

Kroonisen kivun hoito-opas



**Suomen
Kivuntutkimusyhdistys ry**

Kroonisen kivun hoito-opas

1. Esipuhe	3
2. Kroonisen kivun epidemiologia	4
3. Kivun mekanismit	7
4. Kroonisen kivun tyypit	9
4.1 Nosiseptinen kipu	9
4.2 Neuropaattinen kipu	9
5. Kipupotilaan kohtaaminen ja tutkiminen	13
5.1 Anamneesi	14
5.2 Status	15
6. Kipupotilaan hoito	18
6.1 Lääkkeetön hoito ja kuntoutus	18
6.2 Lääkehoito	20
6.2.1 Nosiseptinen kipu	21
6.2.2 Neuropaattinen kipu	23
6.2.3 Idiopaattinen kipu	25
6.2.4 Sekamuotoinen kipu	25
7. Kivun hoidon porrastus	26
8. Kivun hoito erityistilanteissa	28
8.1 Lapset	28
8.2 Raskaus ja imetys	28
8.3 Iäkkäät	29
8.4 Päihdeongelmaiset	30
8.5 Munuaisten vajaatoiminta	31
8.6 Kipulääkkeiden yhteisvaikutukset	31
9. Kipupotilaat ja sosiaaliturva	34
9.1 Kelan etuuksia	34
9.1.1 Korvaus lääkkeistä	34
9.1.2 Korvaus matkoista	35
9.1.3 Sairauspäiväraha ja osasairauspäiväraha	36
9.2 Lakisääteinen tapaturmavakuutus	36
9.3 Liikennevamma	37
9.4 Työkyvyttömyyseläkkeet	37
9.4.1. Ansiöeläke	37
9.4.2 Kansaneläke	39
9.5 Työeläkekuntoutus	39
Kirjallisuutta	41

1.

Esipuhe

Kipu on epämiellyttävä kokemus, joka liittyy kudosvaurioon tai sen uhkaan tai jota kuvataan kudosvaurion käsittein. Kroonisena kipua voidaan pitää, jos sen kesto ylittää kudosvaurion paranemiseen tarvittavan ajan, joka on muutamasta viikosta 3 – 4 kuukauteen. Kipukokemus on moniulotteinen. Siihen nivoutuu aistimuksen lisäksi sekä tunne-elämä että älyllinen arviointi. Kipu on merkittävin potilaan toimintakyvyn ja elämänlaadun huonontaja. Kivun mittaaminen on vaikeaa, ja sen arvioinnissa on luotettava potilaan ilmoitukseen.

Krooninen kipu on kansansairaus, josta kärsii joka viides aikuinen. Terveyskeskuskäynneistä jopa 40 prosenttia liittyy kivun hoitoon. Kivun hyvä hoito edellyttää luottamuksellista hoitosuhdetta omalääkärin kanssa ja toimivia hoitoketjuja perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä.

On tärkeää, että lääkäri ymmärtää kivunsäätelyjärjestelmän toimintaa. Kroonisen kivun hoidossa sovelletaan edelleen usein suoraviivaista aistinfysiologista mallia, josta saattaa seurata tehotonta hoitoa ja kipuongelman pahenemista. Krooninen kipu tulisi hahmottaa kudosvauriosta riippumattomana oireyhtymänä, jossa liiallisesti herkistynyt kipurata synnyttää ja ylläpitää kipua itsenäisesti. Laadukkaan kivunhoidon tavoitteena on rauhoittaa epätasapainoon ajautunut kivunsäätelyjärjestelmä

Tämän oppaan tarkoituksena on koota yhteen kroonisen kivun hoitoon liittyvää tietoa etenkin perusterveydenhuollossa toimivien moniammatillisten tiimien tueksi. Opas täydentää Suomen Kivunhoidontutkimusyhdistys ry:n aikaisemmin tuottamaa neuropaattisen kivun hoito-opasta. Oppaan lopussa on kirjallisuusluettelo niille, jotka haluavat paneutua perusteellisemmin tähän aihepiiriin.

Opas on julkaistu yhteistyössä Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry:n kanssa.

Taloudellisesti oppaan julkaisemista on tukenut Pfizer Oy, jolle Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry esittää lämpimät kiitokset.

Maija Haanpää
neurologian
erikoislääkäri

Nora Hagelberg
anestesiologian ja
yleislääketieteen
erikoislääkäri

Pekka Hannonen
sisätautien ja
reumatologian
erikoislääkäri

Helena Liira
työterveyshuollon
ja yleislääketieteen
erikoislääkäri

Timo Pohjolainen
fysiatrian
erikoislääkäri

2.

Kroonisen kivun epidemiologia

Kipu on kroonista, kun se on kestänyt yli kolme kuukautta ja ylittänyt näin ollen kudosvaurion normaalin paranemisajan. Kategorinen aikaraja saattaa kuitenkin aiheuttaa haitallisen viiveen potilaan hoidossa, sillä kipu voi kroonistua nopeamminkin. Krooninen kipu luokitellaan kudosvauriokipuun eli nosiseptiseen kipuun, hermovauriokipuun eli neuropaattiseen kipuun, mekanismeiltaan tuntemattomaan eli idiopaattiseen kipuun ja psyykkisiin mekanismeihin selittyvään eli psykogeeniseen kipuun. Puhdas psykogeeninen kipu on erittäin harvinaista, mutta psyykkiset tekijät ovat usein mukana kivun kroonistumisessa.

Suurin osa kroonisista kivuista johtuu tuki- ja liikunta-elinsairauksista (TULES), tai ne ovat neuropaattisia kiputiloja. Kolme neljästä yli 30-vuotiaasta suomalaisesta on kokenut vähintään yhden selkäkipujakson elämänsä aikana. Noin puolella aikuisista on ollut yli viisi selkäkipujaksoa. Viimeisen kuukauden aikana selkäkipua on tuntenut joka kolmas aikuinen. Iskiaskipua on lähes 40 prosentilla aikuisista, ja heistä joka toisella on ollut yli viisi iskiaskipujaksoa. *Taulukossa 1* on esitetty kivun esiintyvyyttä viimeisen kuukauden aikana Terveystieteiden tutkimuksen mukaan.

Selkäkivun ja -sairauksien takia Suomessa käytettiin vuonna 2011 hieman yli kolme miljoonaa sairauspäivärahopäivää, joiden kustannukset olivat 209 miljoonaa euroa. Vuoden 2011 lopussa 30 050 henkilöä oli eläkkeellä selkäsairauden takia. Selkäsairauksien eläkekustannukset olivat 349 miljoonaa euroa. Olkapään sairauksien takia vuonna 2011 käytettiin noin 800 000 sairaus-

Taulukko 1. Kivun esiintyvyys viimeisen kuukauden aikana Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan

Kivun sijainti	Esiintyvyys, % Miehet	Esiintyvyys, % Naiset
Krooninen selkäoireyhtymä	10	11
Selkäkipu	30	36
Hartiakipu	23	40
Niskakipu	26	40
Krooninen niskakipu	5,5	7,3
Polven nivelrikko	5	7
Lonkan nivelrikko	5	4

päivärahopäivää, ja päivärahakustannukset olivat hieman yli 46 miljoonaa euroa. Kaularangan välilevysairauksien takia sairauspäivärahakustannukset olivat vuonna 2011 hieman yli 8 miljoonaa.

Nivelrikon takia vuonna 2011 käytettiin lähes miljoona sairauspäivärahopäivää ja sairauspäivärahakustannukset olivat 55,5 miljoonaa euroa. Nivelrikon takia eläkkeellä oli vuonna 2011 noin 16 500 ihmistä ja eläkekustannukset olivat 189 miljoonaa euroa. Lähes puolet kustannuksista (91,4 miljoonaa) aiheutuu polven nivelrikosta. Nivelreuman takia käytettiin vuonna 2011 noin 121 000 sairauspäivärahopäivää, joiden kustannukset olivat 6,2 miljoonaa euroa.

Fibromyalgian vallitsevuus väestössä on kaksi prosenttia. Fibromyalgian aiheuttamien sairauspäivärahopäivien määrä vuonna 2011 oli hieman yli 79 000 ja päivärahakustannukset olivat noin 4 miljoonaa. Luvut vähättelevät toiminnallisten kipujen kansanterveydellistä merkitystä, koska työ- ja eläkevakuutusyhtiöt pitävät kroonista kipua oireena, minkä perusteella ei muodostu yli

kahden viikon päivärahoikeutta – pysyvästä työkyvyttömyydestä puhumattakaan.

Hermovauriokivun esiintyvyydestä väestötasolla ei ole tarkkaa tietoa. Arviot vaihtelevat prosentista kahdeksaan prosenttiin. Jälkimmäinen arvio perustuu kyselytutkimuksiin, joissa kartoitettiin hermovauriokivulle ominaisia tuntemuksia väestössä. On arvioitu, että puolet potilaista on alle 60-vuotiaita eli kyseessä ei ole pelkkä vanhojen ihmisten vaiva. Lapsilla hermovauriokiputilat ovat harvinaisia.

Kiputilojen yleisyys hermoston eri sairauksissa vaihtelee. Aivoverenkiertohäiriön sairastaneista kahdeksalla prosentilla on krooninen aivohalvauksen jälkeinen hermovauriokipu. MS-potilaista joka neljäs kärsii hermovauriokivusta. Vyöruusun jälkisäryn tärkein riskitekijä on ikä: noin joka toiselle yli 70-vuotiaalle vyöruusuopotilaalle jää pitkäkestoinen kiputila. Joka neljännellä aikuistyyppin diabeetikoista on hermovauriokipua. On arvioitu, että viisi prosenttia ääreishermovamman saaneista kärsii hermovauriokivusta.

Hermovauriokipuja esiintyy myös kirurgisten toimenpiteiden jälkeen. Akuutti toimenpiteen jälkeen esiintyvä kipu pitkittyy jopa 10 – 50 prosentilla henkilöistä, joille on tehty nivustyräleikkaus, rintasyöpäleikkaus, rintakehään kohdistuva leikkaus tai amputaatio. Iatrogeninen hermovaurio lienee yleisin vaikean pitkittyvän postoperatiivisen kivun syy. Hermovaurio voi kehittyä myös täyhystystoimenpiteen, esimerkiksi polven artroskopian yhteydessä. Tilan tunnistaminen on tärkeää, jotta asianmukainen hoito voidaan aloittaa ajoissa.

3.

Kivun mekanismit

Kivunsäätelyjärjestelmä perustuu keskushermoston dynaamiseen ja plastiseen luonteeseen. Sen voi nähdä tasapainottelevan jatkuvasti organismin suojaamisen (kipuaistin herkistymisen eli hyperalgesian) ja toiminnan sallimisen (kipuaistin vaimentamisen eli analgesian) välillä. Aistifysiologisen mallin mukaan koetun kivun intensiteetti on suoraan verrannollinen kudosaaurion laajuuteen. Sitä voidaan jossain määrin soveltaa akuuteissa kiputiloissa. Se ei kuitenkaan riitä selittämään kroonista kipuilua ilman todennettavissa olevaa kudosaauriota eikä myöskään potilaan kivuttomuutta merkittävästä kudospatologiasta huolimatta.

Nosiseptio eli kipuaisti on tärkeä pitää käsitteellisesti erillään kipukokemuksesta. Nosiseptio on osa somatosensorista kokonaisjärjestelmää, johon kuuluvat kipuaistin lisäksi asentoaisti, kosketusaisti ja lämpöaisti. Nosiseptio on tiedostamaton tapahtuma, jossa kudosaaurion havaitsemiseen erikoistuneet vapaat hermopäätteet aktivoituvat ja kuljettavat ärsytyksen voimakkuutta vastaavan aktiopotentiaalisarjan keskushermostoon. Tietoinen kipukokemus sen sijaan syntyy, kun aivojen hermoverkot integroivat nousevissa ("kipua edistävässä") ja laskevissa ("kipua estävässä") kipuradoissa somatosensorista, motorista, autonomista, kognitiivista ja emotionaalista informaatiota.

Krooninen kipu ei yleensä ole tarkoituksenmukaista. Siinä on useimmiten mukana neuropaattisia tai toiminnallisia komponentteja. Krooninen kipu on usein sekamuotoista. Esimerkiksi nivelrikkopotilaalla todetaan usein myös kipuradan herkistymistä. Krooniseen kipuun liittyy usein myös ahdistuneisuutta, masennusta, kärsimystä ja hätää. Potilaan psykososiaalinen tilanne huomioidaan hoidossa ja kuntoutuksessa. Kivun patofysiologia selvitetään mahdollisimman tarkasti ja hoito

suunnitellaan etiologian mukaisesti. Kivun kroonistumista voidaan estää hoitamalla akuutti kipu mahdollisimman hyvin.

Psykologiset tekijät vaikuttavat kivun kanssa selviytymiseen kivun perussyystä riippumatta. Pitkäaikainen kipu onkin aina haaste sopeutumiselle. Esimerkiksi uskomus kivun haitallisuudesta tai kivun pelko voivat johtaa kipuoireiden tarkkailuun, liikunnallisen aktiivisuuden vähenemiseen ja kivun voimistumiseen tai pitkittymiseen. Sen sijaan potilaan omat, aktiiviset kivunhallintakeinot vaikuttavat ajatuksiin, tunteisiin, mielialaan ja käyttäytymiseen ja edistävät kipuongelman kanssa selviytymistä.

Syntymekanismi	Esimerkki
Ärsytyskipu (mekaaninen, termaalinen, kemiallinen)	Nosiseptinen kipu (suojelee elimistöä)
Kudosvauriokipu	Tulehduskipu (edistää paranemista)
Neuropaattinen kipu	Vaurio kipuradassa a) Ääreishermossa b) Keskushermostossa
Toiminnallinen kipu	Kipuradan herkistyminen esim. fibromyalgia
Huom! CRPS- ja migreenikivuilla on eri mekanismit. Krooninen kipu on usein sekamuotoista!	

4.

Kroonisen kivun tyypit

4.1 Nosiseptinen kipu

Nosiseptorit ovat iholla, jänteissä, luussa, lihaksessa, sisäelinkalvoissa ja verisuonissa sijaitsevia kudოსvaurion havaitsemiseen erikoistuneita vapaita hermopäätteitä. Niiden tehtävänä on välittää keskushermostolle tietoa kudოსvaurion sijainnista, voimakkuudesta, kestosta ja laadusta. Nosiseptorit voidaan luokitella mekaaniseen, termaliseen tai kemialliseen ärsytykseen reagoiviksi hermopäätteiksi. Lisäksi erityisesti nivelissä ja sisäelimissä on runsaasti niin kutsuttuja hiljaisia nosiseptoreita, jotka aktivoituvat vain voimakkaassa ärsytystilassa, kuten pitkittyneen tulehduksen yhteydessä.

Nosiseptinen kipu on puhtaasti kudოსvauriosta johtuvaa kipua, (nosiseptio=aistimus kudოსvauriosta). Esimerkkejä ovat iskeeminen kipu, nivelrikko ja tulehduskipu. Akuutti kipu on usein nosiseptistä ja sen intensiteetti korreloituu kudოსvaurion laajuuteen. Nosiseptisessä kivussa kivun syy on hermoston ulkopuolella ja siihen voi liittyä myös vastaavan ihoalueen tuntoherkistymistä. Varsinkin raajojen pitkäaikaiset kiputilat saattavat joskus aktivoida sympaattista hermostoa, mikä ilmenee raajan lämpötila- ja värimuutoksina.

4.2 Neuropaattinen kipu

Neuropaattinen kipu eli hermovauriokipu tarkoittaa kiputilaa, jonka syynä on vaurio tai tauti tuntoaistimuksia välittävässä hermojärjestelmässä.

Neuropaattisen kiputilan diagnoosin edellytyksiä ovat (1) kivun neuroanatomisesti looginen sijainti, (2) tuntoaistin poikkeavaan toimintaan sopivat statuslöydökset ja (3) hermovaurion aiheuttavan sairauden tunnistaminen.

Usein hermovauriokipu poikkeaa laadultaan kudosisvauriokivusta. Polttava kipu, sähköiskumaiset kiputuikkaukset ja kivuttomien ärsykkeiden tuntuminen kipuna (allodynia) ovat ominaisia hermovauriokivulle.

Hermoston muutosten seurauksena tuntoaisti toimii poikkeavasti. Tunto voi olla heikentynyt (hypoestesia), herkistynyt (hyperestesia), erilaiseksi muuntunut (esim. kivuton kosketus aistitaan kipuna eli mekaaninen allodynia tai lievä viileys aistitaan kipuna eli kylmäallodynia). Kullakin potilaalla tuntoaistin poikkeavuus on mosaiikki epänormaaleja aistimuksia annetuille ärsykkeille (kosketus, staattinen paine, liikkuva ärsyke, terävä, kylmä, lämmin).

Taulukko 3. Neuropaattisen kivun tavallisia syitä

1. Ääreishermon vaurio
Selkärangan sairauden aiheuttama hermojuuren vaurio
Ääreishermovamma
Diabeettinen neuropatia
Muut kivuliaat polyneuropatiat
Hermopinteet
2. Sentraalinen hermovaurio
Aavesärky
MS-taudin aiheuttama hermovauriokipu
Aivoverenkiertohäiriöiden jälkeinen neuropaattinen kipu
3. Sekä sentraalinen että perifeerinen hermovaurio
Postherpeettinen kipu
Amputaation jälkeinen kipu (tynkäkipu ja aavesärky)
Selkäydinvammaan liittyvä hermovauriokipu (vaurion tasolla perifeerinen hermojuuriperäinen kipu ja vaurion alapuolella sentraalinen deafferentaatiokipu)

4.3 Idiopaattinen kipu

Krooninen kipu luokitellaan idiopaattiseksi, kun sen aiheuttajana ei ole kudosis- tai hermovauriota eivätkä kroonisen kipuoireyhtymän diagnostiset kriteerit täyty. Kivun aistiminen on monimutkainen prosessi, joka al-

kaa nosiseptiosta (aistimuksen havaitsemisesta) jatkuen selkäytimen kipuratojen projektioneuroneuronien ja kipusignaaleita muokkaavien ratojen kautta kipukokemusta integroiviin aivotoimintoihin. Edellä mainitun monimutkaisen prosessoinnin myötä kipukokemukseen liittyvät varsinaisen aistimuksen lisäksi yksilön tunteet, kokemukset, odotukset ja älyllinen arviointi.

Vaihtelevaa kipuaistin herkistymistä tavataan käytännössä kaikissa kudოსvauriotapahtumissa, mutta useimmiten ohimenevänä. Herkistyneen kipuaistimuksen (hyperalgesian) tehtävänä on ohjata yksilöä välttämään ärsytyksen toistumista ja kudostuhon pahenemista. Jos kivun-säätelyjärjestelmän ärsytys kuitenkin jatkuu pitkäkestoisesti, seurauksena voi olla pysyviä keskushermoston toiminnallisia ja rakenteellisia herkistymismuutoksia.

Primaarisessa hyperalgesiassa nosiseptoreiden ärsytyskynnys madaltuu ja reseptiiviset kentät laajenevat. Mikäli ärsytys jatkuu, erilaistuneet hermopäätteet alkavat rekisteröidä ärsytystä valikoimattomasti. Lisäksi hiljaiset nosiseptorit aktivoituvat. Seurauksena on nosiseptiivinen informaatiotulva, mikä aiheuttaa sekundaarisia herkistymismuutoksia kipuradan korkeammassakin rakenteissa (selkäytimessä, talamuksessa ja aivokuorella). Sekundaariseen hyperalgesiaan liittyy kipuilun laajeneminen vaurioalueen ulkopuolelle, kipujen heijastuminen elinryhmien välillä, kosketusärsytyksen kokeminen kivuliiana (allodynia) ja autonomisen hermoston aktivaatio.

Vaikka toiminnallisen kivun mekanismeja ei tarkkaan tunneta, kipua moduloivien, laskevien kipuratojen riittämätön toiminta on siinä keskeistä. Muutoksia todetaan kipuradan eri osissa (selkäytimestä somatosensoriselle aivokuorelle).

Yleisin idiopaattinen kiputila on fibromyalgia. Kansainvälisessä ICD-10-tautiluokituksessa fibromyalgia on luokiteltu tuki- ja liikuntaelinten sairausluokkaan. Fibromyalgia ei ole reumasairaus, koska siihen ei liity tulehdusmuutoksia. Kudoksissa ei ole myöskään rappeutumista tai muita muutoksia. Kivun lisäksi fibromyalgian

oireita ovat muun muassa unen ja kognitiivisten toimintojen häiriöt.

4.4 Krooninen kipuoireyhtymä

Krooninen kipuoireyhtymä (F45.4) kuuluu mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöihin. Diagnoosi on harvinaisen ja sitä tulee käyttää vasta huolellisten somaattisten tutkimusten ja psykiatrisen konsultaation jälkeen. Oireyhtymässä hallitseva oire on sitkeä, vaikea ja kärsimystä tuottava kipu, jota ei täysin selitä mikään fysiologinen prosessi tai ruumiillinen häiriö. Kipu liittyy tunne-elämän ristiriitaan tai psykososiaalisiin ongelmiin, joiden voidaan päätellä olevan pääasiallisia syytekijöitä. Tila johtaa tavallisesti huomattavaan henkilökohtaisen tai lääketieteellisen tuen ja huomion saamiseen. Tähän ryhmään ei pitäisi sisällyttää masennustilojen aikana esiintyvää kipua, joka oletetaan psyykkisperäiseksi.

Diagnostiset kriteerit ICD-10 mukaan ovat

- A. Esiintyy jatkuva kärsimystä tuottava kipu useimpina päivinä vähintään kuuden kuukauden ajan. Kipu voi olla missä tahansa ruumiinosassa eikä sitä selitä mikään fyysinen sairaus tai fysiologinen prosessi. Kipu on jatkuvasti henkilön päähuomion kohteena.
- B. Tätä diagnoosia ei voi käyttää skitsofreniaryhmän häiriön (F20-F29), mielialahäiriön (F30-F39), somatisaatiohäiriön (F45.0), erilaistumattoman somatoformisen häiriön (F45.1) tai hypokondrisen häiriön (F45.2) yhteydessä.

Tavallisin ongelma on häiriön erottaminen elimelliseen kipuun liittyvästä huomionhakuisuudesta. Mikäli elimellinen diagnoosi ei ole varmistunut, voi henkilö olla pelokas ja närkästynyt, mikä voi johtaa huomionhakuiseen käyttäytymiseen.

Erilaiset kivut ja säryt ovat tavallisia somatisaatiohäiriössä, mutta ne eivät ole hallitseva tai jatkuva oire.

5.

Kipupotilaan kohtaaminen ja tutkiminen

Potilaan kohtaaminen on terveydenhuollon ydintoiminto. Kipupotilaan kohtaamisessa pätevät samat periaatteet kuin muidenkin potilaiden kohtaamisessa. Tärkein tehtävä on potilaan luottamuksen saavuttaminen. Siinä tarvitaan ammattimaista, potilaaseen kriittisesti luottavaa, empaattista ja potilaan oireita kunnioittavaa asennetta. Tarpeettomia diagnostisia tutkimuksia ja hoitoyrityksiä pitää välttää, koska ne lisäävät pelkoja, väärinkäsityksiä ja komplikaatoriskiä. Kipupotilaan kohtaamisessa on hyvä muistaa, että kipu on fysiologinen ilmiö, vaikka se ei heijastelisiakaan ”objektiivisesti” todettavia ärsykejä tai kudosaivaurioita.

Kipupotilaan hoidossa tavoitteena on:

1. Luoda luottamuksellinen yhteistyösuhde
2. Hahmottaa potilasta vaivaavat kiputyypit
3. Pyrkii mahdollisimman tarkkaan diagnosiin
4. Luoda hoitostrategia kivun laannuttamiseksi
5. Toteuttaa strategiaa yhdessä potilaan, omaisten ja muiden terveydenhuollon ammattilaisten kanssa.

Kroonisesti oireilevia potilaita hoidettaessa on muistettava, että hoitosuhde on yhteistyötä. Lääkäri kunnioittaa potilaan ahdistusta ja huolehtii siitä, että parhaat tutkimus- ja hoitotavat valitaan. Potilas puolestaan kunnioittaa lääkärin tietoja, taitoja ja ammatillista kokemusta (pätevyyttä).

Vaikka kipu on henkilökohtainen kokemus ja aina kiistatonta, lääkärin haastattelun ja kliinisen tutkimuksen avulla mahdollistetaan kipupotilaan hoidon toteuttami-

nen ja seuranta. Tärkeintä kipupotilaan tutkimisessa on anamneesi ja aistinvarainen kliininen tutkimus. Näihin ja potilaan informoimiseen on käytettävä riittävästi aikaa.

Diagnostiikan apuna käytetään soveltuvin osin laboratoriotutkimuksia ja kuvantamistutkimuksia sekä validoituja kipua ja toimintakykyä kartoittavia kyselylomakkeita.

Kipupotilaan tutkimuksessa, kuten yleensäkin lääketieteessä, noudatetaan hoitohyötyisyysperiaatetta. Kiputilojen tarkka diagnostiikka ja viiveetön hoidon käynnistys on tärkeää. Ensisijaisesti tulee selvittää, onko potilaalla jokin parannettavissa tai syyn mukaisesti hoidettavissa oleva kiputila. Tutkimuksella pyritään myös arvioimaan potilasta vaivaavan kivun mekanismi. Jos kyseessä on nosiseptinen tai neuropaattinen kipu, on tutkittava, mitkä elimet ovat sairastuneet. Jos kipumekanismina on toiminnallinen (idiopaattinen) kipu, potilaan hoitaminen on ensisijaista ja kivun hoitaminen toissijaista.

5.1 Anamneesi

Hyvässä terapeutisessa yhteistyössä tarvitaan kommunikaatiotaitoja. Lääkärin tulee kuunnella potilasta sekä varmistaa toistamalla ja tiivistämällä, että hän on ymmärtänyt potilaan käsitykset ja odotukset. Samalla lääkärin tulee rekisteröidä potilaan väärinkäsitykset, ajatusten ja käyttäytymisen vääristymät sekä aiemmin annettu epämääräinen tieto. On tärkeää, ettei lääkäri huolimattomuuttaan tai esimerkiksi tarpeettomia jatkotutkimuksia tai läheteitä laatimalla lisää väärän informaation taakkaa. Keskustelua tulee johdatella vastakkainasettelua välttäen. Potilaan kanssa ei missään olosuhteissa pidä ryhtyä väittelemään.

Kysy oireiden alku ja kehitys, aiemmat tutkimukset ja hoidot, nykyinen oireisto ja toimintakyky Avainkysymykset kipupotilaalle, varsinkin, jos tapaat potilaan ensimmäisen kerran:

1. Miksi tulitte juuri tänään vastaanotolle?
2. Mistä oikeastaan olette huolissanne?
3. Mistä itse ajattelette vaivanne johtuvan?
4. Pelkäätekö, että vaiva johtuu jostain vakavast sairaudesta?
5. Mistä?
6. Miten toivotte minun teitä auttavan?

Kun potilas on opittu tuntemaan paremmin, voidaan paneutua potilaan sosiaalisiin elinolosuhteisiin, kuten elämäntilanteeseen, perhesuhteisiin, elintapavalintoihin, työyhteisöön ja niin edelleen. Näiden selvittäminen kroonisesti kipuilevan potilaan osalta on usein keskeistä ja terapeutista.

5.2 Status

Huolellisen kuuntelun jälkeen seuraa potilaan perusteellinen aistinvarainen tutkimus. Sen perusteella arvioidaan lisätutkimusten tarve. Kroonisesti kipuilevan potilaan tutkimuksessa kiinnitetään erityinen huomio tuki- ja liikuntaelimistön ja neurologisen statuksen tutkimiseen (yleisimmät kroonisen kivun syyt).

Potilaan tarkkailu on tärkeä osa tutkimusta. Niihin kuuluvat mm. yleisvaikutelma (huoliteltu, välinpitämätön jne.), fyysiset toiminnot (liikkuminen, riisuutuminen, tutkimusvuoteelle siirtyminen, mahdollisten apuvälineiden käyttö jne.), mielentila (asiallinen, jännittynyt, arka, alavireinen, syyttelevä, ahdistunut jne.) sekä kognitio (vastavuoroisuus, ilmaisukyky, muisti jne.). Poikkeavat ja muut oleelliset havainnot on syytä merkitä potilaskertomukseen.

Kivun mittauksessa voidaan käyttää VAS-kipujanaa (asteikolla 0–10, 0=ei lainkaan kipua, 10=pahin mahdollinen kuviteltavissa oleva kipu) tai numeerista arviointia (NRS; 0–10).

Kipu mitataan ja dokumentoidaan jokaisella vastaanotokerralla. Kvalitatiivisena apuvälineenä voidaan käyttää kipupiiirrostta, johon potilas merkitsee kivun sijainnin, tuntomuutokset ja poikkeavat tuntemukset.

Jokaisen kipupotilaan tutkimukseen sisältyy myös suppea yleisstatuksen tarkastus (iho, verenkiertoelimet). Huomiota kiinnitetään erityisesti potilaan kipeiksi ilmoittamiin rakenteisiin.

Perkussio ja tuseeraus ovat tärkeä osa selkäkipupotilaan tutkimusta, silloin kun epäillään selkäkivun vakavia syitä (murtumat, infektiot, pareesit ja cauda equina). Nivelkipupotilaalla nivelten aamuihin ja levon jälkeen uudelleen liikkeelle lähtemiseen painottuva arkuus sekä nivelen palpaatioarkuus (ilman todettavaa turvotustakin) viittaavat tulehdukselliseen nivelsairauteen.

Ihon lämpötilan, vitaliteetin ja hikoilun muutokset viittaavat inflammaatioon tai sympaattisen hermoston toiminnan häiriöön. Potilaan yleinen käsittelyarkuus viittaa idiopaattisen kivun mahdollisuuteen. Yksityiskohtaisia kuvauksia TULES-potilaiden kliinisestä tutkimuksesta löytyy esimerkiksi Terveysportista ja videona Duodecimin verkkokursseista.

Neuroopaattisen kivun toteamiseksi tuntotestauksessa tutkitaan kosketus-, terävä-, lämpö-, värinä- ja kylmäntuntoa sekä reaktio normaalisti kivuttomaan ärsykkeeseen, kuten ihon sivelyyn ja kevyeen paineeseen. Kipupotilaan tutkimukseen kuuluu myös lihasvoiman ja liikkeiden sujuvuuden, refleksien ja aivohermojen testaus. Neurologinen status antaa käsityksen vaurion sijainnista. Huolellinen tuntotestaus auttaa hoidon räätälöinnissä ja myöhemmin hoitovasteen arvioissa.

Tutkimuksen yhteydessä tai sen jälkeen lääkärin tulee selittää havaitut löydökset selkokielellä. Samalla lääkäri kertoo potilaalle, mikä on hänen näkemyksensä tilanteesta ja käsityksensä potilaan toiveiden ja odotusten realistisuudesta. Mahdollisista näkemyseroista huolimatta kroonisesti kipuilevaa potilasta ei saa jättää oman

onnensa nojaan, vaan potilaalle pitää järjestää asianmukainen seuranta. Potilaan uudelleen tapaaminen on usein huomattavasti hyödyllisempi ratkaisu kuin erilaisien laboratorio-, neurofysiologisten ja kuvantamistutkimusten määrääminen tai lähetteen laatiminen erikoislääkärille. Erityistutkimusten avulla pyritään varmistamaan tai sulkemaan pois aistinvaraisesti arvioitu diagnoosi.

Hyvänä muistilistana vastaanottoprosessin kulusta toimii vastaanottotapahtuman yhdeksän kohdan ohjelma:

1. Perehtyminen potilaalle aiemmin tehtyihin tutkimuksiin, annettuihin hoitoihin ja niiden tuloksiin.
2. Tervehtiminen; odota ja anna potilaan puhua.
3. Potilaan ajatukset ja odotukset; kuuntele, tarkkaile ja anna potilaan edelleen puhua.
4. Lääkärin yhteenveto potilaan kertomuksesta; oletko ymmärtänyt potilaan ajatukset, odotukset ja toiveet, tee mahdollisesti em. seikkoja tarkentavia kysymyksiä.
5. Tarkentavia kysymyksiä tehdään vielä kliinisen tutkimuksen yhteydessä. Selitä samanaikaisesti tekemäsi havainnot ja näkemyksesi tilanteesta
6. Neuvottelu, jonka tavoitteena on päästä yhteisymmärrykseen tilanteesta.
7. Hoitosuunnitelman tekeminen yhdessä potilaan kanssa.
8. Seurannasta sopiminen ja turvaverkon varmistaminen.
9. Näin tehdään, näkemiin, kuulemiin.

6.

Kipupotilaan hoito

6.1 Lääkkeetön hoito ja kuntoutus

Hoito räätälöidään yksilöllisesti kivun mekanismien ja potilaan kipuun vaikuttavien tekijöiden sekä oheisongelmien mukaan yhdistelemällä eri tavoin vaikuttavia hoitoja.

Hoidon tavoitteena on tehokas kivun lievitys ja toimintakyvyn palauttaminen ilman merkittäviä hoidon aiheuttamia haittoja. Jos kipuun on olemassa syynmukainen hoitokeino (esim. hermopinteen vapautus), se toteutetaan viipymättä.

Akuutti kipu on ymmärrettävä, patologiansa mukaisesti rajautuva ja parantuva tila. Hoidon jälkeen kipu ei enää uusi. Kroonisen kivun syy sen sijaan jää usein epäselväksi tai se on huomattavan monimutkainen. Lähtökohteisesti hoito johtaa parhaimmillaan kipujen lievittymiseen, mutta täydellinen tai pysyvä oireettomuus on harvinaista.

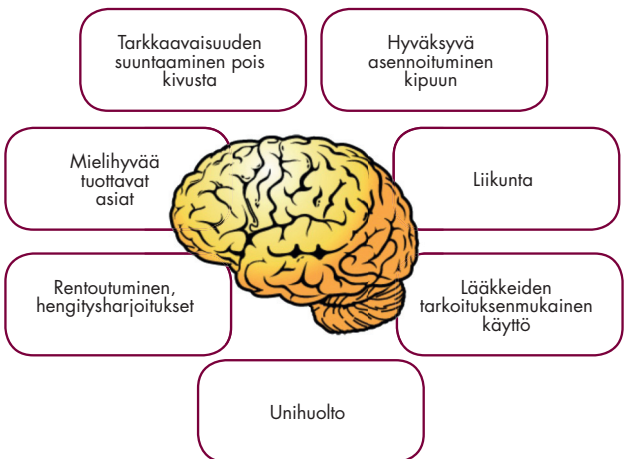
Kivun kroonistuessa moniammatillinen hoito-ote on usein tarpeen. Siihen voi sisältyä fysioterapeuttista ohjausta ja erityisesti yläraajakivussa myös toimintaterapiaa. Kipupotilas tarvitsee myös psyykkistä tukea. Esimerkiksi työterveyshuollossa voidaan vähentää subakuutista alaselkäkivusta aiheutuvaa työstä poissaoloa liike- ja liikuntahoidolla, jossa lisätään harjoittelun määrää asteittain. Fysioterapeutin ohjaamina liikeharjoitukset parantavat myös lihas- ja yleiskuntoa. Intensiivisillä ja pitkäkestoisilla lihasvoimaharjoituksilla sekä yleiskuntoa kohentavilla harjoituksilla voidaan vähentää kroonista selkäkipua ja parantaa toimintakykyä.

Krooninen selkäkipupotilas voi kognitiivis-behavioraalisen hoidon avulla oppia käyttämään erilaisia kivun-

stressin- ja affektiivisten reaktioiden hallintakeinoja (esimerkiksi rentoutustaitoja) ja sosiaalisia taitoja. Samalla hän oppii ymmärtämään paremmin omia toimintatapojaan sekä niiden syitä ja seurauksia. Hoito annetaan usein ryhmässä.

Ohjattu liike- ja liikuntaharjoittelu sekä kotiharjoittelu vähentävät kipua ja parantavat toimintakykyä ja elämänlaatua alaraajan nivelrikkoa potevilla. Sekä aerobinen että voimaharjoittelu vähentävät kipua ja parantavat toimintakykyä polvinivelrikkopotilailla.

Lääkkeettömien hoitokeinojen käytössä, potilasohjauksessa ja potilaan omien selviytymiskeinojen tukemisessa on tärkeää, että eri ammattiryhmien potilaalle antama viesti on yhdenmukainen. Kipupotilaan kuntoutumisen osa-alueita on esitetty *Kuvassa 1*. Keskenään ristiriidassa olevat hoito-ohjeet ja neuvot voivat hämmentää potilasta ja heikentää hänen luottamustaan hoitoon. Yhtenäisen viestin antaminen potilaalle onkin eräs moniammatillisen yhteistyön haasteita, sillä se edellyttää ammattiryhmien välistä kunnioitusta, jatkuvaa vuorovaikutusta ja hoitosuosituksen ajan tasalla pysymistä. Myös lääkärin tulee muistaa kannustaa potilastaan lääkkeettömien hoito- ja selviytymiskeinojen käytössä.



Kuva 1. Kipupotilaan kuntoutumisen osa-alueita.

Oireenmukainen hoito tehoaa sitä paremmin mitä aikaisemmin se aloitetaan. Keskeistä on myös kipupotilaan psykososiaalisen tilanteen ymmärtäminen ja tarvittavan tuen järjestäminen.

Potilasohjauksen tulee sisältää riittävästi tietoa kivusta, sen hoidosta ja kuntoutuksesta sekä potilaan oman aktiivisuuden merkityksestä selviytymisessä. Ihanteellisessa tilanteessa potilaalla itsellään on merkittävä vastuu omasta selviytymisestään ja lääkäri ja muut ammattiryhmät ovat ikään kuin valmentajan roolissa. Potilas saa tietoa ja ohjausta eri ammattiryhmiltä ja oppii käyttämään joustavasti eri hoito- ja selviytymiskeinoja (lääkitys, liikunta, kognitiiviset keinot) pärjätäkseen kipunsa kanssa erilaisissa arkeen ja työhön liittyvissä tilanteissa.

Pitkäkestoinen kipu on usein psyykkisesti kuormittavaa. Kivun perussyystä riippumatta psykologiset tekijät kuten tunteet, kivun pelko, tarkkaavaisuuden suuntaaminen ja kipuun liittyvät uskomukset vaikuttavat kivun kokemiseen, kivun pitkittymiseen ja kivusta kuntoutumiseen. Psykologisen tai psykiatrisen asiantuntija-avun piiriin kannattaa ohjata potilaita, jotka kokevat psyykkisen tuen tarvetta tai joilla on vain vähän keinoja kivun kanssa selviytymiseen, runsaasti kivun pitkittymisen psykososiaalisia riskitekijöitä tai voimakkaita tai pitkittyneitä sopeutumiskriisin oireita.

6.2 Lääkehoito

Kivun lääkehoito mitoitetaan yksilöllisesti potilaan kipuongelman ja kokonaistilanteen mukaan. Lääkehoidon tavoitteena on lievittää potilaan kipua ja muita oireita sekä kohentaa hänen toimintakykyään. Kipulääkkeeksi valitaan tehokas ja mahdollisimman turvallinen valmiste.

Kipulääkityksellä voidaan vaikuttaa kivun kokemiseen monin tavoin, kuten:

1. Estetään kivun vahvistumista; tulehduskipulääkkeet estävät mm. prostanoidien syntyä
2. Estetään kivun välittymistä; puudutteet sulkevat Na-kanavat,

kapsaisiini, vähentää C-säikeiden määrää ihossa, gabapentinoidit sitoutuvat hermosolujen jänniteherkkiin kalsiumkanaviin.

3. Lievitetään kivun kokemista; opioidit salpaavat opioidireseptorit keskushermostossa, SNRI-lääkkeet estävät monoamiinien takaisinottoa hermosoluun.

Kun potilaalle määrätään kipulääkettä, lääkityksen vaikutuksia (teho ja haitat) seurataan säännöllisin kontrolein ja kirjataan lääkeväste potilaskertomukseen. Mikäli potilas ei tunnu hyötyvän lääkityksestä, pohditaan, onko kyse lääkkeen riittämättömästä tehosta. Silloin lääkitystä kannattaa tehostaa joko annosta nostamalla tai yhdistämällä lääkitykseen joku toisella mekanismilla vaikuttava lääke. Lääkkeen vaatimaton teho voi johtua myös virheellisestä työdiagnoosista.

6.2.1 Nosisepäinen kipu

Kudosvauriokivun hoidossa voidaan käyttää tulehduskipulääkkeitä, parasetamolia, mietoja opioideja (kodeiiniyhdistelmävalmisteet, tramadoli, buprenorfiinilaastari) ja erityistilanteissa vahvoja opioideja.

Parasetamolin käytön periaatteita

- ensisijaislääke nivelrikon ja selkävaurion hoidossa
- käytä riittävää annosta
- varoita yliannostuksesta ja samanaikaisesta käsikauppaparasetamolin käytöstä
- maksan vajaatoiminnan yhteydessä käyttöön liittyy maksavaurion riski
- parasetamolin yhdistäminen tulehduskipulääkkeeseen ei yleensä lisää tehoa kroonisessa kivussa, mutta haitat lisääntyvät.

Tulehduskipulääkkeiden käytön periaatteita

- käytä lievissä, keskivaikeissa ja pinnallisten kudosten kivussa kipulääkegeeliä
- suun kautta otettavat tulehduskipulääkkeet ovat tehokkaita lievien tai keskivaikeiden kudosvauriokivujen hoidossa
- käytä vain yhtä valmistetta kerrallaan (muista kysyä käsikauppalääkkeet!)
- älä ylitä annostusta

- pienennä annoksia, kun hoidat ikääntyneitä potilaita
- harkitse, onko lääkitystä tehostettava tai vaihdettava, jos tulehduskipulääke ei lievitä kipua riittävästi
- tulehduskipulääke ei yleensä auta neuropaattisessa kivussa
- haittavaikutukset ovat yleisiä ja osa niistä on vakavia (Taulukko 4)
- tunnista potilaat, joilla on lisääntynyt haittavaikutusriski
- tulehduskipulääkkeiden käytössä tulee noudattaa erityistä varovaisuutta, jos potilaalla on iskeeminen sydänsairaus, aivoverisuonten sairaus tai ääreisvaltimoiden sairaus
- älä unohda glukokortikoidihoidon mahdollisuutta tulehduksellisen nosiseptisen kivun hoidossa
- vaikka sillä on teoreettisesti paljon haittoja glukokortikoidihoito tarjoaa oikein käytettynä hyvän ja usein epäselektiivisiä tulehduskipulääkkeitä turvallisemman vaihtoehdon tulehduskivun hoitoon (paikallisesti ja lyhyin suun kautta otettuina kuureina).

Taulukko 4. Tulehduskipulääkkeiden haittoja

Prostanoidisynteesin estosta johtuvat	Muilla mekanismeilla syntyvät
"gastro-enteropatia"	ihottumat
Na- ja veden retentio	hepatiitti
akuutti hemodynaaminen munuaisten vajaatoiminta	interstitiellinen nefriitti
trombosyyttienendoteelin toimintahäiriö	lääkeainenefropatia
infertiliteetti	luuydinvaurio
bronkusspasmii	neuropsykiatriset ongelmat
(IBD)	keuhkoreaktio

Opioidien käytön periaatteita

- älä aloita pitkäaikaista opioidilääkitystä ilman huolellista harkintaa. Harkitsematon opioidin aloitus ja käyttö voivat altistaa opioiditoleranssin kehittymiselle, väärinkäytölle ja muille haittavaikutuksille
- selvitä aina tarkasti potilaan päihteiden käyttö ja aikaisempi päihde- ja lääkeaineriippuvuus
- selvitä aina potilaan psykososiaalinen tilanne
- harkitse opioideja keskivaikean tai vaikean pitkäaikaisen

kudosvauriosta johtuvan tai neuropaattisen kivun hoidossa vain silloin, kun kivun syy on selvä ja muut hoitokeinot ovat riittämättömiä

- sovi, että tavoite on parantaa potilaan toimintakykyä
- käytä pitkävaikutteisia valmisteita säännöllisesti annosteltuna
- harkitse apteekkisopimusta tai käytä e-reseptiä
- opioidilääkitys ei ole elinikäinen hoito vaan hoidon tarve ja hoitovaste (kipu, toimintakyky, elämänlaatu, opioidin vaikutukset) tulee arvioida säännöllisin väliajoin
- työikäisellä potilaalla vahvan opioidilääkityksen aloittamisen harkinta muuhun kuin syövästä johtuvaan krooniseen kipuun on hyvä keskittää kipupoliklinikoille.

6.2.2 Neuropaattinen kipu

Neuropaattisen kivun lääkehoidon ensilinjan vaihtoehtoja ovat

- trisykliset masennuskipulääkkeet (esim. amitriptyliini, nortriptyliini)
- SNRI-ryhmän masennuskipulääkkeet (esim. venlafaksiini, duloksetiini)
- gabapentinoideit eli gabapentiini ja pregabaliini
- ihoon paikallisesti vaikuttava 5 % lidokaiinivoide

Toisen linjan vaihtoehtoja ovat

- opioidit (tramadoli ja vahvat opioidit, esim. oksikodoni ja morfiini)
- kapsaisiinilaastari

Primaarin kolmoishermostönsäryn ensi linjan lääkevaihtoehdot ovat karbamatsepiini ja okskarbatsepiini. Jälkimmäistä suositellaan niille potilaille, joilla on muita lääkityksiä, koska karbamatsepiinilla on runsaasti yhteisvaikutuksia eri lääkkeiden kanssa.

Taulukossa 5 on esitetty suositus neuropaattisen kivun lääkkeiden annostelusta.

Taulukko 5. Lääkkeiden annostelu neuropaattisessa kivussa

Lääke	Aloituseros	Annoksen titraus	Korkein suositeltu vrk-annos ¹
Trisykliset lääkkeet ²	10–25 mg ill.	10–25 mg:n portain 3–7 pv:n välein	150 mg tai pitoisuuden mukaan
Venlafaksiini ²	75 mg/vrk	75 mg:n portain 1–2 vk:n välein	225 mg
Duloksetiini	60 mg/vrk	annoksen nosto 1–2 vk:n kuluttua	120 mg
Karbamatsepiini (pitkävaik. valmiste)*	100 mg x 2	100 mg:n portain 3–7 pv:n välein	pitoisuuden mukaan
Okskarbatsepiini*	150 mg x 2	150 mg portain 3–7 pv:n välein	pitoisuuden mukaan
Gabapentiini	300 mg ill.	300–900 mg:n portain 1–2 vk:n välein, lääke annostellaan 3:sti vrk:ssa	3 600 mg
Pregabaliini	75 mg x 2	150–300 mg portain 3–7 pv:n välein, lääke annostellaan 2–3 x /vrk	600 mg
Lamotrigiini [#]	25 mg x 1	25–50 mg:n portain 1–2 vk:n välein, lääke annostellaan 2:sti vrk:ssa	400 mg ¹
Tramadoli	50 mg x 1	50 mg:n portain 1–3 pv:n välein, lääke annostellaan 3:sti vrk:ssa, pitkävaik. valmiste 2:sti vrk:ssa	400 mg
Lidokaiini iholle	voide 3x/vrk		
Kapsaisiini ^o	laastari	hoito 3 kk välein	
Oksikodoni	10 mg x 2	10 mg:n portain 1–3 pv:n välein, lääke annostellaan 2:sti vrk:ssa	120 mg ¹

1. Ilmoitettu neuropaattisen kivun tutkimuksissa käytetty korkein annos

2. Yksilöiden välillä suuria eroja lääkepitoisuuksissa metabolian ja interaktioiden vuoksi

* Trigemineuralgian hoitoon

Sentraaliseen neuropaattiseen kipuun

(aivohalvauksen jälkeinen kipu, osittaisen selkäydinvamman jälkeinen kipu)

o Vain perifeeriseen neuropaattiseen kipuun

6.2.3 Idiopaattinen kipu

Idiopaattinen kipu vastaa yleensä huonosti lääkehoitoon, ja siksi lääkkeettömien hoitomuotojen merkitys korostuu. Osa neuropaattiseen kipuun tarkoitetuista lääkkeistä rauhoittaa hyperalgesiiviseen epätasapainoon ajautunutta kivunsäätelyjärjestelmää.

Idiopaattisen kivun hoidossa voidaan käyttää seuraavia lääkkeitä:

- trisykliset antidepressantit (amitriptyliini, nortriptyliini)
- SNRI-ryhmän masennuskipulääkkeet (duloksetiini, milnasipraani, venlafaksiini)
- gabapentinoidit (pregabaliini, gabapentiini).
- parasetamoli (käyttö on yleistä, mutta sen hyödyllisyydestä ei ole tieteellistä näyttöä)

Lääkkeiden annokset ovat pääsääntöisesti samat kuin neuropaattisen kivun hoidossa. Monet fibromyalgiapotilaat ovat herkkiä lääkkeiden haittavaikutuksille, mikä usein rajoittaa lääkkeiden annostelua.

6.2.4 Sekamuotoinen kipu

Sekamuotoinen kipu tarkoittaa usean eri kiputyypin yhdistelmää. Yleisin on nosiseptisen ja neuropaattisen kivun yhdistelmä. Periaatteena on, että kukin kiputyypin hoidetaan sen lääkehoidon periaatteiden mukaisesti.

7.

Kivun hoidon porrastus

Pitkäkestoisen kivun kiireettömän hoidon perusteet, Käypä hoito -suositukset ja alueelliset hoitoketjut linjaavat perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tehtävänjakoa kipupotilaan hoidossa. Kipupotilaiden ensisijainen hoitovastuu on perusterveydenhuollossa, jossa lääkäreillä ja muilla potilaita hoitavilla ammattihenkilöillä tulisi olla riittävät perustiedot kipupotilaan kohtaamisesta, haastattelusta, kliinisestä tutkimisesta, hoidosta ja hoidon seurannasta sekä kuntoutuksesta. Perusterveydenhuollosta käsin voidaan tarvittaessa konsultoida erikoissairaanhoitoa.

Hyvä lähete erikoissairaanhoitoon ohjaa kipupotilaan oikea-aikaisesti oikeaan hoitopaikkaan. Potilasta olisi hyvä valmentaa jo lähetettä laatiessa siihen, että konsultaation jälkeen hoito jatkuu perusterveydenhuollossa tai lähettävällä lääkärillä. Lähetteen tulisi sisältää riittävät tiedot hoitoon ottamispäätöksen tekemiseksi ja jatkohoitoon ohjaamiseksi (*Taulukko 6*).

Taulukko 6. Hyvän lähetteen rakenne ja sisältö.

Ongelman määrittely ja lähettämisen syy
Esitiedot
perussairaudet, lääkitykset, allergiat
kipuongelma: alkuperä, kehittyminen, oireet, voimakkuus
keskeiset tutkimustulokset
liitännäisongelmat: uni, mieliala, ahdistuneisuus, päihteet
aikaisemmat hoidot ja kuntoutukset tuloksineen
ammatti, työ, muut oleelliset psykososiaaliset asiat
nykyinen kivun hoito ja sen tulos (kivun määrä)
Kliininen tila
Toimintakyvyn kuvaus
Miksi lähetetään

Erikoissairaanhoidossa moniongelmaisten potilaiden kivun hoitoa toteutetaan eri erikoisalojen yhteistyönä siten, että hoidon koordinaatiovastuu on tietyllä yksiköllä ja muut erikoisalat antavat konsultaatioapua. Esimerkkejä potilaista, jotka voi ohjata kipupoliklinikalle, on *taulukossa* 7. Kipupoliklinikoilla ei yleensä ole mahdollisuuksia potilaiden pitkäaikaisseurantaan eikä edellytyksiä opioidivieroitushoitojen toteuttamiseen.

Taulukko 7. Esimerkkejä potilaista, joita voi ohjata kipupoliklinikalle.

Vaikea neuropaattinen kipu
CRPS
Opioidihoitoarvio työikäisellä
Selkäydinstimulaatiohoidon arvio
Monialaisen tai moniammatillisen hoidon arviota silloin kun perusterveydenhuollon tai työterveyshuollon toimet eivät ole riittäviä
Nuoret aikuiset, joilla työ- tai toimintakykyä heikentävä kipuongelma

Useissa sairaanhoitopiireissä on kuvattu alaselkävivun, neuropaattisen kivun ja monimuotoisen paikallisen kipuoireyhtymän (CRPS) hoitoketjuja. Niissä on sovittu alueellisesti tehtävien jaosta ja kiireettömän hoidon perusteiden soveltamisesta. Niitä noudattamalla on mahdollista tehostaa potilaan kivunhoitoprosessia, karsia päällekkäisyyksiä ja lyhentää diagnostiikan, hoidon ja kuntoutuksen viiveitä.

8.

Kivun hoito erityistilanteissa

8.1 Lapset

Varhaiset hallitsemattomat kipukokemukset johtavat lapsella herkästi pitkäkestoisen kipuongelman kehittymiseen. Siksi lasten viiveetön kivunhoito on erityisen tärkeää. Lääkkeiden farmakokinetiikka riippuu lapsen kehitysvaiheesta, joten lääkkeiden annostelussa on syytä turvautua lääketietokantoihin. Vasta teini-ikässä annostus alkaa vastata aikuisen tasoa.

Pienen lapsen kivun hoito tulee tavallisimmin kysymykseen korvatulehduksen tai päänsäryn hoidossa. Lapsen kivun hoidossa turvallisten lääkkeiden annokset on tiivistetty *Taulukkoon 6*.

Taulukko 8. Lapsen kivun hoito

Kipulääke	Kerta-annos mg/kg	Suurin sallittu annos mg/kg/vrk	Valmistemuoto
Parasetamoli	10–15	60	Mikstuura, poretabletti, tabletti, peräpuikko
Ibuprofeeni	10–20	40	Mikstuura, porerakeet, tabletti, peräpuikko
Ketoprofeeni	2,5	5	Tabletti / kapseli, peräpuikko
Naprokseeni	5–7	10–15	Annosrakeet, mikstuura, tabletti, peräpuikko

8.2 Raskaus ja imetys

Raskauden eri vaiheissa lääkkeiden farmakokinetiikka ja -dynamiikka muuttuvat huomattavasti. Lisäksi lääkkeiden turvallisuutta on pohdittava sikiön ja vastasyntyneen kannalta. Useimmat pienimolekyyliset lääkkeet läpäisevät istukan tehokkaasti, ja niiden pitoisuudet voivat nousta sikiön terveyttä vaarantaviksi.

Parasetamoli on ensisijainen lääke kivun hoitoon raskauden aikana. Sen käyttö on turvallista raskauden ja imetyksen kaikissa vaiheissa.

Tulehduskipulääkkeiden runsas käyttö voi heikentää hedelmällisyyttä ja lisätä keskenmenovaaraa alkuraskaudessa. Loppuraskaudessa tulehduskipulääkkeitä tulee välttää, koska ne voivat aiheuttaa sikiön sydämen oikovirtauskanavan enneaikaisen sulkeutumisen.

Duodecimin tietokannat (Gravbase ja Lactbase) sisältävät ajantasaiset ohjeet lääkkeiden käytöstä raskauden ja imetyksen aikana.

8.3 Iäkkäät

Iäkkäiden potilaiden kohdalla on ensisijaista selvittää, onko kipu uusi vai krooninen sekä varmistaa, ettei kipujen taustalla ole jokin vakava hoitoa vaativa syy, kuten syyn mukaisesti hoidettava inflammaatio, infektiio, murtuma tai maligniteetti. Ikääntymisen myötä maha-suolikanavan limakalvoa suojaavien mekanismien teho laskee ja suoliston motiliteetti hidastuu, minkä takia iäkkäät ovat erityisen alttiita tulehduskipulääkkeiden suolistohaitoille ja opioidien indusoimalle ummetukselle.

Parasetamoli on turvallisuutensa vuoksi ensisijainen lääke myös vanhusten kivun hoidossa. On muistettava, että maksavaurion riski kasvaa dehydraatiossa, aliravitsemuksessa sekä maksa-, munuais- tai sydänsairailla. Myös tramadolia tai kodeiiniyhdistelmävalmisteita voi kokeilla pienellä annoksella, jos siedettävyysoongelmaa ei ole. Pieninä annoksina käytettyinä opioidit ovat joskus käyttökelpoisia vanhusten kroonisen, vaikean kivun

hoidossa. Haittavaikutuksia tulee kuitenkin seurata tarkasti, sillä opioidien käyttöön voi liittyä sekavuutta, huimausta ja ummetusta ja ne saattavat lisätä murtumariskiä. Tarvittaessa hoito kannattaa aloittaa valvotuissa olosuhteissa esimerkiksi terveyskeskuksen vuodeosastolla.

Tulehduskipulääkkeiden käyttöön liittyy mahasuolikanavan vuotoriskin lisäksi lisääntynyt munuais- ja kardiovaskulaarisairauksien vaara. Se on samaa suuruusluokkaa kuin mahahaitan vaara tulehduskipulääkkeillä (noin 3/1 000 käyttäjävuotta). Haittavaikutusten vuoksi tulehduskipulääkkeiden pitkäkestoista käyttöä tulisi välttää yli 65-vuotiailla. Lyhytaikaisessa käytössä naprokseeni saattaa kardiovaskulaaristen riskien suhteen olla vähiten haitallinen tulehduskipulääke.

Antikolinergiset lääkkeet, kuten trisykliset masennuslääkkeet (amitriptyliini, doksepiini) voivat aiheuttaa vanhuksilla sekavuutta, muistin heikkenemistä, virtsaretenttiota, ummetusta ja glaukooman pahenemista. Myös kodeiinilla on antikolinergisiä vaikutuksia. Antikolinergisten lääkkeiden käyttöä vanhuksilla tulee välttää.

Neuropaattisen kivun hoidossa voidaan käyttää harkiten gabapentinoideja tai SNRI-lääkkeitä. Hoito tulee aloittaa pienellä annoksella hoitovaikutusta ja haittoja seuraten. Myös näiden lääkkeiden käytöstä tulee huomioida vanhusen herkkyys lääkevaikutuksille.

8.4 Päihdeongelmaiset

Potilaan päihdeongelma tulee huomioida kipulääkityksen suunnittelussa ja toteutuksessa. Parasetamolia tulee käyttää varoen silloin, jos potilaalla on maksan toiminnan häiriö. Myös tulehduskipulääkkeitä tulee käyttää varoen.

Riippuvuutta aiheuttavien kipulääkkeiden, kuten opioidien käyttö on päihdeongelmissa vasta-aiheista, koska riippuvuus kehittyy hyvin todennäköisesti. Myös tramadoli ja kodeiini ovat väärinkäytettyjä lääkkeitä. Päihde-

ongelmaisen kipua hoidettaessa opioidien ja pregabaliinin käyttö vaatii tarkkaa seurantaa. Opiioideja käytettäessä suositellaan apteekkisopimuksen tekemistä.

8.5 Munuaisten vajaatoiminta

Munuaisten vajaatoimintapotilailla ei pidä käyttää tulehduskipulääkkeitä. Ne voivat aiheuttaa myös akuutin munuaisten vajaatoiminnan, etenkin iäkkäillä potilailla, ACE-estäjän käyttäjillä, sydämen vajaatoiminnassa ja nestehukan aikana.

Munuaisten vajaatoiminnan seurauksena useiden lääkkeiden vaikutus pitkittyy ja voimistuu. Kivun hoidossa on tarpeen pidentää annosvälejä ja pienentää annoksia. Amitriptyliiniä ja nortriptyliiniä voidaan käyttää vajaatoimintapotilailla tavallista pienemmillä annoksilla ja annosta hitaasti nostamalla. Venlafaksiinia ja duloksetiinia voidaan käyttää lievässä ja kohtalaisessa munuaisten vajaatoiminnassa. Vaikeassa vajaatoiminnassa niitä ei suositella. Venlafaksiinin annos puolitetaan kohtalaisessa vajaatoiminnassa.

Neuropaattisen kivun lääkkeet ovat käyttökelpoisia, jos annoksia pienennetään vajaatoiminnan asteen mukaan. Kohtalaisessa ja vaikeassa vajaatoiminnassa annokset ovat 50 – 75 prosenttia normaalista.

Myös opioideja voidaan käyttää munuaisten vajaatoiminnassa varoen ja pidentäen annosväliä 8 – 12 tuntiin. Tramadolia ei suositella vaikeassa munuaisten vajaatoiminnassa. Morfiinin käyttöä munuaisten vajaatoiminnassa ei suositella toksisten metaboliittien kertymisen riskin vuoksi.

8.6 Kipulääkkeiden yhteisvaikutukset

Pitkäaikaisen kivun hoidossa yhdistellään usein eri mekanismein vaikuttavia lääkkeitä. Tavoitteena on saada aikaan tehokas kivun lievitys ja vähentää lääkkeisiin liittyviä haittoja. Lääkeaineyhdistelmien vaikutusta pitkäaikaisen kivun hoidossa on kuitenkin tutkittu vain vähän.

Peruseriaatteena on, että samalla vaikutusmekanismilla vaikuttavia kipulääkkeitä ei käytetä samanaikaisesti. Esimerkiksi kahden tulehduskipulääkkeen samanaikainen käyttö lisää haittavaikutusten todennäköisyyttä, mutta kipua lievittävä teho ei lisäännä. Kahden eri opioidivalmisteen samanaikainen käyttö ei yleensä ole perusteltua. Poikkeuksen tästä muodostaa syöpäkivun hoito, jossa tarvitaan pitkävaikutteisen opioidikipulääkkeen lisäksi myös nopea- ja lyhytvaikutteista opioidia läpilyöntikivun hoitoon.

Kipulääkkeiden haitallisten yhteisvaikutusten riskiä lisää potilaan käyttämien lääkkeiden määrä. Suomalaisessa sairaalassa tehdyssä tutkimuksessa joka viides tramadolia käyttävä potilas käytti samanaikaisesti lääkitystä, jolla oli kyky estää tramadolin muuttuminen elimistössä aktiiviseksi kipua lievittäväksi metaboliitiksi.

Tulehduskipulääkkeiden yhteisvaikutus veren hyytymistä eri mekanismein estävien lääkkeiden kanssa voi altistaa potilaan ruoansulatuskanavan verenvuodolle. Tällaisia lääkkeitä ovat mm. varfariini sekä SSRI-lääkkeet.

Serotonergisten lääkkeiden samanaikainen käyttö voi altistaa potilaan serotoniinisyndroomalle. Sen oireita ovat mm. päänsärky, lihasten nykinä, ahdistuneisuus, levottomuus, kiihtyneisyys, sekavuus, hikoilu ja ripuli. Serotonergisiä kipulääkkeitä ovat mm. tramadoli, trisykliset lääkkeet, duloksetiini ja venlafaksiini.

Tramadolin ja kodeiinin kipua lievittävä vaikutus perustuu niiden muuttumiseen elimistössä CYP2D6:n vaikutuksesta aktiiviseksi metaboliitiksi. Kodeiinin aktiivinen metaboliitti on morfiini. Jos tramadolia tai kodeiinia käytetään samanaikaisesti CYP2D6:n toimintaa estävien lääkeaineiden (esim. fluoksetiini ja paroksetiini) kanssa, metaboliitin muodostuminen estyy ja lääkkeiden kipua lievittävä teho vähenee tai häviää.

Monet opioidit kuten oksikodoni, fentanyyli, buprenorfiini ja metadoni metaboloituvat CYP3A4:n välityksellä. CYP3A4:n metaboliaa kiihdyttävät lääkkeet kuten kar-

bamatsepiini tai rifampisiini voivat vähentää näiden pitoisuuksia ja siten heikentää niiden kipua lievittävää tehoa. Toisaalta CYP3A4:n metaboliaa inhiboivat lääkkeet (kuten atsoli-ryhmän sienilääkkeet, klaritromysiini) saattavat lisätä näiden opioidien kipua lievittävää vaikutusta. Samalla kuitenkin opioidien haittavaikutukset voimistuvat.

Epilepsiakivulääkkeistä karbamatsepiini indusoi voimakkaasti maksametaboliaa ja voi vaikuttaa siten useiden lääkkeiden pitoisuuksiin. Karbamatsepiinin käyttö neuropaattisen kivun hoidossa on viime vuosina huomattavasti vähentynyt. Okskarbatsepiinin interaktiopotentiaali on pienempi. Gabapentinoideilla ei tiettävästi ole farmakokineettisiä interaktioita.

9.

Kipupotilaat ja sosiaaliturva

Tässä luvussa käsitellään Kelan lääke- ja matkakorvauksia ja sairauspäivärahaa, lakisääteistä tapaturmavakuutusta, liikennevakuutusta sekä työkyvyttömyyseläkettä ja ammatillista kuntoutusta.

9.1 Kelan etuuksia

Sairausvakuutuslain nojalla maksettavat lääke- ja matkakorvaukset on koottu *taulukkoon 9*.

Taulukko 9. Sairausvakuutuslain nojalla maksettavat lääke- ja matkakorvaukset

Etuus	Hakeminen	Hakuaika
Lääkkeiden peruskorvaus	Saa apteekista esittämällä Kela-kortin.	
Lääkkeiden erityiskorvaus	Lääkärintlausunto B	Ei takautuvaa hakuaikaa. Oikeus alkaa aikaisintaan siitä, kun lääkärintlausunto on toimitettu Kelaan.
Lääkkeiden lisäkorvaus	Suorakorvaus apteekista esittämällä Kela-kortti ja ilmoitus kirjeestä tai hakemus ja lääkekuitit.	6 kuukautta kalenterivuoden loppumisesta
Matkat	Hakemus, selvitys erityiskulkuneuvon tarpeellisuudesta ja kuitit kustannuksista	6 kuukautta

9.1.1 Korvaus lääkkeistä

Kela korvaa osan lääkärin määräämistä, sairauden hoitoon tarkoitetuista lääkkeistä tai kliinisistä ravintovalmisteista. Korvaamisen edellytyksenä on, että lääkkeiden hintalautakunta on vahvistanut lääkkeelle korvattavuus-

den ja kohtuullisen tukkuhinnan. Lääkkeitä korvataan kolmella eri tavalla.

Peruskorvaus. Omavastuu on 35 prosenttia lääkkeen hinnasta (1.2.2013 alkaen).

Erytyiskorvaus. Erytyiskorvaus maksetaan vaikeiden ja pitkäaikaisten sairauksien hoitoon käytettävistä lääkkeistä ja kliinisistä ravintovalmisteista. Alempi erityiskorvaus on 65 prosenttia (1.2.2013 alkaen) lääkkeen hinnasta ja ylempi erityiskorvaus on 100 prosenttia. Ylemmässä korvausluokassa kustakin lääkkeestä peritään kolmen euron omavastuu aina lääkettä ostettaessa. Erytyiskorvausta haetaan lääkärinlausunto B:llä. Kipulääkkeistä erityiskorvauksen piiriin kuuluvat karbamatsepiini trigeminusneuralgian hoitoon ja opioidit syöpäkivun hoitoon.

Lisäkorvaus suurista lääkekustannuksista. Potilaan itse maksamilla lääkekustannuksilla on kalenterivuodessa euromääräinen raja (ks. www.kela.fi). Kun potilas on maksanut Kelan korvaamista lääkkeistä edellä mainitun omavastuun, Kela ilmoittaa lisäkorvausoikeuden täyttymisestä potilaalle. Tällä ilmoituksella potilas saa lisäkorvauksen suoraan apteekista. Lisäkorvausta voi hakea Kelalta kuuden kuukauden kuluessa kalenterivuoden päättymisestä. Lisäkorvauksen hakemista varten kannattaa säilyttää lääkekuitit.

9.1.2 Korvaus matkoista

Sairausvakuutus korvaa osan potilaan matkoista sairaanhoitolaitokseen ja kuntoutuspalveluja antavaan yksikköön tai ammattihenkilön tekemät matkat potilaan luokse. Matkat korvataan yleensä lähimpään hoitopaikkaan halvinta matkustustapaa käyttäen. Erytyiskulkuneuvolla tai omalla autolla tehty matka korvataan vain, jos erityiskulkuneuvon käyttö sairauden tai liikenneolosuhteiden takia on tarpeen. Jos matka korvataan erityiskulkuneuvon perusteella, korvaushakemuksen liitteenä pitää olla sairaanhoitolaitoksen antama todistus.

Sairaanhoidon ja kuntoutuksen matkakustannukset korvataan siltä osin, kun ne yhteen suuntaan tehtyä matkaa kohti ylittävät omavastuun (summat ks. www.kela.fi). Lisäksi on kalenterivuotta koskeva omavastuu. Kun se on täynnä, Kela korvaa loppuvuoden aikana matkat

kokonaan. Kun vuotuinen omavastuu on täynnä, Kela lähettää asiakkaalle vuosiomavastuukortin, jota voidaan käyttää ”matkakaton” täyttymisen todistamiseen.

9.1.3 Sairauspäiväraha ja osasairauspäiväraha

Sairauspäivärahaa maksetaan 16 - 67-vuotiaalle, joka on kykenemätön tekemään tavallista työtään tai siihen läheisesti verrattavaa työtä. Sairauspäivärahan omavastuu-aika on sairastumispäivä ja yhdeksän sitä seuraavaa arkipäivää. Jos sama sairaus uusii 30 päivän kuluessa, omavastuu-aika on yksi arkipäivä. Yrittäjän omavastuu on sairastumispäivä ja kolme sitä seuraavaa arkipäivää. 1.6.2012 voimaan tulleen lakiuudistuksen mukaan sairauspäiväraha maksetaan 90 sairauspäivän jälkeen vain jos Kelalle on toimitettu työterveyslääkärin lausunto yksilöllisestä työhön paluun suunnitelmasta.

Sairauspäivärahaa maksetaan enintään sen kuukauden loppuun, jota seuraavan kuukauden aikana sitä tulee maksetuksi 300 päivältä. Enimmäisajan täyttymisen jälkeen sairauspäivärahaa voidaan maksaa uudelleen sen jälkeen, kun hakija on ollut vuoden työkykyinen tai kyseessä on uusi sairaus.

Osasairauspäivärahan tavoitteena on helpottaa työhön paluuta pitkän sairasloman jälkeen. Sitä voidaan maksaa henkilölle, joka on ollut yhtäjaksoisesti työstä pois sairastumispäivän ja yhdeksän seuraavaa arkipäivää. Osasairauspäivärahaa maksetaan välittömänä jatkona sairauspäivärahalle vähintään 12 ja enintään 72 arkipäivältä. Työajan ja ansioiden pitää vähentyä 40 – 60 prosenttia. Osasairauspäivärahan hakemuksen liitteenä pitää olla lääkärinlausunto B hakijan työkyvyttömyydestä ja selvitys siitä, että osa-aikatyö ei vaaranna terveyttä eikä toipumista. Lisäksi tarvitaan sopimus osa-aikatyöstä.

9.2 Lakisääteinen tapaturmavakuutus

Tapaturmavakuutuksen nojalla maksetaan työtapaturman ja ammattitaudin aiheuttamat sairaanhoidon kustannukset: lääkärinhoito, lääkkeet, proteesit ja muut vastaavat apuvälineet sekä välttämättömät matkakustan-

nukset. Lisäksi maksetaan korvausta ansionmenetyksestä ja haittarahaa pysyvästä haitasta. Kodinhoidon lisäkustannuksia voidaan korvata enintään vuoden ajalta tapaturman sattumisesta. Haittalisää maksetaan toisen henkilön apua tarvitsevalle. Kuntoutuksena kustannetaan ammatillista ja lääkinnällistä kuntoutusta.

9.3 Liikennevamma

Liikennevakuutuslain nojalla korvataan liikennevahingon aiheuttamat hoitokulut ja ansionmenetys. Laki noudattaa ns. täyden korvauksen periaatetta, eli korvaukset suoritetaan täysimääräisesti todellisten menetysten mukaisina. Korvauksena maksetaan sairaanhoitokulut, työansion menetys, kipu ja särky sekä kosmeettinen ja pysyvä haitta. Lisäksi voidaan maksaa vaatelisää, hoitotukea, apuvälineitä sekä lääkinnällistä ja ammatillista kuntoutusta.

9.4 Työkyvyttömyyseläkkeet

Pitkäaikaista työkyvyttömyyden aiheuttamaa ansiotulojen menetystä korvataan työkyvyttömyyseläkkeillä. Jos työkyvyttömyyden arvioidaan jatkuvan toistaiseksi, eläke myönnetään työkyvyttömyyseläkkeenä. Jos työkyvyttömyys on määräaikainen, myönnetään kuntoutustuki. Sen myöntämisen edellytyksenä on hoito- ja kuntoutussuunnitelma, jonka hoitava lääkäri on tehnyt hakijan ja mahdollisesti moniammatillisen tiimin kanssa.

9.4.1. Ansioeläke

Ansioeläkejärjestelmä turvaa ansiotasoon suhteutetun tulotason. *Taulukoon 10* on koottu ansioeläkkeenä maksettavat työkyvyttömyysetuudet.

Täysi työkyvyttömyyseläke ja kuntoutustuki alkavat pääsääntöisesti sairausvakuutuslain nojalla vahvistetun sairauspäivärahan ensisijaisuusajan jälkeen. Terveystieteen lisäksi arvioinnissa otetaan huomioon hakijan kyky hankkia ansiotuloja sellaisella saatavissa olevalla työllä, johon hänen kohtuudella odotetaan kykenevän, kun otetaan huomioon hänen koulutuksensa, aikaisempi

Taulukko 10. Ansieläkkeenä maksettavat työkyvyttömyysetuudet

Eläkelaji	Ikä	Työkyvyttömyyden määritelmä	Eläkkeen alkamisaika
Työkyvyttömyyseläke	18–62 v	Työkyky on alentunut 3/5 yhtäjaksoisesti vähintään vuoden sairauden, vian tai vamman vuoksi. Työkyvyttömyyden arvioidaan jatkuvan toistaiseksi.	Sairauspäiväraha päätöksessä vahvistetun ensisijaisuusajan jälkeen. Jos päivärahaa ei ole haettu, työkyvyttömyyden alkamista seuraavan kuukauden alusta.
Kuntoutustuki	18–62 v	Em. määritelmä, työkyky on heikentynyt määräajaisesti, tehtävä hoito ja kuntoutussuunnitelma.	Kuten yllä.
Osatyökyvyttömyyseläke	alle 63 v	Työkyky on alentunut 2/5 yhtäjaksoisesti vähintään vuoden sairauden, vian tai vamman vuoksi toistaiseksi.	Työkyvyttömyyttä seuraavan kuukauden alusta. Voidaan hakea ennakkopäätöstä.
Osa-kuntoutustuki	alle 63 v	Kuten yllä, työkyky on alentunut määräajaisesti, tehtävä hoito ja kuntoutussuunnitelma.	Sama kuin yllä.

toimintansa, asumisolosuhteensa ja muut näihin verrattavat seikat. Työkyvyttömyyden ammatillista luonnetta painotetaan 60 vuotta täyttäneillä.

9.4.2 Kansaneläke

Kansaneläke, jonka tarkoitus on turvata vähimmäistoi-mentulo, voidaan myöntää 16 vuotta täyttäneelle työkyvyttömälle joko kuntoutustukena tai työkyvyttömyyseläkkeenä. Kansaneläkettä ei myönnetä osatyökyvyttö-

myyseläkkeenä. Kansaneläkettä maksetaan vain henkilöille, joiden työeläke on pieni tai sitä ei ole ollenkaan. Työkyvyttömyyseläke ja kuntoutustuki alkavat yleensä sairauspäivärahan enimmäisajan päättymisen jälkeen. Työkyvyttömyyseläkkeen tai kuntoutustuen saaminen edellyttää sairautta, vikaa tai vammaa, jonka estää kohtuullisen toimeentulon turvaavan työnteon. Työkyvyttömyyden ammatillista luonnetta voidaan painottaa, jos 60 vuotta täyttäneen henkilön ansiotyöura on pitkä ja työn aiheuttama rasittuneisuus ja kuluneisuus tekevät työn jatkamisen kohtuuttomaksi.

9.5 Työeläkekuntoutus

Työeläkelaitokset kustantavat ammatillista kuntoutusta työelämässä oleville työntekijöille ja yrittäjille. Taulukossa 11 on kuvattu työeläkekuntoutuksen edellytykset. Hakemuksen liitteeksi tarvitaan lääkärinlausunto B. Hakija tai työeläkelaitos pyytää työnantajalta kuvauksen henkilön työtehtävistä, työstä ja selvityksen mahdollisista työjärjestelyistä. Hakemukseen voi liittää kuntoutussuunnitelman, jos se on valmiina. Eläkelaitos antaa päätöksen oikeudesta ammatilliseen kuntoutukseen. Jos kuntoutussuunnitelman laatiminen on kesken, kuntoutujan on yhdeksän kuukauden kuluessa päätöksen antamisesta esitettävä eläkelaitokselle kuntoutussuunnitelma. Ammatillista koulutusta uuteen työhön tai ammattiin voidaan tukea, jos työpaikan järjestelyt eivät riitä.

Työeläkekuntoutuksen muotoja ovat työkokeilu, työhön valmennus, koulutus ja elinkeinotuki. Työkokeilu on muutaman kuukauden mittainen jakso, jossa kokeillaan, miten kuntoutuja selviytyy työssä. Työkokeilua voidaan käyttää myös helpottamaan työhön paluuta pitkän sairasloman jälkeen. Sitä voidaan käyttää myös uudelleensijoittumisen tukena tai koulutuksen suunnittelussa. Työhön valmennuksessa laaditaan ohjelma, jonka tavoitteena on oppia työ käytännössä. Työhön valmennus voi kestää monta kuukautta ja siihen voi kuulua myös tietopuolista opiskelua. Eläkelaitos voi kustantaa lyhyttä täydennyskoulutusta, mutta yleensä ei kustanneta koulutustason nostamista. Elinkeinotukena yritystoiminnan

aloittamiseen voidaan antaa pientä avustusta tai halpaa korkoista lainaa. Työeläkelaitos maksaa kuntoutuksen kustannukset ja kuntoutusrahaa, jonka määrä on täysi työkyvyttömyyseläke, jota korotetaan 33 prosentilla.

Taulukko 11. Työeläkekuntoutuksen myöntämisperusteet

Sairaus, vika tai vamma, joka todennäköisesti aiheuttaa uhan tulla lähivuosina ilman ammatillisen kuntoutuksen toimenpiteitä niin työkyvyttömäksi, että noin viiden vuoden kuluessa myönnettäisiin täysi tai osatyökyvyttömyyseläke. Työkyvyttömyyden todennäköisyys arvioidaan asteikolla erittäin todennäköinen, todennäköinen, epätodennäköinen ja erittäin epätodennäköinen.

Työkyvyttömyyden uhkaa voidaan siirtää tai estää tarkoituksen mukaisen ammatillisen kuntoutuksen avulla. Ammatillinen kuntoutus on kannattavaa, jos työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymistä voidaan myöhentää niin paljon, että kuntoutusohjelma on maksanut itsensä takaisin.

Hakijalla on yhteys työelämään: hän on ollut työelämässä eikä hänen yhteytensä sinne ole katkennut ja hän on ansainnut työeläketurvaa kohtuullisen pitkään. Yhteyden työelämään katsotaan katkenneen, jos henkilö on ollut työtön monta vuotta.

Henkilöllä on työkyvyttömyyseläkkeessä tulevan ajan oikeus tai jos hän on työkyvyttömyyseläkkeellä, eläke on täysitehoinen. Tulevan ajan oikeus on pääsääntöisesti voimassa, jos työsuhde on voimassa tai sen päättymisestä on kulunut alle vuosi. Em. aikaa pidentää mm. sairaus- ja työttömyyspäiväraha.

Hakijalla ei ole oikeutta kuntoutukseen tapaturma- tai liikennevakuutuslain nojalla tai kuntoutustoimenpiteet on aloitettu muualla.

Kirjallisuutta

Facultas Toimintakyvyn arviointi:
<http://www.terveysportti.fi/dtk/tyt/koti>
 Alaselkä- ja niskasairaudet
 Krooninen kipu
 Suuret nivelet

Haanpää ML, Gourlay GK, Kent JL, Miaskowski C, Raja SN, Schmader KE, Wells CD. Treatment considerations for patients with neuropathic pain and other medical comorbidities. *Mayo Clin Proc* 2010;85(3 Suppl):S15-25.

Kalso E, Haanpää M, Vainio A. Kipu. *Duodecim* 2009.

Kalso E, Pakkari P, Forsell M. toim. Opioidit pitkäkestoisessa kivussa. 2. uudistettu painos. Lääkelaitos.

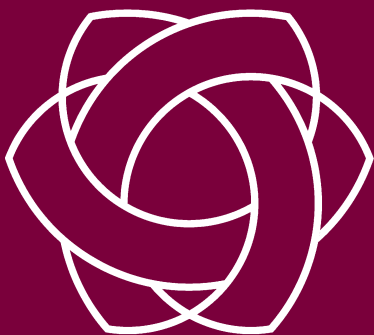
Käypä hoito suositus: Tulehduskipulääkkeet. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Gastroenterologiyhdistys ry:n ja Suomen Reumatologisen yhdistyksen asettama työryhmä, *Duodecim*, 2009. (www.terveysportti.fi)

Neuropaattisen kivun hoito-opas: http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=neuropaattinen%20kipu

Sfinx Lääkeinteraktiot: http://www.terveysportti.fi/terveysportti/ia_yhteisvaikutus.koti

Verkkokurssit: <http://www.duodecim.fi/web/kotisivut/verkko-ja-mobiili/-/naytasivu/83079/96079/Verkkokurssit.html>

Kelan sivut: www.kela.fi



Pfizer on tukenut Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry:tä
Kroonisen kivun hoito-oppaan
julkaisemisessa