

Onko Suomessa varaa parempaan kipupotilaan hoitoon?

Kipu on perustellusti kansanterveysongelma, jonka asianmukainen diagnostiikka, hoito ja kuntoutus on myös taloudellinen haaste. Pekka Mäntyselän väitöskirjatutkimuksen (1998) mukaan joka kolmas terveyskeskuslääkärillä käynti tehdään kipuoireen takia. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet (tulesairaudet), joiden keskeinen oire on kipu, on suurin ja kasvava, nyt jo noin 4,5 miljoonaa sairauspäivärahopäivää aiheuttava tautiryhmä. Yleisin tuleongelma on selkäkipu, mutta maassamme jo noin puolella miljoonalla henkilöllä on myös oireita aiheuttava nivelrikko. Syöpä on länsimaissa toiseksi yleisin kuolinsyy ja aiheuttaa noin 50%:lle potilaista vaikeita kipuja, mutta heistä noin 80-90%:lle pystytään järjestämään hyvä kipua lievittävä apu. Suomalaisen väestön ikääntyessä kivun määrä erityisesti rappeumasairauksien ja syöpäkivun muodossa tulee maassamme merkittävästi lisääntymään.

Miten palvelujärjestelmä vastaa haasteeseen?

Kipuoireen takia potilas yleensä haakeutuu lääkäriin. Lääkäriin eettisenä ja juridisena velvollisuutena sekä lääketieteellisenä haasteena on suorittaa riittävät diagnostiset ja erotusdiagnostiset tutkimukset sekä järjestää synnyn mukainen hoito tai ainakin oireen mukainen kipua ja kärsimystä lievittävä hoito. Kipupotilailla on tähän perustuslakiin perustuva oikeus. Kunnallisella palvelujärjestelmällä on taas useinkin lain perusteella juridinen velvollisuus järjestää asianmukaiset palvelut.

Sairaanhoitopiireissä pulmat kipupotilaiden tutkimuksessa, hoidossa ja kuntoutuksessa ovat yleisiä. Suomalainen hoito- ja kuntoutusjärjestelmä on jo lainsäädäntönsä perusteellakin pirstaleinen, voimavara- ja asenneongelmat ovat yleisiä, yhteistyö on niukkaa ja satunnaista, järjestelmis-

sä on päällekkäisyyttä ja toisaalta katvealueita, jonoja, viiveitä ja sattumanvaraista tietotaitoa. Huoli omasta budjetista mutta ei yhteiskunnan kokonaiskuluista ohjaa kipupotilaiden tutkimista, hoitoa ja kuntoutusta. Kokonaisvaltaisen otteen puuttuminen, kipupotilaan pompottelu ja kierrätys erikoisalalta toiselle, jonotukset sekä hoidon ja kuntoutuksen viivästyminen tukevat kivun kroonistumista ja lisäävät potilaiden psykososiaalisia ongelmia. Yhden järjestelmän huonon toiminnan kustannukset maksaa useimmiten jokin toinen järjestelmä: esim. työnantaja menetettyinä työn tuottoina, Kela sairauspäivärahoina ja työeläkelaitokset työkyvyttömyyseläkkeinä. Huonosti toimiva järjestelmä on siis kallis mutta sivutuotteenaan se tuottaa lisäksi vielä tyytymättömiä terveyspalvelujen suurkuluttajia, jotka hakevat toistuvasti apua kroonistuneisiin kiputiloihinsa, joissa tavanomaiset toimintatavat auttavat huonosti.

Kipuoireen syiden ja mekanismien selvittäminen on hyvän hoidon lähtökohta. Tutkimusnäytön menetelmien vaikuttavuudesta tulisi ohjata tutkimus- ja hoitovalintoja. Lääkäreiden peruskoulutuksessa opetetaan hyvin selvien sairauksien, kuten tyypillisen välilevytyrän aiheuttaman iskiasoireen tai sepelvaltimotaudin aiheuttaman rintakivun tutkimus- ja hoitokäytännöt. Nykyään on tarjolla myös kipua koskevia Käypä hoito – suosituksia. Tilanne kuitenkin hankaloituu, kun potilaan vaivat eivät vastakaan tyypillisiä taudinkuvia, oireet ovat poikkeavat, suhteettoman voimakkaat ja pitkäkestoiset tai oireet parantuvat tavanomaisella hoidolla huonosti, hoidon liiallinen odottaminen lisää potilaiden taloudellisia, sosiaalisia ja psyykkisiä lisäongelmia tai hoidossa sattuu komplikaatioita. Kipuoireen jatkuessa muodossa tai toisessa - vaikka alkuperäinen syy

olisikin hoidettu - järjestelmä ei pysty tarjoamaan nopeita ja joustavia konsultaatioita ja muita tutkimuksia eikä käynnistämään moniammatillisen työryhmän toteuttamaa hoitoa ja kuntoutusta. Liian usein potilas jää odottelemaan toimenpiteitä, jotka toteutuvat aivan liian myöhään tai pahimmassa tapauksessa eivät toteudu ollenkaan. Tästä potilaalle seuraa usein psykososiaalisia ja taloudellisia ongelmia, tyytymättömyyttä ja valitusta. Psykososiaalisten tekijöiden merkitys korostuu myös pitkäkestoisissa kiputiloissa, joille ominaista on myös heikentynyt työ- ja toimintakyky sekä elämänlaatu. Tyypiesimerkkejä ovat mm. selkä- ja niskapotilaiden hermojuurivauriot, vammojen jälkitilat ja hoidon yhteydessä syntyneet hermovammat.

Onko toivoa paremmasta?

Maassamme toimii monialaisia kivun tutkimukseen ja hoitoon paneutuneita työryhmiä kaikissa yliopistosairaaloissa ja useimmissa keskussairaaloissa. Useimmissa sairaaloissa moniammatilliset työryhmät toimivat fysiatrian poliklinikoilla ja kipupoliklinikoilla. Niihin lähetetään potilaita, joiden kipujen diagnostiikka tai hoito on ollut lähettävälle lääkärille ongelmallista. Myös näillä potilailla riittävät diagnostiset selvittelyt ovat hoidon perusta. Hoito perustuu kivun patofysiologisen tyyppin (kudosvauriokipu, hermovauriokipu vai muu kipu) määrittämiseen sekä keskeisten oheisongelmien tunnistamiseen. Hoidon tavoitteina ovat potilaan aktivointi, itsenäinen selviytyminen ja toimintakyvyn kohentuminen. Keinoina ovat kivun lievitys, oheissairauksien kuten esim. masennuksen hoito sekä potilaan kuunteleminen, informoiminen, tukeminen, aktiivisten harjoitteiden käyttöönotto ja vertaistuki. Pitkäkestoisien selän ja niskan sekä lääkehoidon jättäminen on moniammatillisen aktiivi-

sen kuntoutuksen vaikuttavuudesta on vahva tutkimusnäyttö. Eri erikoisalojen ja ammattiryhmien osaamista voitaisiin nykyistä saumattomammin hyödyntää ja kuntoutumisnäkökulmaa parantaa, jos sairaaloiden kipupotilaita hoitavien poliklinikoiden resursointi ei olisi kysyntään nähden liian niukkaa. Voimavarojen niukkuus merkitsee pitkiä jonotusaikoja, potilaiden karsintaa ja riittämätöntä seuranta.

Maassamme on kattava perusterveyden- ja työterveyshuollonhuollon verkosto, osaava erikoissairaanhoito ja kuntoutusta tarjoavia palveluntuottajia. Ongelmana on hoitoketjujen puute, kankeus, järjestäytymättömyys ja eri osaajien sattumanvarainen käyttö. Kansallisen terveysprojektin osahankkeista alueellisten hoitoketjujen virittäminen ja kattava rakentaminen sekä vireillä oleva laki hoitotakuusta tuovat toivoa ja korjaavat toivottavasti myös kivun hoidon epäkohtia.

Tieto kipumekanismeista ja hoidosta on vilkkaan tutkimuksen kohteena, ja uuden tiedon hyödyntäminen edellyttää täydennyskoulutusta. Perusopetuksen tulee tarjota riittävä tietotaito, jota hoito- ja kuntoutustimien täydennyskoulutus laajentaa ja vahvistaa. Koulutus antaa ja päivittää tietoa ja tarjoaa mahdollisuuden kokemusten, ideoiden ja ajatusten vaihtoon lääkäreiden ja muiden ammattiryhmien kanssa. Tarvitaan myös hyvää ja modernia johtamiskulttuuria, mahdollisuutta vaikuttaa omaan ja tiimin työhön sekä mahdollisuutta jakaa raskaita asioita työyhteisössä kiputyössä jaksamisen tukemiseksi. Työyhteisön tuki on tarjolla päivittäisissä keskustelutuokioissa, meetingeissa ja edistyksellisissä työpajoissa myös työnohjauksessa. Mitä raskaampi on potilasmateriaali, sitä tärkeämpää on tukea työntekijöiden jaksamista.

Timo Pohjolainen
dosentti, fysiatri
Kuntoutus Orton, Invalidisäätiö

Mitä tulisi tehdä paremman kivunhoidon saavuttamiseksi?

1. Kivun hoidon keskeisen aseman tiedostaminen ja myöntäminen
2. Riittävä perus- ja täydennyskoulutus terveydenhuollon ammattiryhmille kivusta, sen hoidosta ja kuntoutuksesta
3. Paikallisten ohjeiden laatiminen kipupotilaiden tutkimuksesta ja hoidosta
4. Huomion suuntaaminen kivun ohella myös toimintakykyyn ja elämänlaatuun
5. Hoidonporrastusohjeiden laatiminen ja hoitoketjujen sujuvan toiminnan edistäminen eri hoito- ja kuntoutustahojen välille
6. Viiveiden minimointi tutkimuksissa ja hoidossa
7. Kuntoutusnäkökulman riittävän varhainen huomioon ottaminen
8. Kipuaiheisen tutkimustyön tukeminen ja uusista tuloksista tiedottaminen

Taulukossa on esitetty maamme kivunhoidon tasoa kohentavia toimenpiteitä. Onnistunut hoito tarkoittaa onnistumista yksittäisen potilaan kohdalla. Lähtökohtana on hyvä potilas-lääkärisuhde, jonka perustana on lääkärin aito kiinnostus potilaan tilanteesta, hyvät ihmissuhdetaidot, ajantasaiset tiedot, motivaatio pyrkiä työssään kohti potilaan parasta ja yhteistyökyky muiden ammattiryhmien kanssa.

Hyvään kivun hoitotiimiin tulisi tarvittaessa voida ottaa tarkka erotusdiagnostikko (erikoislääkäri), taitava tempuntekijä (anestesiologi), terävä tulelääkäri (fysiatri), tunteva sieluntutkija (psykiatri), turvallinen kuuntelija (sairaanhoitaja), tehokas personal trainer (fysioterapeutti), tomera potilaan polun opastaja (sosiaalityöntekijä), tahdikas sopeuttaja ja kasvun katalysoija (psykologi) sekä taidokas lankojen käsissä pitäjä (oma lääkäri). Niitä kaikkia ei läheskään aina tarvita, mutta toimivassa hoitoyhteisössä ne tulisi olla "hyllyltä" otettavissa.

Puitteet tähän tulee tarjota veroja ja veroluonteisia maksuja keräävän yhteiskunnan. Kivun hoito ja kärsimyksen lievittäminen on terveydenhuollon tärkeimpiä tehtäviä – ja ennemmin tai myöhemmin lähes jokainen meistä tulee sitä tarvitsemaan. Senkin takia pitää olla varaa parempaan!