

Katri Hamunen

dosentti, anestesiologian erikoislääkäri, HYKS Leikkaussalit, teho- ja kivunhoito, Kipuklinikka

Tarja Heiskanen

LT, anestesiologian erikoislääkäri, HYKS Leikkaussalit, teho- ja kivunhoito, Kipuklinikka



Katri Hamunen

Tuottamansa inhimillisen kärsimyksen lisäksi pitkäaikainen kipu vaikuttaa laajasti potilaan toimintakykyyn ja elämänlaatuun. Kipua voidaan yleensä lievittää ja potilaan toimintakykyä sekä elämänlaatua kohentaa, vaikka kipua ei kokonaan voitaisikaan poistaa. Monitahoisien ongelmien hoitaminen edellyttää useiden ammattiryhmien kiinteää yhteistyötä. Tähän kuuluvat lääkehoito, psykologinen ja fysioterapeuttinen hoito sekä kivun seurannaisvaikutusten hoito. Kaikkien hoitoon osallistuvien yhteinen tärkeä tehtävä on tukea ja kannustaa potilasta sekä motivoita häntä omatoimiseen hoitoon, harjoitteluun ja liikuntaan. Hyvin toimiva moniammatillinen työryhmä on enemmän kuin osiensa summa. Työryhmän sisäinen suora keskustelu ja yhteinen näkemys potilaan kiputilasta luo edellytykset vaikuttavalle hoidolle ja erottaa myös tämän toimintatavan hoidosta, joka koostuu sarjasta erillisiä konsultaatioita.

Moniammatillinen yhteistyö kipupotilaiden hoidossa

Kipu

on epämiellyttävä aisti- ja tunnekokemus, joka liittyy tapahtuneeseen tai mahdolliseen kudosvaurioon tai jota kuvataan kudosvaurion käsittein

IASP – International Association for the Study of Pain

Kipua esiintyy monien erilaisien sairauksien yhteydessä. Arvioiden mukaan joka viides tai jopa joka kolmas työikäinen kärsii pitkäaikaisesta kivusta. Tuki- ja liikuntaelämistön sairaudet ovat pitkäaikaisen kivun tavallisia syitä. Näistä yleisimpiä ovat pitkäaikainen selkäkipu, niskakipu sekä nivelrikko. Muita pitkäaikaisen kivun syitä ovat esimerkiksi hermovauriot ja fibromyalgia. Osalla potilaista kipu jatkuu alkuperäisen vamman parantumisen jälkeenkin, tai kivulle ei voida osoittaa selvää aiheuttavaa syytä.

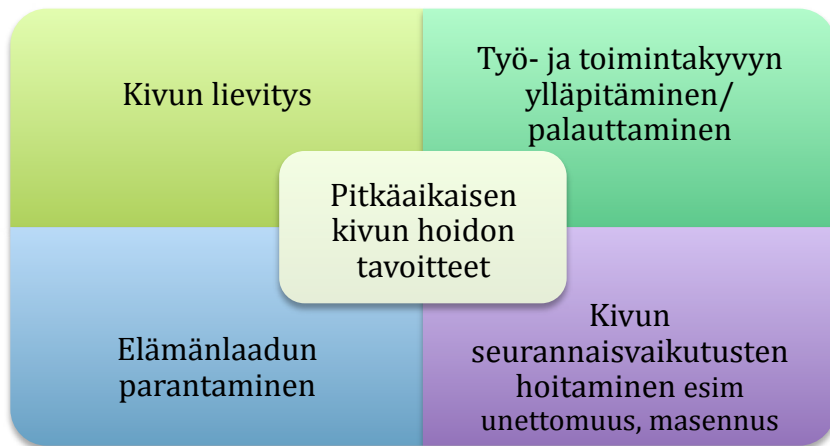
Pitkäaikainen kipu ei ole pitkään jatkunutta akuuttia kipua, ja se on menettänyt merkityksensä hälytysmerkinä. Kivun pitkittyessä keskushermoston muutokset osallistuvat kivun ylläpitoon. Riippumatta kiputilan syystä pitkäaikaisesta kivusta kärsiville potilaille ovat yhteistä työ- ja toimintakyvyn heikentyminen sekä kivun aiheuttamat laaja-alaiset seurannaisvaikutukset ja elämänlaadun heikentyminen. Yleisiä pitkäaikaisen kivun psykososiaalisia seurauksia ovat masennus, ahdistus, unihäiriöt, ongelmat sosiaalisessa elämässä sekä vähentynyt aktiivisuus. Tällaisessa

tilanteessa pelkkä kivun voimakkuuden lääkkeellinen lievittäminen ei riitä eikä aina ole edes mahdollista, vaan hoidon tulee kohdistua kaikkiin edellä mainittuihin osa-alueisiin. Tämä edellyttää moniammatillista työskentelyä.

Pitkäaikaisen kivun hoito

Pitkäkestoisen kivun hoidon tavoitteet on esitetty kuvassa 1. Hoidon tulee jäsentää kipupotilaan elämäntilannetta, lieventää kipua ja siitä aiheutuvaa haittaa, parantaa toimintakykyä ja vahvistaa selviytymiskeinoja. Kivun loppuminen kokonaan ei useinkaan ole realistinen tavoite. Kaikkien hoitoon osallistuvien yhteinen tehtävä on tukea ja kannustaa potilasta sekä motivoita häntä omatoimiseen hoitoon, harjoitteluun ja liikuntaan. Yhdenmukaisen informaation antaminen kivun syistä, hoitomenetelmistä ja hoidon tavoitteista on olennaista.

Pitkäaikaisen kivun hoidon osat alueet on esitetty kuvassa 2 ja hoitoon osallistuvien ammattilaisten tehtävät kuvassa 3. Lääkehoito suunnitellaan kivun mekanismin ja voimakkuuden mukaan. Lääkehoidon suunnittelu ja toteutus ovat lääkärin tehtäviä. Sopi- van lääkehoidon löytäminen vaatii



Kuva 1. Pitkäkestoisen kivun hoidon tavoitteet.

usein kokeiluja eri lääkkeillä ja siten potilaan motivaation ja sitoutumisen ylläpitämistä. Sairaanhoidaja tukee ja ohjaa käytännön lääkehoidon toteutusta. Lääkäri, sairaanhoidaja ja psykologi tukevat yhdessä potilaan hoitomotivaatiota ja pitkäjänteistä sitoutumista lääkitykseen.

Psykologiseen hoitoon kuuluvat lääkkeettömien kivunhallintakeinojen arvioiminen ja vahvistaminen, hyväksymisen ja hallinnan tunteen tukeminen, katastrofioinnin sekä pelko-välttämiskäyttäytymisen tunnistaminen ja vähentäminen. Psykologin ja psykiatrin tehtäviin kuuluu ahdistuksen ja masennuksen hoito. Kipupotilaan fysioterapeuttinen hoito sisältää liikunta- ja toimintakyvyn arviointia sekä omatoimisen liikunnan ja liiketarjoittelun ohjaamisen. Hoitoa voidaan toteuttaa yksilö- tai ryhmähoitona. Hoitojen vaikutukset tulevat usein melko hitaasti, ja sen vuoksi on tarpeen asettaa välitavoitteita asettaa ja jatkuvasti motivoida potilasta. Kaikkien ammattiryhmien tehtäviin kuuluvat kivunhallintaa ja hyvinvointia tukeviin elämäntapamuutoksiin ohjaaminen ja kannustaminen. Tällaisia ovat liikunnan lisäksi esimerkiksi painon pudotus ja tupakoinnin

lopettaminen. Hoitoon kuuluu lisäksi sosiaalityöntekijän tehtävinä sosiaalisten ja toimeentulo-ongelmien selvittäminen.

Työryhmän jokainen jäsen tuon potilaan hoitoon oman erityisosaamisensa. Hyvin toimiva moniammatillinen työryhmä on enemmän kuin osiensa summa. Potilaan hoidon onnistumisen kannalta olennaista ovat työryhmän yhteinen näkemys hoidon tarkoituksesta ja tavoitteista sekä yhdenmukaisen viestin ja hoitosuunnitelman välittäminen potilaalle. Potilaan omat näkemykset ja tavoitteet ovat tärkeä lähtökohta hoitosuunnitelman laatimisessa. Kun diagnoosi on selvitetty, hoito suuntautuu kivun hallintaan ja kuntoutumiseen.

Omat kokemuksemme

HYKS Kipuklinikalla moniammatilliseen työryhmään kuuluu eri erikoisalojen erikoislääkäreitä, psykologeja, fysioterapeutteja, sairaanhoitajia sekä konsultoiva sosiaalityöntekijä. Moniammatillisen toimintamallimme ydin on joka-aamuinen yhteinen aamuraportti, jolloin käydään läpi vastaanotolle kyseisenä päivänä tulevien potilaiden ajankohtainen tilanne ja hoitosuunnitelma. Potilaan tapaava

työntekijä esittää lyhyen yhteenvedon potilaan tilanteesta ja päivän vastaanottokäynnin tarkoituksesta. Tämän jälkeen työryhmän muilla jäsenillä on mahdollisuus esittää omat havaintonsa ja ehdotuksensa.

Aamuraportti on ollut käytössä 1990-luvulta lähtien. Yksikön kasvaessa olemme aika ajoin keskustelleet aamuraportin merkityksestä ja toteutuksesta. Parempaa tapaa tuoda yhteen potilaan hoitoon osallistuvat ammattilaiset emme kuitenkaan ole löytäneet. Kipuklinikan ja päivittäisen potilasmäärän kasvaessa käytettävissä oleva aika asettaa omat haasteensa.

Uudempi lisäys toimintatapaamme on päivittäinen konsultaatioaika, jolloin kaikki työryhmän jäsenet ovat käytettävissä keskinäisiin konsultatioihin. Tarve keskustella tarkemmin tiettyjen potilaiden hoidosta oli ilmeinen, eivätkä nämä keskustelut mahtuneet aamuraportille tai vastaanottojen lomaan. Näin syntyi konsultaatioaika, joka muutaman kuukauden kokeilun jälkeen jäi pysyväksi. Lisäksi voidaan tarpeen mukaan järjestää hoitokokouksia sekä 2–3 työntekijän yhteisvastaanottoja. Hoitokokouksiin voidaan kutsua mukaan potilaan hoitoon osallistuva lääkäreitä myös sairaalan muista yksiköistä tai perusterveydenhuollosta.

Vankka käsityksemme on, että työryhmän sisäinen suora keskustelu ja yhteinen näkemys potilaan hoidosta luovat edellytykset vaikuttavalle hoidolle ja erottavat tämän toimintatavan hoidosta, joka koostuu sarjasta erillisiä konsultaatioita.

Näyttö moniammatillisuuden vaikuttavuudesta

Moniammatillisen työryhmän parhaasta kokoonpanosta tai toimintamallista ei ole käytettävissä tutkimusnäyttöä. Useimmissa yksiköissä niin kotimaassa kuin ulkomaillakin nyky-



Kuva 2. Pitkäaikaisen kivun hoidon osa-alueet.

set toimintamallit ovat rakentuneet asteittain vuosien mittaan resurssien lisääntyessä. Maailman kivuntutkimusyhdystys (IASP, International Association for the Study of Pain) on julkaissut oman suosituksensa pitkäaikaisen kivun hoidon palveluiden järjestämisestä (1). Hoidon vaikuttavuuden tutkiminen on haastavaa (2). Erilaisia hoitomalleja tai työryhmiä vertaavan satunnaistetun tutkimusasetelman rakentaminen ei yleensä ole käytännössä mahdollista.

Omassa yksikössämme tehdyssä seurantalutkimuksessa selvitettiin 439 vuosina 2004–2007 hoidetun potilaan materiaalisissa potilaisiin ja hoitoon liittyviä tekijöitä, jotka voisivat selittää muutoksia kipupotilaiden terveyteen liittyvässä elämänlaadussa (3). Hoidon vaikuttavuutta arvioitiin käytettiin 15D-kyselyllä mitattua elämänlaatua. Potilaat arvioivat elämänlaatunsa hoitojakson alussa sekä 6 ja 12 kuukautta myöhemmin. Tutkimukseen poimittiin tästä joukosta sata potilasta, joiden

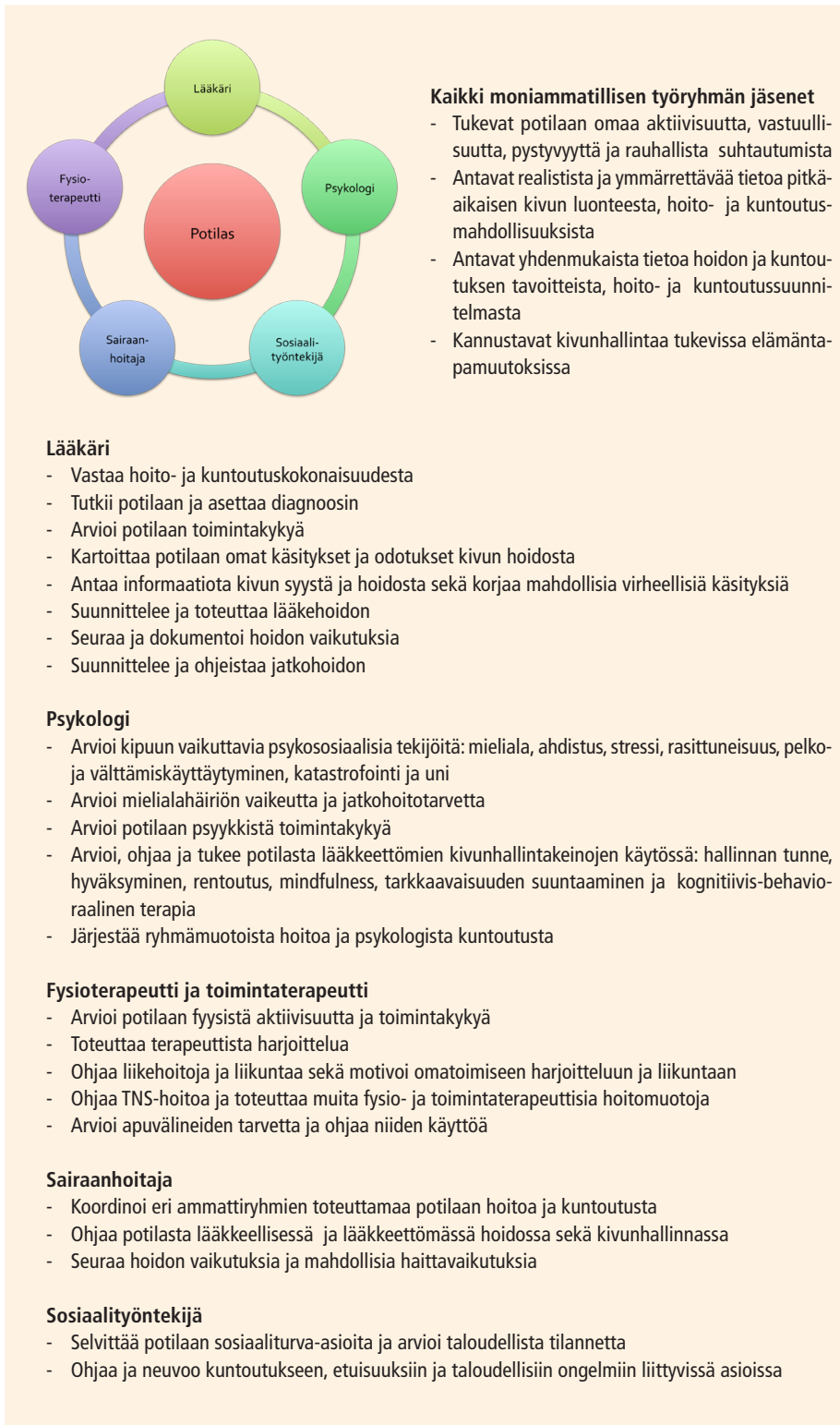
15D-tulokset paranivat eniten, ja sata potilasta, joilla 15D-tulos oli huonoin. Nämä potilaat täyttivät 15D-kyselyn vielä neljännen kerran ja muodostivat tutkimuksen kaksi potilasryhmää, hyötynneet ja hyödyttäneet.

Koko potilasjoukosta 46 prosentin elämänlaatu parani, ja vaikutus säilyi kolmen vuoden seuranta-ajan. Elämänlaatu ei muuttunut 24 prosentilla ja huononi 31 prosentilla potilaista. Parhaiten hoidosta hyötynneiden ryhmän ja hyödyttäneiden ryhmien välillä ei ollut eroja kivun patofysiologiassa, voimakkuudessa tai kestossa eikä hoidon sisällössä. Neuropaattisesta kivusta kärsi yhtä monta potilasta kummassakin ryhmässä, 57 prosenttia hyötynneistä ja 60 prosenttia hyödyttäneistä potilaista. Kivun kesto oli 1–5 vuotta 47 prosentilla ja 46 prosentilla potilaista, vähintään³ 6 vuotta 44 prosentilla ja 48 prosentilla potilaista hyötynneiden ja hyödyttäneiden ryhmässä. Potilaat, jotka 15D-mittarin valossa hyötynneet monialaisesta hoi-

dosta, olivat toista ryhmää useammin korkeasti koulutettuja (48 vs 28 %) ja työssäkäyviä (33 vs 15 %). Tutkimus osoitti, että monialainen hoito parantaa pitkäaikaisesta kivusta kärsivien potilaiden terveyteen liittyvää elämänlaatua. Hoidon tuloksellisuuden ennustaminen on kuitenkin vaikeaa.

Kipuklinikassa on parhaillaan käynnissä laajempi tutkimus kroonisen kivun ja sen hoidon vaikutuksesta elämänlaatuun. Verrattuna terveestä väestöstä koottuun verrokkiryhmään, Kipuklinikan potilaiden (n=1528) hoitojakson alussa 15D-mittarilla arvioima elämänlaatu oli huomattavasti heikompi, samaa tasoa kuin edennyttä syöpää sairastavien potilaiden elämänlaatu (4). Kivun voimakkuus ei yksinään ennustanut elämänlaadun heikkenemistä, vaan ennakoivia tekijöitä olivat lisäksi kivun aiheuttama ahdistuneisuus ja kivun vaikutus päivittäiseen elämään. Kun kipu heikentää elämänlaatua pääasiallisesti psykososiaalisten seurannaisvaiku-

Kuva 3. Moniammatillisen työryhmän jäsenten tehtävät pitkäaikaisesta kivusta kärsivän potilaan hoidossa.



tustensa myötä, voidaan moniammatillista lähestymistapaa pitää erityisen perusteltuna kroonisen kivun parhaan mahdollisen hoidon suunnittelussa.

Kirjallisuusviitteet

1. Recommendations for Pain Treatment Services. IASP. www.iasp-pain.org
2. Borchgrevink PC, Stiles TC. What should we assess in outcome-studies to learn which patients benefit from treatments in multidisciplinary pain clinics? *Scand J Pain* 2012;3:199–200.
3. Heiskanen T, Roine RP, Kalso E. Multidisciplinary pain treatment – Which patients benefit? *Scand J Pain* 2012;3:201–207.
4. Vartiainen P, Heiskanen T, Sintonen H, Roine RP, Kalso E. Health-related quality of life and burden of disease in chronic pain measured with the 15D instrument. *Pain* 2016 (julkaistu verkossa 7.7.2016).