ja laadukkaat palvelut.

Perusterveydenhuollossa tunnistetaan moniammatillista kivun hoidon arviota tarvitsevat potilaat ja heidät ohjataan alueellisten hoitoketjujen mukaisesti oikeaan hoitopaikkaan 1–2 kuukaudessa.

Toimenpide-ehdotukset

- Kehitetään monipuolisia ja joustavia *konsultaatiomahdollisuuksia*, jotka tukevat perusterveydenhuollon ammattilaisten osaamisen kehittymistä ja tiimitymistä erikoissairaanhoidon päin sekä hoitoketjujen hallintaa.

- Kehitetään ja tehostetaan kroonisen kivun hoitoon liittyvää *koulutusta* niin, että perusterveydenhuoltoon saadaan lisää kroonisen kivun hoitoon perehtyneitä lääkäreitä ja hammaslääkäreitä, fysioterapeutteja, psykologeja ja sairaanhoitajia.
- Varmistetaan alueellisten ja asiakaslähtöisten *hoito- ja palveluketjujen* laatiminen kattavasti eri puolella Suomea. Hoitoketjuissa kuvattavalla toimintamallilla turvataan kipupotilaille joustavat ja saumattomat palvelut yhtenä toiminnallisena kokonaisuutena.
- Perustetaan *moniammatillisia kiputiimejä* niin, että yhden kokopäivätoimisen kivunhoitoon perehtyneen lääkärin sisältämä moniammatillinen kiputiimi on käytettävissä *100 000 henkilön väestöpohjalle*.
- Hyödynnetään tehokkaammin *fysioterapeuttien ja psykologien* osaamista kipupotilaiden hoidossa. Fysioterapeuttien työpanosta voidaan hyödyntää potilaiden arvioinnissa ja ohjauksessa sekä lääkärin ja fysioterapeutin yhteistyönä toteutetussa tuki- ja liikuntaelinsairauspotilaiden mini-interventiossa. Kivunhoitoon perehtyneillä *sairaanhoitajilla* on tärkeä osuus kipupotilaiden ohjauksessa ja motivoinnissa.
- Perustetaan *kivunhallintaryhmiä* perusterveydenhuoltoon.
- Kehitetään *uusia sähköisiä palveluita ja nettipalveluita* kroonisen kivun hoitoon. Näitä voidaan hyödyntää esimerkiksi kipupotilaiden ohjauksessa, neuvonnassa, motivoinnissa ja seurannassa. Mielenterveystalon mallin pohjalta kehitetään nettipohjainen *kansallinen ”kivunhallintatalo”*.
- Hyödynnetään kroonisen kivun hoidossa POTKU-hankkeessa pitkäaikaissairauksien hoidon työkaluksi kehitettyä *potilaslähtöistä terveys- ja hoitosuunnitelmaa*.

2.12 HOIDON SAATAVUUS JA RESURSSIT TYÖTERVEYSHUOLLOSSA

Nykytila

Kroonisen kivun hoitoa yksityisissä työterveyshuollon yksiköissä kartoitettiin vuoden 2013 toimintaa koskevalla sähköisellä kyselyllä, joka lähetettiin 367 yksityiselle työterveyshuollon palveluntuottajalle. Vastauksia saatiin vain 47 (vastausprosentti 13 %), minkä vuoksi vastausten perusteella ei voida tehdä pitkälle meneviä johtopäätöksiä. Kyselyä ei lähetetty terveyskeskusten tai julkisen terveydenhuollon sairaaloiden omille työterveyshuollon palveluja tuottaville yksiköille. Terveyskeskusten ja sairaaloiden kivun hoidon palvelut ovat paikallisten julkisen työterveyshuollon yksiköiden käytössä. Perusterveydenhuollon kyselyn ja sairaalakyselyn tulosten voidaan siten olettaa kuvastavan tilannetta myös julkisen terveydenhuollon työterveyshuollon yksiköissä.

Kivunhoitolääketieteen erityispätevyiden omaavia lääkäreitä oli 11 %:ssa vastanneista työterveyshuollon yksiköistä. Vastanneissa työterveyshuollon yksiköissä ei ollut kroonisen kivun hoitoon perehtyneitä työryhmiä. 9 % vastaajista ilmoitti, että työterveyshuollon yksikössä on osa-aikainen (noin 10 %) kipuvastaanotto.

Ensisijainen konsultaatiotaho oli yliopisto- tai keskussairaala. Vastauksissa konsultaatiopalveluihin, jatkohoitoon ja tutkimuksiin pääsemisessä sekä palautteen ja jatkohoitosuositusten saamisessa hajonta oli huomattavan suurta. Tämä viittaa ehkä suuriinkin eroihin konsultaatiopalveluiden järjestämisessä ja kenties myös työterveyshoitajien työpanoksen käyttämisessä.

36 % vastaajista ilmoitti, että työterveyshuollon yksikön potilailla ei ollut mahdollisuutta päästä kipukuntoutukseen. Kivun hoitoon liittyviä alueellisia hoitoketjuja koskevan kysymykseen saatiin vain 8 vastausta. Kroonisen kivun hoitoketju oli viidessä yksikössä, hermovauriokivun hoito-

ketju kolmessa yksikössä, nivelrikon hoitoketju kolmessa yksikössä ja alaselän hoitoketju kuudessa yksikössä. Kroonisen kivun hoito-ohje oli käytössä vain 7 %:ssa yksiköistä.

Tärkeimmiksi kroonisen kivun hoidon kehittämiskohteiksi nostettiin samat teemat kuin perusterveydenhuollon kyselyssä. Erityisesti korostettiin ehkäisyä, varhaista diagnostiikkaa, erilaisia tuki- ja liikuntaelinvaivoja ja työkykyä. Toisaalta työterveyshuollossa kroonisen kivun hoitoa ei jostain syystä nähdä niin selkeästi työterveyshuollon toimintaan liittyväksi.

Tavoitteet

- Työterveyshuollossa on riittävä kroonisen kivun hoidon asiantuntemus.
- Kivun hoidossa korostetaan kivun kroonistumisen ennaltaehkäisyä, kroonisen kivun varhais- ta diagnostiikkaa ja työkyvyn ylläpitoa.

Toimenpide-ehdotukset

- Kehitetään monipuolisia ja joustavia *konsultaatiomahdollisuuksia*, jotka tukevat työterveyshuollon ammattilaisten osaamisen kehittymistä kroonisen kivun ennaltaehkäisyssä ja varhaisessa diagnostiikassa.
- Kehitetään ja tehostetaan kroonisen kivun hoitoon liittyvää *koulutusta* niin, että työterveyshuoltoon saadaan lisää kroonisen kivun hoitoon perehtyneitä lääkäreitä, fysioterapeutteja, psykologeja ja sairaanhoitajia.

2.13 KROONINEN KIPU HAMMASLÄÄKETIETEESSÄ: KROONISEN KASVOKIVUN HOITO

Nykytilanne

Väestössä kroonisen kasvokivun esiintyvyys on 8–15 %. Yleisin kasvojen alueen kivun aiheuttaja on purentaelimistön toimintahäiriö (TMD), joka on yksi TULES-kivun muoto. TMD-kipua esiintyy 5–10 %:lla väestöstä, ja heistä noin 20–30 %:lla arvioidaan olevan kivun kroonistumisen riski. Muita kasvojen alueen kroonisia kiputiloja ovat mm. kolmoishermon vauriot, kolmoishermosto (esiintyvyys 3–5/100 000) ja kasvokivut, joiden aiheuttajaa ei vielä ymmärretä (esim. suupolte). Viimeksi mainittua esiintyy vanhemmasta väestöstä noin 10 %:lla.

Perinteisesti hammaslääkärit ovat vastuussa TMD:n ja esim. suupolteoireen hoidosta. Kolmoishermoston hoito kuuluu neurologian alaisuuteen. Kaikilta osin hoitovastuita ei ole määritetty.

Suomessa on tällä hetkellä työelämässä *noin kymmenen kivunhoitolääketieteen erityispätevyys- den omaavaa erikoishammaslääkäriä*, joista lähes kaikki työskentelevät erikoissairaanhoidossa. Koska hammaslääkärit hoitavat valtaosan kroonisista kasvokipupotilaista, kivun hoidon saatavuuden ja olemassa olevien hoitomallien kartoitus suunnattiin tässä kyselyssä tiedossa oleviin kasvokivun hoitopaikkoihin kuten keskussairaaloiden suu- ja leukasairauksien poliklinikoille. Mukana oli myös kolme kasvokipupotilaiden hoidosta vastaavaa perusterveydenhuollon yksikköä.

Webropol-kysely kroonisen kasvokivun hoidosta tehtiin kesäkuussa 2014. Kysely lähetettiin yhteensä 23 vastaanottajalle. Vastauksia saatiin 18 yksiköltä: kaikilta yliopistosairaaloiden yksiköiltä (5), useimmilta keskussairaaloiden yksiköiltä (11/15) ja kahdelta perusterveydenhuollon yksiköltä (2/3). Noin puolessa (56 %) yksiköistä kipupotilaita hoitavalla erikoishammaslääkärillä oli kivunhoitolääketieteen erityispätevyys. Pitkäaikaiseen kasvokipuongelmaan liittyviä hoitolähteitä tuli yksiköihin vaihtelevasti, viiteen yksikköön yli 200 lähetettä vuodessa. Lähteet tulevat pääasiassa perusterveydenhuollon hammaslääkäreiltä ja lääkäreiltä sekä saman sairaalan muista yksiköistä.

Viidessä suu- ja leukasairauksien yksikössä oli enemmän kuin 500 kipupotilaskäyntiä vuodessa ja muissa yksiköissä 50–400 käyntiä/vuosi. Suurin osa kasvokipupotilaita hoitavista yksiköistä teki tarvittaessa yhteistyötä alueellaan toimivan erikoissairaanhoidon kipuklinikan kanssa. Vain yhdessä yksikössä (TYKS) toimi vakituisesti moniammatillinen tiimi. Noin puolessa kasvokipupotilaita hoitavista yksiköistä tehdään kipuun liittyvää tutkimusta.

Resurssit ovat riittämättömät pitkäaikaisen kasvokivun hoidon tarpeeseen nähden. Vakiintuneet hoitomallit ja -ketjut sekä työnjako erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä puuttuvat. Kroonisesta kasvokivusta kärsivien potilaiden käytännössä saama moniammatillinen arviointi ja hoito ovat puutteellisia. Psykologipalveluita ei ole yleensä saatavilla perusterveydenhoidossa, ja myös erikoissairaanhoidossa psykologian resurssit ovat riittämättömät.

Perusterveydenhuollossa puuttuu tietämystä kroonisen kasvokivun hoidosta, vaikka suurin osa TMD-potilaista hoidetaan siellä. Nykykäsityksen mukaan 70–80 %:lle TMD-potilaista perusterveydenhuollon hoitomalli on riittävä, mutta osa potilaista on moniongelmaisia ja kuuluu kroonistumisen riskiryhmään, jolloin hoitovastuu tulisi olla moniammatillisessa yksikössä.

Tavoitteet

- Perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa tunnistetaan ne TMD- ja muut kasvokipupotilaat, joilla kivun kroonistumisen riski on suuri.
- Kasvokivun hoidossa on määritelty työnjako ja hoitoketjut erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä.
- Kroonisia kasvokipuja hoitavissa yksiköissä on saatavilla kivunhoitoon perehtyneen psykologin palveluita.
- Yhden kokopäivätoimisen kivunhoitoon perehtyneen hammaslääkärin sisältämä moniammatillinen kiputiimi on käytettävissä 500 000 henkilön väestöpohjalle.

Toimenpide-ehdotukset

- Lisätään kasvokipuihin liittyvää koulutusta lääkäreiden ja hammaslääkäreiden perus-, erikoistumis- ja täydennyskoulutuksessa. Erityisesti perusterveydenhuollon hammaslääkäreiden koulutusta kivun kroonistumisen riskitekijöistä lisätään.
- Kehitetään TMD-potilaille yksilöllinen ja kuntouttava hoito.
- Luodaan kroonisille kasvokipupotilaille yhtenäiset hoitokäytännöt ja hoitoketjut.
- Kehitetään kroonisten kasvokipupotilaiden moniammatillista hoitoa ja kuntoutusta siten, että niihin sisältyy psykologin ja fysioterapeutin palvelut. Sekä perusterveydenhuoltoon että erikoissairaanhoidon perustetaan moniammatillisia kiputiimejä, joissa on kivunhoitoon perehtynyt hammaslääkäri.
- Esitetään Kelalle korvausoikeuden myöntämistä erikoishammaslääkärin läheteellä suoritetusta muskuloskeletaalisesta TMD-kivun fysioterapeuttisesta hoidosta.
- Kehitetään kipuhammaslääkäreiden verkostoitumismahdollisuuksia.

Vaikutukset

Kroonisten TMD-potilaiden arvioidaan käyttävän yli 80 % TMD-hoidon resursseista, mikä on rinnastettavissa kroonisen alaseläkivun hoitokustannusten jakautumiseen. Parantamalla riskipotilaiden tunnistamista ja varhaista moniammatillista ja kuntouttavaa hoitoa pystytään säästämään merkittävästi kustannuksia.

Kaikkien kroonisten kasvokipujen osalta yhtenäisten hoitokäytäntöjen ja hoitoketjujen luominen parantaa hoidon oikea-aikaisuutta ja tuloksia. Varhaisessa vaiheessa käytettynä moniammatillinen arviointi ja hoito vähentävät merkittävästi kaikkien kasvokipujen kroonistumisen riskiä.

2.14 KROONINEN KIPU VANHUSPALVELUIDEN ASIAKKAILLA

Krooninen kipu yleistyy iän myötä. Väestön ikääntyessä kroonisesta kivusta kärsivien potilaiden määrä kasvaa. Ikäihmisten kipu on haasteellista, koska kipulääkkeiden haittavaikutukset ovat erityisen korostuneita vanhuksilla. Yksin eläminen ja yksinäisyys ovat paitsi kroonisen kivun riskiä lisääviä, myös sen hoitamista vaikeuttavia tekijöitä. Vanhusväestön kroonisen kivun ehkäisy ja hoito ovat tulevaisuuden suuria haasteita.

Krooninen kipu on yleistä vanhushpalveluiden asiakkailta. Kotona asuvilla säännöllistä kotihoitoa saavilla henkilöillä kipua on raportoitu 19–69 %:lla ja laitospalveluita saavilla (long-term care facilities) pitkäaikaisasukkailla 10–90 %:lla riippuen asiakkaiden valikoitumisesta, heidän terveydentilastaan, maasta, hoitopaikastaan ja hoitopaikan henkilöstön kyvystä tunnistaa kipua (1–4).

Kuvio 1 osoittaa kivun yleisyyden vanhushpalveluissa ja kivun esiintymisen vaikeusasteittain eri palvelutyypeissä Suomessa vuonna 2014 (5). Vanhushpalvelujen asiakkailta on yleensä useita diagnooseja, alentunut toimintakyky ja epävakaat terveydentilat. Eniten päivittäistä vähintään keskivaikeaa kipua näyttää esiintyvän kotihoidon asiakkailta, joista vain 39 % on kivuttomia.

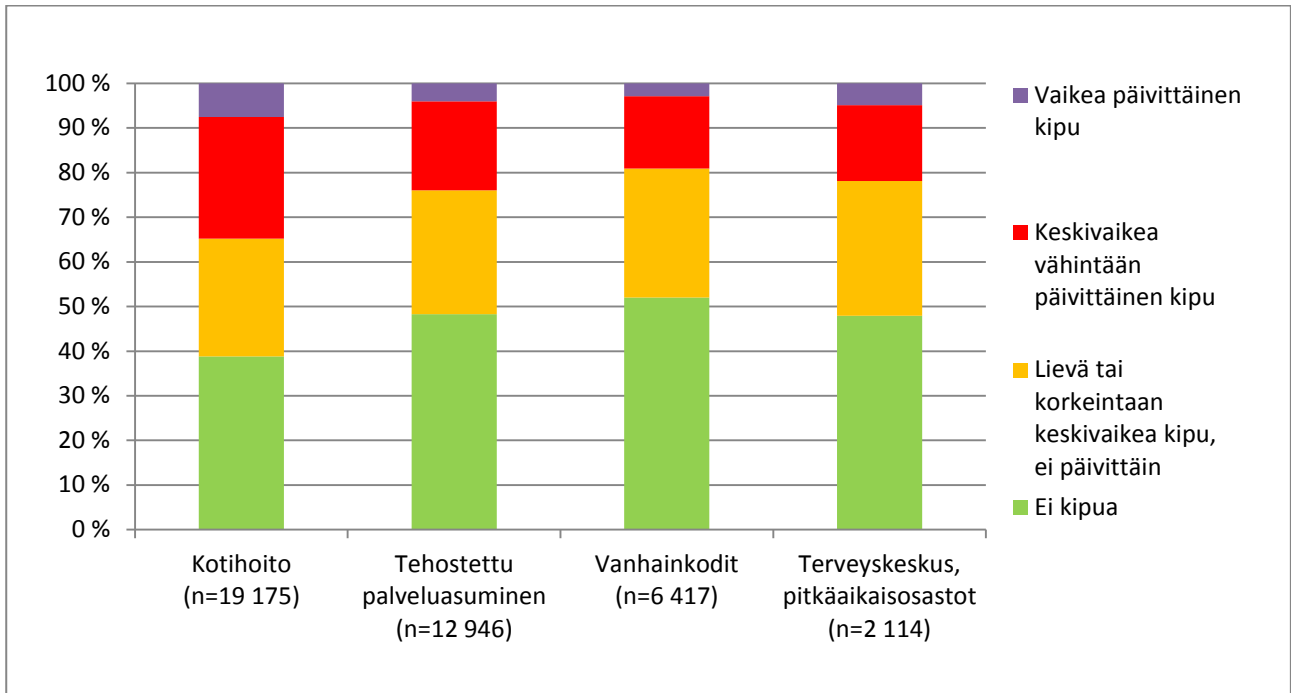
Muistisairauksien tiedetään vaikuttavan sekä kivun kokemukseen että kivun havaitsemiseen. Vanhainkodeissa tai muissa vastaavissa pitkäaikaisyksiköissä muistisairaita hoitavan henkilöstön valmiudet tunnistaa muistisairaiden kokemaa kipua vaihtelee.

Viimeisen vuosikymmenen aikana sekä ympärivuorokautisen laitoshoidon että kotona asuvien vanhusten kivun hoito on siirtynyt yhä enemmän morfiiniin tapaan vaikuttaviin kipulääkkeisiin (1,6). Tulehduskipulääkkeiden käyttö on vähentynyt niiden haitoista käydyn keskustelun seurauksena samalla kun parasetamolin ja erityisesti morfiiniin kaltaisten lääkkeiden käyttö on moninkertaistunut. Ympärivuorokautista hoivaa tarjoavien asumispalvelujen asukkailla Helsingissä noin joka viidennellä on säännöllinen ja lähes neljällä kymmenestä tarvittaessa otettava morfiiniin kaltainen lääke. On huomioitava, että useat heistä elävät saattohoitovaihetta, vaikka sitä ei läheskään aina ole kirjattu minnekään. Optimaalinen kivun lääkehoito on tärkeää, mutta lääkkeettömät hoidot kuten ryhmähoidot, liikunta ja fysioterapia sekä paikalliset hoidot ovat alikäytettyjä. Tärkeintä olisi asian tunteva kivun mittaaminen ennen hoidon aloitusta ja säännöllisesti sen aikana hoidon vaikutuksen ja tarpeen arvioimiseksi.

Vanhushpalvelulain (laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalv palveluista, 980/2012) mukaan kunta vastaa siitä, että iäkkäiden henkilöiden palvelujen tarve selvitetään kokonaisvaltaisesti. Palvelujen laadukasta järjestämistä varten kunnan käytettävissä on oltava riittävästi monipuolista asiantuntemusta. Kunnan tulee laatia suunnitelma, jossa on arvioitava toimenpiteiden toteuttamiseksi tarvittavat voimavarat.

Tavoitteet

- Kipu arvioidaan säännönmukaisesti ikääntyneen palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä.
- Kenenkään ikääntyneen toimintakyky tai elämänlaatu ei laske hoitamattoman kivun vuoksi.



Kuvio 1. Kivun esiintyminen vanhuspalveluissa Suomessa 2014 (n=40 652).

Kotihoito tarkoittaa säännöllistä kotihoitoa (www.sotkanet.fi).

Tehostettu palveluasuminen tarkoittaa asumusta, missä apua on saatavilla kaikkina viikonpäivinä ja vuorokaudenaikoina.

Vanhainkoti tarkoittaa laitoshoidtoa muualla kuin sairaalassa.

Lähteet: HILMO-rekisteri ja RAI-tietokanta, THL

Toimenpide-ehdotukset

- Edellytetään vanhusten kivun hoidossa luotettavaa kivun arviointia ennen hoidon aloitusta ja säännöllistä arviointia hoidon vaikutuksista ja sen tarpeen jatkumisesta.
- Tehostetaan vanhusten kivun hoidossa alikäytettyjä lääkkeettömiä hoitoja (esim. ryhmähoitot, liikunta, fysioterapia ja paikalliset hoidot).

Viitteet:

1. Ahonen J, Bell JS, Hartikainen S. Fentanyylilaastarien käyttö kotona asuvien vanhusten hoidossa herättää huolta. Suomen Lääkärilehti 2010;65(24):2179-2183
2. Björkman M, Palviainen J, Laurila J, Tilvis R. Iäkkäiden dementiapotilaiden kivun arviointi - Kahden kipumittarin vertailu. Suomen Lääkärilehti 2007;62(26):2547-2553
3. Finne-Soveri H, Björkgren M, Vähäkangas P, Noro A, Ikääntyneiden kotihoidon laatu ja asiakasrakenne RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Stakes 2006
4. Fries BE, Simon SE, Morris JN, Flodstrom C, Bookstein FL. 2001. Pain in U.S. Nursing Homes: Validating a Pain Scale for the Minimum Data Set. Gerontologist 41(2): 173-79
5. Lukas A, Mayer B, Fialova D, Topinkova E, Gindin J, Onder G, Bernabei R, Denkinger M. Treatment of Pain in European Nursing Homes: Results from the Services and Health for Elderly in Long Term Care (SHELTER) Study. J Am Med Dir Association 2013;14:821-831

6. Pitkälä KH, Juola AL, Hosia H, Teramura-Gronblad M, Soini H, Savikko N, Bell JS. Eight year trends in the use of opioids, other analgesics and psychotropic medications among institutionalized older people in Finland. *Tarjottu lehteen*.
7. Soldato M, Liperoti R, Landi F, Finne-Soveri H, Carpenter I, Fialova D, Bernabei R, Onder G. Non-malignant daily pain and risk of disability among older adults in Europe. *Pain* 2006;129:304-10.
8. Tosato M, Lucas A, van der Riest HG, Danese P, Antocicco M, Finne-Soveri H, Nikolaus T, Bernabei R, Onder G. Associations of pain with behavioural and psychiatric symptoms among nursing home residents with cognitive impairment: Results from the SHELTER study. *Pain* 2011 Nov 15

2.15 HOIDON SAATAVUUS JA RESURSSIT ERIKOISSAIRAANHOIDOSSA

Nykytilanne

Suomen sairaaloiden kipupoliklinikatoimintaa kartoitettiin jokaiseen yliopisto- ja keskussairaalaan sekä Hyvinkään ja Raahen sairaaloihin lähetetyllä vuoden 2013 toimintaa koskevalla sähköisellä kyselyllä. Kymenlaakson sairaalaa lukuun ottamatta jokaisessa näistä sairaaloista toimi kipupoliklinikka. Kipupotilaiden vastaanottokäyntien kokonaismäärä vaihteli ERVA-alueittain 228–611 käyntiä/ vuosi/ 100 000 asukasta.

Kiireellisissä tapauksissa voitiin 4/5 yliopistosairaaloista ja 14/15 keskussairaaloista järjestää potilaalle kipupoliklinikan vastaanottoaika kuukauden sisällä lähetteen saapumisesta. Potilas pääsi normaalin ajanvarauksen kautta vastaanotolle kolmen kuukauden sisällä lähetteen saapumisesta kaikissa keskussairaaloissa yhtä lukuun ottamatta. Kuitenkin vain kahdessa yliopistosairaalassa potilas pääsi vastaanotolle kolmen kuukauden sisällä. Lähetteitä muutettiin vastaanottoajasta konsultaatiivastauksiksi hyvin vaihtelevasti (5–50 %).

Kipupoliklinikoiden ensi- ja uusintakäyntien yhteenlasketut lukumäärät vaihtelivat välillä 55–2 462 käyntiä/vuosi suhteutettuna 100 000 asukkaan väestöpohjaan. Lääkäreiden työpanos vaihteli kipupoliklinikoittain 0,13–2,25 henkilötyövuotta/100 000 asukasta. Myös psykologityöpanos vaihteli huomattavasti. Esimerkiksi OYS:n ERVA-alueella vain yhdellä kipupoliklinikalla työskenteli psykologi. Toimintaterapeutti työskenteli vain seitsemällä kipupoliklinikalla. Kroonisen kipupotilaan hoitoketju löytyi vain neljästä sairaanhoitopiiristä, ja sairaaloista alle puolet oli ohjeistanut kipukonsultaatiokäytäntönsä. Kipupoliklinikat arvioivat resurssiensa riittävyudeksi 2–10/10.

Lähes jokaisella kipupoliklinikalla työskenteli *kivunhoitolääketieteen erityispätevyyslääkäri*. Sen sijaan erityispätevyys suorittamiseen liittyvää palvelua saattoi suorittaa vain kahdeksalla kipupoliklinikalla. Kuusi kipupoliklinikkaa hankki erityispätevyyslääkärin palvelua ostopalveluna. Erikoistuvan vaiheen lääkäri tai kivun hoitoon perehtymässä oleva lääkäri piti lääkärin vastaanottoa vain kuuden sairaalan ja yleislääkäri vain yhden sairaalan kipupoliklinikalla. Lääkäreiden koulutusvirkoja oli vain HUS:n ja OYS:n kipuklinikoilla. Kipupoliklinikoilla työskentelevistä psykologeista lähes puolella (8) oli kivun hoidon lisäkoulutus.

Moniammatillinen kiputyöryhmä kokoontui useimmilla kipupoliklinikoilla säännöllisesti vähintään kerran kuukaudessa. Yliopistosairaaloista moniammatillinen kiputyöryhmä kokoontuu säännöllisesti HUS:ssa, TYKS:ssa, TAYS:ssa ja OYS:ssa, mutta *KYS:ssa vain tarvittaessa* resurssien niukkuudesta johtuen. Potilaiden kivun hoitoon liittyvää *ryhmätoimintaa* järjestettiin *TAYS:n ERVA-alueella lukuun ottamatta* kaikilla kipupoliklinikoilla. Kipupotilaiden kuntoutus oli järjestetty 15 kipupoliklinikalla joko osastokuntoutuksena, polikliinisenä kuntoutuksena tai ostopalvelukuntoutuksena.

Perusterveydenhuollon toimijat pystyivät *konsultoimaan* puhelimitse kroonisen kivun hoitoa koskevista kysymyksistä kaikkia kipupoliklinikoita. Osa poliklinikoista vastasi konsultaatiopyyntöihin kirjallisesti ja yhdellä kipupoliklinikalla oli mahdollisuus videokonsultaatioihin. Ns. perusterveydenhuoltoon jalkautuva konsultaatiopalvelu oli käytössä seitsemässä sairaanhoitopiirissä. Suurin osa kipupoliklinikoista järjesti paikallisia ja alueellisia koulutustilaisuuksia.

Kroonisen kivun hoitoon liittyvää *tutkimustoimintaa* tehtiin kuudella kipu(poli)klinikalla. Laadunvarmistus oli järjestetty vain muutamassa sairaalassa.

2.16 KANSAINVÄLISEN KIVUNTUTKIMUSYHDISTYKSEN SUOSITUKSET KIPUPOLIKLINIKKATOIMINNASTA JA NIIDEN TOTEUTUMINEN SUOMESSA

Yliopistosairaalat

Kansainvälinen kivuntutkimusyhdistys (IASP) määrittelee yliopistosairaala-tasoiselle kipuklinikalle (multidisciplinary pain center) mm. seuraavat henkilöstömitoitukset ja tavoitteet: kokopäiväinen johtaja (clinical director), vähintään kaksi lääkäriä eri erikoisaloilta, erikoistuva lääkäri, mielenterveyden ammattilainen (psykologi ja/tai psykiatri), fysioterapeutti/ toimintaterapeutti, tutkimustoiminta, koulutus (undergraduate, graduate, postdoctoral levels), laadunvarmistus sekä moniammatillinen kiputyöryhmä (Taulukko 1).

IASPin suositusten toteutuminen yliopistosairaaloiden kipuklinikoiden toiminnassa on esitetty taulukossa 1.

Keskussairaalat

IASP määrittelee keskussairaالاتasoiselle kipupoliklinikalle (multidisciplinary pain clinic) mm. seuraavat henkilöstömitoitukset ja tavoitteet: kokopäiväinen johtaja (clinical director), vähintään kaksi lääkäriä eri erikoisaloilta osa-aikaisesti, mielenterveyden ammattilainen (psykologi/ psykiatri), fysioterapeutti/ toimintaterapeutti, laadunvarmistus sekä moniammatillinen kiputyöryhmä.

IASPin suositusten toteutuminen keskussairaaloiden kipupoliklinikoiden toiminnassa on esitetty taulukossa 2.

Johtopäätökset

Krooninen kipu on oireena hyvin yleinen, kansansairaouden tasoinen ongelma, mutta sen hoidon resursointi ja organisointi eivät ole nykytasolla riittäviä eivätkä alueellisesti tasapuolisia. Kansainvälisen kivuntutkimusyhdistyksen (IASP 2009) asettamat tavoitteet toteutuvat vaillinaisesti sekä yliopisto- että keskussairaالاتasolla. Keskussairaaloissa ei käytännössä toteudu vähintään kahden eri erikoisalan lääkärin osallistuminen kipupoliklinikan toimintaan. Kipupoliklinikoiden ensi- ja uusintakäyntien väestöpohjaan suhteutettujen lukumäärien suuri vaihtelu kuvastaa merkittävää resurssien ja mahdollisesti myös toimintaympäristöjen eroa sairaanhoitopiirien välillä.

Lääkäreiden työpanoksessa oli yli kymmenkertaisia eroja. Kivunhoitoon perehtyvien ja koulutautuvien lääkäreiden määrä on pieni suhteutettaessa sitä tulevaisuuden tarpeisiin. Myös laadunvarmistus on puutteellista.

Taulukko 1. Yliopistosairaaloiden kipuklinikoiden toiminnan sisällön tarkastelua IASPin vuoden 2009 kriteeristön mukaisesti.

	HUS	TAYS	TYKS	KYS	OYS
Kokopäiväinen ylilääkäri	+	-	+	-	+
Moniammatillinen kiputyöryhmä	+	+	+	+	+
Vähintään kahden eri erikoisalan lääkäreitä	+	-	+	-	+
Erikoistuva lääkäri	+	-	-	-	+
Kivunhoitoon perehtyvä lääkäri	+	-	+	+	+
Vähintään kaksi sairaanhoitajaa (henkilötyövuosina/ 100 000 asukasta)	+	+	+	-	+
	(0,21)	(0,29)	(0,31)	(0,40)	(0,54)
Psykologi (henkilötyövuosina/ 100 000 asukasta)	+	+	+	+	-
	(0,14)	(0,09)	(0,16)	(0,01)	(0,0)
Fysioterapeutti (henkilötyövuosina/ 100 000 asukasta)	+	+	-	+	-
	(0,07)	(0,04)			
Toimintaterapeutti (henkilötyövuosina/ 100 000 asukasta)	-	+	-	+	-
		(0,04)	(0,1)		
Sosiaalityöntekijä	+	+	+	+	+
Koulutusvirka	+	-	-	-	+
Tutkimustoiminta	+	+	+	+	+
Laadunvarmistus	-	-	-	+	+

Taulukko 2. Keskussairaaloiden kipupoliklinikoiden toiminnan sisällön tarkastelua IASP:n vuoden 2009 kriteeristön mukaisesti.

Keskussairaala	Kokopäiväinen vastuulääkäri (osuus kokonaistyöajasta)	Vähintään kahden eri erikoisalan lääkäreitä osa-aikaisesti	Kaksi kipusairaanhoidajaa (henkilötyövuosina/100 000 asukasta)	Psykologi (henkilötyövuosina/100 000 asukasta)	Fysio- tai toimintaterapeutti	Laadunvarmistus	Moniammatillinen kiputyöryhmä
Etelä-Karjala	+ (45 %)	-	+ (1,13)	+ (0,38)	+	+	+
Kymenlaakso	- (0 %)	-	- (0)	- (0)	-	-	-
Satakunta	+ (50 %)	-	- (0,44)	+ (0,11)	+	+	+
Vaasa	+ (15 %)	-	- (0,29)	+ (0,14)	+	-	+
Etelä-Pohjanmaa	+ (20 %)	-	- (0,25)	+ (0,13)	+	-	+
Kanta-Häme	+ (40 %)	+	+ (0,85)	- (0)	-	-	+
Päijät-Häme	+ (70 %)	-	+ (0,64)	- (0)	-	-	+
Etelä-Savo	+ (40 %)	-	- (0,96)	+ (0,03)	+	-	+
Itä-Savo	+ (100 %)	+	- (1,69)	- (0,0)	-	-	-
Keski-Suomi	+ (25 %)	-	+ (0,39)	+ (0,19)	-	+	+
Pohjois-Karjala	+ (60 %)	-	+ (1,18)	+ (0,44)	+	-	+
Kainuu	- (0 %)	-	+ (1,30)	- (0,0)	+	-	+
Keski-Pohjanmaa	+ (20 %)	-	- (0,64)	+ (0,32)	+	-	+
Lappi	+ (50 %)	-	- (0,83)	- (0,0)	+	-	-
Länsi-Pohja	+ (10 %)	-	+ (2,33)	- (0,0)	-	+	+

2.17 TAVOITTEET

Tavoitteena on saavuttaa laadukkaat palvelut kroonisen kivun ennaltaehkäisyyn ja hoitoon kaikkialla Suomessa. Kroonisesta kivusta kärsivän potilaan asianmukainen hoito alkaa perusterveydenhuollossa. Perusterveydenhuollolla tulee olla käytössään ohjeistetut ja toimivat kanavat erikoissairaanhoidon konsultaatioihin. Moniammatillista kivun hoidon arviota tarvitsevat potilaat (joilla on suuri riski kivun kroonistumiseen) tunnistetaan sekä erikoissairaanhoidossa että perusterveydenhuollossa 1–2 kk:n sisällä ja ohjataan alueellisten hoitoketjujen mukaisesti oikeaan hoitopaikkaan.

Kipu(poli)klinikoilla tulisi olla IASPin tavoitteisiin pohjautuvat resurssit potilaiden moniammatilliseen arvioon ja hoitoon. Kipupotilaiden hoidossa tarvitaan eri alojen lääkäreiden lisäksi kivun hoitoon perehtyneitä psykologeja sekä fysio- ja toimintaterapeutteja. Pitkäaikaisesta kivusta kärsivien potilaiden oikea-aikainen kuntoutus vaatii riittävän resursoinnin.

Pitkäaikaisen kivun hoito tapahtuu usean eri erikoisalan toimesta ja yhteistyönä. Sairaalasta riippuen kipupoliklinikkatoiminnasta vastaavat eri erikoisalat. Hoitoon osallistuvia ja kipupoliklinikkatoiminnasta vastaavia erikoisaloja ovat esimerkiksi anestesiologia, neurologia, fysiatria ja psykiatria. Hoidon jatkuvuuden takaaminen on erityisen tärkeää pitkäaikaisesta kivusta kärsivien potilaiden kohdalla.

2.18 TOIMENPIDE-EHDOTUKSET

Kehitetään perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä

- Laaditaan ja päivitetään alueelliset kroonisen kivun hoitoketjut ja -polut.
- Kehitetään strukturoitu lähete kivun hoitoon.
- Parannetaan hoidon porrastuksen oikea-aikaisuutta.
- Kehitetään toimivia konsultaatiomahdollisuuksia (sähköinen konsultaatio ja videokonsultaatiot, viranomaisverkko ym.) perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä.

Tehostetaan kipupotilaiden kuntoutusta

- Tehostetaan varhaista puuttumista.
- Laajennetaan biopsykososiaaliseen malliin pohjautuvaa kipupotilaiden avo- ja laituskuntoutusta.
- Toteutetaan ryhmämuotoisia kuntoutus- ja kivunhallintamuotoja alueellisesti kattavasti riittävän koulutetun henkilökunnan ja uusien IT-sovellusten avulla.

Toteutetaan kivunhoito moniammatillisesti

- Toteutetaan kivunhoito moniammatillisesti ja lisätään kroonisen kivun kuntoutukseen ja ennalta ehkäisyyn osallistuvien psykologien sekä toiminta- ja fysioterapeuttien määrää tarpeita vastaavaksi.

Taataan hoidon jatkuvuus

- Parannetaan hoidon jatkuvuutta ja tietojen siirtymistä eri hoitopaikkojen välillä kirjaamalla kivun hoidon tekstit yhtenäisesti potilaskertomuksen KIPU-lehdelle.

- Edellytetään, että kroonisella kipupotilaalla on pysyvä hoitosuhde perusterveydenhuollon lääkäriin.

Tehostetaan kivunhoidon koulutusta

- Lisätään kivunhoitolääketieteen erityispätevyiden koulutusvirkoja kipuklinikoille, joissa toimii erityispätevyytlääkäri ja moniammatillinen kiputyöryhmä.
- Lisätään kipupoliklinikat yleislääketieteeseen erikoistuvien koulutuspaikoiksi.
- Kehitetään yliopistoihin kivunhoitolääketieteen ja palliatiivisen lääketieteen jatkokoulutusohjelmat.

Vaikutukset

Kansansairauden esiintyvyyden saaneen kroonisen kivun ehkäisyä ja hoitoa tehostamalla voidaan merkittävästi vähentää ennen aikaista eläköitymistä, työkyvyttömyyttä ja henkilökohtaista kärsimystä. On mahdollista, että pidemmällä aikavälillä ehdotetut toimenpiteet myös pienentävät kroonisesta kivusta aiheutuvia kokonaiskustannuksia.

Seuranta

Kivun hoidon kansallista toteutumista voidaan seurata määrävälein tapahtuvilla kansallisilla kyselytutkimuksilla. Uusi kansainvälinen tautiluokitus ICD-11 tulee mahdollistamaan paremmin diagnoosipohjaisen seurannan. Kivun hoidon laadunvarmistus on järjestettävä poliklinikkakohtaisesti. Jonojen pituutta seuraamalla voidaan arvioida hoidon porrastuksen toteutumista.

3 SYÖPÄÄN LIITTYVÄ KIPU

3.1 SYÖPÄKIVUN ESIINTYVYYS

Joka kolmas suomalainen sairastuu syöpään elämänsä aikana. Uusia syöpätapauksia todetaan 32 000 henkilöllä vuosittain. Väestön ikääntyessä syöpäpotilaiden määrä kasvaa. Suomen Syöpärekisterin ennusteiden mukaan vuonna 2025 todetaan uusia syöpätapauksia yli 40 000 henkilöllä.

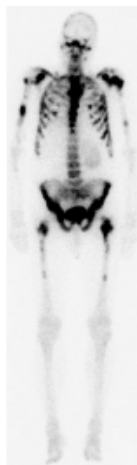
Kipu on sairauden ensioire 20–50 %:lla syöpäpotilaista. Kolmannes juuri diagnoosin saaneista syöpäpotilaista kokee vähintään kohtalaista kipua. Taudin edetessä kivun esiintyvyys vaihtelee (36–75 %) syövän tyypin ja sijainnin mukaan. Sairauden viimeisten viikkojen aikana kohtalaisesta tai voimakkaasta kivusta kärsii puolet syöpäpotilaista. Paitsi itse syöpäkasvain, myös syövän hoidot voivat aiheuttaa kipua.

3.2 SYÖPÄKIVUN OLEMUS

Syöpään liittyvä kipu voi olla kudonsvauriokipua, hermovauriokipua tai niiden yhdistelmä. Valtaosalla syöpäkipupotilaista kipu on päivittäistä ja jatkuvaa, mikä rajoittaa potilaiden sosiaalista elämää. Jatkuvan peruskivun lisäksi 65 %:lla syöpäkipupotilaista on kohtauksittaista läpilyöntikipua joko ärsykkeeseen (esimerkiksi yskiminen, syöminen, liikkuminen) liittyen tai ilman sitä. Psykososiaalisilla tekijöillä on tärkeä osuus syöpäkipussa (Kuvio 2).

Syöpäkipun osatekijät

kudonsvauriokipu
 + tulehduskipu
 + hermovauriokipu
 + sisäelinkipu
 + luukipu
 + henkinen kärsimys ja
psykososiaaliset tekijät
 = syöpäkipu



Kuvio 2. Syöpäkipun osatekijät.

3.3 SYÖPÄKIVUN HOITOMUODOT

Tärkein syöpäkivun hoitomuoto on lääkehoito, joka koostuu tulehduskipulääkkeistä / parasetamolista, morfiinin kaltaisista lääkkeistä sekä hermovauriokivun lääkkeitä (masennus- ja epilepsiaryhmät lääkkeet). Morfiinin kaltaiset voimakkaat kipulääkkeet annostellaan ensisijaisesti suun kautta, mutta tarvittaessa myös muita annostelureittejä käyttäen (ihon kautta, ihon alle, suoneen, selkäydinnesteseen). Näillä menetelmillä saavutetaan hyvä kivunlievitys neljälle viidestä syöpäkivusta kärsivästä potilaasta.

Syöpäkivun lääkehoidon rinnalla käytetään kipusädehoitoa, kajoavaa kipulääkkeiden annostelua (esim. selkäydinnesteseen), puudutuksia ja joissain tilanteissa myös neurokirurgisia ja kirurgisia hoitomenetelmiä. Tehokas syöpäkivun hoito edellyttää monialaista ja moniammatillista osaamista, jossa psykososiaalisen tuen (psykiatri, psykologi, psykiatrinen sairaanhoitaja, sosiaalityöntekijä) tarjoaminen on keskeistä.

Syöpään liittyvän kivun hoito voidaan jakaa perustaudin vaiheen mukaan kolmeen ryhmään:

1. edennyttä ja parantumattomaa syöpää sairastavat sekä saattohoidossa olevat potilaat
2. parantavaa syövän hoitoa saavat potilaat
3. syövästä toipuneet potilaat, joiden kipuja (myös syövän hoidoista aiheutuneita) hoidetaan samoin periaattein kuin yleensä kroonista kipua

3.4 SYÖPÄKIVUN HOITO OSANA KOKONAISVALTAISTA SYÖPÄPOTILAIDEN PALLIATIIVISTA HOITOA

Syöpäkivun hoito on tärkeä osa hyvää kokonaisvaltaista syöpäpotilaiden palliatiivista eli oireita lievittävää hoitoa ja saattohoitoa. Palliatiivisen hoidon tavoitteena on vaalia potilaan ja läheisten elämänlaatua ja ehkäistä ja hoitaa kärsimystä. Kipu on väsymyksen kanssa yleisin oire levinyttä syöpää sairastavilla potilailla. Kivun lisäksi syöpäpotilailla esiintyy useita muita oireita samanaikaisesti, mikä pahentaa oireiden aiheuttamaa kokonaishaittaa. Kuolevan potilaan kivussa kyse on usein ns. kokonaiskärsimyksestä, mikä koostuu niin fyysisestä kivusta, henkisestä kärsimyksestä kuin sosiaalisista ongelmista. Ne kaikki tulee huomioida kuolevan potilaan kipua hoidettaessa (Kuvio 2).

3.5 PALLIATIIVISTA HOITOA JA SAATTOHOITOA KOSKEVAT LAIT, ASETUKSET JA OHJEISTUS

Suomessa saattohoidon ohjauksen perustana ovat Lääkintöhallituksen vuonna 1982 julkaisemat terminaalihoidon-ohjeet sairaanhoitolaitoksille. Sosiaali- ja terveysministeriössä toimiva Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE on julkaissut suositukset terveydenhuollon yhteisestä arvoperustasta (2001), saattohoidosta (2003), saattohoidon saatavuuden parantamisesta ja työntekijöiden osaamisen laajentamisesta (2011).

STM julkaisi vuonna 2010 ”Hyvä saattohoito Suomessa” -suositukset. Niiden mukaan sairaanhoitopiirit ja terveyskeskukset vastaavat saattohoidon järjestämisestä ja kehittämisestä alueellaan. Jokaisella sairaanhoitopiirillä pitää olla alueellinen saattohoitosuunnitelma. Hoitopaikan valinnan on tapahduttava potilaan tarpeiden ja toiveiden mukaisesti.

STM:n ”Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010–2020” -raportissa painotetaan erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyötä hoidon järjestämisessä sekä palliatiivisen hoidon riittävää tarjontaa ja hyvää laatua. Palliatiivisen ja saattohoidon työnjaoksi ehdotettiin kolmiportais-

ta hoitojärjestelmää, ja perusterveydenhuollon konsultaatiomahdollisuuksia esitettiin vahvistettaviksi (STM 2010).

Hyvän oireenmukaisen hoidon ja saattohoidon perusohjeistus on Käypä hoito -suosituksessa ”Kuolevan potilaan oireiden hoito” (2008, päivitetty 2012). Vaativan tasoinen hoito edellyttää erityisosaamista, johon tarvitaan lisäkoulutusta.

3.6 SYÖPÄKIVUN HOIDON JÄRJESTÄMINEN PALLIATIIVISEN HOIDON KOLMIPORTAISISSA MALLISSA

EU:n palliatiivisen hoidon suositusten pohjalta Euroopan palliatiivisen hoidon yhdistys (EAPC) on laatinut vähimmäisvaatimukset palliatiiviselle hoidolle sekä lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan koulutuksen sisällöstä. Esitettyjen kriteerien mukaan saattohoitovuodepaikkojen vähimmäistarve on 10 vuodepaikkaa 100 000 asukasta kohden ja kotisaattohoitoon yksi asiantuntijaryhmä 100 000 asukasta kohden. EAPC korostaa, että saattohoitopotilaita hoitavan henkilökunnan tulee olla erityiskoulutettua ja vuodepaikkojen saattohoitoon sopivia. Suositus henkilöstömitoitukseksi on 1–1,2 hoitajaa ja 0,15 lääkäriä vuodepaikkaa kohden.

Palliatiivisen hoidon kolmiportaisessa mallissa syöpäkivun hoito jaetaan hoidon vaatavuustason mukaan kolmeen tasoon (A, B, C).

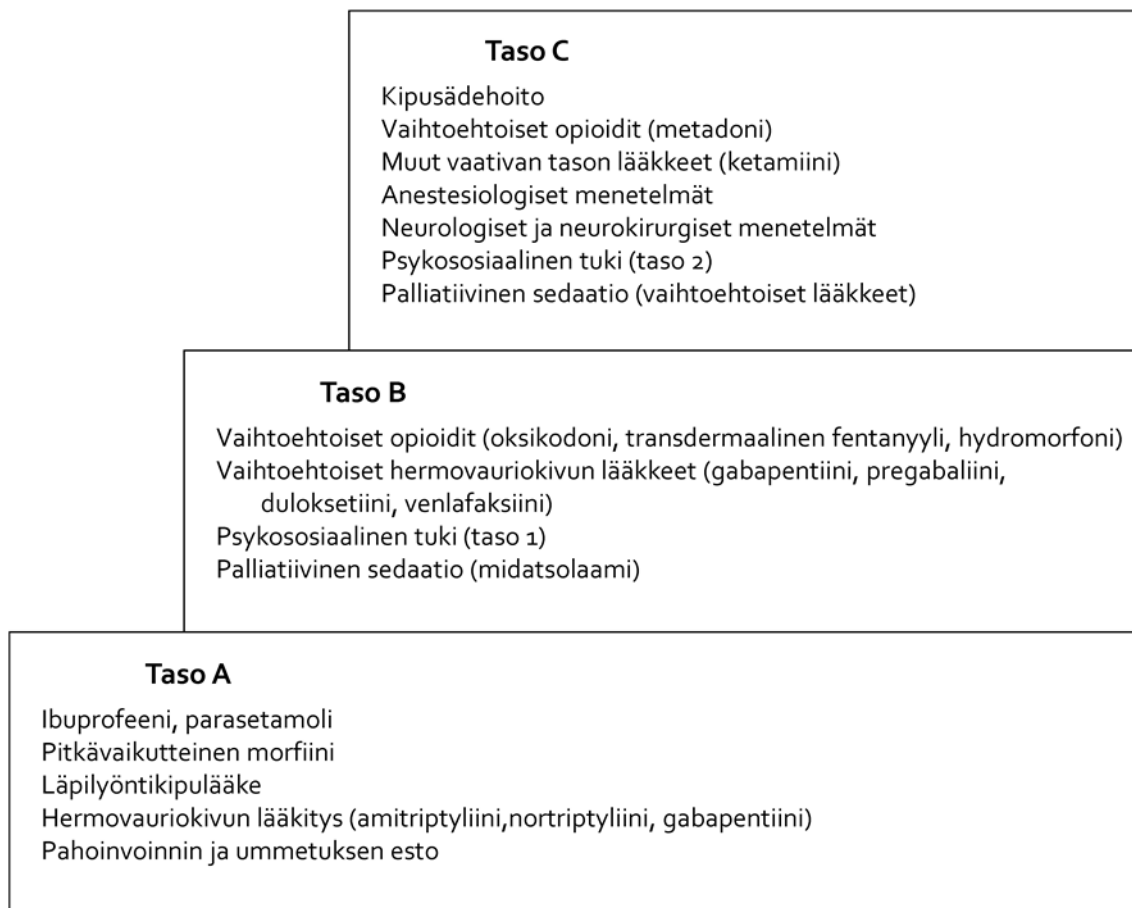
Perustason (A) muodostavat kaikki terveydenhuollon ja sosiaalityön yksiköt, joissa henkilökuntana ovat terveydenhuollon ammattilaiset. Näitä ovat mm. terveyskeskusten avohoito ja vuodeosastot sekä erilaiset hoitolaitokset ja palvelutalot. Kaikkien syöpäpotilaita hoitavien lääkäreiden ja sairaanhoitajien tulee hallita syöpäkivun hoidon perusteet. Vahvat kipulääkkeet tulee olla saatavilla ja lääkäri konsultoitavissa 24/7. A-tason tulee tuntea oman alueensa B/C-tason toimijat ja osata aktiivisesti konsultoida näitä vaativammasta kivunhoidosta.

Alueellisen erityistason (B) muodostavat isojen kuntien ja kuntayhtymien (n. 50 000 asukkaan väestöpohja) alueelliset palliatiivisen hoidon ja saattohoidon yksiköt, joissa on erikoistunut kotisairaanhoito (kotisairaalat) ja kotisairaalan tukiosastona toimiva saatto-osasto tai saattohoitovuodepaikkoja. Lisäksi alueellisissa yksilöissä voi olla polikliinistä toimintaa. Tavoitettavuus on 24/7. Yksiköissä toimii vähintään osa-aikaisesti lääkäri, jolla on palliatiivisen lääketieteen erityispätevyys sekä sairaanhoitaja, jolla on em. alojen hoitotyön lisäkoulutusta. Tällä tasolla tulee hallita tavanomaista vaativampi syöpäkivun hoito muun palliatiivisen hoidon rinnalla. Yksikkö toimii yhteistyössä alueellisen kipu(poli)klinikan kanssa. B-taso antaa alueellista konsultaatiotukea A-tason yksiköille sekä konsultoi C-tasoa vaativasta palliatiivisesta hoidosta ja kivunhoidosta.

Vaativan erityistason (C) syöpäkivun hoidossa muodostavat yhteistyössä toimivat yliopisto- ja keskussairaaloitten palliatiiviset yksiköt ja kipu(poli)klinikat sekä saattokodit. Yliopistosairaaloissa tulee olla moniammatilliset palliatiiviset yksiköt ja kipuklinikat, keskussairaaloissa palliatiiviset ja kipupoliklinikat. Syöpäkivun hoito toteutetaan kiinteässä yhteistyössä syöpää hoitavien yksiköiden ja lääkäreiden kanssa. Palliatiivisissa yksiköissä lääkäreillä on palliatiivisen lääketieteen erityispätevyys ja kipuyksiköissä kivunhoitolääketieteen erityispätevyys. Sairaanhoitajilla tulee vastaavasti olla em. alojen hoitotyön lisäkoulutus. Kivunhoidon tulee olla moniammatillista, joten hoitotiimiin tulee kuulua ainakin fysioterapeutti, psykologi tai psykiatri ja sosiaalityöntekijä. C-tasolla tulee hallita vaativin syöpäkivun hoito, johon kuuluvat kivunhoidon erityistekniikat ja kipsädehoito. Lisäksi tarvitaan psykososiaalisen tuen erityisyksikkö. Saattohoitokodit (kuolevan potilaan hoidon erityisosaaminen) kuuluvat C-tasoon, jos niiden resurssit ja koulutustaso täyttävät em. kriteerit. C-taso tarjoaa konsultaatiotuen alueensa muille yksiköille, vastaa lääkäreiden ja sairaanhoitajien palliatiiv-

visen ja kivun hoidon opetuksesta ja koulutuksesta, johtaa alueellisia hoitoketjuja sekä tekee tutkimusta syöpäkivusta.

Kolmiportaisen mallin edellyttämät kivunhoidon menetelmät on esitetty kuviossa 3.



Kuvio 3. Palliativisen ja syöpäkivun hoidon kolmiportaisen mallin edellyttämät kivunhoidon menetelmät.

3.7 SYÖPÄKIVUN JA PALLIATIIVISEN HOIDON SAATAVUUS

ETENEn vuonna 2012 tekemän selvityksen mukaan Suomessa erityistason (kolmiportaisessa mallissa tasot B ja C) saattohoitovuodepaikkoja oli 312. Edellä mainittujen eurooppalaisten suositusten mukaan Suomessa tulisi olla yhteensä 540 saattohoitovuodepaikkaa. Selvityksen perusteella Suomesta puuttui noin 200 erikoistunutta saattohoitovuodepaikkaa (40 %).

Selvityksen saattohoitosuunnitelmaa koskevaan kysymykseen vastanneista sairaanhoitopiireistä ja suurista kaupungeista 75 %:lla oli saattohoitosuunnitelma ja muilla sellaisen laatiminen oli vireillä. Aikaisempaan tilanteeseen verrattuna saattohoitosuunnitelmat olivat kehittyneet osasto- ja laitostyökohtaisista suunnitelmista alueellisiksi sairaanhoitopiiriin koordinoimiksi suunnitelmiksi. Ne perustuivat Käypä hoito -suositukseen ja STM:n saattohoitosuosituksiin, ja niissä käsiteltiin myös kotisaattohoitoa. Väestölukuihin perustuvaa suunnittelua ei suunnitelmissa juurikaan ollut.

Alueellisen erityistason yksiköt (kotisairaalat, kotisaattohoitoyksiköt ja saattohoitoyksiköt) jakautuivat valtakunnallisesti epätasa-arvoisesti. HYKS:n ERVA-alueella näiden yksiköiden tiheys oli muuta Suomea suurempi, nykyisin noin yksi yksikkö 100 000 asukasta kohti. Selvityksen mukaan on tarve selkeyttää kriteerejä erityistason ja vaativan erityistason hoidon tarpeesta ja hoitoon ohjauksesta.

3.8 SELVITYS NYKYTILASTA

Syöpä kivun hoitoa kartoitettiin sähköisellä kyselyllä, joka lähetettiin sairaanhoitopiirien perusterveydenhuollon yksiköiden kautta Manner-Suomen jokaiseen 151 terveyskeskukseen, kaikkiin yliopisto- ja keskussairaaloihin sekä Hyvinkään ja Raahen sairaaloihin. Lisäksi henkilökohtainen kysely lähetettiin lääkäreille, jotka olivat suorittaneet kivunhoitolääketieteen tai palliatiivisen lääketieteen erityispätevyystutkinnon.

Hoitoketjut

Puolet (42/85) kyselyyn vastanneista terveyskeskuksista ilmoitti alueellaan toimivan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon hoitoketjun. 44 %:lla yksiköistä oli saattohoitosuunnitelma, 51 %:lla saattohoito-ohjeistus ja 40 %:lla syöpä kivun hoito-ohje. Sairaaloitten tulokset olivat saattohoitosuunnitelmien osalta 62 % (16/26) ja syöpä kivun hoito-ohjeen osalta 60 % (15/25). Kartoituksen tulkinta ei ole yksiselitteinen, koska saattohoitosuunnitelmien sisältöä ja toteutumista ei voitu tarkistaa.

Erityispätevyyslääkärit

Lääkärit voivat suorittaa joko kivunhoitolääketieteen tai palliatiivisen lääketieteen kaksivuotisen erityispätevyuden lisäkoulutuksen. Kivunhoitolääketieteen tai palliatiivisen lääketieteen erityispätevyuden on suorittanut 207 lääkäriä (kivunhoito 124 ja palliatiivinen lääketiede 83).

Osana nykytilan kartoitusta erityispätevyyslääkäreille lähetettiin kirjallinen kysely, johon vastasi 89 lääkäriä (43 %; puolet vastanneista kivunhoitolääketieteen erityispätevyyslääkäreitä). Selvityksen mukaan erityispätevyyslääkärit jakautuivat alueellisesti epätasapainoisesti. Kyselyn perusteella Itä-Suomessa oli muuta Suomea vähemmän erityispätevyuden suorittaneita lääkäreitä. Kyselyyn vastanneista erityispätevyyslääkäreistä 60 % työskenteli erikoissairaanhoidossa, 16 % perusterveydenhuollossa ja 20 % yksityissektorilla tai kolmannen sektorin palveluksessa. Kivunhoitolääketieteen erityispätevyyslääkäreistä vain noin viidesosa hoitaa syöpäkipupotilaita päivittäin tai viikoittain.

Palvelut perusterveydenhuollossa

Kyselyyn vastanneista 96 perusterveydenhuollon yksiköistä vain joka neljännessä oli palliatiivisen hoidon yksikkö, ja 18 %:ssa terveydenhuollon yksiköistä työskenteli palliatiivisen lääketieteen erityispätevyyslääkäri. Kipuvastaanottoja ei juuri ollut eikä myöskään kipulääketieteen erityispätevyyslääkäreitä. Syöpä kivun hoidossa eniten konsultaatioapua saatiin erikoissairaanhoidon palliatiivisista yksiköistä. Videokonsultaatio oli mahdollista vajaan neljäsosassa kysymykseen vastanneista yksiköistä.

Palvelut erikoissairaanhoidossa

Kaikissa erikoissairaanhoidon palliatiivisen hoidon yksiköissä hoidetaan syöpäkipupotilaita. Jokaisessa yliopistosairaalassa on palliatiivisen hoidon yksikkö, jossa työskentelee palliatiivisen lääketieteen erityispätevyyslääkäriä, mutta vain muutamassa keskussairaalassa on erikoistunut yksikkö tai palliatiivisen lääketieteen erityispätevyyslääkäriä. Erikoissairaanhoidon sairaaloitten palliatiiviset

yksiköt ovat pääsääntöisesti osa-aikaisia vastaanottoja: Vain kolmessa yliopistosairaalassa ja yhdessä keskussairaalassa on kokopäiväinen palliatiivisen hoidon yksikkö. Yliopistosairaaloiden ja 17 keskussairaalan kipu(poli)klinikoissa hoidetaan myös syöpäkipua.

Johtopäätökset

Syöpä kivun asianmukainen hoito edellyttää, että käytettävissä on Euroopan palliatiivisen hoidon yhdistyksen suosituksia vastaava osaaminen ja resurssit. Nykytilan kartoituksen tulokset viittaavat siihen, että syöpä kivun hoidon saatavuudessa on huomattavia alueellisia eroja. Erityisesti perusterveydenhuollossa hoitoon käytettävissä olevat resurssit ovat valtaosassa yksiköistä hoidon tarpeeseen nähden selvästi riittämättömät. Vain 60 %:lla sairaaloista ja puolella terveyskeskuksista oli saattohoitosuunnitelma ja syöpä kivun hoito-ohje.

3.9 TAVOITTEET

- Kaikki syöpäpotilaat saavat hyvän kivunhoidon yhdenvertaisesti hoito- tai asuinpaikasta riippumatta.
- Parantumattomasta syöpästä sairastavan potilaan kivunhoito integroidaan STM:n suositusten mukaiseen kolmiportaiseen palliatiivisen hoidon malliin.
- Syövästä parantuneen potilaan kipu hoidetaan kroonisen kivun suositusten sekä soveltuvien osin akuutin kivun hoitoperiaatteiden mukaisesti.

3.10 TOIMENPIDE-EHDOTUKSET

Syöpä kivun hoidon integrointi palliatiivisen hoidon kolmiportaiseen malliin

Valtaosa syöpä kivun hoitotarpeesta liittyy parantumattomaan syöpään, jossa kipu on yksi vaikeimmista ja yleisimmistä oireista monien muiden oireiden rinnalla. Syöpä kivun hoito on siten osa syöpä kokonaisvaltaista palliatiivista hoitoa, jonka kolmiportaista mallia ehdotetaan sovellettavan syöpä kivun hoidon organisoinnissa (kolmiportainen malli edellä).

Syöpä kivun hoidon järjestäminen ERVA-alueilla

- ERVA-alueet huolehtivat järjestämissä päätöksissään, että palliatiivisen ja syöpä hoidon tuottamisvastuuseen nimetyissä kunnissa tai kuntayhtymissä on riittävä osaaminen ja resurssit syöpä kivun hoitoon em. kolmiportaisen mallin mukaisesti. Kunkin tason (A, B, C) palliatiivisen ja syöpä kivun hoidon tuottamisvastuu voidaan antaa vain yksiköille, joissa on ko. tason osaaminen ja resurssit.
- Asianmukainen hoidon porrastus edellyttää jokaisella ERVA-alueella ajantasaista syöpä kivun hoidon sisältävää palliatiivisen hoidon suunnitelmaa (hoitoketjua).
- Kaikissa A-tasolla syöpäpotilaita hoitavissa yksiköissä on oltava perustason syöpä kivun hoidon osaaminen ja toimivat konsultaatioväylät B/C-tasolle. Jokaiselle syöpäpotilaalle on turvattu tarvelähtöinen oikeus B/C-tason syöpä kivun hoitoon asuin- tai hoitopaikasta riippumatta. Tämän varmistamiseksi ERVA-alueen on määriteltävä, mihin B/C-tason yksiköihin kukin A-tason yksikkö alueella tukeutuu. Tukeytuminen tarkoittaa potilaan tarpeista riippuen joko lähettämistä seuraavalle tasolle, konsultointia tai osaamisen järjestämistä potilaan hoitopaikkaan (esim. jalkautuva B/C-tason kotisairaala).

- ERVA-alueella on oltava Euroopan palliatiivisen hoidon yhdistyksen suositusten mukaisesti vähintään kymmenen B/C-tason saattohoitovuodepaikkaa ja yksi kotisaattohoitotiimi 100 000 asukasta kohden. Näiden väestömäärään suhteutettujen vähimmäisresurssien lisäksi on huomioitava kohtuullinen alueellinen saavutettavuus, mikä tarkoittaa tiheämpää B-tason verkostoa suurien kaupunkien ulkopuolella tai jalkautuvaa tiimiä.
- Yliopistosairaaloissa on oltava jokaisena arkipäivänä toimiva C-tason moniammatillinen palliatiivinen yksikkö ja kipuklinikka. Nämä vastaavat yhteistyössä oman ERVA-alueensa vaativasta syöpäkipuvun hoidosta sekä syöpäkipuvun hoitoketjun johtamisesta. Myös päivystys-aikainen konsultaatiotuki täytyy olla järjestetty.
- Keskussairaالاتasolla on oltava ainakin osa-aikaisesti toimiva palliatiivisen hoidon yksikkö sekä kipupoliklinikka (B/C-taso).
- Kaikkien kipu(poli)klinikoiden on hoidettava syöpäkipua muun kivunhoidon rinnalla.
- Syöpää hoitavissa yksiköissä on oltava riittävä syöpäkipuvun hoidon osaaminen. Kaikilla syöpää hoitavilla ammattilaisilla tulee olla perustason koulutuksen jälkeistä koulutusta syöpäkipuvun hoidosta ja palliatiivisesta hoidosta. Lääkäreillä koulutuksen on sisällyttävä erikoistumiskoulutukseen.
- Terveystenhuollon ammattilaisilla on oltava mahdollisuus konsultoida C-tasoa syöpäkipuvun hoidosta 24/7-periaatteella. Potilaiden on saatava yhteys syöpäkipuvun hoidosta vastaavaan yksikköön aina arkityöaikana ja vähintään saattohoitovaiheessa 24/7-periaatteella. Harvaan asutuilla ja pitkien välimatkojen alueilla konsultaatioissa tulee aktiivisesti hyödyntää uutta teknologiaa (esim. videokonsultaatiot).

Viitteet:

1. Caraceni A ym. Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC. *Lancet Oncology* 2012;13:e58-68.
2. Hamunen K, Heiskanen T, Idman I. Syöpäkipuvun hoidon kolme tasoa. *Suomen Lääkärilehti* 2009;41:3413-3421.
3. Käypä hoito -suositus (2008). Kuolevan potilaan oireiden hoito. www.kaypahoito.fi/suositus-hoi50063.
4. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. Recommendations from the European Association for Palliative Care. *European J Palliative Care*, 2009; 16(6): 278–289.
5. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2. Recommendations from the European Association for Palliative Care. *European J Palliative Care*, 2010; 17(1): 22–33.
6. Vuorinen E. ja Hänninen J. Saattohoito eurooppalaiselle tasolle myös Suomessa. *Suomen Lääkärilehti* 18/2010; vsk 65:1606–7.
7. Saarto T. Saattohoitoketjut selkiintyvät sairaanhoitopiireissä. *Duodecim*. 2013;129(4):381-2
8. ETENE 2003. Saattohoito. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. Työryhmäraportti. ETENE-julkaisuja 8, 2003
9. ETENE 2012. Saattohoito Suomessa vuosina 2001, 2009 ja 2012. Suunnitelmat ja toteutus. ETENE-julkaisuja 36
10. STM 2010. Hyvä saattohoito Suomessa. Asiantuntijakuulemiseen perustuvat
11. saattohoitosuosituksat. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:6
12. STM 2010. Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010–2020. Työryhmän raportti.
13. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:6

4 KOULUTUS

4.1 LÄÄKETIETEEN JA HAMMASLÄÄKETIETEEN PERUSKOULUTUS

Nykytilanne

Lääketieteen ja hammaslääketieteen peruskoulutuksessa kipuun liittyvä koulutus on integroitu useisiin oppiaineisiin prekliinisessä ja kliinisessä vaiheessa. Lisäksi tiedekunnista riippuen järjestetään kipuun ja sen hoitoon keskittyviä seminaareja ja potilastapauksiin perustuvia ryhmäopetuksia.

Tavoitteet

Kivun mekanismit ja hoidon perusteet sisältyvät Kansainvälisen Kivuntutkimusyhdistyksen (IASP) opintosuunnitelman mukaisesti lääkäreiden ja hammaslääkäreiden peruskoulutukseen kaikissa Suomen lääketieteellisissä tiedekunnissa.

Toimenpide-ehdotukset

- Laaditaan suositus oppimissisällön minimivaatimuksiksi lääkäreiden ja hammaslääkäreiden peruskoulutukseen.
- Tarjotaan koulutusta kivunhoitoon liittyvää integroivaa opetusta antaville opettajille.
- Kehitetään yhteistä oppimateriaalia ja uusia oppimismenetelmiä (videoluennot, verkkokurssit).
- Luodaan pakollisia vapaavalintaisia kursseja.
- Huomioidaan opetussuunnitelmissa tämän toimintasuunnitelman keskeiset tavoitteet syöpä-kivun hoidon, kivun kroonistumisen eston, varhaisen hoidon ja kuntoutuksen sekä moniammatillisen hoidon osalta.

4.2 YLEISLÄÄKETIETEEN JA TYÖTERVEYSHUOLLON ERIKOISTUMISKOULUTUS

Nykytilanne

Yleislääketieteen erikoistumisohjelma koostuu kahden vuoden runkokoulutuksesta ja neljän vuoden eriytyvästä koulutuksesta. Koulutuksesta vähintään puolet tulee tapahtua opetusterveyskeskuksissa. Eriytyvässä vaiheessa vaaditaan terveystieteiden koulutuksen lisäksi palvelua vähintään neljällä erikseen nimetyllä erikoisalalla (kullakin vähintään 3 kk). Näiden alojen joukossa ovat mm. fysiatria, neurologia, psykiatria ja anestesiologia. Palvelu kipuklinikassa voidaan hyväksyä tällaiseksi kliiniseksi palveluksi.

Pitkäaikaisen kivun hoitoa käsitellään mm. yliopistojen järjestämässä teoreettisessa kurssimuotoisessa koulutuksessa (sisältö ja laajuus vaihtelevat yliopistoittain), erikoistuvien lääkäreiden toimipaikkakoulutuksessa ja ohjauksessa (tutorointi). Usein krooninen kipu käsitellään osana monisairaalan potilaan hoitoa, jolloin korostuvia asioita ovat hoitoon pääsy, hoidon jatkuvuus ja hoidon koordinointi sekä kivun hoidon toteuttaminen. Yhtenäistä erityisesti kroonisen kivun hoitoon keskittyvää sisältövaatimusta koulutusohjelmissa ei ole. Erikoislääkärikuulustelussa on usein kroonisen kivun hoitoon liittyviä kysymyksiä.

Tavoitteet

Kivun hoidon perusteet sisältyvät yleislääketieteen ja työterveyshuollon erikoistumiskoulutukseen.

Toimenpide-ehdotukset

- Sisällytetään kivun hoito yleislääketieteen ja työterveyshuollon erikoistumisohjelmien sisältövaatimuksiin.
 - Laaditaan suositus oppimissisällön minimivaatimuksiksi oleellisten erikoislääkärikoulutusten osalta (anestesiologia ja tehohoito, fysiatria, geriatria, kirurgia, neurologia, neurokirurgia, psykiatria, syöpätaudit ja sädehoito, työterveyshuolto, yleislääketiede).
- Lisätään erikoistuvien mahdollisuuksia päästä koulutusjaksoille kivun hoitoa toteuttaviin (esimerkiksi fysiatriin) ja siihen erikoistuneisiin (kipuklinikat) yksiköihin.
 - Suositellaan sisällytettäväksi jakso erikoissairaanhoidon kipuklinikassa tai palliativisen hoidon yksikössä seuraavien erikoisalojen koulutukseen: anestesiologia ja tehohoito, fysiatria, neurologia, geriatria, syöpätaudit ja sädehoito, työterveyshuolto, yleislääketiede, suu- ja leukakirurgia, kliininen hammashoito).

4.3 MUIDEN KLIINISTEN LÄÄKETIETEEN JA HAMMASLÄÄKETIETEEN ERIKOISALOJEN ERIKOISTUMISKOULUTUS

Nykytilanne

Pitkäaikaisen kivun hoidon sisällymistä eri klinisten erikoisalojen koulutukseen selvitettiin lääketieteellisten tiedekuntien (Helsinki, Kuopio, Oulu, Tampere ja Turku) erikoislääkärikoulutusten opinto-oppaista (vuonna 2014 voimassa olevat erikoislääkärikoulutuksen opinto-oppaat). Anestesiologian osalta kysyttiin täydentäviä tietoja kunkin yliopiston anestesiologian professorilta.

Kolmessa tiedekunnassa pitkäaikaisen kivun hoitoon perehtyminen (3 vk – 2kk jakso) kuuluu kaikille anestesiologiaan erikoistuville. Kahdessa tiedekunnassa oppijakso järjestetään asiasta kiinnostuneille, mutta se ei ole pakollista koulutusta.

Muiden erikoisalojen osalta perehtyminen pitkäaikaisen kivun hoitoon mainittiin fysiatrian (4/5 tiedekuntaa), neurologian (3/5), suu- ja leukakirurgian (3/5), syöpätautien (5/5) sekä verisuonikirurgian (2/5) koulutusohjelmissa. Näillä erikoisaloilla ei ole asetettu ajallisia tavoitteita koulutuksen kestolle.

Tavoitteet

Kivun hoidon perusteet sisältyvät virallisesti jokaisen klinisen erikoisalan erikoistumiskoulutukseen.

Toimenpide-ehdotukset

- Sisällytetään kroonisen kivun hoito klinisten alojen erikoistumisohjelmien sisältövaatimukseen.
 - Laaditaan suositus oppimissisällön vähimmäisvaatimuksiksi oleellisten klinisten erikoisalojen koulutukseen

- Lisätään erikoistuvien lääkäreiden mahdollisuuksia päästä koulutusjaksoille erikoissairaanhoidon kipuklinikkaan tai palliatiivisen hoidon yksikköön kivun hoitoa toteuttaviin ja siihen erikoistuneisiin (kipuklinikat) yksiköihin.

4.4 KIVUNHOITOLÄÄKETIETEEN ERITYISPÄTEVYYS

Kivunhoitolääketieteen erityispätevyyteen tähtäävä koulutus on tarkoitettu Suomen Lääkäriliiton erikoislääkärijäsenille, joilla on spesialiteetti anestesiologiassa, fysiatriassa, kirurgiassa, lastentaudeissa, neurokirurgiassa, neurologiassa, onkologiassa, psykiatriassa, sisätaudeissa tai yleislääketieteessä. Erityispätevyyden myöntää Suomen Lääkäriliiton koulutusjohtaja Suomen Kivuntutkimusyhdystys ry:n valitseman erityispätevyystoimikunnan esityksestä. Edellytyksenä erityispätevyyden saamiselle on erikoislääkäritutkinnon lisäksi hyväksytysti suoritettu pätevyitymisohjelma ja kuulustelu tai suoritettu erillistehtävä. Koulutusta valvoo erityispätevyystoimikunta.

Kivunhoitolääketieteen erityispätevyyskoulutuksen tavoitteena on, että erikoislääkäri sen suoritettuaan hallitsee sekä akuutin että kroonisen kivun hoidon, toimii erikoisalansa edustajana moniammatillisessa työryhmässä sekä kykenee kivunhoitolääketieteen kehittämis-, opetus- ja tutkimustyöhön.

Koulutus kestää koulutusoikeudet saaneessa yksikössä vähintään kaksi vuotta, josta yliopistosairaalassa annettua koulutusta on vähintään kuusi kuukautta. Erityispätevyyskoulutukseen tarkoitettuja koulutusvirkapohjia ei ole kuin yksi HUS:ssa. Virkapohjat täytyy järjestellä erilaisilla viransijaisjärjestelyillä. Tämä tekee koulutuksen sattumanvaraiseksi ja vaikeaksi.

Suomessa on vuoden 2014 loppuun mennessä myönnetty kivunhoitolääketieteen erityispätevyys 124 erikoislääkärille, joista anestesiologian erikoislääkäreitä on 46, fysiatreja 31 ja neurologeja 15. Noin 50 % kivunhoitolääketieteen erityispätevyyslääkäreistä on yli 55-vuotiaita. Tällä hetkellä erityispätevyyskoulutuksessa on 12 erikoislääkärää. Jotta kivunhoitolääketieteen erityispätevyyslääkäreiden määrä säilyisi nykyisellä tasolla, tarvittaisiin koulutukseen vuosittain 20–30 lääkäriä tasaisesti ainakin 15–20 vuoden ajan. Erityisesti koulutukseen tarvitaan yleislääketieteen erikoislääkäreitä.

Kesällä 2014 tehdyn kyselytutkimuksen perusteella erityispätevyyslääkäreistä vain osa teki pätevyyden edellyttämää työtä kokoaikaisesti ja suurin osa osa-aikaisesti. Valtaosa työskenteli terveydenhuollon parissa sairaaloissa tai terveyskeskuksissa, osa kipupoliklinikoilla. Erityisesti anestesiologit ja fysiatrit työskentelivät osa-aikaisesti kipupoliklinikatyössä.

Toimenpide-ehdotukset

- Hyödynnetään kivunhoitolääketieteen erityispätevyyslääkäreiden osaaminen kipupotilaiden hoidossa.
- Lisätään erityispätevyyslääkäreiden määrää mm. kehittämällä erityispätevyyskoulutusta houkuttelevammaksi ja pyrkimällä muokkaamaan koulutettavien ohjausjärjestelyjä yksilöllisesti.
- Yliopistollisten sairaaloiden kantaessa päävastuun koulutuksesta olisi yhteistyötä pyrittävä lisäämään keskussairaaloiden ja perusterveydenhuollon kanssa.
- Uudistetaan erityispätevyyskoulutusta seuraavasti:
 - tehostetaan pohjoismaisen kivunhoidon erityispätevyyskoulutuksen hyödyntämistä
 - tarjotaan mahdollisuus korvata tentti kehittämishankkeella
 - hyväksytään koulutukseen myös ennen erikoislääkärin tutkintoa tehty koulutus

- järjestetään jokaiseen yliopistosairaalaan vähintään yksi erityispätevyyskoulutuksen virkapohja
- kohdennetaan erityispätevyyskoulutusta erityisesti yleislääketieteen alalle kipuon-
gelmien varhaisen tunnistamisen ja hoidon tehostamiseksi
- kehitetään kivunhoitolääketieteen, palliatiivisen lääketieteen ja kuntoutuksen erityis-
pätevyyskoulutusta järjestämällä yhteisiä koulutuksia kyseisten erityispätevyysopin-
tojen osalta
- Selvitetään mahdollisuutta perustaa yliopistojen lääketieteellisiin tiedekuntiin kivunhoito-
lääketieteen ja palliatiivisen lääketieteen kaksivuotiset jatkokoulutusohjelmat. Nämä korvai-
sivat ammatillisen etujärjestön myöntämät erityispätevyudet. Tiedekuntien erityispätevyys-
koulutusohjelmat ovat epävirallisia, eikä niitä varten ole osoitettu resursseja.

4.5 HAMMASLÄÄKÄREIDEN ERITYISPÄTEVYYSKOULUTUSOHJELMA

Hammaslääkäreillä on vastaava erityispätevyyskoulutusohjelma.

4.6 PSYKOLOGIEN KOULUTUS KIVUN HOITON

Terveyspsykologian erikoispsykologikoulutukseen sisältyy kivun psykologian opintojakso. Koulu-
tuksen järjestäjänä ja toteuttajana toimii psykologian laitosten yliopistoverkosto Psykonet. Koulutus
antaa valmiuksia ymmärtää biopsykososiaalisia terveysongelmia ja toteuttaa näiden ongelmien psy-
kologista hoitoa ja kuntoutusta. Terveyspsykologian erikoispsykologikoulutuksesta on vuoteen
2013 mennessä valmistunut 51 psykologia. Vuosittain valmistuneita on 3–4.

Suomen Kivuntutkimusyhdistyksen psykologitoimikunta ja Psykologianinstituutti järjestävät *kah-
den vuoden laajuista kivun psykologian asiantuntijakoulutusta laillistetuille psykologeille*. Kou-
lutus noudattaa kansainvälisen kivuntutkimusyhdistyksen IASPin kivun psykologian opinto-
ohjelmaa. Kivun psykologian koulutuksen on suorittanut yhteensä 67 psykologia. Toimintasuunni-
telmaa varten tehtyyn kartoituskyselyyn vastanneista psykologeista 25 % oli suorittanut Suomen
Kivuntutkimusyhdistyksen ja Psykologianinstituutin järjestämän kivun psykologian koulutuksen.

Perusterveydenhuollon psykologien työpanos on ensisijaisesti suunnattu lasten ja aikuisten mie-
lenterveysongelmien arviointiin ja hoitoon. Siten perusterveydenhuollossa työskentelevien terveys-
psykologiaan ja kivun psykologiaan perehtyneiden psykologien osaamista ei voida hyödyntää tar-
koituksenmukaisesti kipuongelmien hoidossa.

Terveydenhuollon eri tasoilla työskenteleville psykologeille suunnatussa kartoituskyselyssä 72 %
kaikista vastaajista (n=137) arvioi psykologipalvelujen resurssit kivun hoidon tarpeeseen nähden
hyvin puutteelliseksi. 79 % vastaajista ohjaa kipupotilaita psykologiseen tai psykoterapeuttiseen
jatkohoitoon, kuten Kelan psykoterapiaan tai erikoissairaanhoidon yksikköön. Annetuista vapaista
kommenteista (n=47) 12 koski resurssipuutetta. Tämän lisäksi kommenteista seitsemän käsitteli
kivun hoidon organisoinnin puutteita. Yhteistyö- ja konsultointikäytäntöjen puutteita ovat mm. pe-
rusterveydenhuollon tasolta puuttuvat moniammatilliset työryhmät ja tietämättömyys psykologipal-
velujen merkityksestä kroonisen kivun hoidossa. Kyselyyn vastanneista 32 % työskentelee mo-
niammatillisen kiputyöryhmän jäsenenä.

Tavoitteet

Kaikissa sairaanhoitopiireissä terveydenhuollon eri tasoilla on käytettävissä terveystieteiden ja/tai kivun psykologiaan perehtyneitä psykologeja, joiden osaamista hyödynnetään kipupotilaiden arvioinnissa, hoidossa ja kuntoutuksessa.

Toimenpide-ehdotukset

Suomen Kivuntutkimusyhdistyksen psykologitoimikunnan ja Psykologiainstituutin järjestämää kivun psykologian koulutusta tarjotaan laillistetuille psykologeille ammatillisena täydennyskoulutuksena ja valinnaisena osana terveystieteiden erikoispsykologikoulutusta.

4.7 SAIRAANHOITAJIEN JA FYSIOTERAPEUTTIIEN KIVUNHOIDON KOULUTUS

Sairaanhoitajien ja fysioterapeuttien koulutusta selvitettiin terveydenhoito-oppilaitosten opinto-suunnitelmista. Perusopinnoissa sairaanhoitajien koulutuksessa kivunhoitoa ei ole erillisenä kurssina, vaan maininnat kivunhoidosta löytyvät esimerkiksi kirurgisen ja perioperatiivisen hoitotyön jaksojen yhteydestä tai lääkehoidon kurssien yhtenä osana. Fysioterapeuttien yhden oppilaitoksen koulutusohjelmasta löytyy pakollinen kivunhoidon kurssi. Suomen Fysioterapeutit järjestää IASP:n opinto-ohjelman pohjalta kipufysioterapian erikoisasiantuntijakoulutusta, jonka suunnittelussa ja toteutuksessa on ollut mukana Suomen Kivuntutkimusyhdistyksen fysioterapeuttitoimikunta. Sairaanhoitajille ei tällä hetkellä ole tarjolla IASP:n opinto-ohjelman mukaista kivunhoidon asiantuntijakoulutusta.

Erikoistumiskoulutuksia järjestettiin vuosina 2000–2014 ja koulutuksen suorittaneita on 150–200. Palliatiivisen hoitotyön erikoistumisopinnot (30 op.) alkoivat 2012. Kivunhoito sisältyy koulutuksien opetussuunnitelmiin.

Suomen Kivuntutkimusyhdistyksen ry:n hoitotyön toimikunta laati vuonna 2010 suositukset sekä sairaanhoitajakoulutuksen että sairaanhoitajien kivunhoidon erikoistumisopinnojen osaamistavoitteille. Tavoitteissa huomioitiin mm. IASP:n suositukset kivunhoidon osaamisvaatimuksista.

4.8 TOIMENPIDE-EHDOTUKSET

- Laaditaan suositus kivun hoidon oppimissisällön vähimmäisvaatimuksista fysioterapeuttien ja sairaanhoitajien perusopetukseen.
- Huomioidaan laaditut osaamistavoitteet opetussuunnitelmissa.
- Hyödynnetään opetuksessa verkkokoulutusta sekä luentojen videointia.
- Laaditaan sairaanhoitajien asiantuntijakoulutukselle suositus kivun hoidon osalta mukaan lukien palliatiivinen hoitotyö.

Tavoite

Tulevaisuudessa jokaisessa oppilaitoksessa sairaanhoitajien ja fysioterapeuttien peruskoulutuksen alussa pitäisi olla opintokokonaisuus kivunhoidon perusteista ja myöhemmässä vaiheessa joka jaksolla eri erikoisalojen yhteydessä kivunhoidon opintoja. Näiden tulisi näkyä selkeästi myös opinto-suunnitelmissa. Kaikkien käytännön harjoittelujaksojen yhtenä tavoitteena pitäisi niin ikään olla perehtyminen potilaan kivunhoitoon.

Vaikutus

Tasalaatuinen kivun hoito hoitopaikasta ja -ajasta riippumatta

Seuranta

Kivunhoidon näkyvyys opetussuunnitelmissa, opetussuunnitelmien yhtenäisyys kivunhoidon osalta, kivunhoidon koulutustarjonta

5 TUTKIMUS

Suomessa tehdään korkeatasoista kivun perustutkimusta sekä epidemiologista ja kliinistä lääketieteellistä tutkimusta. Kivun tutkimuksen tilaa kartoitettiin vajaat 20 vuotta sitten. Vastaavanlainen kartoitus olisi aiheellista toistaa eri tutkimusryhmien ja kipuun liittyvää tutkimustietoa sisältävien potilasaineistojen kartoittamiseksi sekä yhteistyömahdollisuuksien selvittämiseksi. Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry:n aloitteesta on käynnistetty kansallinen tutkimusprojekti kroonisen kivun hoidon vaikuttavuutta määrittelevien tekijöiden selvittämiseksi. Myös syöpäkivun tutkimuksessa tarvitaan usean keskuksen yhteistyötä. Erityisesti tulisi luoda tutkimuskäytäntöjä uusien kivunhoidon mahdollisuuksien tutkimukselle.

Tämän raportin ehdottamien kroonisen kivun ehkäisyn ja hoidon toimenpiteiden vaikuttavuuden tutkimus on oleellista, ja sille tulisi kohdentaa erillistä strategista tutkimusrahoitusta minimaaliseksi supistuneen yliopistotasaisen terveyden tutkimuksen rahoituksen lisäksi. Esim. Ruotsissa on kroonisen kivun tutkimukseen suunnattu strategista rahoitusta useita kymmeniä miljoonia kruunuja. Rahoitukseen on osallistunut mm. vakuutusyhtiö AFA Försäkring. Myös Yhdysvaltojen uudessa kivun hoidon strategiassa korostetaan tutkimuksen merkitystä kroonisen kivun hoidon ja kuntoutuksen kehittämisessä. Kivun osuutta tulisi painottaa laajemmin yleisissä kansanterveydellisissä tutkimuksissa. Uusi ICD-11 -tautiluokitus tulee selkeyttämään kivun osuutta pitkäaikaissairauksien tärkeänä osatekijänä, ja se tulee mahdollistamaan krooniseen kipuun liittyvän sairastavuuden ja resurssien tarpeen tutkimuksen aiempaa paremmin.

Raportin kirjoittajat ovat huolissaan suomalaisen kliinisen lääketieteellisen ja terveystieteellisen tutkimuksen rahoituksen nopeasti hupenevista resursseista ja niiden pitkän aikavälin seurauksista, joiden korjaaminen tulee vaatimaan useita vuosia.

6 KIVUNHOIDON KANSALLINEN TOIMINTASUUNNITELMA

Kroonisen ja syöpäkivun hoidon ja kuntoutuksen järjestäminen valtakunnallisesti

Joka viides työikäinen suomalainen kärsii kroonisesta kivusta, joka johtaa pahimmillaan työkyvyn menetykseen. Kansallisen toimintasuunnitelman tavoitteena on ehkäistä kivun kroonistuminen sekä hoitaa ja kuntouttaa kroonisesta ja syövän aiheuttamasta kivusta kärsiviä potilaita tehokkaasti ja yhdenvertaisesti asuinpaikasta riippumatta.

6.1 TOIMINTASUUNNITELMAN KESKEISET TAVOITTEET ALUEELLISESSA JÄRJESTÄMISESSÄ OVAT:

1. Ehkäisy

- Terveiden elämäntapojen edistäminen (liikunta, uni, painonhallinta, ravinto, päihteettömyys) kautta elinkaaren
- Kipua aiheuttavien sairauksien ehkäisy ja tehokas hoito (esim. osteoporoosi)
- Kroonisen kivun riskitekijöiden arviointi osaksi terveystarkastuksia

2. Hoidon oikea-aikaisuus

- Tavoitteena ehkäistä kivun kroonistuminen
- Kivun kroonistumisen riskiryhmiin kuuluvat potilaat saadaan hoitoon ja/tai kuntoutukseen 1–2 kk:n sisällä

3. Moniammatillinen työskentelytapa

4. Hoitoketjujen ja konsultaatiopalveluiden toimivuus

5. Hoidon jatkuvuus

- Omalääkärityyppinen potilas-lääkärikontakti

6. Koulutus riittävien ammatillisten valmiuksien saavuttamiseksi

Näiden tavoitteiden saavuttamiseksi ehdotetaan:

Kivunhoidon organisaation osalta

- Laaditaan kroonisen kivun hoitoketjun perusmalli, josta kukin ERVA-alue laatii oman alueellisen sovelluksensa soveltaen yllä esitettyjä tavoitteita.
- Syöpäkivun hoito järjestetään yhteistyössä palliatiivisen hoidon kanssa ja sisällytetään sekä kivunhoidon että palliatiivisen hoidon hoitoketjuihin.

- Otetaan käyttöön moniammatillinen toimintamalli perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon. Määritellään alueellisesti ja valtakunnallisesti keskitettävät hoidot ja konsultaatiomahdollisuudet (esim. Kivunhallintatalo ja Syöpäkipulinja¹).
- Luodaan toimivat konsultaatiomahdollisuudet terveydenhuollon eri tasoille:
 - puhelinkonsultaatiot, videokonsultaatiot
 - jalkautetaan erikoislääkäripalveluja perusterveydenhuoltoon
 - luodaan strukturoitu lähete erikoissairaanhoidon
- Luodaan indikaattorit kivunhoidon saatavuudesta ERVA-alueella.

Kivun kroonistumisen ehkäisyn osalta

- Edistetään terveitä elintapoja, mm. säännöllistä liikuntaa, työergonomiaa ja kivun taustalla olevien sairauksien ehkäisyä/hoitoa (esim. osteoporoosi)
- Edistetään akuutin kivun tehokasta hoitoa (lääkitys, fysioterapia, tarvittaessa psykologia).
- Perustetaan kaikkiin leikkaustoimintaa harjoittaviin sairaaloihin APS-palvelun (Acute Pain Service) yhteyteen nopean toiminnan jälkipoliklinikka leikkauksen jälkeisen kivun pitkittymisen estämiseksi.
- Otetaan käyttöön ennustetekijöiden ohjaama ehkäisy.
- Lisätään tietoa kroonisen kivun riskitekijöistä ja hoitomahdollisuuksista terveydenhuollon ammattilaisille ja väestölle.
- Edistetään hoidon ja kuntoutuksen toteutumista oikea-aikaisesti (ks. edellä).

Kroonisen kivun hoidon osalta

- Tehostetaan jo olemassa olevien hoitosuosituksen toteuttamista (ks. liitteet) ja otetaan käyttöön vuonna 2015 valmistunut Käypä hoito -suositus kroonisen kivun hoidosta.
- Selvitetään kivunhoitoon pätevyityneiden lääkäreiden ja muun henkilökunnan (erityisesti psykologit ja fysioterapeutit) ja perusterveydenhuollon kiputiimien tarve/ 100 000 asukasta:
 - perusterveydenhuoltoon
 - vanhuspalveluihin
 - mallina voidaan käyttää palliatiivisen hoidon saatavuudesta tehtyä selvitystä (ETENE 2012)
 - tuodaan kivunhallintaryhmät perusterveydenhuoltoon
- Varmistetaan sairaaloiden kipupoliklinikoille riittävät resurssit potilaiden moniammatilliseen arvioon:
 - eri alojen lääkäreiden lisäksi käytettävissä kivun hoitoon perehtyneiden psykologien, sairaanhoitajien sekä fysio- ja toimintaterapeuttien palvelut
- Varmistetaan pitkäaikaispotilaille hoito- ja kuntoutussuunnitelmat lain edellyttämällä tavalla.

¹ Syöpäkipulinja on Syöpäjärjestöjen ja HUSin Kipuklinikan yhteistyönä toteutettu kansallinen puhelinpalvelu syöpäkivun hoitoon liittyvissä asioissa. Linjaa voivat käyttää potilaat ja heidän omaisensa, terveydenhuollon ammattilaiset sekä lääketieteen opiskelijat.

- Luodaan kansallinen Kivunhallintatalo, joka tarjoaa:
 - tietoa ja koulutusta potilaille, omaisille ja terveydenhuollon ammattilaisille
 - mahdollisuuden omahoito-ohjelmiin ja nettipohjaisiin terapioihin jo toimivan Mielenterveystalon (<https://www.mielenterveystalo.fi/Pages/default.aspx>) tapaan
- Luodaan ja otetaan käyttöön yhtenäiset mittarit seurannalle ja laadunvarmistukselle:
 - kivun voimakkuus tai sen aiheuttama haitta
 - hoidon saatavuus
 - vaikuttavuus (15D-elämänlaatumittari)
 - laatumittari

Kroonisen kivun kuntoutuksen osalta

- Otetaan käyttöön raportin ehdottama malli kroonisesta kivusta kärsivien potilaiden kuntoutuksen järjestämiseksi:
 - sairaanhoitopiirejä ja yhdistyksiä kannustetaan hakemaan Kelalta rahoitusta kuntoutusohjelmien kehittämiseksi (hankkeet voivat olla usean vuoden kestoisia)
 - selvitetään internet-sovellusten mahdollisuudet kroonisen kivun kuntoutuksessa

Potilaiden, omaisten ja väestön osalta

- Lisätään tietoa kroonisen kivun riskitekijöistä, hoitomahdollisuuksista ja kuntoutuksesta.
- Julkaistaan hoitoon pääsyn tiedot erikoisaloittain puolen vuoden välein lain edellyttämällä tavalla.
- Luodaan ja kehitetään eri kiputilojen omahoito-ohjelmia (mm. nettipohjaisia).
- Aktivoidaan potilaita toteuttamaan omahoito-ohjelmia.
- Edistetään kolmannen sektorin tarjoamien mahdollisuuksien (esim. vertaistuki) hyödyntämistä kroonisen kivun kuntoutuksessa.

Edellä esitettyjen toimintaehdotusten toteuttamisen edistämiseksi ehdotetaan, että:

- Asetetaan kansallinen ohjausryhmä ohjaamaan ja seuraamaan toimintasuunnitelman toimeenpanoa sekä seuraamaan toimenpide-ehdotusten vaikutuksia kroonisten kipupotilaiden terveyspalvelujen käyttöön, toiminta- ja työkykyyn sekä elämänlaatuun.
- Järjestetään valtakunnallinen seminaari hoitoketjujen rakentamisesta (esim. Duodecim, STM:n tai Lääkäripäivien kanssa).
- Päivitetään suositus kroonisen kivun osalta STM:n asettamalle ohjausryhmälle, jonka tehtävänä on uudistaa ja yhtenäistää hoitoon pääsyn määräaikoja ja perusteita.
- Lisätään päättäjien tietoisuutta kroonisesta kivusta ja sen merkityksestä sekä tämän kansallisen toimintasuunnitelman tavoitteista.
- Hyödynnetään SalWen, Tekesin, Sitran ja Horisontti 2020:n tarjoamat tutkimuksen ja kehittämissuunnitelmien taloudelliset mahdollisuudet
 - ehdotetaan Sitralle palvelupaketin laatimista kroonisen kivun kuntoutuksesta

Syöpä kivun hoidon osalta

- Syöpä kivun ja palliatiivisen hoidon asianmukainen hoidon porrastus edellyttää jokaisella ERVA-alueella ajantasaista syöpä kivun hoidon sisältävää palliatiivisen hoidon suunnitelmaa (hoitoketjua), minkä tulee sisältää vähintään kymmenen B/C-tason saattohoitovuodepaikkaa ja yksi palliatiivisen hoidon ja kotisaattohoidon tiimi 100 000 asukasta kohden.
- Yliopistosairaaloissa on oltava jokaisena arkipäivänä toimiva C-tason moniammatillinen palliatiivinen yksikkö ja kipuklinikka. Myös päivystysaikainen konsultaatiotuki täytyy olla järjestetty. Keskussairaالاتasolla on oltava ainakin osa-aikaisesti toimiva palliatiivisen hoidon yksikkö sekä kipupoliklinikka (B/C-taso).
- Kaikkien kipu(poli)klinikoiden on hoidettava syöpä kipua muun kivunhoidon rinnalla.
- Syöpää hoitavissa yksiköissä on oltava riittävä syöpä kivun hoidon osaaminen. Kaikilla syöpää hoitavilla ammattilaisilla tulee olla perustason koulutuksen jälkeistä koulutusta syöpä kivun hoidosta ja palliatiivisesta hoidosta. Lääkäreillä koulutuksen on sisällyttävä erikoistumiskoulutukseen.

6.2 KOULUTUKSEN OSALTA EHDOTETAAN:

Perusopetus

- Laaditaan suositus oppimissisällön minimivaatimuksiksi lääkäreiden, hammaslääkäreiden, terveystieteiden, sairaanhoitajien ja fysioterapeuttien peruskoulutusohjelmiin.
- Koulutetaan kivunhoitoon liittyvää integroivaa opetusta antavia opettajia.
- Kehitetään yhteistä oppimateriaalia ja uusia oppimismenetelmiä (videoluennot, verkkokurssit).
- Luodaan kipua ja sen hoitoa käsitteleviä pakollisia vapaavalintaisia kursseja lääketieteellisiin tiedekuntiin.

Erikoistumiskoulutus

- Laaditaan suositus oppimissisällön vähimmäisvaatimuksiksi oleellisten erikoislääkärikoulutusten osalta (anestesiologia ja tehohoito, fysiatria, geriatria, kirurgia, neurologia, neurokirurgia, psykiatria, syöpä taudit ja sädehoito, työterveyshuolto, yleislääketiede).
- Suositellaan sisällytettäväksi jakso erikoissairaanhoidon kipuklinikassa tai palliatiivisen hoidon yksikössä seuraavien erikoisalojen koulutukseen: anestesiologia ja tehohoito, fysiatria, neurologia, geriatria, syöpä taudit ja sädehoito, työterveyshuolto, yleislääketiede, suu- ja leukakirurgia, kliininen hammashoito).

Laaditaan suositus ammattikorkeakouluissa järjestettävälle kivun ja palliatiivisen hoidon asiantuntijakoulutukselle.

Erityispätevyyskoulutus

- Kehitetään kivunhoitolääketieteen, palliatiivisen lääketieteen ja kuntoutuksen erityispätevyyskoulutusta:
 - järjestämällä yhteisiä koulutuksia kyseisten erityispätevyysopintojen osalta

- Kaikkien yliopistosairaaloiden virkapohjan tulisi mahdollistaa kivunhoitolääketieteen erityispätevyyskoulutus.
- Niissä keskussairaaloissa, joissa toimii erityispätevyyslääkäri ja moniammatillinen kiputyöryhmä, tulisi olla mahdollisuus suorittaa osa erityispätevyyskoulutukseen kuuluvaa palvelua.

Jatkokoulutus

- ERVA-alueiden palvelujen järjestäjän velvollisuus on huolehtia tuottajan ammattitaidosta.
- Duodecimin verkkokurssit, Pro Medico
- Yliopistosairaaloiden jatkokoulutusseminaarit videoituina
- Kansalliset ja kansainväliset koulutukset

6.3 KROONISEN KIVUN TEHOKKAAN EHKÄISYN, HOIDON JA KUNTOUTUKSEN TALOUDELLISET HYÖDYT

Kansallisen toimintasuunnitelman toteuttamista edellyttämää menoarviota on lähes mahdotonta arvioida tarkkaan tilanteessa, jossa maamme terveydenhuollon järjestelmä on läpikäymässä merkittävän uudistuksen. Karkean arvion mukaan kustannukset ovat noin 10 miljoonaa euroa vuodessa. Summaa ei voida pitää suurena, jos huomioidaan kuinka suuresta kansanterveydellisestä ongelmasta on kyse ja kuinka paljon säästöä toimintasuunnitelman toteutus voi tulevaisuudessa tuottaa.

Toimintasuunnitelman toimeenpanon tuomat säästöt (terveyspalvelujen kulutuksen ja työkyvyttömyyden vähenemisen seurauksena) arvioidaan moninkertaisiksi (pelkästään selkäsairauksien kokonaiskustannukset ovat tällä hetkellä 469 miljoonaa euroa vuodessa, tuotantopanosmenetysten kera peräti kaksi miljardia euroa). Tämän lisäksi tulee huomioida kroonisen kivun ehkäisyn ja tehokkaan hoidon vaikutukset potilaiden ja heidän omaistensa elämänlaatuun. Kroonisen kivun tehokkaan ehkäisyn ja hoidon taloudelliset hyödyt on eritelty kuviossa 4.



Kuvio 4. Kroonisen kivun tehokkaan ehkäisyn, hoidon ja kuntoutuksen taloudelliset hyödyt.

LIITE 1 KROONISEN KIVUN HOIDON KOLMIPORTAINEN MALLI JA VÄHIMMÄISRESURSSIT

PERUSTASON palvelut (A-taso) – Perusterveydenhuollon yksikkö

- kipupotilaan perusdiagnoosiikka ja hoito
- varhaiset mini-interventiot esim. pitkittymässä olevaan selkäkipuun
- mahdollisuus kipulääkärin konsultaatioihin
- jos 1-2 kuukaudessa ei saada potilaan kipua riittävästi hallintaan, lähete eteenpäin
- erikoissairaanhoidossa suunnitellun hoidon ja kuntoutuksen toteuttaminen
- hoitoketjujen tuntemus ja soveltaminen

ERITYISTASON palvelut (B-taso) – Keskussairaala

Monialaisen kipupoliklinikan toimintamalli on myös monialainen ja moniammatillinen.

- kiputiimi/ 50 000–200 000 asukasta (alueellisten tarpeiden mukaisesti; sisältää jalkautuvan erikoissairaanhoidon kipuasiiantuntijan)
- yksi kokopäiväinen vastuulääkäri/ osastonylilääkäri
- vähintään kahden eri erikoisalalan lääkäriä edustettuina osa-aikaisesti
- vähintään kaksi kivunhoitoon perehtynyttä sairaanhoitajaa
- vähintään yksi osa-aikainen kivunhoitoon erikoistunut psykologi
- käytettävissä psykiatrian, päihdelääketieteen, kuntoutuksen, fysioterapian ja toimintaterapian palvelut

VAATIVAN TASON palvelut (C-taso) – Yliopistosairaala

Nämä yksiköt ovat valtakunnallisesti keskitettyjä. Osa palveluista voi olla kansallisia.

Monialaisen kipuklinikan toiminta perustuu monialaiseen ja moniammatilliseen yhteistyöhön. Diagnostiikan ja lääkkeellisen hoidon lisäksi keskeisiä toimintamalleja ovat yksilöllinen ja ryhmäkuntoutus, yhteistyö- ja konsultaatio toiminta sairaalan sisällä ja perusterveydenhuollon kanssa. Yliopistosairaalan kipuklinikan keskeisiä toimintoja ovat myös opetus ja alan tutkimus.

Lääkärit:

- kokopäiväinen (osaston)ylilääkäri vastaamaan toiminnasta
- vähintään kahden erikoisalalan osaamisen tulisi olla edustettuina (esim. anestesiologia, neurologia, fysiatria)
- vähintään yhden erikoistuvan lääkärin virkapohja
- koulutusvirkapohja erityispätevyyskoulutusta varten

Psykologit:

- vähintään yksi kivunhoitoon erikoistunut psykologi
- yksi koulutuksessa oleva psykologi

Sairaanhoitajat:

- osastonhoitaja ja
- vähintään 2 sairaanhoitajaa

Fysioterapeutit:

- vähintään yksi fysioterapeutti

Osastonsihteerit:

- vähintään yksi osastonsihteerit

Lisäksi käytettävissä tulee olla:

- kivunhoitoon perehtynyt psykiatri
- päihdelääketieteen asiantuntemus ja yhteistyö
- kivunhoitoon perehtynyt sosiaalityöntekijä
- toimintaterapeutin palvelut
- mahdollisuus kuntoutukseen (ensisijaisesti päivä-, mutta tilanteen mukaan myös laitospäivä- ja kuntoutukseen)
 - kuntoutus edellyttää sekä fyysisen että psyykkisen puolen huomioimista, tarvittaessa myös geriatrinen näkökohtien huomioimista

Perusterveydenhuollolla on päävastuu kroonisen kivun ehkäisyssä ja hoidossa, koska potilaiden alkuarvio, useimpien koko hoito ja lähes kaikkien potilaiden jatkohoito tapahtuu siellä. Krooniset kipupotilaat ovat jo nyt perusterveydenhuollossa. Tällä toimenpide-ehdotuksella perusterveydenhuollolle tarjotaan mahdollisuuksia koulutuksen ja konsultaatioiden avulla tehostaa kroonisten kipupotilaiden hoitoa. Lisäresursseja tarvitaan myös erikoissairaanhoitoon, jotta se pystyy tukemaan perusterveydenhuoltoa konsultaatioiden, koulutuksen ja alan kehittämisen välityksellä.

LIITE 2 HOITOSUOSITUKSIA

KIVUN HOIDON JÄRJESTÄMINEN

Pain Treatment Services. IASP, 2009

Guidelines for Pain Management Programmes for adults. An evidence-based review prepared on behalf of the British Pain Society, 2013

Rehabilitering vid långvarig smärta. En systematisk litteraturöversikt. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), 2010

Core Standards for Pain Management Services in the UK. British Pain Society, 2015

<http://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1381>

https://www.britishpainsociety.org/static/uploads/resources/files/pmp2013_main_FINAL_v6.pdf

<http://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/rehabilitering-vid-langvarig-smarta/>

<https://www.rcoa.ac.uk/system/files/FPM-CSPMS-UK2015.pdf>

KÄYPÄ HOITO -SUOSITUKSET

Kipu

Migreeni

Niskakipu

Alaselkäkipu

Polvi- ja lonkkanivelrikko

Kuolevan potilaan oireiden hoito

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50103>

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi36050>

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi20010>

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi20001>

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50054>

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50063>

PITKÄKESTOISEN KIVUN HOITO

Opioidit pitkäkestoisessa kivussa. Kalso E et al. Lääkelaitos 2009, 2. uudistettu painos.

Opioids Aware: A resource for patients and healthcare professionals to support prescribing of opioid medicines for pain. British Pain Society, 2015

Neuropathic pain in adults: pharmacological management in non-specialist settings. National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2013

Low back pain in adults: early management. National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2009

http://www.fimea.fi/documents/160140/753095/17160_opioidit-opas.pdf

<http://www.rcoa.ac.uk/faculty-of-pain-medicine/opioids-aware>

<https://www.nice.org.uk/guidance/cg173>

<https://www.nice.org.uk/guidance/cg88>

- Low back and radicular pain: a pathway for care developed by the British Pain Society. Lee et al., Br J Anaesth 2013;111:112-20 <http://bj.oxfordjournals.org/content/111/1/112.long>
- Diagnosis and management of headache in adults. A national clinical guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2008 <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/107/>
- Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta-analysis. Finnerup NB et al. Lancet Neurol. 2015;14:162-73. doi: 10.1016/S1474-4422(14)70251-0.
- Evidence-based guidelines on the therapeutic use of repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS). Lefaucheur JP et al. Clin Neurophysiol. 2014;125:2150-206. doi: 10.1016/j.clinph.2014.05.021.
- NeuPSIG guidelines on neuropathic pain assessment. Haanpää M et al. Pain 2011;152:14-27. doi: 10.1016/j.pain.2010.07.031.
- Kalso E et al. Kannabistako kipulääkkeeksi. SLL 2016;71:493-497
- CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain—United States, 2016 Dowell D et al. JAMA 2016;315:1624-45 doi: 10.1001/jama.2016.1464.
- Guidance on the management of pain in older people. Abdulla A et al. Brit Geriatric Society. Age Ageing 2013; 42:Suppl1:i1-57
- Treatment of medication overuse headache – guideline of the EFNS headache panel: Evers S and Jensen R. EJoN, 2011;18:1115-21 doi: 10.1111/j.1468-1331.2011.03497.x
- EFNS guideline on the treatment of tension-type headache – report of an EFNS task force. Bendtsenetal L et al. EJoN 2010;17:1318-25 doi: 10.1111/j.1468-1331.2010.03070.x.
- EFNS guideline on the drug treatment of migraine. revised report of an EFNS task force Eversetal S. EJoN 2009;16:968-81 doi: 10.1111/j.1468-1331.2009.02748.x.
- SYÖPÄKIVUN HOITO**
- Cancer Pain Management. A perspective from the British Pain Society, supported by the Association for Palliative Medicine and the Royal College of General Practitioners. British Pain Society, 2013 https://www.britishpainsociety.org/static/uploads/resources/files/book_cancer_pain.pdf
- Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC. Caraceni A et al. European Palliative Care Research Collaborative (EPCRC); European Association for Palliative Care (EAPC). Lancet Oncology 2012;13:58-68 doi: 10.1016/S1470-2045(12)70040-2.
- Hamunen K et al. Syöpäkivun hoidon kolme tasoa. SLL 2009; 41:3413-3421

OPPAAT

Kroonisen kivun hoito-opas. Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry, 2013

http://www.skty.org/system/files/files/Kroonisen%20kivun%20hoito-opas_final.pdf

Neuropaattisen kivun hoito-opas. Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry, 2011

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix00086

Syöpäkivun hoito-opas. Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry, 2007

<http://skty.org/system/files/Sy%C3%B6p%C3%A4kivun%20hoito-opas.pdf>

LIITE 3 KROONISEN JA SYÖVÄN AIHEUTTAMAN KIVUN HOIDON ASiantuntijaryhmän KOKOONPANO 15.12.2013–31.5.2015

Puheenjohtaja

Lääkintöneuvos Jaakko Yrjö-Koskinen, sosiaali- ja terveysministeriö

Jäsenet

Ylilääkäri Maija Pihlajamäki, Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea

Ylilääkäri Kari S. Lankinen, Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea (varajäsen)

Ylilääkäri Petri Volmanen, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (21.7.2014 asti)

Tutkimusprofessori Marjukka Mäkelä, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (varajäsen)

Tutkimusprofessori, palvelualueen ylilääkäri Harriet Finne-Soveri, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos ja Helsingin kaupunki (28.1.2014 alkaen)

Ylilääkäri Riitta Pöllänen, Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira

Ylilääkäri Tuula Nylund, Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira (varajäsen)

Professori, ylilääkäri Eija Kalso, Kipuklinikka, Anestesiologia, tehohoito ja kivunhoito, Helsingin yliopisto ja Helsingin yliopistollinen sairaala

Ylilääkäri Katri Hamunen, HYKS Kipuklinikka

Erikoislääkäri Tarja Heiskanen, HYKS Kipuklinikka

Osastonhoitaja Anna-Maija Koivusalo, HYKS Kipuklinikka

Professori, ylilääkäri Tiina Saarto, Helsingin yliopisto ja HYKS Syöpäkeskus

Erikoislääkäri Tiina Tasmuth, HYKS Syöpäkeskus

Ylilääkäri Tapani Hämäläinen, HUS Perusterveydenhuollon yksikkö

Osastonylilääkäri, vastuualuejohtaja Nora Hagelberg, TYKS Kipuklinikka

Vs. professori, ylilääkäri Juho Lehto, Tampereen yliopisto ja TAYS

Ylilääkäri Olavi Airaksinen, KYS Kuntoutuksen palveluyksikkö

Apulaisylilääkäri Tom Saariaho, OYS kivunhoitoyksikkö

Erikoislääkäri Eeva Rahko, OYS syövänhoidon vastuualue

Professori, ylilääkäri Pekka Mäntyselkä, Itä-Suomen yliopisto ja Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri, Perusterveydenhuollon yksikkö

Osastonylilääkäri Pirjo Ravaska, Lapin keskussairaala leikkaus- ja anestesiaosasto

Kuntoutusjohtaja, ylilääkäri Markku Hupli, Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri

Ylilääkäri Paula Poukka, Helsingin kaupungin kotisairaala (28.1.2014 alkaen)

Psykologi Anna Valjakka, KYS päihdepsykiatrian poliklinikka

Varapuheenjohtaja Vuokko Hägg, Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry

Kansainvälisten asioiden delegaatti Liisa Mikkonen, Suomen Kipu ry

Tuija Ollaranta, Suomen Kipu ry (varajäsen)

Ylilääkäri Liisa Pylkkänen, Suomen Syöpäyhdistys ry