

KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU

SELÄTIN SEN YKSI-NOLLA

Kivunhallintamenetelmä osaksi Kelan kuntoutustoimintaa

Riitta Tauriainen

Sosiaalialan koulutusohjelma
Kansalais- ja aluelähtöinen sosiaalialan käytäntöjen kehittäminen
Sosionomi (Ylempi AMK)

KEMI 2011

Tekijä: Riitta Tauriainen

Opinnäytetyön nimi: Selätin sen yksi-nolla Kivunhallintamenetelmä osaksi Kelan kuntoutustoimintaa

Sivuja +liitteitä: 108+10

Opinnäytetyön kuvaus: Kehittämishankkeeni on tarkoitettu kehittämisehdotukseksi Kelan kuntoutustoimintaan. Tavoitteena on, että Kelaan jalkautetaan uusi varhaiskuntoutusmalli, jolla voidaan saada pitkäaikaisesta kivusta kärsivän ihmisen toimintakykyä tuettua, niin että paluu työelämään mahdollistuu tai henkilö tarvittaessa pääsee nopeammin tarvittaviin hoitoihin tai laajempialaiseen kuntoutukseen. Kehittämishankkeessani haetaan perusteluja tällaisen toiminnan tarpeellisuudelle asiantuntija-artikkeleista.

Teoreettinen ja käsitteellinen esittely: Olen pyytänyt yksilöidysti eri alojen ammattilaisilta artikkeleita liittyen edellä mainittuihin teemoihin lisäksi olen teemahaastattellut yhtä asiantuntijaa. Artikkelit käsittelevät pitkäaikaista kipua ja sen hoitoa Gunilla Brattbergin luomaa Kipumestari vertaistukitoimintaa. Lisäksi artikkeleissa arvioidaan kuntoutuksen oikea-aikaisuutta, julkista terveydenhuoltoa ja työterveyshuoltoa, hoidon toteutumista ja vaikutusta kipupotilaan selviytymisprosessiin.

Metodologinen esittely: Kehittämishankkeeni on välillisesti osallistava laadullinen tutkimus. Laadullisen tutkimuksen keinoilla voin tarkastella laaja-alaisesti kivunhallintaprosessia ja sen vaikutuksia. Tutkimusotteeni on ollut autoetnografinen pohjautuen omaan pitkäaikaiseen kokemukseen kivusta. Olen analysoinut autoetnografisen ja professionaalisen aineiston meta-analyttisellä sisällönanalyysillä.

Keskeiset tutkimustulokset: Viranomaisten yhteistyötä tulee lisätä toimittaessa kipupotilaiden kanssa. Hoito- ja kuntoutusketju olisi yhdistettävä. Varhaiskuntoutustoimintaa tulee kehittää kuntoutuksen oikea-aikaisuuden ja vaikuttavuuden lisäämiseksi.

Johtopäätökset: Kehittämisehdotus on tarpeellista toteuttaa Kelassa.

Asiasanat: Kipupotilas, kivunhallinta, Kipumestarin työkalut, vertaistuki, kuntoutus, kuntoutuksen oikea-aikaisuus

Author: Riitta Tauriainen

Title: I won it one-zero. Pain management rehabilitation to part of Social Insurance Institution`s rehabilitation system

Pages +lappendixes: 108+10

Thesis description: The aim of this research is to give evidence to the Social Insurance Institution that the method of pain management rehabilitation is useful. I hope that the result is that this method will be introduced as part of the early rehabilitation of the Social Insurance Institution. By this method a patient who suffers from chronic pain can get her/his ability to function back, hopefully the patient can go back to work or get more intensive treatment or rehabilitation. I search the arguments from professional articles.

Theoretical summary: I requested the professionals from different sciences to write an article. I gave them different questions regarding the same themes of pain patients. I have made one theme-interview also including same themes. The articles handle chronic pain and how to treat it. Gunilla Brattberg processed Pain Master peer support. The articles handle also early rehabilitation, the public health care system, employees health care, actualization of treatment and impact on the pain patient`s survival process.

Methodological summary: This is an indirectly participating qualitative research. By the tools of qualitative research I can view widely the pain management process and its effects. The research material is also autoethnographic because of my own experience of pain. I have analyzed the autoethnographic and professional material by meta-analytic content analysis.

Main results: Cooperation between authorities has to increase when dealing with pain patients. The treatment and rehabilitation chain should be integrated. Early rehabilitation has to be developed for correct timing and increasing its impact.

Conclusion: It is necessary to actualize the pain patient`s early rehabilitation in Social Insurance Institution.

Key words: Pain patient, how pain management with pain, Pain Master`s tools, peer support, rehabilitation, timing.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1. JOHDANTO	8
2. KIVUN MÄÄRITELMÄÄ	11
2.1 Kivun historiaa	11
2.2 Akuuttikipu	16
2.3 Pitkittynyt kipu	19
2.4 Pitkäaikaisen kivun vaikutuksia kipupotilaan elämään	28
3. KIPUMESTARIN TYÖKALUT - VÄRKSTADEN®	34
3.1 Minäkin voin muuttua	34
3.2 Toiminta	37
3.3 Minä estradille	38
3.4 Toimin osallisena ryhmässä	39
4. KUNTOOUTUS	43
4.1 Kuntoutus osana yhteiskuntajärjestelmää	43
4.2 Kelan harkinnanvarainen kuntoutus	47
5. ASiantuntija-artikkelit	51
5.1 Selätin sen yksi-nolla	51
5.2 Kivunhallinnan vertaisryhmään osallistumisen vaikutus pitkäaikaisesta kivusta kärsivän elämänlaatuun	57
5.3 Kipupotilas ja sosiaalityö – Potilas järjestelmän imussa	64
5.4 Näkökulma	73
5.5 Leenan (67v.) kertomus	83
5.6 Teemahaastattelun yhteenveto	87
6. META-ANALYYTTINEN ARVIO ASiantuntijoiden artikkeleista ja toimenpidesuosituksista toiminnan mahdollisuuksista osana Kelan KuntoTustoimintaa	89
6.1 Arvio kipupotilaan hoito- ja kuntoutusketjusta	89
6.2 Konkreettisia toimenpidesuosituksia	96

6.3 Kehittämisehdotus sairauspäivärahasprosessiin	100
6.4 Kustannusarvio	102
7. KOKONAISUUDEN ARVIOINTIA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	103
LÄHTEET.....	107
LIITTEET	
Liite 1. Kirje artikkelin kirjoittajille	111
Liite 2. Tutkimussuunnitelma 1.....	112
Liite 3. Alustava sisällysluettelo	113
Liite 4. Artikkelin esittämistekniset ohjeet.....	114
Liite 5. Tutkimussuunnitelma 2.....	117
Liite 6. Teemahaastattelun kysymykset	119
Liite 7. Sairauspäivärahanprosessikaavio	120
Liite 8. Uudistettu prosessikaavio.....	121
Liite 9. Hankesopimus	122

KUVIOT

Kuvio 1. Yleisimmät käytetyt ei-lääkehoidot 16 Euroopan maassa.....	14
Kuvio 2. Kokonais kivun muodostuminen	15
Kuvio 3. Mitä tapahtuu akuutissa kivussa?	18
Kuvio 4. Kivun kesto vuosissa, vertailussa 15 Euroopan valtiota	20
Kuvio 5. Syitä lääkärin vaihtumiseen.....	21
Kuvio 6. Kroonisen kivun esiintyvyys aikuisten keskuudessa (>18 vuotta)	23
Kuvio 7. Kroonisesta kivusta kärsivän sukupuoli	24
Kuvio 8. Sosioekonomisten lähtökohtien vaikutus elinikään ja terveyteen	25
Kuvio 9. Kuinka kipu kroonistuu?	27
Kuvio 10. Kroonisen kivun vaikutus päivittäisiin askareisiin	29
Kuvio 11. Pitkäaikaisesta kivusta kärsivän työtilanne 16 eri Euroopan maassa.....	30
Kuvio 12. Keskimääräinen töistä poissaolopäivien lukumäärä	31
Kuvio 13. Pitkäaikaisen kivun vaikutus työhön.....	32
Kuvio 14. Kroonisen kivun aiheuttamat muutokset työtilanteessa ja masennuksena diagnosoinnit	33
Kuvio 15. VÄRKSTADEN ®	35
Kuvio 16. Muutosprosessi	37
Kuvio 17. Kompetenssiympyrä	39
Kuvio 18. Kuntoutusetuuksia saaneet vuosina 1990-2009.....	48
Kuvio 19. Kuntoutujien työtilanne ennen kuntoutusta Suomessa vuonna 2009	49
Kuvio 20. Meta-analyttisen aineiston muodostuminen.....	90

TAULUKOT

Taulukko 1. Kivun määritelmän historiataulukko	12
Taulukko 2. Vertaisryhmä ja ammatillinen työskentely	41
Taulukko 4. Kuntoutusalan lainsäädäntö	44
Taulukko 5. Kuntoutuspalvelujen tuottajia	45
Taulukko 3. Kokoomataulukko teemahaastattelusta	88
Taulukko 6. Kokoomataulukko Kipupotilas, Kivunhallinta ja Vertaistuki.....	91
Taulukko 7. Kokoomataulukko Kuntoutus, Varhaiskuntoutus ja Hoito- ja kuntoutusketju	93

Taulukko 8. Kokoomataulukko Terveysturva, Kela, Eläke- ja vakuutusyhtiöt ..	95
Taulukko 9. Kokoomataulukko kehittämissuhteista	97
Taulukko 10. Kustannusarvio	102

1. JOHDANTO

Sosiaalialan ylemmän ammattikorkeakoulun tutkinnon yhtenä tutkintovaatimuksena on työelämälähtöisen kehittämishankkeen toteuttaminen. Opinnäytetyönä toteutettava kehittämishanke on tarkoitettu kehittämisohjaukseksi Kelan kuntoutustoimintaan. Tavoitteena on, että Kelaan jalkautetaan uusi varhaiskuntoutusmalli, jolla voidaan saada pitkäaikaisesta kivusta kärsivän ihmisen toimintakykyä tuettua, niin että paluu työelämään mahdollistuu tai henkilö tarvittaessa pääsee nopeammin tarvittaviin hoitoihin tai laajempialaiseen kuntoutukseen. Kehittämishankkeessani haetaan perusteluja tällaisen toiminnan tarpeellisuudelle. Kivunhallintaryhmiin valitaan pitkäaikaisesta kivusta kärsiviä ihmisiä, jotka saavat Kelan sairauspäivärahaa. Menetelmän avulla pyritään parantamaan potilaan elämänlaatua. Heidän taustansa voivat muilta osin olla hyvin heterogeeniset, ainoa yhdistävä tekijä tutkimuksen kannalta on pitkittynyt kipu.

Kehittämishankkeeni näen olevan välillisesti osallistavan laadullisen tutkimuksen. Laadullinen tutkimus mahdollistaa kivunhallintaprosessin laaja-alaisen tarkastelun ja tutkimisen. Ihmisen elämänlaadun tutkiminen pelkästään teknisin keinoin voi jäädä hyvin kylmäksi, sillä tavoin aivan sisimpään ytimeen ei voida päästä. Perehdyttyäni kvalitatiiviseen tutkimusmenetelmään näen sen myös antavan mahdollisuuden tutkijan luovuudelle aineiston käsittelyssä. Näin ollen voin raportista saada elävämmän ja toivottavasti sen myötä myös mielenkiintoisemman ja laajempaa käyttäjäjoukkoa kiinnostavan. Laadullista tutkimusta on kuvattu synonyymeillä kvalitatiivinen ja pehmeä. Sanojen tausta ja alkuperäinen merkitys poikkeavat jonkin verran toisistaan. Pehmeät menetelmät voidaan nähdä vähemmän tieteellisenä kuin tilastolliset menetelmät. On myös mahdollista, että asetelma on toisinkin päin eli laadullinen tutkimus nähdään laadukkaampana kuin määrällinen eli kvantitatiivinen tutkimus. (Eskola, Suoranta 2000, 13.) Autoetnografinen tutkimusotteeni pohjautuu omakohtaiseen pitkäaikaiseen kokemukseen kivusta.

Hankkeen pohjalta pyritään kokeiluluontoisesti käynnistämään ainakin kahdella paikkakunnalla Lapissa vuoden 2011 aikana kaksi kivunhallintaryhmää, joihin osallistujat valitaan sairauspäivärahakaudella. Käytännössä sairauspäivärahapäätöksen yhteydessä laitetaan asiakkaalle suositus ryhmään osallistumisesta. Ryhmät toteutetaan joko yhteistyössä Lapin sairaanhoitopiirin kanssa tai Lapin kipupotilasyhdistyksen kanssa. Ryhmien vetäjinä toimivat menetelmän tuntevat terveys- tai sosiaalialan ammattilaiset.

Kehittämishankkeeni kirjallinen toteutus on tehty artikkelijulkaisuna. Artikkelit käsittelevät pitkäaikaista kipua ja sen hoitoa Gunilla Brattbergin luomalla Kipumestari vertaistukitoiminnalla. Lisäksi artikkeleissa arvioidaan kuntoutuksen oikea-aikaisuutta, sairauden hoitoa julkisessa terveydenhuollossa tai työterveyshuollossa, sen toteutumista ja vaikutusta kipupotilaan selviytymisprosessiin. Olen pyytänyt yksilöidysti eri alojen ammattilaisilta artikkeleita liittyen edellä mainittuihin teemoihin. Lisäksi tein teemahaastattelun yhdelle asiantuntijalle, joka ei tässä vaiheessa pystynyt kirjoittamaan artikkelia. Aineistosta sain professionaalista materiaalia tukemaan autoetnografista näkökulmaa. Voin sosiaalialan opiskelijana hyödyntää kokonaisaineistoa tällaisen hyvinvointipalvelun mallintamisessa kipupotilaalle. Näin luodaan kipupotilaalle mahdollisuus palata työmarkkinakansalaiseksi. Lopputuloksena voin osoittaa kivunhallintaryhmien tarpeellisuuden osana Kelan kuntoutuskäytäntöjä.

Analysoinnissa hyödynsin artikkeleistani saamaa tietoa. Analyysin keinona käytin sisällönanalyttistä meta-analyysiä. Analysointivaiheessa hyödynsin monitahoarvioinnilla artikkeleistani saamaa tietoa sisällönanalyttisen meta-analyysin keinoin. Meta-analyysi on useilla tieteenaloilla käytetty tilastollinen menetelmä. Sen avulla voidaan tehdä johtopäätöksiä yhdistelemällä aikaisempia tutkimustuloksia käsiteltävästä aiheesta. Tavoitteena oli aikaansaada synteesi, joka antaa tutkittavasta asiasta vahvempaa näyttöä kuin yksittäiset tutkimustulokset. Meta-analyysiä on käytetty erityisesti yhteiskuntatieteissä ja lääketieteessä. Tutkimuksen empiirinen aineisto koostuu aikaisemmista tutkimuksista, joita tutkija on kerännyt esimerkiksi asiantuntija-artikkeleiden avulla. Narratiivisen menettelytavan on tutkittu antavan heikommat johtopäätökset kuin meta-analyttisen lähestymistavan. Tutkimuksen teoreettinen viitekehys voidaan myös perustaa meta-analyttiselle kirjallisuuskatsaukselle. Aikaisemman tutkimuksen osuus antaa jännevemmän otteen tutkimukselle kuin tavanomainen narratiivinen kirjallisuuskatsaus. Näin ollen seurauksena on tutkimuksen korkeampi laatu ja luotettavuus. (Yliluoma, Oksanen 2006, 1-2).

Puhuttaessa kuntoutuksen oikea-aikaisesta toteutuksesta, jostain syystä se on vaikeasti saavutettava päämäärä. Kuntoutuksen vaikuttavuuden mittarit osoittavat, että vaikuttavuus jää pääsääntöisesti hyvin pieneksi. Tarvitaan uusia käytäntöjä, joiden käynnistämiseksi tulee uskaltaa tehdä suuria ratkaisuja. Esimerkiksi juuri tämän kehittämishankkeen kaltaisille kokeiluille tulee antaa mahdollisuus, sillä näistä pienistä kokeiluista voi syntyä uusia hyviä käytäntöjä, joilla saadaan kuntoutuksen oikea-aikaisuutta ja vaikuttavuutta parannettua. Jos hankkeen pohjalta käynnistetään kokeiluluontoisesti kivunhallintaryhmiä, niin Kelaan syntyy

sen myötä uudenlaista toimintakulttuuria. Aikaisemmin innovaatiot liitettiin lähinnä teknologiaan, nykyään ne nähdään jo laajemmin ja puhutaan sosiaalisesta innovaatiosta eli innovaatio voi koskea mitä aluetta tahansa. Innovaatiolle on ominaista, että se tuo aina kehittäjälleen uutta lisäarvoa ja sen tavoitteena voi olla konkreettinen uusi tuote-, palvelu-, prosessi-, tai liiketoimintainnovaatio. Nykyään innovaatio ymmärretään laajemmin ja sitä ei nähdä pelkkänä tuotteena vaan palveluna, prosessina tai toimintamallina. Siinä ei olla kiinnostuttu pelkästä lopputuloksesta, vaan myös prosessista, jonka tuloksena lopputulos syntyy. Innovaatioiden syntymisen edellytyksenä on vankka motivaatio ja osaaminen. Ne syntyvät usein työryhmissä, työpaikoilla ja muissa organisaatioissa. Ne vaativat monien yksilöiden erilaista osaamista, jota käytetään yhteisen päämäärän saavuttamiseksi. (Sydänmaanlakka 2009, 115-116). Kelassa innovatiivisuuden salliminen juuri ratkaisijatasolla olisi erityisen tärkeää, koska näen, että juuri siellä on erityisen arvokasta tietoa ja taitoa kun etuusia kehitetään. Nykyään kehittäminen on liian keskushallintotasoista.

Hankkeen raportoinnissa otin käyttöön toimintatutkimukseen sopivan raportoinnin, eli juonellisen tarinan eteenpäin viemisen. Raportissa on alku, keskikohta ja loppu. Lisäksi siinä on henkilöitä, jotka sijoittuvat johonkin tilanteeseen tai estradille. Raportoinnissa pyritään tuomaan esiin osallisten kokemaa. (Heikkinen, Rovio, Syrjälä 2006, 114-120.) Ajatukseni artikkelikokoelman julkaisemisesta sai alun siitä, kun halusin tehdä lopputyöstäni mahdollisimman monia eri alojen ammattilaisia palvelevan julkaisun. Mielestäni tämän kokonaisuuden avulla pystyn osoittamaan kivunhallintaryhmien tarpeellisuuden osana Kelan kuntoutuskäytäntöjä.

2. KIVUN MÄÄRITELMÄÄ

2.1 Kivun historiaa

Tutkimusten ja tieteen kehittyessä vuosisatojen saatossa ovat myös sairauden ja terveyden määrittelyt kehittyneet. Eri vuosisadoilla näkemys kivusta on ollut vaihteleva. Aristoteleen käsitys kivusta oli, että se oli tunnetila eikä fyysinen ilmiö, kuvastaen Kreikan ajattelua liittyen mielen ja kehon suhteeseen. Keskiajalla kivun miellettiin liittyvän uskontoon, se oli rangaistus synnistä. Valistuksen aikakaudella korostettiin järjellisyttä. Ihmisen kehitys nähtiin tieteellisenä ja sen myötä myös näkemys kivusta muuttui radikaalisti. Descartes korosti mielen ja kehon erottamista ja kuvasi kivun funktionaaliseksi mekanismiksi, joka ilmoitti kehon vaurioista. (Hanson, Gerber 1990, 3-4).

Descartes kirjoitti vuonna 1640: Jos esimerkiksi tuli tulee liian lähelle jalkaa, tulen pienillä hiukkasilla, joiden tiedetään liikkuvan suurella nopeudella, on voima sysätä liikkeeseen se jalan ihon kohta, johon ne koskettavat. Näin vetäen siihen ihon kohtaan kiinnittynyttä ohutta lankaa ne avaavat samalla hetkellä huokosen, johon ohut lanka päättyy, aivan kuten soitetaan köyden päässä riippuvaa kelloa vetämällä köyttä toisesta päästä. (Wall 1999, 28.)

Samankaltaisen tuntosignaalijärjestelmän rakenteen monet hyväksyvät nykyisinkin. Descartesin oli keksittävä viestintäkanavat, tuntohermot joiden kautta ulkoiset objektit ja sisäiset tapahtumat pystyivät vaikuttamaan mieleen eli hänen oli erotettava mieli kehosta. Hänen oli keksittävä yksityiskohdat arvailemalla, koska hän ei tiennyt niistä mitään. (Wall 1999, 28-32)

Taulukossa 1 kuvataan kivun määritelmän historiaa eri aikakausilla, esihistoriallisesta ajasta nykyaikaan. Taulukossa on keskeisiä vaikuttajia eri aikakausilta sekä kivunhoitajia ja -hoitomuotoja.

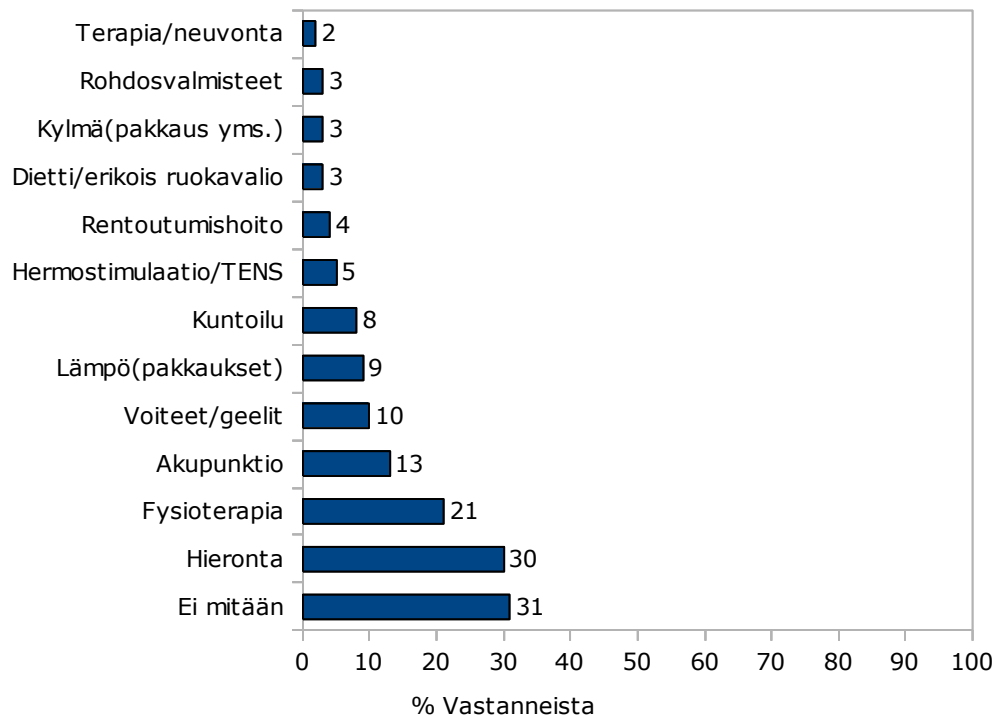
Taulukko 1. Kivun määritelmän historiataulukko

AIKAKAUSI	ESIHISTORIAALLI- NEN JA VANHA- AIKA	ANTIINKIN KREIKKA JA ROOMA	KESKI-AIKA
KIVUN MÄÄRITEL- MÄ	<ul style="list-style-type: none"> ○ Oli sairauden olennainen osa ○ Sairaus johtui ulkopuolisesta voimasta: demoni, esi-isä, taikuri, mato, kuolleiden ihmisten henget. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Perusnesteiden puute tai liika määrä (musta ja keltainen sappi, veri, lima). ○ Johtui perifeerisistä ärsykkeistä ja sielun tunne-elämän muutoksista ○ Teoria keskus- ja ääreishermostosta ○ Sykkivä kipu; tulehdus ○ Painon tunne; syövän kasvu ○ Sisäisten syiden kipu; kehonnesteet epätasapainossa ○ Levinnyt kipu; kehontoiminnot epätasapainossa ○ Traumakipu 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Kipu oli Jumalan rangaistus, hyvitys kuoleman jälkeisessä elämässä. ○ Kipua kärsittiin valittamatta, ei hoidettu aktiivisesti.
KIVUN HOITO- MUOTOJA	<ul style="list-style-type: none"> ○ Rituaalit, uhraukset kohdistuivat koko sukuun. ○ Kasvit esim. oopiumunikko, alruna, hamppu, hullukaali, home ○ Akupunktio 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Mahdragora ○ Pajunkuori sis. salisyyliä. ○ Nepenthe (Unohduksen juoma) ○ Suonenisku, kuppaus ○ Kipupillerit, anodyne-pillerit ○ Salvat, joissa mm. rikkiä öljyssä tai oopiumia rasvassa. ○ Fysikaaliset hoidot ○ Kirurgiset toimenpiteet, kallonporaus ○ Sähköshokkiterapia sähkörauskuilla. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Kirkon pyhät esineet paransivat ihmisiä anemaksua vastaan. ○ Hieronta, liikunta ○ Luonnon- ja ulostuslääkkeet.
KIVUN HOITAJIA	<ul style="list-style-type: none"> ○ Naiset, papit, maallikot ○ Lääkäri ja taikuri sama henkilö. ○ Poppamiehet ○ Jumalat 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Lääkärit pohdiskelivat ja spekuloivat. ○ Kirurgit, jotka olivat sosiaalisesti alemmasta luokasta, koskivat potilaaseen. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Papit hoitivat sielua ○ Lääkärit ruumista.
KESKEISIÄ VAIKUTTA- JIA	<ul style="list-style-type: none"> ○ Imhotep ○ Georg Ebers 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Asklepios ○ Hippokrates ○ Platon ○ Hygeia ○ Telesphoros ○ Theopharastus ○ Celsus, ○ Galenos 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Hunayn ibn Ishaq ○ Avicenna ○ Guy de Chauliac

AIKAKAUSI	RENESSANSSIN AIKA JA 1600-LUKU	1700-1800 LUKU	1900-2000 LUKU
KIVUN MÄÄRITEL- MÄ	<ul style="list-style-type: none"> o Aivot tuntemuksien keskus o Roomalaiskatolinen kirkko: kipu auttoi osoittamaan rakkautta Jumalaan o Aristoteles: sydän oli kivun aistimuksen keskus o Descartes: aivojen olevan tuntemusten ja motoristen toimintojen keskus 	<ul style="list-style-type: none"> o Klassinen spesifitenttiteoria: ihon kipureseptoreista lähtevä kipuviesti välittyy kipujärjestelmän kautta aivoihin. o Summaatioteoria: kivun määräävät tekijät olivat ärsykkeen voimakkuus ja sentraalinen summaatio selkäytimessä. 	<ul style="list-style-type: none"> o Yksittäiset hermosäikeet välittävät kipuimpulsseja. o Kipu ei ole aina osa sairautta o Kipua ei saa jättää hoitamatta o Melzackin ja Wallin porttikontrolliteoria.
KIVUN HOITO- MUOTOJA	<ul style="list-style-type: none"> o Eetteri o Unisieni, o Käytettiin kivunlievitykseen, puudutukseen o Vahva humala, puudutti kivun 	<ul style="list-style-type: none"> o Ilokaasu, hypnoosi, Hoffmanin tipat o Eetterin käyttöä kehitettiin o Morfiini, kodeiini: eristys oopiumista o Salisyyliliapon eristys pajunkuoresta o Fenacetini, parasetamoli, kloroformi o Paikallispuudutus o Ruisku ja neula kehitettiin, o Fysikaalinen hoito kehittyi 	<ul style="list-style-type: none"> o Käyttäytymisterapia o TNS-laite, kipupumppu o Kipuklinikat ja -ryhmät o Epiduraali- ja spinaalipuudutukset, blokadit o Rentoutustekniikat, psykologiset hoitokeinot o Epiduraalstimulaattori o Kipulääkkeiden kehitys esim. masennuskipulääkkeet, epilepsialääkkeet
KIVUN HOITAJIA	<ul style="list-style-type: none"> o Ei muutoksia o aikaisempaan 	<ul style="list-style-type: none"> o Anestesiologia 	<ul style="list-style-type: none"> o Sairaalan- o hoitajien merkitys kivunhoidossa o Asiantuntija- o hoitajat
KESKEISIÄ VAIKUTTA- JIA	<ul style="list-style-type: none"> o Leonardo da Vinci, o Amroice Bare, o Paracelsus o William Harvey o Descartes 	<ul style="list-style-type: none"> o Joseph Priestley o Sir Humprey Davy o Friedrich Hoffmann 	<ul style="list-style-type: none"> o Ronald Melzack o Patrick Wall o John J. Bonica

(Vartiainen 2000, 15-22, Tapiovaara 2005, 1-22).

Vuosisatojen saatossa ja viimeisten vuosikymmentenkin aikana määritelmä kivusta on muuttunut. Lisäksi sen hoitamista ja hoitomuotoja kehitetään ja parannetaan yhä edelleen. Kuviossa 1 kuvataan 15 Euroopan valtiossa ja Israelissa yleisimmin käytettyjä hoitomuotoja, jotka ovat niin sanottuja vaihtoehtoisia hoitoja.



Kuvio 1. Yleisimmät käytetyt ei-lääkehoidot 16 Euroopan maassa
(Breivik, Collet, Ventafridda, Cohen, Gallagher 2006, 301)

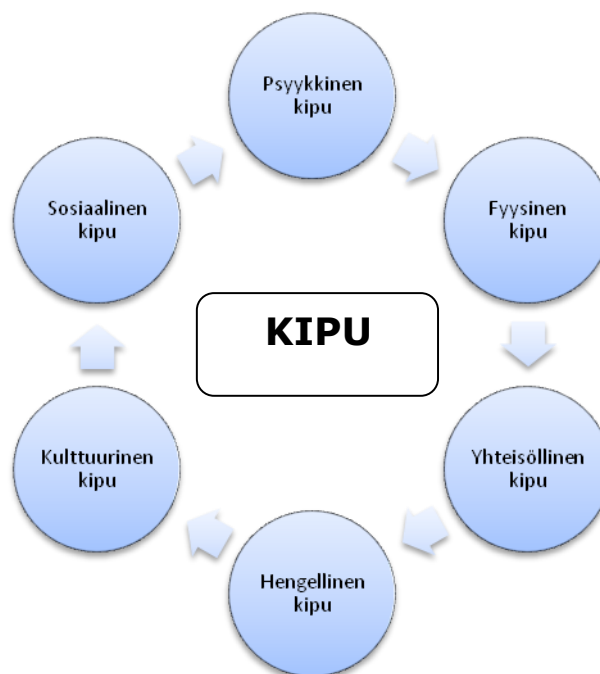
Vaihtoehtoista hoidosta eniten käytetään fysioterapiaa ja hierontaa. Fysioterapia on yksi yleisimpiä varhaiskuntoutusmuotoja esimerkiksi tuki- ja liikuntaelinsairauksien hoidossa. Suurin osa vastanneista ei ollut käyttänyt mitään vaihtoehtoista hoitomuotoa.

Seuraavissa kappaleissa avaan kipukäsittelyä ja kuvaan akuutin ja kroonisen kivun eroja ja määritelmiä.

”Kansainvälinen kivuntutkimusyhteistyö IASP määrittelee kivun emotionaaliseksi kokemukseksi, joka liittyy todettuun ja mahdolliseen kudosaan vaurioon tai jota kuvataan kudosaan vaurion tavoin. Kipu tuntuu jossain osassa kehoa ja se on aina epämiellyttävä kokemus ja sen vuoksi myös emotionaalinen tuntemus. Määritelmän mukaan kivulle on olennaista epämiellyttävyyttä ja subjektiivisuutta.” (International Association for the Study of Pain 2007.)

Tutkimustulosten mukaan kipu on moniulotteista ja kokonaisvaltaista. Se vaikuttaa ihmiseen fyysisesti, psyykkisesti, henkisesti ja sosiaalisestikin. (Gröhn, Hirvonen 2005, 42.) Kipu voi olla kudonsvauriokipua, hermovauriokipua tai tuntemattomasta syystä johtuvaa kipua. Kivun tarkoituksena on varoittaa elimistöä mahdollisesti vaurioittavasta tekijästä. Kivun välttäminen ohjaa yksilön käyttäytymistä turvallisempaan suuntaan. (Soinila 2005, 20). Kipuaistimus on ihmisille ja eläimille välttämätön ehto hengissä selviämiseksi. Kun kipu pitkittyy, se ei enää suojaa vaan rajoittaa toimintakykyä ja masentaa. (Vainio 2004, 18).

Gunilla Brattberg (1993, 15) kuvaa kipua tuskalliseksi vaivaksi, joka on ruumiillinen, henkinen, fyysinen tai psyykkinen. Kivun tuntokappaleet reagoivat kaikenlaisiin ärsykkeisiin, esimerkiksi lämpöön ja painallukseen, mutta varsinaista kipua syntyy vain jos kiihoke on niin voimakas, että se uhkaa vaurioittaa tuntokappaletta. Kivun tuntokappaleet muodostuvat ohuista hermoista, joita on kaikissa kudoksissa ja elimissä. Kipukokemus on aina yksilöllinen ja sitä ei voi verrata kenenkään toisen kokemukseen kivusta. Kivun olemassaoloa ei voi kyseenalaistaa, vaan se on aina kokijalle todellinen. Aikaisemmat kipukokemukset vaikuttavat siihen kuinka kivun tuntee. Lisäksi siihen vaikuttavat myös psyykkiset, fyysiset, sosiaaliset ja hengelliset tekijät, kuten kuviossa 2 kuvataan.



Kuvio 2. Kokonaiskivun muodostuminen
(Sailo 2000, 30.)

Kokonaiskivun tuntemukseen liittyvien tekijöiden tunteminen auttaa ymmärtämään kipupotilaan erilaisia kiputuntemuksia. Sen avulla voi myös oppia tunnistamaan erilaisia kipukokemuksia. (Sailo 2000, 30.)

Kivun biologian aiheuttamat reaktiot ovat ihmisillä ja eläinkunnalla yhteisiä ja luultavasti perintötekijöiden määräämiä. Tutkijoiden mukaan ihmisillä on myös sosiaalinen minä, jonka tietoisuus käsittää oman olemassa olon, menneisyyden ja tulevaisuuden. Tämän vuoksi kivulla on myös useita eri merkityksiä, jotka ovat riippuvaisia kulttuurista jossa eletään. Kivun merkitykset vaikuttavat kivun aistimiseen ja siihen kuinka sitä ilmaisemme. (Vainio 2004, 18).

Kulttuuritaustamme, sen normit ja säännöt vaikuttavat siihen, kuinka suhtaudumme sairaisiin, ja miten sairastaessamme suhtaudumme itseemme. Kulttuuritaustamme voi määritellä myös sen, mitkä sairaudet ovat hyväksyttäviä ja mitä tulee hävetä. Suhtautuminen kipuun on myös kulttuurisidonnaista. Sen merkitykset opitaan jo varhaisessa vaiheessa lapsuudessa. Esimerkiksi pienet pojat oppivat fyysiset rajansa tappelussa. Kulttuuriset arvot vaikuttavat myös kivun kestämiseen, mikä on kunniallista kivun sietämistä ja mistä kivusta on syytä tuntea häpeää. Joissain kulttuureissa kipua voidaan käyttää esimerkiksi vallan välineenä, murtamalla ihminen psyykkisesti kiduttamalla. Joissain kulttuureissa taas kipu kuuluu seksuaaliseen nautintoon. (Vainio 2004, 18-19).

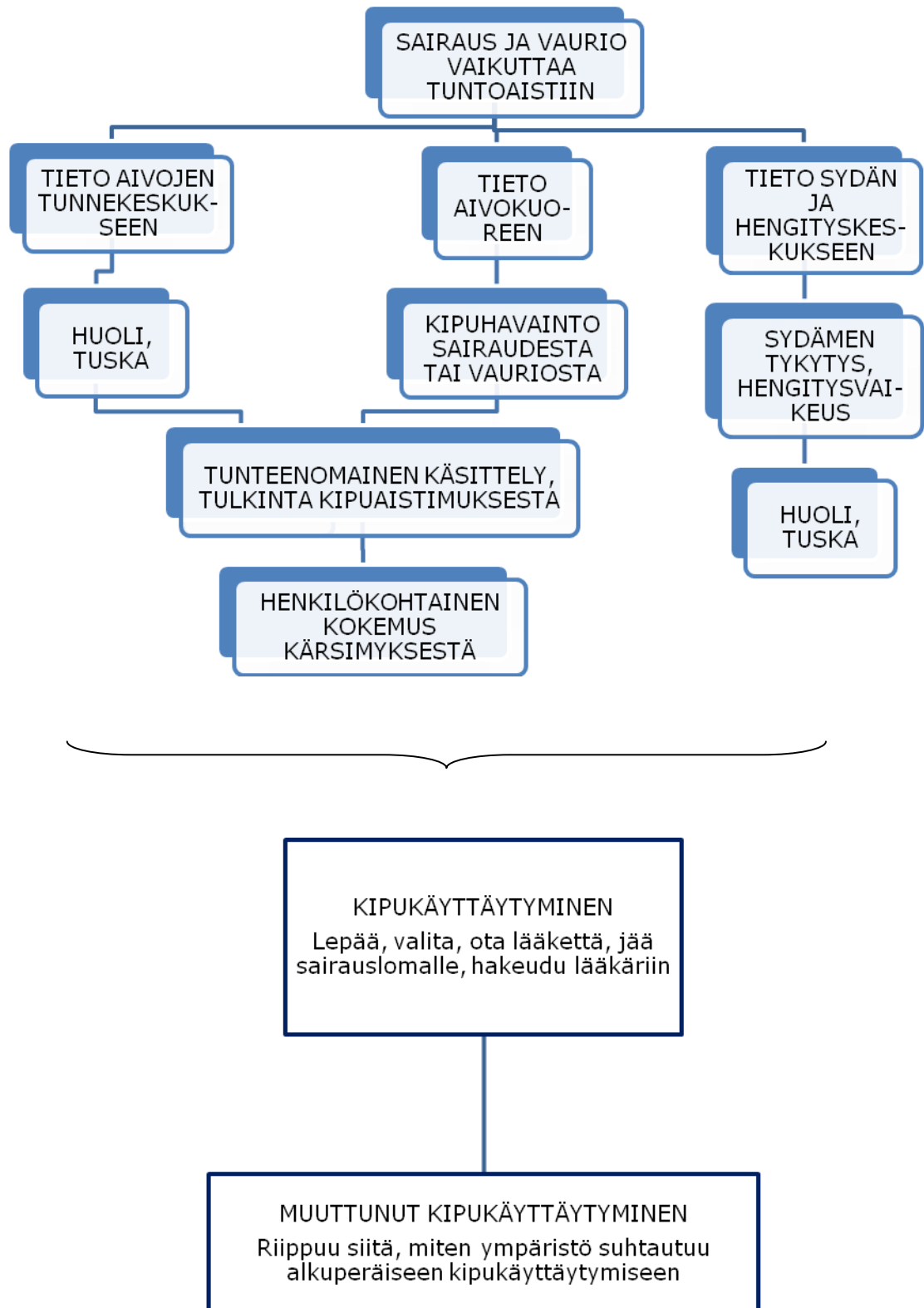
Uskonnoissa on kivulle ja kärsimykselle annettu omia merkityksiä. Kristinuskossa kivun merkitys on ollut muun muassa sovinistinen, naisten kärsimystä on pidetty oikeutettuna, sillä raamatussakin sanotaan ”kivulla on sinun lapsesi synnyttävä”. Nykyäänkin voidaan kivun lievitystä synnytyksissä kyseenalaistaa. Toisaalta kristityt ovat myös korostaneet myötätuntoa kärsiviä kohtaan. Länsimaalaiset sairaalat olivat alkujaan luostareiden yhteydessä ja siellä lievitettiin kärsivien ja kuolevien kärsimyksiä. (Vainio 2004, 19-20).

2.2 Akuuttikipu

Akuuttikipu suojaa elimistöä varoittamalla sitä kudოსvauriosta. Jo pieni lapsi oppii kivun aistimisen avulla, että teräviin ja polttaviin esineisiin ei kannata koskea. Umpisuolen tulehtuessa kipu pakottaa hakeutumaan lääkäriin. Esimerkiksi haavat, murtumat ja tulehdukset ovat elimellisiä tekijöitä, joista akuuttikipu johtuu. (Vainio 2004, 17-18).

Ärsykeitä, jotka vahingoittavat kudoksia, kutsutaan kipuhermopäätteiksi. Hermosäikeitä, jotka johtavat kipuimpulsseja on kahdenlaisia. Karkeat säikeet, joissa kipuimpulssit menevät korkealla nopeudella ja ohuet säikeet, joissa impulssit etenevät hitaasti. Hermosäikeiden tehtävä on johtaa kipuimpulssit tuntokappaleesta selkäydintä pitkin aivoihin. Impulssit, jotka menevät nopeasti etenevissä hermosyissä välittävät kipua, joka on terävää ja helppoa paikallistaa. Aivoissa on lukuisia alueita, jotka osallistuvat kivun käsittelyyn. Ne sijaitsevat aivokuoressa aivan pääkallon alla. Sieltä saamme tiedon missä ruumiinosassa kipu on. (Brattberg 1993).

Akuutille kivulle on yleensä selvä syy, joka voidaan hoitaa. Nykyisillä hoitomenetelmillä voidaan saada aikaan hyvä ja tehokas akuutin kivun kivunlievitys. Kivunlievityksen ja kivun aiheuttaneen kudosaaurion paranemisen ansiosta akuuttikipu saadaan yleensä loppumaan päivien tai muutamien viikkojen sisällä. (Kalso, Vainio, Estlander 2002, 86-87). Akuuttikipu ei jätä jälkeä keskushermostoon. Akuutissa kivussa ihmisen kipukokemusta voi lisätä hätä ja tilanteen herättämä huoli esimerkiksi omaisista tai omasta selviytymisestä. Juuri akuutin kivun hyvällä hoidolla saadaan estettyä kivun pitkittymistä ja kroonistumista. (Sailo 2000, 34.) Kuviossa 3 kuvataan akuutin kivun syntymistä ja sen aistimista ja sen aiheuttamaa kipukäyttäytymistä. (Brattberg 1993, 17)



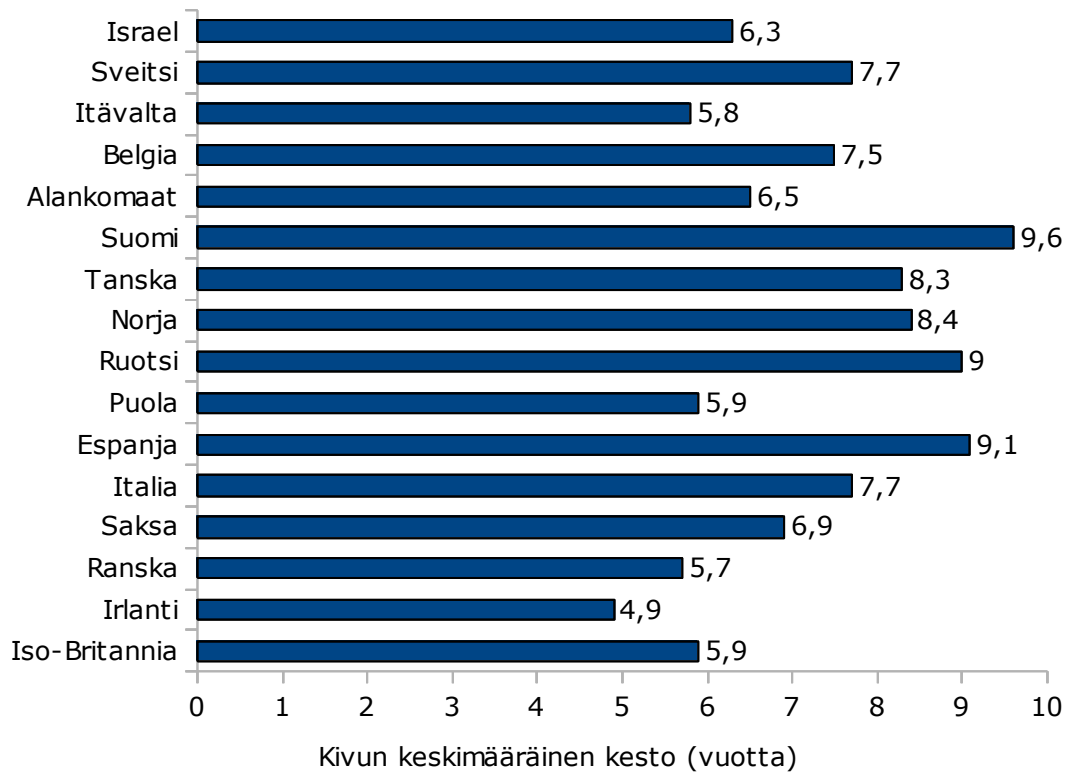
Kuvio 3. Mitä tapahtuu akuutissa kivussa?
(Brattberg 1993, 17.)

2.3 Pitkittynyt kipu

Krooninen kipu ei toimi varoitusmerkkinä elimistöä uhkaavasta vaarasta vaan sitä voidaan pitää sairautena. (Sailo 2000, 34). Kudosvaurion ja kivun riittämätön hoito altistaa kivun pitkittymiselle eli kivun kroonistumiselle. Kun kipu pitkittyy, se alkaa aiheuttaa muutoksia keskushermostossa. Nämä taas ylläpitävät kivun kokemusta. (Kalso, Vainio, Estlander 2002, 86-87.) Krooninen kipu aiheuttaa pysyviä muutoksia hermostossa. Se hallitsee elämää ja ajatuksia sekä siihen liittyy unettomuutta ja masennusta. Kroonisen kivun aiheuttamat kärsimykset heikentävät elämänlaatua ja vaikuttavat myös kipupotilaan läheisiin. Yksilölliset ja yhteiskunnalliset taloudelliset vaikutukset alentuneen toimintakyvyn ja sairauspoissaolojen vuoksi ovat merkittäviä. (Sailo 2000, 34-35).

Kipu on pitkittynyttä, kun se on kestänyt kauemmin kuin kudoksen odotettu paranemisaika on tai jos se kestää yli kolmesta kuuteen kuukautta. Kivun pitkittyminen on yksilöllistä ja kipu ei välttämättä pitkity kaikilla. Kipu on henkilökohtainen tuntemus. Sen kokemiseen vaikuttavat muun muassa yksilön aiemmat kokemukset kivusta, sairauksista ja terveydenhuoltojärjestelmästä, henkilökohtaiset ominaisuudet, perimä, ikä, kehitysvaihe, sukupuoli, tietotaso ja tunnetila. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila, Närhi 2006, 9-10.)

Kansainvälisen tutkimuksen mukaan kivun keskimääräinen kesto vuosissa Suomessa on 15 Euroopan maan vertailussa kaikkein korkeimpana 9,6 vuotta. Tutkimukseen osallistui myös Israel. Vertailu kivun kestosta on esitetty kuviossa 4.



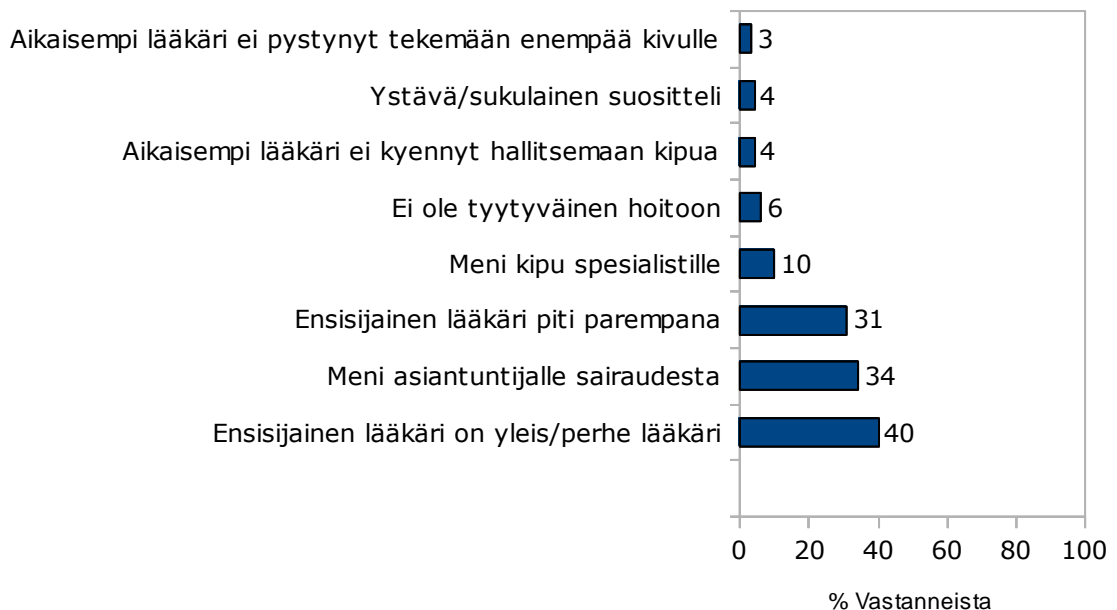
Kuvio 4. Kivun kesto vuosissa, vertailussa 15 Euroopan valtiota (Breivik, Collet, Ventafridda, Cohen, Gallagher 2006, 292)

Lähes 60 % vastanneista ilmoitti kärsineensä kivusta kahdesta viiteentoista vuotta ja 21 % ilmoitti kärsineensä kivusta enemmän kuin 20 vuotta. (Breivik, Collet, Ventafridda, Cohen, Gallagher 2006, 291-292.) Kaisa Kinnunen (134-139) nostaa tutkimuksessa Sairas köyhyys esiin puutteita terveyspalvelujen määrällisestä riittämättömyydestä. Terveyskeskusten eritasoinen toimivuus eri paikkakunnilla, puutteet lääkärinvirkojen täyttämisessä, vastaanottoaikojen saamisen hankaluus, yleinen resurssipula terveydenhuollossa ja erikoislääkärin vastaanotolle pääsemisen vaikeus ovat selittämässä myös edellisen kuvion tuloksia.

Estlander (1995, 1-2) näkee perinteisten käsitysten kroonisesta kivusta jakautuneen kahtia. On niitä, jotka ajattelevat kivun aiheutuvan fyysisistä, psyykkisistä tai patologisista prosesseista. Kivun ymmärtäminen on muuttunut kuitenkin viimeisten vuosikymmenten aikana. Kroonisen kivun on lisääntyvissä

määrin osoitettu olevan mutkikas ja monialainen ilmiö. Biologisten ja psykologisten näkökulmien yhdistämisen välttämättömyys on lisääntynyt ja monet syyperäiset mallit kivusta ovat kehittyneet.

Vuonna 2003 yksi viidesosa suomalaisista kärsi pitkittyneestä kivusta. 170000 suomalaisella kipupotilaalla oli masennusdiagnoosi. 160000 suomalaista on ajatellut itsemurhaa kivun vuoksi (Vuorinen 2004.) Pitkittynyt kipu aiheuttaa masennusta. Hoitamattomana masennus lisää kipua. Osa masennuslääkkeistä voi auttaa mielialan lisäksi myös kipuun. Lääkäri Sinikka Luutosen mukaan pitkittyneen kivun hoidossa potilaan tulee saada apua sekä kivun lievitykseen että masennusoireiden helpottamiseen. (Seppälä, 2011.) Kuviossa 5 kuvataan kipupotilaalle usein hyvin tyypillistä tilannetta eli käydään tai joudutaan käymään useiden eri lääkäreiden vastaanotolla. Kivun aiheuttaman sairauden diagnosointi on usein vaikeaa.



Kuvio 5. Syitä lääkärin vaihtumiseen

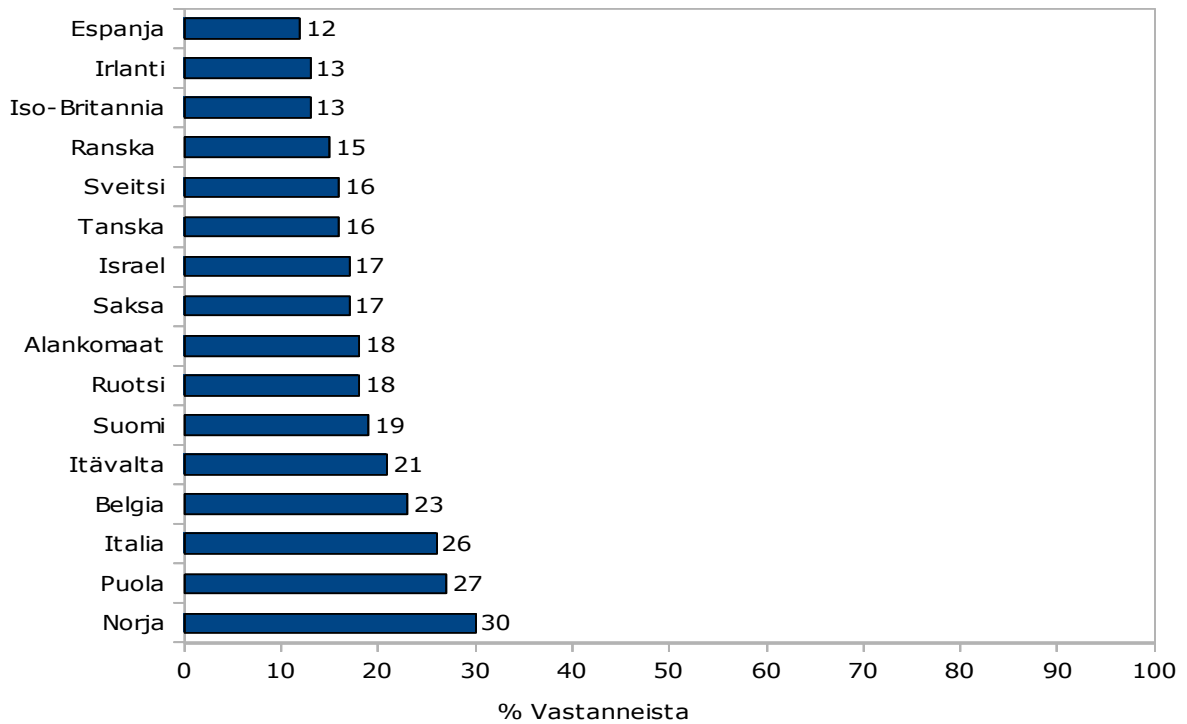
(Breivik, Collet, Ventafridda, Cohen, Gallagher 2006, 298.)

Tutkimus on tehty 15 eri Euroopan maassa ja Israelissa. Vastanneiden lukumäärä on $n = 2996$. Hoitosuhteita voi olla paljon sekä kipupotilaasta että terveydenhuoltojärjestelmästä johtuvista syistä.

Pekka Mäntyselkä (1998, 63-66, 138-140) toteaa, että kipu liittyi neljään ja oli lähes kolmessa pääsyynä terveyskeskuksessa lääkäriissä käynnissä. Terveyskeskuskäynnissä kipu oli syynä useammin naisilla kuin miehillä. Eniten kipupotilaita oli ikäluokassa 50-59 vuotiaat ja kaksi kolmasosaa kipupotilaista oli 40 vuotta täyttäneitä. Sairauslomaa kirjoitettiin joka neljännelle työikäisistä kipupotilaista. Kolmasosa sairauslomista oli yli viikon mittaisia. Tuki- ja liikuntaelinvaivat olivat syynä 58 % sairauslomista ja ne olivat yleisin sairauslomien syy. Alueellisesti kipu liittyi useimmin terveyskeskuskäynteihin Itä-Suomessa ja prosentoin erolla (42 %) Pohjois-Suomi tuli toiseksi. Kipupotilaiden yleisin tulosyö oli tuki- ja liikuntaelin vaivat ja näistä yksittäisöireena merkittävin oli selkäkipu. Terveyskeskuskäynneistä ensikäyntejä oli 62 % ja uusintakäyntien osuus oli 38 %. Syy uusintakäyntiin oli 65 % tapauksista se, että vaiva ei ollut parantunut tai se oli pahentunut. Ylilääkäri Pekka Hannosen mukaan kivun hoidossa hyvä tulos on 30 prosentoin helpotus ja 50 prosentoin lievitys on jo erinomainen tulos. (Seppälä, 2011).

Kuvioissa 6 ja 7 krooniseksi kivuksi on määritelty yli kuusi kuukautta kestävä kipu, niin että kipua on esiintynyt viimeisen kuukauden aikana joitain kertoja viikossa. Kysely on tehty ensimmäisessä kuviossa 46394 henkilölle, jotka ovat olleet yli 18-vuotiaita. Toisessa kaaviossa nähdään numerus 4839, vastanneiden miesten ja naisten osuus. (Breivik, Collet, Ventafridda, Cohen, Gallagher 2006, 288.)

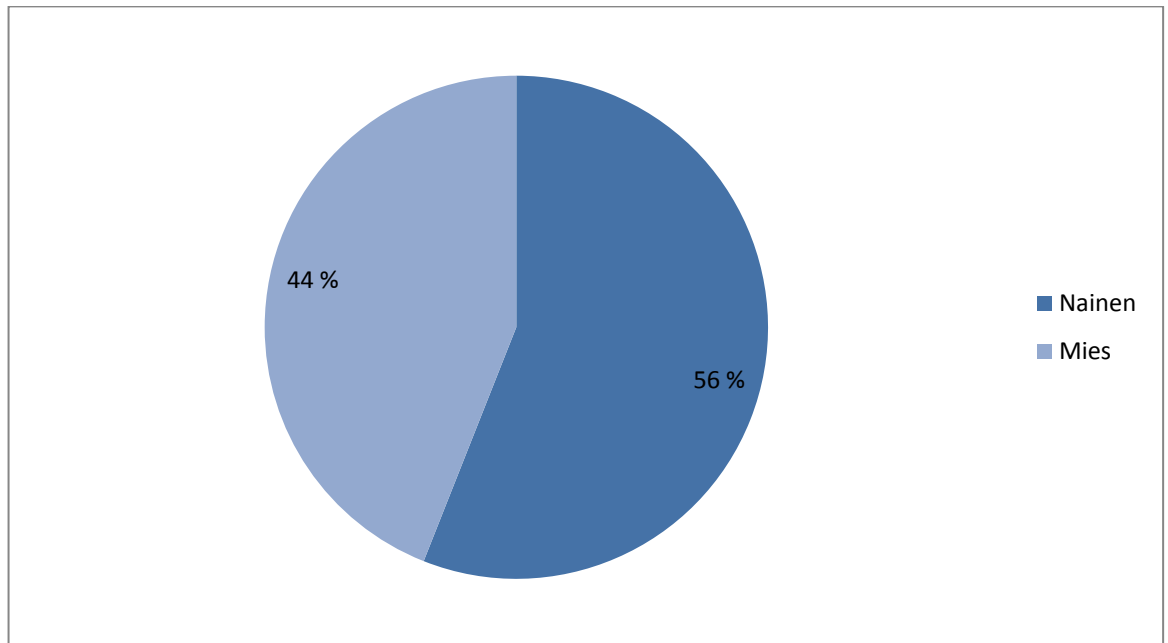
Kroonisen kivun esiintyvyys aikuisten keskuudessa (>18 vuotta) 15 Euroopan maassa ja Israelissa



Kuvio 6. Kroonisen kivun esiintyvyys aikuisten keskuudessa (>18 vuotta)
(Breivik, Collet, Ventafridda, Cohen, Gallagher 2006, 290)

Suomessa kroonista kipua esiintyi 19 % vastanneista. Eniten kroonista kipua esiintyi vastaajista Norjassa, 30 % vastanneista. Vähiten kroonista kipua esiintyi espanjassa 12 % vastanneista. (Breivik, Collet, Ventafridda, Cohen, Gallagher 2006, 290.)

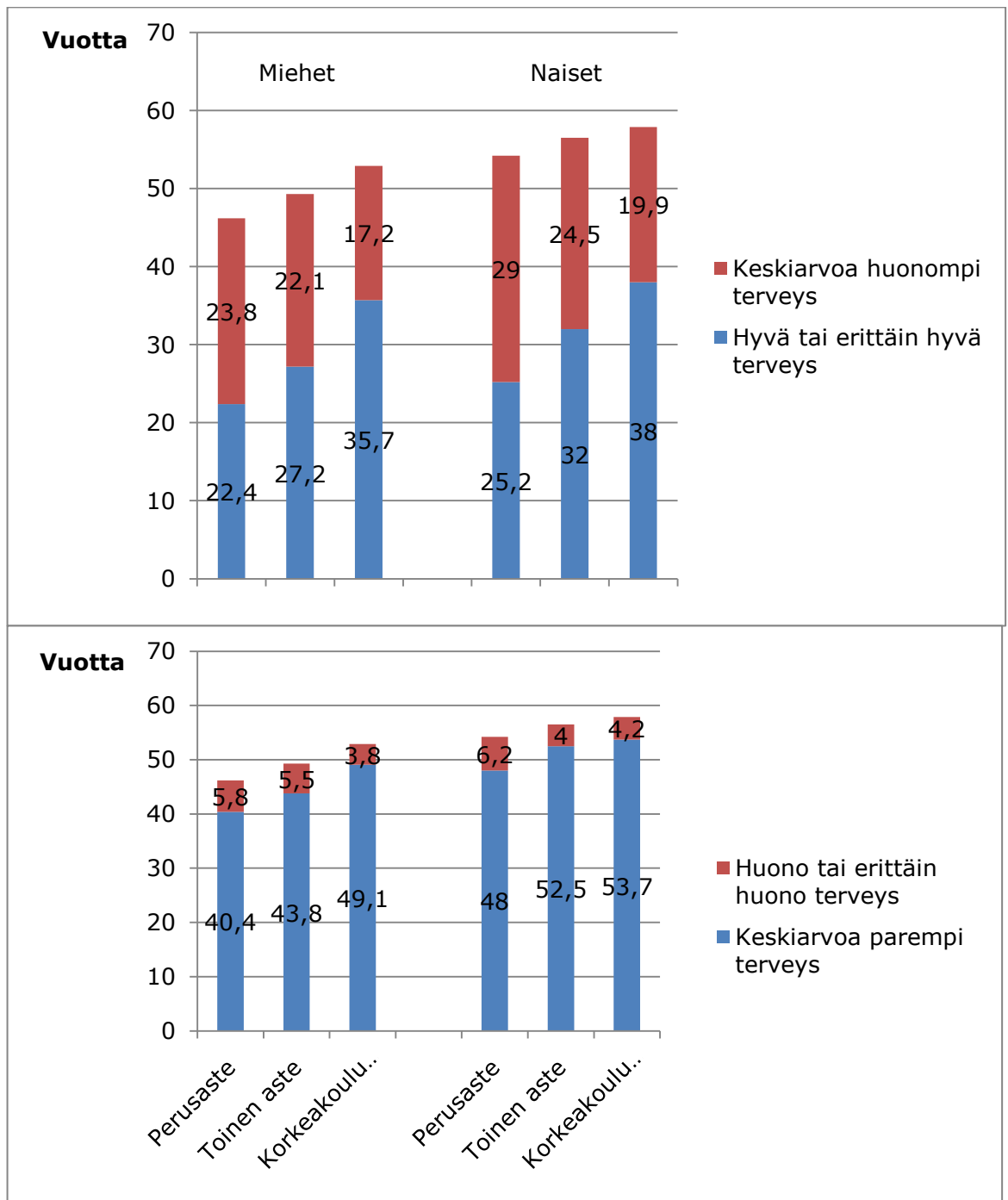
Kuviossa 7 on vertailu kroonisen kivun esiintymisestä miehillä ja naisilla. Vastaajia kyselyssä oli 4839.



Kuvio 7. Kroonisesta kivusta kärsivän sukupuoli
(Breivik, Collet, Ventafridda, Cohen, Gallagher 2006, 290)

Suomessa 19 % kyselyyn vastanneista esiintyi kroonista kipua. Tutkimuksen mukaan kroonisen kivun esiintyminen naisilla on yleisempää kuin miehillä. Suurin prosenttiosuus 21 % oli 41 - 50-vuotiaita jaoteltaessa kivusta kärsivät ikäluokittain.

Kuvioissa 8 a. ja b. kuvataan oletettavissa olevan eliniän pituutta ja terveyden tasoa 25-vuotiailla naisilla ja miehillä koulutusasteittain. Vaikka naiset kärsivät kroonisesta kivusta useammin kuin miehet, heidän oletettu elinikänsä on koulutusasteesta riippumatta pitempi kuin miehillä.

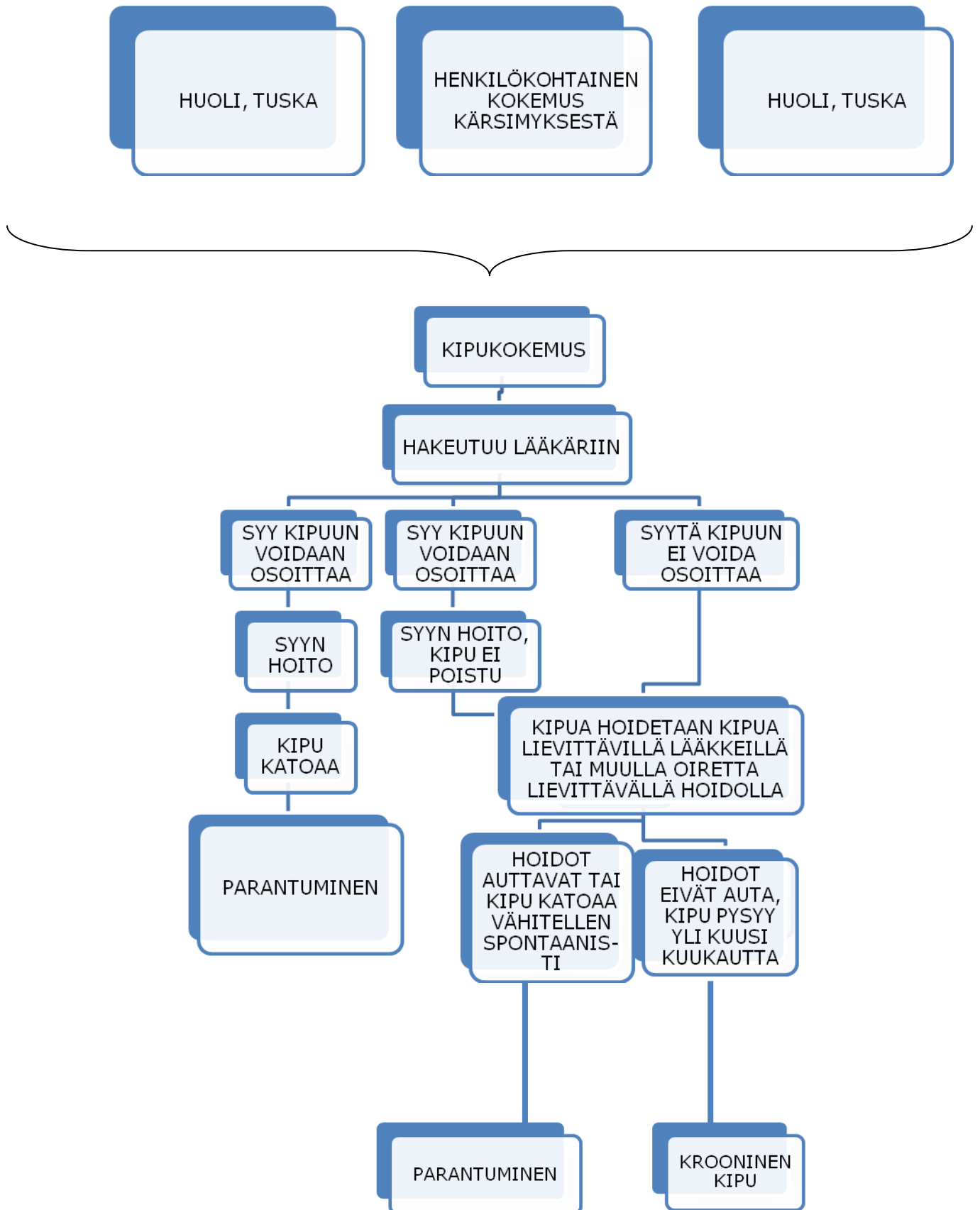


Kuvio 8. Sosioekonomisten lähtökohtien vaikutus elinikään ja terveyteen
(Sihvonen, Koskinen, Martelin 2009, 122)

On todettu, että ihmiset, joilla on korkeampi sosiaalinen status, ovat terveempiä kuin ne, joilla on matalampi status. (Sihvonen Koskinen, Martelin 2009,123.)

Krooninen kipu voidaan jakaa kipumekanismeihin perustuviin osiin. Kudosvauriokipua, eli nosiseptiivista kipua voivat olla tulehduskipu, iskeeminen kipu, syöpäkasvaimen aiheuttama kipu johon ei liity hermovauriota sekä lihasto- ja luustokivut. Hermovauriokipu, eli neuropaattinen kipu aiheutuu viasta hermojärjestelmässä. Krooninen neuropaattinen kipu johtuu hermovauriosta. Muutokset voivat olla hitaita ja ajan mittaan kivun luonteessa tapahtuu muutoksia. Neuropaattiselle kivulle tyypillisiä piirteitä ovat epänormaalit tuntemukset, esimerkiksi pistely, puutuminen sekä polttava tunne kipualueella ja kliinisesti todettavat tuntohäiriöt. Samanaikaisesti kipeältä alueelta voi puuttua kosketustunto ja jossain tapauksissa kevyt kosketus voi laukasta voimakkaan ja pitkäkestoisen kivun. Kipulääkkeillä on yleensä huono vaste neuropaattiselle kivulle. Mitä pitempään kipu on kestänyt, sitä huonommin se on poistettavissa. Hermovauriokivun hoitoja ovat lääke- ja stimulaatiohoidot sekä kipupotilaan selviytymiskeinojen lisääminen, aktivointi ja asennekasvatus ovat tärkeitä. Kudosvaurio- ja hermovauriokivun väliin asettuu niin sanottu hermokipu, eli neurogeeninen kipu. Se johtuu hermorungon ohimenevästä mekaanisesta ärsytyksestä, mutta se ei kuitenkaan johda pysyvään hermovaurioon. Tällaisesta kivusta hyvä esimerkki on välilevyn luiskahdus. Kipu paranee, kun syy on poistettu ja siihen liittyvät muutokset ovat toiminnallisia ja palautuvia. Kun potilaan kudos- tai hermovauriota ei voida todentaa, puhutaan idiopaattisesta kivusta. Tällöin krooninen kipu voi liittyä esimerkiksi vakavaan masennukseen. (Vainio 2002, 95-100).

Kroonisen kivun psykologiaan tehdyt tutkimukset rajoittuvat kipuklinikoiden asiakkaisiin. Tutkimusten ulkopuolelle ovat jääneet ne kroonisesta kivusta kärsivät, jotka eivät hakeudu lääkärin hoitoon kivun vuoksi, vaan jatkavat normaalia elämää kivusta huolimatta. Ongelmallisille kroonisesta kivusta kärsiville potilaille voidaan löytää yhdistäviä piirteitä. Tällaisia ovat muun muassa masentuneisuus, unettomuus, vähäinen sosiaalinen aktiivisuus, elämänhalun heikkeneminen sekä oireiden tarkkailu ja korostaminen. Kun jatkuva kipu täyttää elämän ja hallitsee ajatuksia edellä mainittujen oireiden kanssa, on kipukierre valmis. (Vainio, Estlander 2002, 100-101.) Kuviossa 9 kuvataan syitä kivun kroonistumiseen.



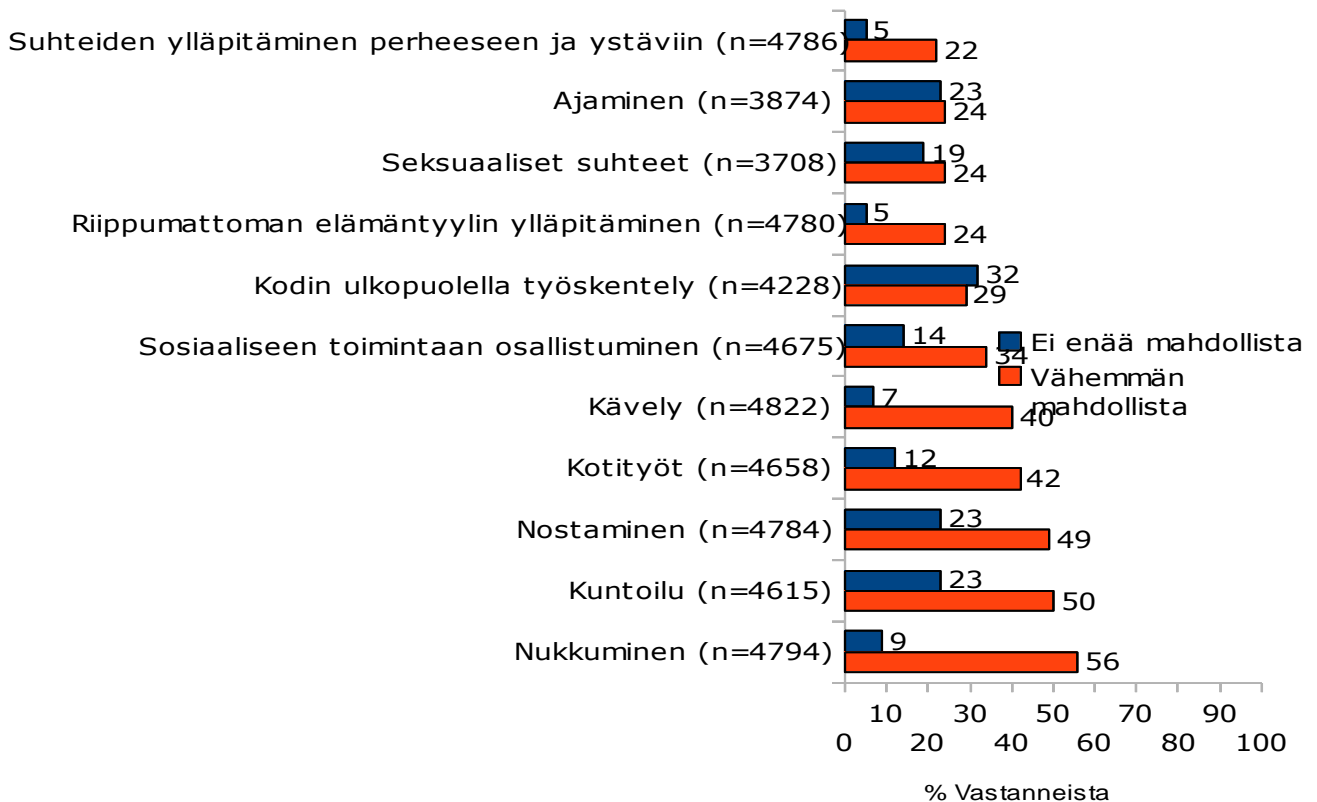
Kuvio 9. Kuinka kipu kroonistuu?
(Brattberg 1988, 19.)

Kuviosta 9 nähdään se kuinka riittävän varhaisen hoidon merkitys on tärkeä, jotta kipu ei pääsisi kroonistumaan. Taas toisaalta vaikka hoito tulisikin ajoissa voi olla, että se ei tehoa joten joudutaan etsimään muita hoitomuotoja, ja tästä seuraa kivun kroonistuminen. (Brattberg 1993, 19).

2.4 Pitkäaikaisen kivun vaikutuksia kipupotilaan elämään

Jokainen meistä osaa omalla tavallaan kuvata, miltä kipu tuntuu. Kivun vaikutuksen laaja-alainen ymmärtäminen onkin sitten haasteellisempaa. Kivun fyysisen olemuksen lisäksi sen vaikutus kipupotilaan elämänpiiriin laajenee kivun pitkittyessä. Se leviää kuin mustetahra valkoisella paperilla, tahraten ja jättäen osittain pysyviä jälkiä kipupotilaan elämänpiiriin. Psykososiaaliset tekijät ovat erityisen merkittäviä ohjaamaan sitä millaisen toimintakyvyttömyyden krooninen kipu aiheuttaa. (Kalso 2003, 13.)

Jokainen yksilö kokee ja tulkitsee ympäristöään ja sosiaalisia tilanteita omalla tavallaan. Nämä tulkinnat ja kokemukset vaikuttavat terveyteen eri tavoin. (Haukkala 2011, 142.) Englantilaisen tutkimuksen mukaan kipupotilaiden viideksi merkittävimmäksi asiaksi kivun vaikutuksesta nousivat sen vaikutukset perhe-elämään, toisten ihmisten kykenemättömyys ymmärtää kipusairautta ja sen vaikutusta työhön. Lisäksi esiin nousivat hoito ja vakuutusasiat. Kivun vaikutukset elämässä voidaan nähdä toiminnallisina ongelmina. Ne voivat näkyä esimerkiksi perhe- ja työelämässä. (Granström 2010, 76-77). Kuviossa 10 kuvataan kivun vaikutuksia päivittäisiin askareisiin, lisäksi siinä on kuvattu sosiaalisten suhteiden ylläpitämistä. Kuvion on tehty tutkimuksen, joka on tehty 15 Euroopan maassa ja Israelissa pohjalta.



Kroonisen kivun vaikutus päivittäisiin askareisiin

Kuvio 10. Kroonisen kivun vaikutus päivittäisiin askareisiin
(Breivik, Collet, Ventafridda, Cohen, Gallagher 2006, 295).

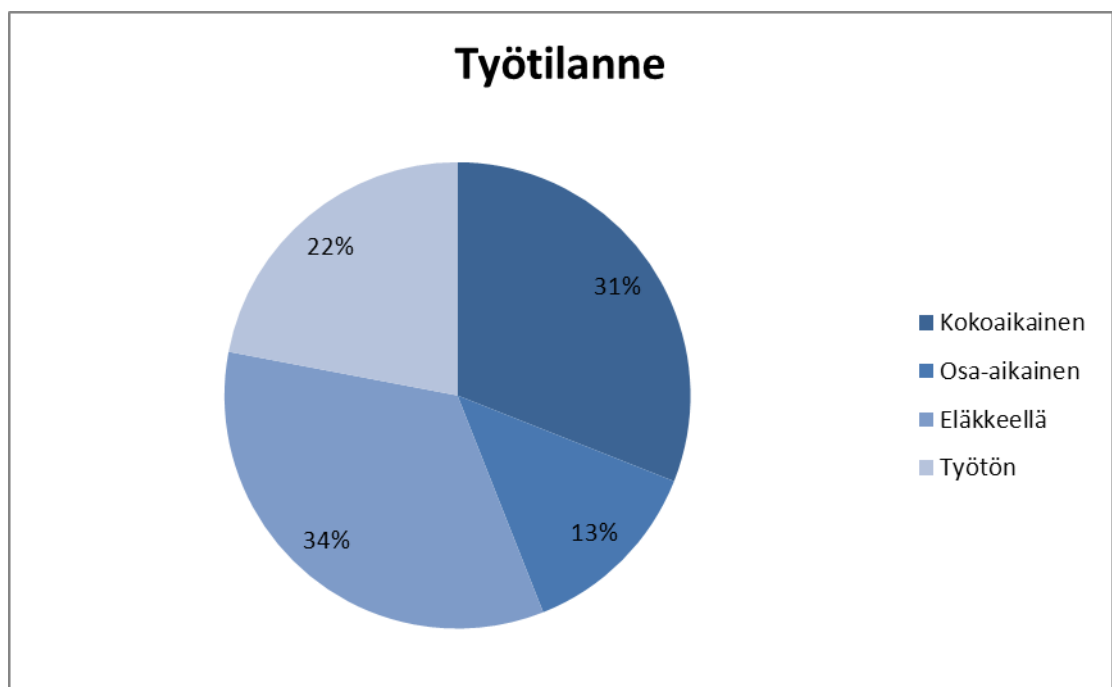
Krooninen kipu vaikuttaa kaikkeen päivittäiseen toimintaan. Osa normaaleista toiminnoista ei kaikilla ole lainkaan mahdollisia, kivun vuoksi.

Perhe-elämässä kivun vaikutus voi näkyä esimerkiksi siinä, että kipupotilas ei voi osallistua kaikkiin yhteisiin harrastuksiin, kodin askareisiin ja hän voi olla väsynyt ja ärtyisä. Kipu aiheuttaa myös usein taloudellisia rasitteita perheelle, voidaan joutua luopumaan joistain jo perinteeksi tai tavaksi muodostuneista asioista. Kipupotilas tuntee usein syyllisyyttä tilanteesta. (Granström 2010, 77-79). Kivun aiheuttamat uudet tilanteet vaativat sopeutumista ja ymmärtämystä kaikilta perheenjäseniltä.

Kivun vaikutus parisuhteeseen voi aiheuttaa jopa eroamisen. Kipupotilas voi tuntea itsensä puolisona riittämättömäksi ja vajavaiseksi. Kipu voi estää parisuhteen

seksielämän täysin. Kipulääkkeet voivat vaikuttaa fyysisesti seksuaalitoimin ja vähentää seksuaalista aktiivisuutta. (Granström 2010, 79-80). Keskusteleminen ja asioiden pohtiminen yhdessä voi kuitenkin auttaa selviämään yli vaikeidenkin tilanteiden. Lisäksi olisi erityisen tärkeää mahdollistaa ulkopuolisen avun hakeminen arjen toimintaan kipupotilaan perheessä. Nykyisessä yhteiskunnallisessa tilanteessa sellainen onnistuu ainoastaan jos on riittävästi rahaa yksityisten palveluiden ostamiseen.

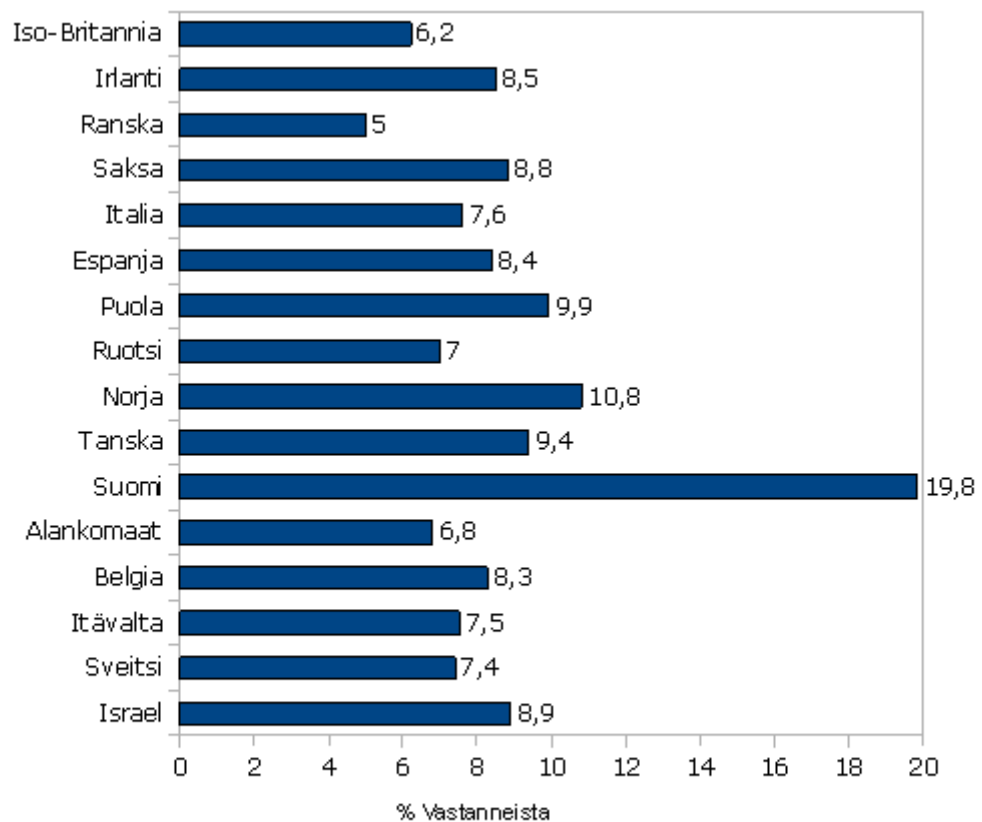
Meiltä kysytään jo hyvin varhaisessa vaiheessa ”Mikä sinusta tulee isona? Työelämään tähdätään jo hyvin varhaisessa vaiheessa, viimeistään perusopetuksen viimeisinä vuosina pitäisi osata vastata edellä mainittuun kysymykseen. Työn arvostus ja nimenomaan palkkatyön on merkittävä suomalaisessa yhteiskunnassa. Työ vaikuttaa ihmisen itsetuntoon, mielen tasapainoon ja sillä on terveyttä ylläpitävä merkitys. Uhka työn menettämisestä ja riittämättömyyden tunne saavat kipupotilaan helposti masentumaan. (Granström 2010, 81). Joillekin ihmisille työ on elämäntapa esimerkiksi yrittäjyys, maatalous, porotalous voivat olla niin suuri osa ihmisen identiteettiä, että työstä luopuminen kivun vuoksi on erityisen vaikeaa tai jopa mahdotonta. Kuvio 11 kuvaa pitkäaikaisesta kivusta kärsivien työtilannetta, onko työkyvytön kokoaika työssä, osa-aikatyössä, eläkkeellä vai työtön.



Kuvio 11. Pitkäaikaisesta kivusta kärsivän työtilanne 16 eri Euroopan maassa (Breivik, Collet, Ventafridda, Cohen, Gallagher 2006, 296).

Isoin osa pitkäaikaisesta kivusta kärsivistä on kuvion 11 mukaan eläkkeellä 34 %, työelämässä vastanneista oli koko-aikatyössä 31 % ja osa-aikatyössä 13 %. Loput 22 % oli työttömänä. Työtilanne numerus 4668 vastaajaa 15 Euroopan maassa ja Israelissa.

Kansainvälisen tutkimuksen mukaan joka, koski 15 Euroopan valtiota ja Israelia, Suomessa ollaan kivun vuoksi huomattavasti pitempi aika poissa työstä keskimäärin kuin muualla Euroopassa

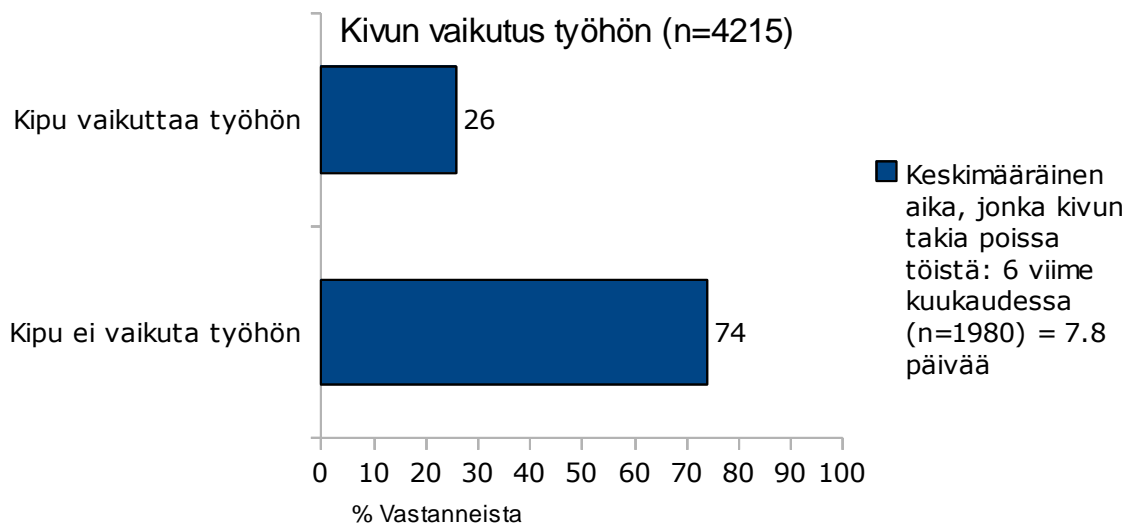


Keskimääräinen päivien lukumäärä, jonka poissa töistä viimeisen 6 kuukauden aikana

Kuvio 12. Keskimääräinen töistä poissaolopäivien lukumäärä (Breivik, Collet, Ventafridda, Cohen, Gallagher 2006, 296.)

Kuvion 12 mukaan Suomessa ollaan eniten, keskimäärin 20 päivää, poissa töistä kivun vuoksi viimeisen puolen vuoden aikana. Vastanneiden määrä tässä kuviossa on 1980. Ero muihin valtioihin on merkittävä, lähes puolet enemmän.

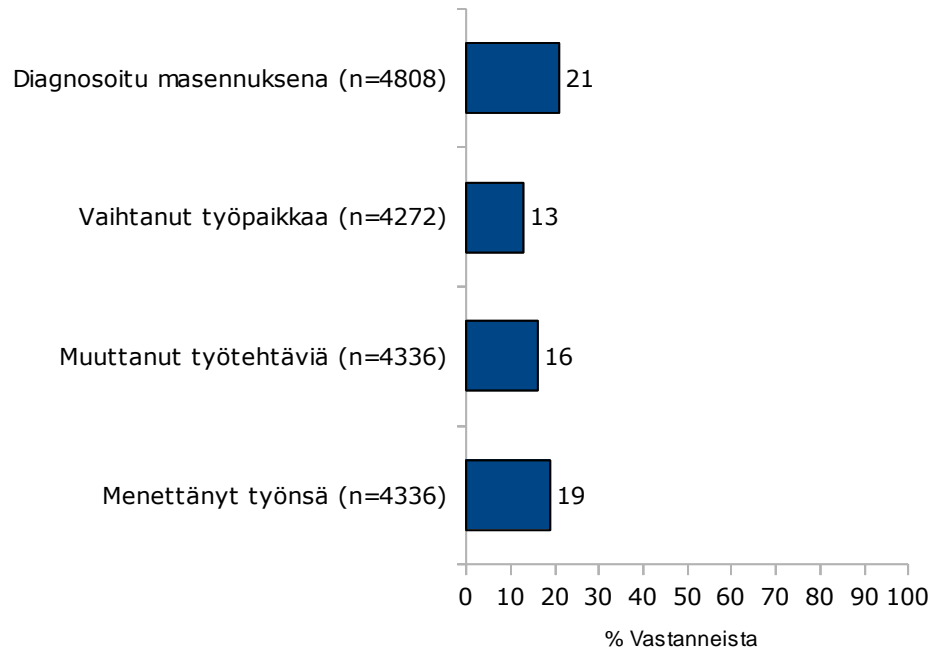
Kuviossa 13 nähdään pitkäaikaisen kivun vaikutusta työhön, onko sillä vaikutusta työhön vai ei. Kuvio tehty edellä mainitun kansainvälisen tutkimuksen pohjalta.



Kuvio 13. Pitkäaikaisen kivun vaikutus työhön
(Breivik, Collet, Ventafridda, Cohen, Gallagher 2006, 296.)

26 % vastanneista ilmoittaa, että kipu ei vaikuta työhön, kun taas 74 % ilmoittaa sen vaikuttavan työhön. Kivun kokonaisvaltainen vaikutus on niin laaja, että sen vaikutukset ilmenevät pitkään jatkuessaan myös työssä. (Breivik, Collet, Ventafridda, Cohen, Gallagher 2006, 296.)

Kuviossa 14 kuvataan kroonisen kivun aiheuttamia muutoksia työtilanteessa ja masennusdiagnoosien määrää vastanneiden lukumäärästä. tutkimus on tehty 15 Euroopan maassa ja Israelissa.



Kuvio 14. Kroonisen kivun aiheuttamat muutokset työtilanteessa ja masennuksena diagnosoinnit

(Breivik, Collet, Ventafridda, Cohen, Gallagher 2006, 297.)

Eniten masennukseen sairastuneita kroonisen kivun myötä oli Espanjassa 29 % vastanneista. Eniten työnsä kivun vuoksi menettäneitä oli Alankomaissa, Tanskassa, Englannissa, Israelissa, Ruotsissa ja Norjassa. Työn muutosmahdollisuuksia oli eniten Italiassa, Ruotsissa, Norjassa ja Irlannissa. (Breivik, Collet, Ventafridda, Cohen, Gallagher 2006, 297.)

Kipupotilaan sairauslomat voivat olla usein pitkiä. Kokonaisuuden kannalta tulee kipuprosessille antaakin paranemisen rauha. Yhteydenpito työpaikkaan sairausloman aikana olisi kuitenkin hyvä olla olemassa. Usein se edesauttaa työntekijänä ja työryhmän jäsenenä säilymistä. Joskus kuitenkin ollaan siinäkin tilanteessa, että työstä kokonaan poisjäänti on kipupotilaan kannalta paras ratkaisu. Harvoin kuitenkin alle 50-vuotiaat haluavat kokonaan pois työelämästä. Tähän vaikuttavat taloudelliset menetykset, itsetunnon huonontuminen ja elämän sisällön kaventuminen. (Granström 2010, 82-84). On kuitenkin tosiasia, että elämä ilman työtäkin voi olla arvokasta, työ mitä tekee voimavarojensa ja taitojensa puitteissa ei tarvitse välttämättä olla palkkatyötä.

3. KIPUMESTARIN TYÖKALUT - VÄRKSTADEN®

3.1 Minäkin voin muuttua

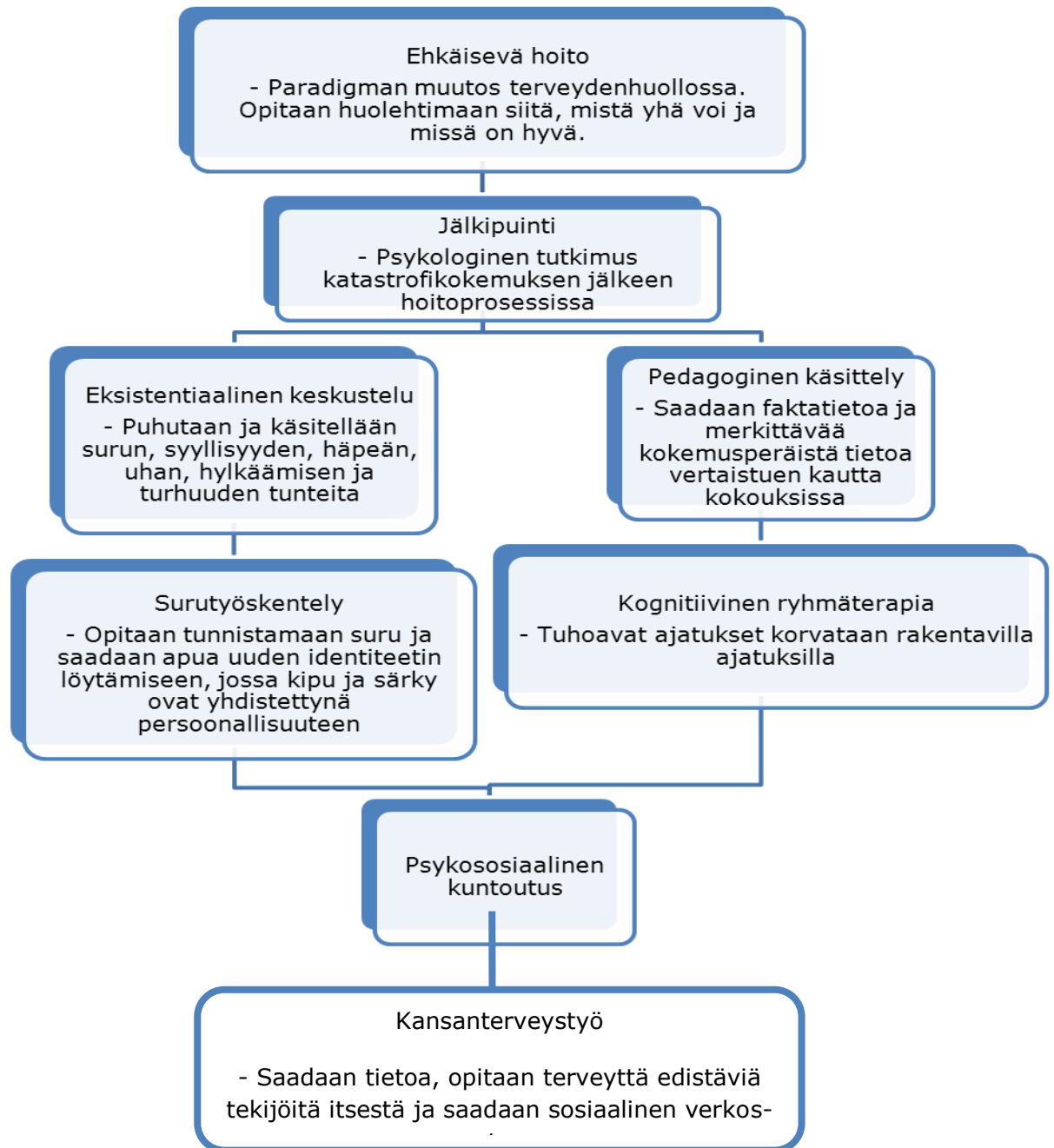
Kivun kroonistuessa kipupotilaan tilanne voi olla hyvin hankala niin fyysisesti, psyykkisesti kuin sosiaalisestikin. Fyysisen kivun lisäksi voi olla, että kipupotilas on sairastunut myös masennukseen. Kriisissä oleva ihminen juuttuu helposti kaaokseensa. Tällaisessa tilanteessa vyyhdin avaaminen voi olla hyvin haastavaa. Gunilla Brattbergin luoma Värkstaden®, eli kipumestarin työkalut, ovat oppimisen apuvälineitä, joiden avulla ihminen voi ymmärtää itseään. Työkalujen idea on jäsentämisessä ja ilmaisemisessa. Ihminen, joka jäsentää ja ilmaisee kokemuksiaan ja ajatuksiaan, oppii tuntemaan itsensä syvemmällä tasolla. (Brattberg, 2001, 4.)

Ihminen, joka kärsii kivusta, haluaa siihen lievitystä. Kivun lievitykseen voidaan usein tarjota esimerkiksi kipulääkkeitä, fysioterapiaa tai sairauslomaa. Voi olla vaikea ymmärtää, että kipumestarin työkalujen avulla voi saavuttaa kivunlievitystä. On kuitenkin totta, että kun ihminen käy läpi oman surunsa ja tutustuu itseensä työkalujen avulla, hyväksyy helpommin tilanteensa ja sitä kautta myös kipu vähenee. Prosessin läpikäyminen vaatii aikaa ja on hyvin henkilökohtainen kokemus. Työskentely tapahtuu 5-10 ihmisen ryhmissä. (Brattberg 2001, 4.)

Kuviossa 15 kuvataan pääpiirteittäin kivunhallintaryhmässä läpi käytävän metodin osa-alueet. Niiden avulla päästään kaaoksesta ja hallitsemattomuudesta yli, ja huomataan omat voimavarat ja mahdollisuudet oman tilansa hallitsemiseen.

VÄRKSTADEN®

Kipumestari työkalujen avulla ihminen oppii selviytymään kiputodellisuudesta ja tulee kipumestariksi



Kuvio 15. VÄRKSTADEN ®
(Brattberg 2001, 14-15)

Usein voi kuulla sanottavan, että olen se mikä olen ja en voi muuttua tästä miksikään muuksi. Näin voidaan luulla ja silloin muutoskaan ei ole mahdollinen. Kun uskoo mahdollisuuteen muuttua ja haluaa muutosta, sen voi todellakin kohdata. Kipupotilaan elämässä käy usein niin, että kipu vie suuren roolin elämässä ja potilas asettuu uhrin asemaan. Työkalujen avulla alkaa monivaiheinen suunnistus, jossa roolit muuttuvat ja kipupotilaasta tulee pääosan esittäjä ja hän hallitsee kipunsa. Suunnistusreitti asettaa kuitenkin haasteita. Sen varrella voi olla isoja esteitä ja päämäärän eli maalin saavuttaminen voi tuntua mahdottomalta. Silloin tarvitaan avuksi karttaa ja kompassia. Kipupotilaalla kartta on kuva kiputodellisuudesta, jota on opeteltava tulkitsemaan ja ymmärtämään. Kompassia tarvitsee silloin, kun ei ole varma onko oikealla tiellä. Kipumestarin työkalut ovat kipupotilaan kompassi matkalla kipumestariksi. Välillä on pysähdyttävä ja otettava suunta kompassista, annettava aikaa parempaan elämään. (Brattberg 2001, 5-7).

Kipupotilaan suunnistus on muutosprosessi, joka etenee yleensä neljän vaiheen kautta. Kieltämisvaiheessa ihminen puolustautuu muutosta vastaan ja kieltää alussa ongelman. Suurissa muutoksissa tämä vaihe voi tuntua kuolemiselta. Osa entisestä identiteetistä voi tehdä tilaa uudelle, paremmalle minälle. Tämän jälkeen kuljetaan hämmennyksen vaiheeseen, johon kätkeytyy käännekohta. Jotta käännekohdan voi kohdata, on hyväksyttävä tilanteensa ja nollattava itsensä avoimeksi uusille vaihtoehdoille ja mahdollisuuksille. Yleensä hämmennyksen vaiheen läpikäyminen vaatii luopumista jostain aikaisemmasta. Kehitysprosessin etenemiseksi on tutkittava nykytilaa, tunnistettava omat ongelmat, haluttava tehdä ongelmilleen jotain ja nähtävä mahdollisuudet. (Brattberg 2001, 5-7.) Kuviossa 16 kuvataan menetelmän avulla pyrittävään henkilökohtaiseen muutosprosessiin ja sen eri vaiheisiin.

Rauhallinen, varma, tehokas, itseään arvostava, rentoutunut, hyvinvoiva	Innokas, vahva, avoin, elävä, riippumaton, luova rohkea, oivaltava
TYTYVÄISYYS ”Kaikki on hyvin, ei muutostoiveita, realistiset saavutetut tavoitteet	UUDISTUMINEN Ahaa-elämyksiä, selkeyttä, energiaa ja halu vaikuttaa
KIELTÄMINEN Ärtynisyys, tyhjyyden tunne, yritys näyttää tyytyväiseltä, mitä muut ajattelevat	HÄMMENNYS tuntuu pahalta, pelko ärtymys, viha, epävarmuus, alemmuuden tunne, yksinäisyys
Ärtynyt, jännittynyt, kyllästynyt, epäröivä, katkera	Yksinäinen, ahdistunut, vaihtelevat mielialat, epäilevä, poissaoleva, väärin ymmärretty, lamaantunut, eksyksissä

Kuvio 16. Muutosprosessi
(Brattberg 2001, 7.)

Muutosprosessin aikana kipupotilas ottaa oman elämän kulun haltuun ja löytää ymmärryksen omaan tilanteeseensa. Kipu hyväksytään, mutta prosessin jälkeen kipu ei hallitse elämää vaan on vain yksi osa kipupotilaan elämää. (Brattberg 2001,7).

3.2 Toiminta

Muutosprosessin alussa ryhmä hyvin erilaisia ihmisiä kokoontuu yhteen. Yksi yhdistävä tekijä heillä on krooninen kipu, jonka jokainen kokee omalla tavallaan henkilökohtaisesti. Jos hankkeeni pilotoidaan Lapin vakuutuspiirin alueella, ryhmään osallistumisen mahdollisuutta tarjotaan kipupotilaalle, joka saa Kelan maksamaa sairauspäivärahaa. Sairauspäivärahapäivien määrä on tuolloin ylittänyt 60 päivää. Kun sairauspäivärahapäivien määrä ylittää 60 päivää, on Kelan

selvitettävä vakuutetun kuntoutustarve. Motivoituneisuus ryhmän toimintaan näkyy siinä ottaako kipupotilas vastaan tarjotun toiminnan ja tuleeko hän ryhmään. Tavoitteena on, että kipupotilaaseen otetaan henkilökohtaisesti yhteyttä ja kerrotaan tarkemmin ryhmän toiminnasta. Kun ryhmä aloittaa toiminnan, niin heti alussa sovitaan säännöt, joita jokaisen ryhmäläisen odotetaan noudattavan. Jos näin ei tapahdu, voi pahimmassa tapauksessa seurauksena olla ryhmästä erottaminen. Säännöissä sovitaan mm. ehdottomasta vaitiolovelvollisuudesta, ryhmän ulkopuolella ei puhuta ketä ryhmässä on ja mitä siellä toiset ryhmäläiset ovat puhuneet, kolmannet osapuolet jätetään keskusteluista pois ja ryhmässä ei ole pakko puhua jos siltä tuntuu, voi vain kuunnellakin. Joka kokoontumiskerta on teemoitettu, aiheita voivat olla esimerkiksi: yksinäisyys ja syrjäytyminen, ajatusten mahti, toivossa on hyvä elää, tukea ja voimaa, itsetuhoisuus. Ryhmää ohjaa sosiaali- tai terveysalan ammattilainen joka tuntee metodin.

3.3 Minä estradille

Teemoitettujen ryhmäkeskusteluiden avulla käsitellään elämänskysymyksiä. Elämänläheisen keskustelun avulla ihmisen käsitystä omasta itsestään pyritään laajentamaan ja kehittämään. Ryhmässä etsitään keskustelujen avulla niitä asioita, jotka ovat kipupotilaan elämässä merkityksellisiä ja tärkeitä. Ryhmän toiminnalla ei tähdätä ihmisen paranemiseen, eikä ihmisen muuttamiseen vaan tavoitteena on antaa elämäänsä väsyneelle ihmiselle elämänhalua. Yhdistäisin kivunhallinnan metodista monia asioita sosiaalityönmenetelmään muistelutyö. Kipumestareiden työskentelymenetelmä poikkeaa siinä sosiaalityön menetelmästä menneisyyden ja tulevaisuuden muistelusta, että aina puhutaan asioista minä muodossa, eikä yksikön kolmannessa persoonassa kuten mainitussa sosiaalityön menetelmässä. Ryhmissä jokainen kertoo (jos tahtoo) jokaisella kokoontumiskerralla omat kuulumisensa ja ajatuksia kokoontumiskerran teemasta. Menetelmässä asioiden jakaminen ryhmässä avaa mahdollisuuden samanlaisten kokemusten tunnistamiseen ja näin syntyy solidaarisuutta. Oman kokemuksen näkökulma laajenee. Sen jälkeen keskustelu on kollektiivista ja kokemus sekä ajatukset saavat kollektiivisen ulottuvuuden. Kipupotilas kokee usein terveydenhuollosta saamansa tiedon olemattomaksi. Kun pyritään kehittämään itsestä huolehtimisen taitoja, on kipupotilaan saatava erilaisia tietoja. Työkalujen ja ryhmätoiminnan avulla saadaan tietoa, jota voi sitten reflektoida omaan tilaansa ja tilanteeseensa. (Brattberg 1998,16), (Dalmaso 2011.)

Kipumestariksi tulemiseen ei riitä pelkästään tieto, valmiudet ja kyky. Kuvio 17 kuvaa mitä kaikkea tarvitaan, jotta voi ymmärtää kivun ja kärsimyksen.



Kuvio 17. Kompetenssiympyrä
(Brattberg 1998, 16-17)

Yksilön tiedonhalu, kiinnostus ja kivun tajuaminen toimivat muutosprosessin moottorina. Kivun ja itsensä ja ympäröivän maailman ymmärtäminen ja tajuaminen ovat edellytyksiä kipumestariksi tulemiselle. (Brattberg 1998, 16.)

3.4 Toimin osallisena ryhmässä

Tässä kivunhallintamenetelmässä keskustelumalli on minäkuva vahvistava, tukeva ja vapauttava. Ulkoisella vaikutuksella pyritään tukemaan ihmistä selviämään vaikeuksista. Keskusteluissa pyritään minäkuvan vahvistamiseen sekä omien voimavarojen löytämiseen ja niiden avulla asenteiden ja käyttäytymisen muuttamiseen. Tämän seurauksena, huolimatta jatkuvasta kivusta, kipupotilas kykenee täysipainoiseen elämiseen. (Brattberg 1998, 26.)

Ryhmämuotoisessa toiminnassa on oma tarkoituksensa. Toimivan ryhmän vaikuttavia tekijöitä ovat mm. yhteinen tavoite, motivaatio, kaikki saavat/voivat vaikuttaa, suvaitsevaisuus ja aika.

”Ryhmä ei voi ajatella, puhua ja kärsiä. Ihmiset voivat ajatella, puhua ja kärsiä ollessaan ryhmässä. He ajattelevat, puhuvat ja kärsivät siitä, mikä liikuttaa heitä ryhmässä ja omassa elämässä.” –Inge Widlund-

Ryhmän toimivuuden kannalta sillä ja jokaisella sen jäsenellä tulisi olla mahdollisuus tulla kuulluksi, ymmärretyksi ja hyväksytyksi. Hyvin toimivan ryhmän terapeutin arvo on merkittävä. Sen avulla voi esimerkiksi:

- *tuntea lähimmäisyyttä, kärsivällisyyttä ja ymmärtämystä*
- *kokea ryhmän yhteyden ja saada turvaverkoston*
- *oppia antamalla ja ottamalla*
- *saada neuvoja*
- *jakaa aikaisempia kokemuksiaan ja saada uusia, kehittäviä kokemuksia*
- *löytää turvasataman, jossa voi purkaa pahaa oloaan*
- *samaistua; peilata itseään muihin ja sen kautta löytää itsensä*
- *lisätä itsetuntemusta*
- *saada toivoa toisten kokemuksista*

(Brattberg 1998, 33-37.)

Vertaisryhmällä on terapeutista arvoa ilman terapiaa. Apu tulee sisältä päin ryhmästä itsestään, eikä sitä kukaan ulkopuolinen tuo ryhmään niin kuin yleensä ammatillisessa suhteessa tapahtuu. Taulukossa 2 verrataan vertaisryhmän ja ammatillisen ryhmän eroja.

Taulukko 2. Vertaisryhmä ja ammatillinen työskentely

VERTAISRYHMÄ	AMMATILINEN TYÖSKENTELY
Keskinäinen apu	Yksisuuntainen apu, antaja ja vastaanottaja
Läheisyys	Ammatillinen etäisyys
Yhteinen ongelma yhdistää	Yhteisiä ongelmia ei ole
Kokemuksellista tietoa	Asiatietoa ja teoreettista tietoa
Yhdenvertainen organisaatio	Hierarkkinen organisaatio

(Brattberg 1998, 41)

Vertaistukiryhmässä voi tuntea osallisuutta ja siinä voi vaikuttaa toimintaan. Nämä lähtökohdat antavat vertaistuelle ominaispiirteitä ja tekevät eroavaisuuksia ammatillisesta näkökulmasta vedettyyn ryhmätoimintaan. Kipupotilaat voivat tulla ryhmään hyvin erilaisin odotuksin. Joillakin voi olla hyvin suuria odotuksia tai osalla ei ole mitään odotuksia ryhmästä. On kuitenkin todettava, että sellaisella jolla ei ole odotuksia ryhmästä voi käydä niin, että ei myöskään saa ryhmästä mitään. Toisaalta jos on hyvin suuret odotukset voi helposti pettyä. Parhaan avun toiminnasta saa sellainen kipupotilas, jolla on realistiset odotukset ryhmästä, osaa olla avoin, mutta kuuntelee myös epämiellyttäviltä kuulostavia asioita. (Brattberg 1998, 41-43.)

Seuraavassa runossa kuvataan kipupotilaassa olevaa pientä toivonkipinää paremmasta huomisesta. Joskus se lanka joka pitää vielä kiinni elämässä voi olla seitin ohut, kuitenkin toivoa paremmasta huomisesta ei tulisi menettää.

Tyttö ja varis

Luin lehteä tässä päivänä muutamana,
 joka muista eronnut ei.
 Uneksittuja haaveita ajattelin, jotka aika mukanaan vai.
 Näin kuvassa tyttösen kantavan vahingoittunutta varista
 hän juoksemaan lähtee
 läpi metsän, niin pian kuin ikinä voi.
 Ja hän juoksee hintelin jaloin,
 Minut tuska ja hätä sai vapisemaan
 ja pelosta täristen näin
 hän rukoilee ja pyytää toivoen
 ja uskoen ettei myöhäistä aivan ois.
 Tyttö pieni, hänen tukkansa vaalea,
 ja poskilla hohtava puna.
 Varis kömpelö, raakkuva, musta
 hetken päästä täysin lamattuna.
 Mutta tyttö juoksee hätäisenä lintu ammuttu sylissään,
 juoksee suojaa ja lämpöä kohti
 kohti oikeaa ja totta
 sillä todeksi tietää isänsä sanat:
 Kun elää, ei myöhäistä koskaan ole.
 että selvästi minusta itsestään tämä kuva on edessään.
 Vioittunut varis minun toivoni on ja minä juokseva lapsi,
 joka uskoo, että on joku
 jolta vastauksen ja avun saan.
 Minä juoksen hakkaavin sydämin,
 minä juoksen hintelin jaloin,
 minä rukoilen ja anon
 vaikka tiedän, se myöhäistä on. -Mikael Wiehe-

4. KUNTOUTUS

4.1 Kuntoutus osana yhteiskuntajärjestelmää

Sana kuntoutus tulee latinan kielen sanasta *rehabilitare*, joka merkitsee entisöidä, restauroida. Englanninkielinen sana on *rehabilitate*, joka voidaan kääntää kolmella eri tavalla;

- a. auttaa fyysisesti tai psyykkisesti vammautunutta (tai juuri vankilasta vapautettua) sopeutumaan uudelleen yhteiskuntaan, uuteen työhön neuvomalla, uudelleen kouluttamalla tai terapialla,*
- b. Palauttaa entinen asema tai sääty (rank),*
- c. palauttaa maine (Salonen 2006, 181-182).*

Kuntoutus on nähty osaksi yhteiskunnan toimintajärjestelmää. Sen tavoitteena on yleensä ollut saattaa sairaat, vammautuneet ja joskus myös huono-osaiset osaksi normaaliuden maailmaan. Perusteluja kuntoutukselle on etsitty ensisijassa yhteiskunnan hyödyistä. Yhteiskunnallisesti kuntoutuksen on katsottu tuovan lisätyövoimaa. Usein on mainittu kuntoutuksen mahdollisuudet hoitokustannusten ja sosiaalihuoltokulujen vähentämisessä. (Härkäpää, Järvikoski 1995, 10-13).

Nykyisin kuntoutuksessa korostuu myös yksilön näkökulma ja hänen suhteensa ympäristöönsä. Kuntoutus määritellään ihmisen tai ihmisen ja ympäristön muutosprosessina. Sen tavoitteena on toimintakyvyn, itsenäisen selviytymisen, hyvinvoinnin ja työllisyyden edistäminen. Kuntoutuksen ero hoidosta on sen monialaisuudessa ja menetelmissä. Kuntoutus on suunnitelmallista, monialaista ja pitkäjänteistä toimintaa ja sen tavoitteena on auttaa kuntoutujaa hallitsemaan elämäntilannettaan. Ydinkysymys on kuntoutujan oma osallisuus kuntoutusprosessissa ja vaikuttaminen ympäristöön. Ilman osallisuutta ei kuntoutukselle tule vaikuttavuutta. Kuntoutuksen psykososiaaliset ja sosiaaliset ulottuvuudet ovat nousseet yhä suuremmiksi. Lähiyhteisön ja kuntoutujan sosiaalisen verkoston merkitykset ovat tärkeitä. Laadukkaan kuntoutuksen tunnusmerkkejä ovat yksilöllisyys, yhteisöllisyys, unohtamatta kuitenkin kuntoutujan yksityisyyden kunnioitusta. (Alaranta, Malmivaara 2007, 4.)

Eri lait ohjaavat kuntoutuksen toteutumista ja velvoittavat sen toteuttamiseen. Taulukkoon 4 on koottu keskeisimpiä kuntoutukseen liittyviä lakeja.

Taulukko 4. Kuntoutusalan lainsäädäntö

KUNTOUTUSALAN LAINSÄÄDÄNTÖ

Esimerkkejä lääkinällistä ja sosiaalista kuntoutusta koskevista laeista:

- Laki kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista 566/2005
- Asetus Kelan järjestämästä kuntoutuksesta
- KRL Kuntoutusrahalaki 611/1991
- Vammaistukilainsäädäntö 124/1988
- Kansaneläkelaki 568/2007, 347/1956
- Kansanterveyslaki 66/1972
- Erikoissairaanhoidtolaki 1062/1989
- Päihdehuoltolaki 41/1986
- Työ- ja virkaeläkelainsäädäntö (TEL, LEL, TaEL, MYEL, MEL, VEL, KES)
- Sotilastapaturmalaki 1211/1990
- Sotilasvammalaki 404/1948

(Kähäri-Wiik, Niemi, Rantanen 2006, 64.) (Finlex 2005)

Yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan tarpeet ovat perusteita kuntoutukselle. Kuntoutuksen lainsäädäntö ja palvelujärjestelmä on kehitetty kuntoutustarpeille. Palvelujärjestelmää voidaan pitää eräänlaisena tukirakenteena kuntoutukselle. Lähtökohtana kuntoutukselle kuitenkin tulisi aina olla kuntoutuja eikä järjestelmä. Lähtökohdiltaan hyvin erilaiset ihmiset tarvitsevat erilaisia palveluja. Palvelukokonaisuuden tulee olla hyvin monimuotoinen ja joustava. Kuntoutuksen kokonaisuus muodostuu erityyppisistä toisiaan täydentävistä toiminta-alueista ja palveluista. Ne voidaan jakaa neljään osa-alueeseen; kasvatuksellinen, lääkinällinen, ammatillinen ja sosiaalinen kuntoutus. (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä, Ihalainen 2003, 325-328). Taulukkoon 5 on koottu keskeisiä kuntoutuspalvelujen tuottajia, kuntoutusmuotoja ja kohderyhmiä.

Taulukko 5. Kuntoutuspalvelujen tuottajia

KUNTOUTUSPALVELUJEN TOTEUTTAJA, RAHOITTAJA	KOHDERYHMÄ	KUNTOUTUSMUODOT
Terveystenhuolto	<ul style="list-style-type: none"> o Kaikki ikäluokat, joilla on jokin fyysinen tai psyykkinen sairaus tai vamma 	<ul style="list-style-type: none"> o Lääkinnällinen kuntoutus terveyskeskuksissa, sairaaloissa, työterveyshuollossa, mielenterveysyksiköissä sekä avo- ja laituskuntoutusyksiköissä
Sosiaalihuolto	<ul style="list-style-type: none"> o Henkilöt, perheet tai yhteisöt, joilla on toimintakyvyn ongelmia tai turvattomuutta. o Vammaiset, vajaakuntoiset, päihdeongelmaiset ja toimeentulon saajat 	<ul style="list-style-type: none"> o Sosiaalinen kuntoutus: vammaispalvelut, kehitysvammaisten erityishuolto, päihdehuolto ja lastensuojelu. Sosiaalipalvelut, kuten kotipalvelu, asumispalvelut ja toimeentulotuki o Kuntouttava työtoiminta
Opetushallinto	<ul style="list-style-type: none"> o Vamman, sairauden, kehityksen viivästymisen, tunne-elämän häiriön tai muun syyn vuoksi erityisopetusta tai ohjauspalveluja tarvitsevat perus- tai ammatillisen oppilaitoksen opiskelijat 	<ul style="list-style-type: none"> o Kasvatuksellinen kuntoutus peruskoulun erityisopetuksena o Ammatillinen kuntoutus ammatillisena erityisopetuksena
Työhallinto	<ul style="list-style-type: none"> o Työttömät ja työsuhteessa olevat vajaakuntoiset työnhakijat 	<ul style="list-style-type: none"> o Ammatillinen kuntoutus, mm. yleiset työnvälityspalvelut, kuntoutustutkimukset, työkokeilut
Kela	<ul style="list-style-type: none"> o Vaikeavammaiset alle 65-vuotiaat o Henkilöt, joilla työkyvyttömyyden uhka sairauden tai vamman vuoksi tai työkyky on olennaisesti heikentynyt 	<ul style="list-style-type: none"> o Lääkinnällinen kuntoutus vaikeavammaisille o Harkinnanvarainen kuntoutus o Ammatillinen kuntoutus o Kuntoutusraha
Vakuutuslaitokset ja työeläkelaitokset	<ul style="list-style-type: none"> o Liikenne-työtapaturmassa vammautuneet o Ammattitautiin sairastuneet 	<ul style="list-style-type: none"> o Lääkinnällinen ja ammatillinen kuntoutus
Vammaisjärjestöt	<ul style="list-style-type: none"> o Vamman tai sairauden vuoksi toimintarajoitteiset 	<ul style="list-style-type: none"> o Monipuoliset kuntoutuspalvelut, mm. palvelutalot, työklinit, sopeutumisvalmennuskursit, tukihenkilötoiminta

(Kähäri-Wiik, Niemi, Rantanen 2006, 26-27.)

Kipupotilaan kuntoutusta järjestäviä tahoja ovat yleisimmin terveydenhuolto, työhallinto, Kela, vakuutus- ja työeläkelaitokset sekä vammaisjärjestöt.

Asko Suikkasen (2009, 1-3) mukaan kuntoutuksen nykyiset toimintamuodot ovat olleet käytössä viimeiset 3-4 vuosikymmentä ilman suurempia sisällöllisiä muutoksia. Kuitenkin yhteiskunta sekä työmarkkinat ovat muuttuneet tänä aikana hyvin paljon. Myös kuntoutus tarvitsee uudistuksia. Nykyinen Suomessa toteutuva laitosmainen kuntoutus on lähellä tiensä päättä. Aiemmin kuntoutus on perustunut lähinnä lääketieteeseen, jonka avulla on vastattu yhteiskunnan aiheuttamiin pääsääntöisesti fyysisiin ongelmiin ja niiden aiheuttamiin työkykyongelmiin. Kehitys on perustunut eri alojen asiantuntijuuteen. Ihminen on nähty psyykkisenä, fyysisenä, sosiaalisena tai ammatillisena toisistaan irrallisena osana. Nykyiset kuntoutuksen toimintamallit ovat järjestelmäkeskeisiä ja kuntoutuksen kohteet yksilö- ja vajavuuskeskeisiä. SATA- komitea on painottanut työterveyshuollon ja kuntoutuksen vahvempaa roolia työkyvyn edistämässä ja työkyvyttömyyttä ehkäisevässä toiminnassa. Se on vaatinut Kelan kuntoutuksen käynnistämistä aikaisemmin, toimintaprosessien selventämistä ja kuntoutuksen kytkemistä työelämään.

Finohtan (terveydenhuollon menetelmien arviointiyksikkö) mukaan kuntoutuksen vaikuttavuudesta julkaistaan vähän kansainvälisellä tasolla tuloksia. Sama koskee myös kuntoutuksen tuloksia kustannusvaikutusten arviointia. Raporttien arviointi painottui pääsääntöisesti psyykkisen tai psykiatrisen moniammatillisen intervention vaikuttavuuden arvioon sekä terveyskäyttäytymiseen kohdistetun intervention vaikuttavuuden arviointiin. (Alaranta, Malmivaara 2007, 6) Arvioinnin merkitys kuntoutuksen eri vaiheessa on jo kuntoutujankin kannalta tärkeää. Erityisesti kuntoutusjärjestelmän kehittämisen kannaltakin sen merkitystä tulee korostaa ja järjestämistä sekä järjestämisen vastuuta kehittää.

4.2 Kelan harkinnanvarainen kuntoutus

"Kela järjestää ja korvaa kuntoutuspalveluja Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuuksista annetun lain (566/2005) perusteella. Kela kehittää ja hankkii kuntoutuspalveluja ja varmistaa niiden laadun." (Kelan avo- ja laitosmuotoisen kuntoutuksen standardi 2011, 1).

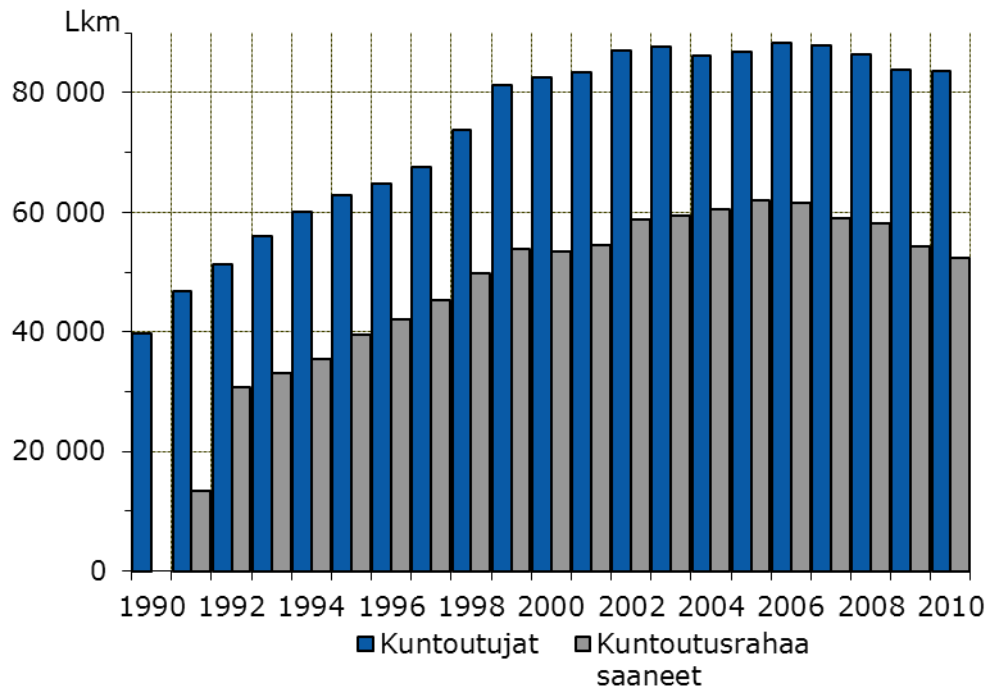
Kela järjestää ja korvaa lakisääteistä ammatillista ja vaikeavammaisten kuntoutusta. Harkinnanvaraista kuntoutusta se voi myöntää eduskunnan vuosittain määrittämän määrärahan puitteissa. Harkinnanvarainen kuntoutus on tarkoitettu pääsääntöisesti työikäisille, joilla sairaus tai vamma haittaa työkykyä. Joissain tapauksissa harkinnanvaraista kuntoutusta voivat saada yli 65-vuotiaat joiden toimintakykyyn ja elämänlaatuun voidaan vaikuttaa parantavasti kuntoutuksella. (Kela, Harkinnanvarainen kuntoutus, 2011). Kelan on tarvittaessa selvitettävä henkilön kuntoutustarve viimeistään silloin kun hänelle maksettujen sairauspäivärahojen lukumäärä ylittää 60. Ennen työkyvyttömyyseläkepäätöstä on varmistettava, että kuntoutusmahdollisuudet on selvitetty. (Kelan kuntoutustilasto 2009, 6.)

Harkinnanvarainen kuntoutus voi olla esimerkiksi:

- Yksilöllinen kuntoutusjakso
- Kuntoutus- ja sopeutumisvalmennuskurssi
- Ammatillisesti syvennetty lääketieteellinen kuntoutus (Aslak-kurssi)
- Kuntouttavaa hoitoa reumaa sairastavalle
- Neuropsykologista kuntoutusta

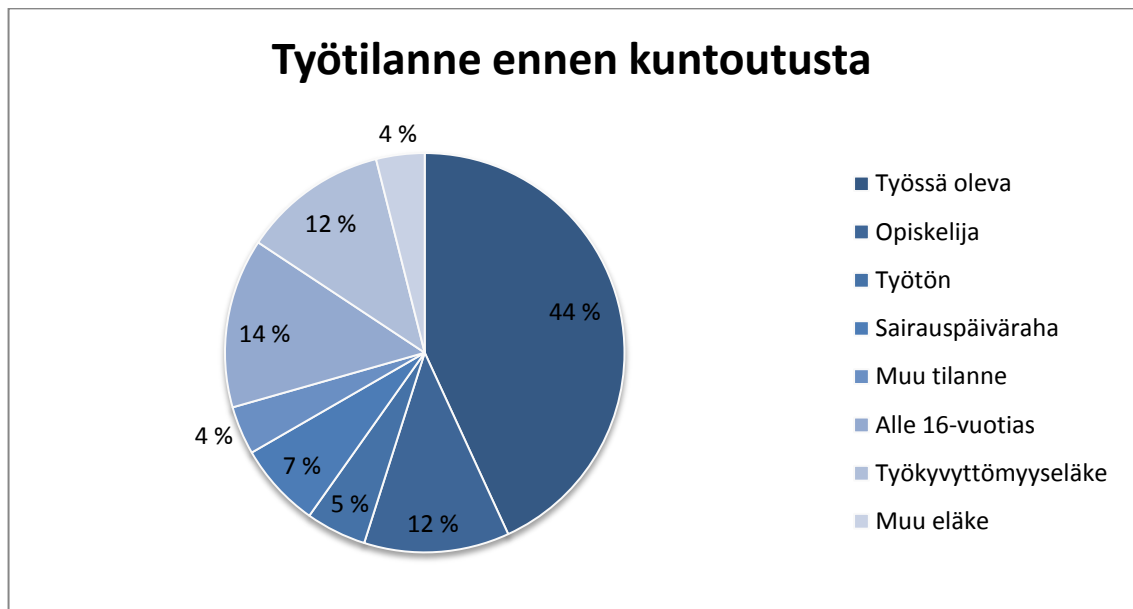
(Kela, Harkinnanvarainen kuntoutus, 2011)

Harkinnanvaraisen kuntoutuksen varoja voidaan käyttää yksilöön kohdistuvan kuntoutuksen lisäksi, sairauksien ehkäisemiseen, kuntoutusta koskevaan tutkimustoimintaan ja tarvittaessa Kelan avustamien kuntoutuslaitosten toiminnan tukemiseen. Näitä kustannuksia vuonna 2009 oli yhteensä 5,6 miljoonaa euroa. Harkinnanvaraiseen kuntoutukseen käytettiin 97 miljoonaa euroa. Kaiken kaikkiaan kuntoutuskustannukset olivat vuonna 2009, 305 miljoonaa euroa. (Kelan kuntoutustilasto 2009, 7-10).



Kuvio 18. Kuntoutusetuuksia saaneet vuosina 1990-2009
(Kelan kuntoutustilasto 2009, 9)

Vuonna 2009 Kelan kuntoutuspalveluja sai 83 770 henkilöä. Vuodesta 2000 vuoteen 2009 kuntoutujien lukumäärä kasvoi 1,6 %. Kuntoutujista on vuosittain noin 40 % uusia kuntoutujia. Kuviossa 19 kuvataan vakuutetun työtilannetta ennen kuntoutusta.



Kuvio 19. Kuntoutujien työtilanne ennen kuntoutusta Suomessa vuonna 2009
(Kelan kuntoutustilasto vuonna 2009, 14)

Suurin osa kuntoutuksesta tapahtuu työssä ollessa, eli 44 % kokonaismäärästä. Työkyvyn ylläpitäminen palauttaminen on pääsääntöisesti työikäisten kuntoutujien päätavoite.

Kela valvoo kuntoutuksen laatua standardein. Niissä määritellään kuntoutuksen laatuvaatimukset ammatilliselle, lääkinnälliselle ja harkinnanvaraiselle kuntoutukselle. Kuntoutusstandardissa määritellään, millä tavoin kuntoutus tulee järjestää ja palveluntuottajan tulee toteuttaa kuntoutus sen mukaisesti ja pyrkiä kuntoutuksen mahdollisimman suureen vaikuttavuuteen. Näin pyritään turvaamaan kuntoutujille hyvä kuntoutus oikea-aikaisesti sekä varmistamaan kuntoutujan oikeudet. (Kelan avo- ja laitospuotoisen kuntoutuksen standardi 2011, 1).

”Kelan järjestämä kuntoutus perustuu hyvään kuntoutuskäytäntöön ja vaikuttavuustuloksiin. Hyvällä kuntoutuskäytännöllä tarkoitetaan sitä kuntoutuskäytäntöä, jota Kelan ja julkisen terveydenhuollon kuntoutuksessa yleisesti hyväksyttynä noudatetaan. Yleisesti hyväksytyksi kuntoutus katsotaan vakiintuneen ja kokemusperäisesti perustellun kuntoutuskäytännön tai vaikuttavuustiedon perusteella.” (KKRL 10§ ja HE 3/2005) (Kelan avo- ja laitospuotoisen kuntoutuksen standardi 2011, 2).

Kuntoutuskurssit toteutetaan moniammatillisesti ja ne ovat kokonaisvaltaista ryhmämuotoista toimintaa. Kursseilla asetetaan kuntoutujalle yhteisten tavoitteiden lisäksi henkilökohtaiset tavoitteet, jotka voivat olla fyysisen, psyykkisen tai sosiaalisen toimintakyvyn alueella. Kursseihin voi liittyä myös työpaikkakäyntejä ja yhteydenpitoa työterveyshuoltoon. Palveluntuottaja tekee kurssin jälkeen kuntoutusselosteen, joka sisältää sekä yleiset että yksilölliset osuudet. (Kelan laitospuotoisen kuntoutuksen standardi 2008, 1-18).

Standardista on poistettu kipukuntoutuskurssit muun muassa sen vuoksi, että kipu ei ole sairaus. Nykyisessä standardissa osan sairauskohtaisten kuntoutuskurssien sisällössä on psykososiaalinen ohjaus ja neuvonta. Tämän kokonaisuuden sisältöön kuuluu mm. kivunhallintaan ja kipuoirehdintaan liittyviä asioita. Osassa kursseja kivunhallintaan ja kipuoirehdintaan liittyvät asiat sisältyvät kokonaisuuteen tietoa sairaudesta ja terveysneuvonta. Se onko sillä vaikuttavuutta jää nähtäväksi. Kela on ottanut kuntoutuksen arviointiin välineeksi GAS- arviointimenetelmän, jolla kuntoutuksen vaikuttavuutta voidaan mitata.

5. ASIANTUNTIJA-ARTIKKELIT

5.1 Selätin sen yksi-nolla

Kipupotilas Riitta Tauriainen

Miksikö tähän ryhdyin? Siksi, että te ymmärtäisitte, miksi entisestä minusta on kadonnut jotain ja tilalle on tullut jotain josta ette ehkä pidä. Tämä on kirjoitettu niille, jotka ihmettelevät ja epäilevät selkäkipuisen epämääräisiä oireita. Niille jotka ihmettelevät selkäkipuisen kykyä kävellä kesät metsässä nauttien sen antimista ja keräten voimia seuraavan syksyn ja kevään kipuhelvettiin. Tämä on kirjoitettu niille, jotka saavat päättää ihmisten hoidosta ja kuntoutuksesta, jotta näkisitte mitä meille tarjoatte.

Se varasi tontin kehostani kun olin 27-vuotias. Se oli nimeltään kipu selässä, lannerangan alueella. Tuolloin hoitoketju alkoi työterveyshuollossa, lääkkeenä kipuun oli Burana ja lepo. Kivun arvioitiin tuolloin johtuvan iskiaksesta. Kipu selässä jatkui ja pikkuhiljaa myös maha kipeytyi. Jouduin menemään uudestaan työterveyslääkärin vastaanotolle. Lääkäri kielsi Buranoiden syönnin, koska ne saattoivat aiheuttaa vatsahaavan ja seuraavaksi määrättiin kipulääkkeeksi parasetamolia. Lähetete magneettikuvaukseen Lapin keskussairaalaan annettiin ensimmäisen kerran tuolloin. Kävin kuvauksessa ja alimmassa nikamavälissä oli pieni vasemmanpuoleinen prolapsi, lisäksi välilevyissä oli alkavaa protruusiota eli rappeumaa. Hoidoksi valittiin konservatiivinen hoitolinja eli leikkaustarvetta ei ollut. Annettiin lähetete terveyskeskuksen fysioterapiayksikköön itsehoito-ohjeita varten sekä särkylääke resepti, jolloin lääke muuttui Voltaren retardiksi.

Fysioterapiassa lähettivät minut röntgeniin, selästä otettiin kuvat ja niiden perusteella selkärangassa todettiin olevan skolioosin, kahdessa eri kohtaa. Ohjeeksi sain selkälihasten kunnossa pitämiseksi erilaisia selkää vahvistavia jumppa- ja venyttelyohjeita. Tuolloin sairauslomat kestivät 2-4 viikkoa ja ehdin toipua hyvin

tuossa ajassa työkykyiseksi. Yleensä kipujakso ajoittui huhti- ja toukokuun vaihteeseen sekä loka- ja marraskuun vaihteeseen. Vanhojen sanontojen mukaan kun säät muuttuvat niin luita voi kolottaa. Näin mentiin joitain vuosia eteenpäin ja kivut olivat kohtuullisia. Karneimmat painajaisetkaan eivät osanneet ennustaa sitä helvettiä mitä tulevat vuodet toisi tullessaan. Hoidoissa tapahtui lähinnä lääkkeiden vaihdoksia, yleensä kirjoitettiin aina vain voimakkaampia kipulääkkeitä, kunnes ne olivat keskushermostoon vaikuttavia niin sanottuja punaisen kolmion kipulääkkeitä. Lisäksi kävin yksityisellä sektorilla fysioterapialaitoksessa kalliin selkäkuntoutuksen. Siellä opetettiin taas selkä- ja vatsalihaksia vahvistavia liikesarjoja, joita voisi tehdä kuntosalilla. Minä ja perheeni, johon kuuluivat puoliso ja vuonna 1994 syntynyt esikoispoikamme, asuimme Rovaniemellä. Puolisoni jäi työttömäksi 17 vuoden työuran jälkeen ja minä tein montaa eri osa-aikatyötä. Vuonna 1999 puoliso joutui sitten muuttamaan työn perässä Sodankylään. Elimme matkalaukkuelämää, niin että vietimme viikonloput koko perhe yhdessä joko Sodankylässä tai Rovaniemellä. Loppuvuodesta 1999 päätin minäkin sitten kysellä töitä Sodankylästä, koska ei ollut helppoa asua kahdella eri paikkakunnalla. Pääsin töihin vuoden 2000 alusta Sodankylän kuntaan lastentarhanopettajaksi. Vuonna 2001 syntyi toinen lapsemme. Työsopimukset kunnassa olivat määräaikaisia ja niin päätin sitten vuonna 2004 hakea töitä Kelasta jonne avautui asiakasneuvojan vakituinen paikka. Minut valittiin Kelan Sodankylän toimistoon asiakasneuvojaksi. 1.5.2004 aloitin ensimmäisen kerran elämässäni vakituisen kokoaikatyön. Olimme kotiutuneet hyvin Sodankylään ja olin saanut paljon ystäviä kylästä jossa asuimme. Myös selästäni varatulle tontille alettiin tehdä rakennuksen pohjatöitä lähes saman tien kun aloitin työni Kelassa. Jouduin olemaan pois työstä vähän väliä kun selkä oireili niin pahasti. En ymmärtänyt vielä tuolloinkaan mistä on kyse. Tein kaikki asiat niin kuin aina ennenkin, vaikka se usein vain pahensi tilannetta selän suhteen. Sairauslomalle jäin vasta siinä vaiheessa kun lapset laittoivat äidille aamulla sukat ja kengät jalkaan. Omatunto kalvoi mieltäni jatkuvasti, työstä poissaolojen vuoksi. Sanoinkin monesti esimiehelleni, että hän oli tehnyt väärän valinnan ottaessaan minut töihin, koska olin jatkuvasti kipeänä.

Kipu rakensi korkeaa ja hyvillä perustuksilla olevaa kerrostaloa huimaa vauhtia kehooni. Vuonna 2005 tähystettiin oikea polvi, koska jostain syystä se alkoi selän ohella oireilla. Polvessa todettiin olevan nivelrikko. Selkä oli jatkuvasti kipeä, olin terveydenhuoltopalvelujen suurkuluttaja. Vuonna 2005 minulla oli Lapin keskussairaalassa eri poliklinikoiden vastaanottokäyntejä tai puhelinaikoja fysioterapiassa kolme, kipupoliklinikalla 12, fysiatrian poliklinikalla kaksi, kirurgian osastolla olin kaksi vuorokautta, erittäin hankalan kiputilanteen vuoksi.

Hoitokeinona kokeiltiin sakraalipuudutuksia, erilaisia lääkityskombinaatioita, fysioterapiaa, ja selän tukiliiviä.

Vuonna 2006 terveydenhuollon palveluiden käyttö vain lisääntyi. Kävin terveyskeskuksessa 13 kertaa, Lapin keskussairaalassa oli vastaanottokäyntejä ja puhelinaikoja yhteensä 17, näistä kirurgiaan poliklinikalla oli kolme käyntiä ja 10 kipupoliklinikalla. Vuoden lopussa aloitin Lapin keskussairaalassa suljetussa kivunhallintaryhmässä käynnit. Ryhmässä oli minun lisäksi kuusi osallistujaa ja sitä ohjasivat psykologi Reijo Mäki ja kipupoliklinikan sairaanhoitaja Marja Kiuru. Ryhmässä käytettiin ruotsalaisen Gunilla Brattbergin luomaa Kipumestarin työkalut kirjaa. Menetelmä avasi minulle keinoja löytää elämästä hyviä asioita ja niitä asioita, joita pystyin vielä tekemään kivusta huolimatta. Välillä ryhmässä itkettiin, välillä naurettiin ja prosessi ei ollut helppo, mutta äärimmäisen antoisa. Sain vertaisryhmältä tukea, jota kukaan muu ei kyennyt antamaan. Ymmärsin, että voin itse auttaa itseäni monissa asioissa, itsetuntoni koheni ja voin paremmin.

Lisäksi hoitoina olivat kipulääkkeet ja fysioterapia. Vuonna 2006 olin myös Kelan myöntämällä yksilöllisellä laitostuntoutusjaksolla. Vuoden aikana sain elämähalua vertaistuesta, jota sain kivunhallintaryhmässä ja laitostuntoutusjaksolla. Muutoin kuntoutuslaitosjakso oli aika tehoton, siellä käytiin jälleen läpi niitä lukuisia liikunta- ja jumppaohjeita joihin olin jo aiemmin saanut tutustua.

Seuraava vuosi 2007 oli ensimmäinen vuosi osa-aikaisella kuntoutustuella. Sen hyväksyminen, että en voinut tehdä enää täyttä työpäivää, oli vaikeaa. Onneksi minulla oli vielä kivunhallintaryhmässä mahdollisuus käsitellä asiaa, koska niin iso muutos se oli elämässä. Olin 40-vuotias, ja työkykyni oli kyseenalaista. Jotain kuitenkin tapahtui, lääkäriissä käynnit vähenivät merkittävästi. Terveyskeskuskäyntejä oli neljä ja keskussairaalassa käyntejä neljä. Kipupoliklinikan käyntejä oli yksi, kirurgian poliklinikalla kaksi ja sisätautien poliklinikalla yksi. Viimeksi mainitulla poliklinikalla jouduin käymään reumaepäilyn vuoksi, joka onneksi osoittautui turhaksi. Uskon vahvasti, että edellisen vuoden aikana käyty kivunhallintakurssi vähensi huomattavasti lääkäriissä käyntejä, koska ymmärsin eri tavalla kipuani ja se ei hallinnut elämäni. Tukevarakenteinen kerrostalo oli kaadettu kehostani ja olin noussut sen raunioiden päälle.

Se oli kuitenkin totta, että selässäni oli kulumia ja nivelrikkoa. Pienet pullistumat aiheuttivat epämääräisiä kipuja selässä ja jaloissa. Leikattavaa ei ollut ja hoitolinja säilyi konservatiivisena. Kävin kaksi kertaa myös Oulun yliopistollisessa keskussairaalassa huippu ortopedien leikkausarvioissa, mutta konservatiivisen hoitolinjan arvio säilyi sielläkin. Lääkärit eivät koskaan ole kyseenalaistaneet kipuani. Hoitovaihtoehtoja on etsitty sinnikkäästi.

Joskus tuntui, että ihmiset epäilivät selkäkipuani senkin vuoksi, että sitä ei voinut leikata. Onneksi olin kivunhallintaryhmässä oppinut sen, että se oli heidän tyhmyytensä eikä minun tarvinnut sitä murehtia.

Vuoden 2008 alusta minulle myönnettiin pysyvä osatyökyvyttömyyseläke. Kävin vuoden aikana terveystieteiden keskuksessa kaksi kertaa ja Lapin keskussairaalassa 15 kertaa. Nämä olivat puhelin- ja vastaanottoaikoja; kaksi fysiatrian poliklinikalla, yksi kuntoutustutkimusyksikössä, yksi fysioterapeutilla, seitsemän kipupoliklinikalla, kolme kirurgian poliklinikalla. Lisäksi polvi täyhystettiin päiväkirurgisessa yksikössä. Aloitin joulukuussa Temgesicin käytön kipulääkkeenä. Se on voimakas huumaava lääke ja aiheuttaa helposti riippuvuutta. Syksyllä 2008 aloitettiin Sodankylässä avoin kivunhallintaryhmä, johon osallistuin myös säännöllisesti. Ryhmän toiminta perustui myös Brattbergin käyttämään menetelmään. Siellä ei kuitenkaan käytetty yksilökohtaista Kipumestari-työkirjaa vaan kokoontumiskerroilla oli eri teemoja, joita käsiteltiin ryhmässä.

Seuraavan vuoden syksyllä aloitin nykyiset opintoni Kemi-Tornion ammattikorkeakoulussa. Omassa työssäni olin saanut huomata, että osatyökykyisyyteni vuoksi en voinut enää edetä, enkä tehdä vaativampia tehtäviä. Halusin kuitenkin kehittää itseäni ja ammattitaitoani, joten päätin hakeutua koulutukseen. Janosin onnistumisen kokemuksia, joita en enää työssäni saanut. Loppusyksystä tuli kuitenkin taas äkkijarrutus, jonka vuoksi myös opintoni oli vaarassa keskeytyä. Nostin raskasta taakkaa ja alkoi kuukausien tuskainen aika. Terveystieteiden keskuksen käynnit kertyi muutamassa kuukaudessa 42, kävin siellä lähes päivittäin jopa kaksikin kertaa päivässä. Minulle pistettiin Oxynorm nimistä voimakasta kipulääkettä ja lihaksia rentouttavaa Norflexia. Jäin pois töistä sairauslomalle. Sairauspäiväraha minulta hylättiin, koska sen enimmäisaika 300 päivää oli täyttynyt. Keskussairaalakäynnit tuona vuonna oli yhdeksän, niistä kirurgian poliklinikalla yksi, kipupoliklinikalla kuusi, kuntoutustutkimusyksikössä kaksi. Vuoden alkupuolella olin Oulun yliopistollisen sairaalan fysiatrian poliklinikalla viikon mittaisella avokuntoutusjaksoilla. Kuntoutuksessa olisi ollut toinenkin jakso, mutta yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa tulimme siihen tulokseen, että olin jo niin kauan sairastanut selkääni, että kuntoutus ei ollut minulle sopiva. Se sopi paremmin sellaisille kuntoutujille, jotka olivat vasta sairastuneet.

Vuosi 2010 alkoi ja olin edelleen kipeä. Terveyskeskuskäyntejä kertyi 17. Keskussairaalassa oli poliklinikka- ja puhelinaikoja yhteensä 11. Kirurgian poliklinikalla oli kaksi aikaa, kuntoutustutkimusyksikössä yksi aika, kipupoliklinikalla seitsemän aikaa ja päiväkirurgian osastolla yksi aika. Tuolloin päätettiin myös purkaa pois Temgesic-lääke, koska annosmäärä kasvoi koko ajan ja se ei poistanut kipua riittävän tehokkaasti. Lääkkeen purku oli hankala prosessi, minulla oli vieroitusoireita ja oli kamalaa huomata olevansa riippuvainen lääkkeistä. Korvaavaksi kipulääkkeeksi minulle laitettiin kipulaastari, joka osoittautui hyväksi. Annoskoko ei kasvanut ja vaikutus oli tasainen. Maaliskuussa 2010 minulle laitettiin ensimmäisen kerran hermojuuripuudutus eli juuri blokadi ja sen vaikutus oli hyvä. Toimintakykyni palautui lähes ennalleen monessa asiassa.

Palasin takaisin työelämään osa-aikaisena syyskuussa. Työhön paluu oli vaikein koko sairastamisen ajalla. En halua moittia työnantajaani, mutta seuraavat asiat, jotka tuon esille ovat niitä, jotka vaikuttavat niin suuresti osatyökykyisen elämään. Haluan, että ne herättävät keskustelua ja kenties parantavat osatyökykyisen asemaa työelämässä. Vastuullisia tehtäviä oli siirtynyt minulta pois ja kehitys- ja palkkauskeskusteluja ei enää käyty. Palkkauskeskustelut poistuivat osatyökyvyttömyyseläkkeen tulorajan vuoksi. Vuonna 2007 kun jäin osatyökyvyttömyyseläkkeelle jouduin laskemaan palkkaani, tulorajan vuoksi. Luovuin ateriaedusta tulorajan vuoksi, ja nyt kun olen tutkinut työehtosopimusta, ei minulle kuulu kahvietua, joka kokoaikaisille työntekijöille kuuluu. Jos olen määräaikaisella kuntoutustuella, en voi käyttää työterveyshuollon palveluita. Jos käytän niitä, joudun maksamaan kustannukset itse. Tässä osa niistä epäkohdista jotka ilmaantuivat osatyökykyisyyden myötä, mietin usein, että aivan kuin olisi jotenkin rangaistavaa olla vain 55 %:nen työntekijä. Työ vaatii kuitenkin minulta osaamistason ylläpitämistä ja tarvittaessa sen kehittämistä, mutta sitä ei ole huomioitu työkyvyttömyyseläkejärjestelmää luotaessa tai kehittäessä.

Tänä päivänä tilanne on se, että kipulaastaria en enää tarvitse. Harrastan kaksi kertaa viikossa liikuntaa ja voin suhteellisen hyvin. Kipu on kohtuullista, toki välillä on ollut huonompia aikoja ja olen joutunut olemaan pois töistä, mutta elän päivän kerrallaan, nauttien jokaisesta ”hyvästä” päivästä. Minulla on työterveyslääkärin suositus TYK-kuntoutukseen, joka on pitkä ammatillinen kuntoutuslaitosjakso. En kuitenkaan ole edelleenkään varma haenko sinne, koska kyseenalaistan sen antia kohdallani. Mainittakoon myös, että kaikkina näinä vuosina kun olen ollut Kelalla töissä, minulla on ollut toimiva työterveyshuolto käytettävissä. Kivunhallintaryhmässä käyn satunnaisesti, koska tunnen että, pärjään ilman sitä. Korostan vielä sitä, että kivunhallintaryhmä ei ole surkuttelua ja voivottelua

ruokkiva epätoivoisten ihmisten kööri. Onnistuessaan se on dynaaminen, refleктоiva ja vuorovaikutteinen yhteisö.

Sairastamiseni vuoksi olen menettänyt paljon, sen vuoksi on puhjennut uusia sairauksia, talouteni on mennyt heikoksi, olen joutunut luopumaan osittain työstä, urasta. Pilke silmäkulmasta on kadonnut. Paljon olen kuitenkin saanutkin, uusia ihmissuhteita vertaistukiryhmissä, luonteen lujuutta, sitkeyttä ja taidon olla kipuni herra. Tunnen olevani toimintakykyisempi joissain asioissa nyt kuin vuosiin. Kiitos siitä, Kipumestareiden työkaluille ja Marja Kiurulle.

5.2 Kivunhallinnan vertaisryhmään osallistumisen vaikutus pitkäaikaisesta kivusta kärsivän elämänlaatuun

Asiantuntijahoitaja Marja Kiuru

Suomessa arvioidaan olevan noin 800 000 vaikeasta, pitkäaikaisesta kivusta kärsivää ihmistä. Pitkään jatkunut kipu on huomattava kustannuserä terveydenhuoltojärjestelmälle ja aiheuttaa paljon inhimillistä kärsimystä (Järvimäki & Pohjalainen & Tohmo & Vuorinen 2004). Kroonisen kivun lievittäminen tai poistaminen näyttöön perustuvan lääketieteen keinoin on usein vaikeaa, vaikka tietämys kivun mekanismeista ja kipuun liittyvistä ilmiöistä on merkittävästi lisääntynyt viime vuosina. Lääketieteelliset tutkimus- ja todentamismenetelmät eivät ole kehittyneet niin pitkälle, että pitkäaikaisen kivun syitä voitaisiin aina selvittää, mutta se ei ole peruste vähätellä tai olla uskomatta kipupotilaan kuvausta kipukokemuksestaan (Suomen Kivuntutkimusyhdistys, 2011).

Kipu on vaikeasti määriteltävä monimutkainen kokonaisuus, jossa on kysymys myös psykologisten, emotionaalisten, kulttuurisosiologisten ja biologisten tekijöiden yhteisvaikutuksesta. Tämän vuoksi eri yksilöt havaitsevat ja kokevat kivun eri tavoin ja antavat sille erilaisen merkityksen (Kalso & Haanpää & Vainio 2009; Brattberg 1995.) Akuutti kipu aiheuttaa tavallisesti tiettyä ahdistusta, pelkoa ja huolta välittömästä selviytymisestä. Pitkään jatkunut kipu sitä vastoin on pohjana pitkälliseen masennukseen tai sen epäsäännölliseen, sykliseen vaihteluun. (Gatchel & Türk 1996.)

Kroonisen kivun aiheuttamat monimuotoiset psyykkiset ja sosiaaliset ongelmat jäävät kokonaisvaltaisessakin hoidossa usein liian vähälle huomiolle. Terveystieteiden tutkimuksessa keskitytään lääketieteelle ominaisen naturalistisen lähestymistavan mukaisesti kivun fyysisen ilmenemisen tutkimukseen ja hoitoon, jolloin mielenkiinto kohdistuu keskushermoston toimintaan, biomekaniikkaan ja fysiologisiin vasteisiin. Tällöin kivun vaikutus keuhollisuuteen korostuu ja sen yhteys tajunnallisiin (psyykkisiin) ja situationaalisiin tekijöihin (elämäntilanteeseen ja sosiaalisiin osatekijöihin) jää keskustelun ulkopuolelle. On tärkeää tiedostaa, että pitkäaikainen kipu on harvoin autettavissa pelkästään lääketieteellisin keinoin. Erityisesti tuki- ja liikuntaelinkipujen yhteydessä potilaan oma osuus, aktiivinen talttuminen erilaisiin itsehoitollisiin toimiin, on kivusta kuntoutumisen kannalta ratkaisevan tärkeää. Kuntoutumisen edistymisen tapahtuu yleensä pienin askelin erilaisten hoito- ja kuntoutustoimien kautta. Se edellyttää pitkäjänteistä, tiivistä yhteistyötä kivusta kärsivän ihmisen ja terveydenhuollon eri asiantuntijoiden kanssa. Tärkeänä tukena voivat olla myös toiset kipuongelmista kärsivät ja heidän muodostamansa vertaisryhmät (Suomen Kivututkimusyhdistys 2011).

Pitkään jatkuva kipu on elämäntilanteen kriisi, joka käynnistää suruprosessin ja pitkän yksilöllisen kuntoutumisen uudenlaisen elämäntilanteen saavuttamiseksi. LT Gunilla Brattbergin kehittämän kivunhallintamallin perustana on vertaistuki, jonka avulla voi ohjata pitkäaikaisesta kivusta kärsiviä ihmisiä hallitsemaan tilannettaan niin, että he voivat kokea olevansa omaan hoitoonsa aktiivisesti vaikuttavia yksilöitä ja elää laadukasta elämää jatkuvasta kivusta huolimatta. Kivunhallinnan vertaisryhmässä käsitellään omaa kipukokemusta ja sen vaikutuksia biopsykososiaaliseen elämäntilanteeseen psykoterapian keinoin, käyttäen hyväksi prosessia tukevaa kirjallista materiaalia ja ratkaisukeskeisen psykoterapian rakenteellista vuorovaikutus- ja palautemallia.

Ruotsissa on jo yli 20 vuoden ajan toiminut LT Gunilla Brattbergin kehittämä kipupotilaiden VÄRKSTAD® vertaisryhmämalli, jota on toteutettu Lapin keskussairaalan kipupoliklinikalla vuodesta 1999. Menetelmän tavoitteena on tukea kipupotilaita saavuttamaan mahdollisimman täysipainoinen elämä kivusta huolimatta ja olemaan oman hoitonsa tärkeimpiä subjekteja. Konsepti perustuu

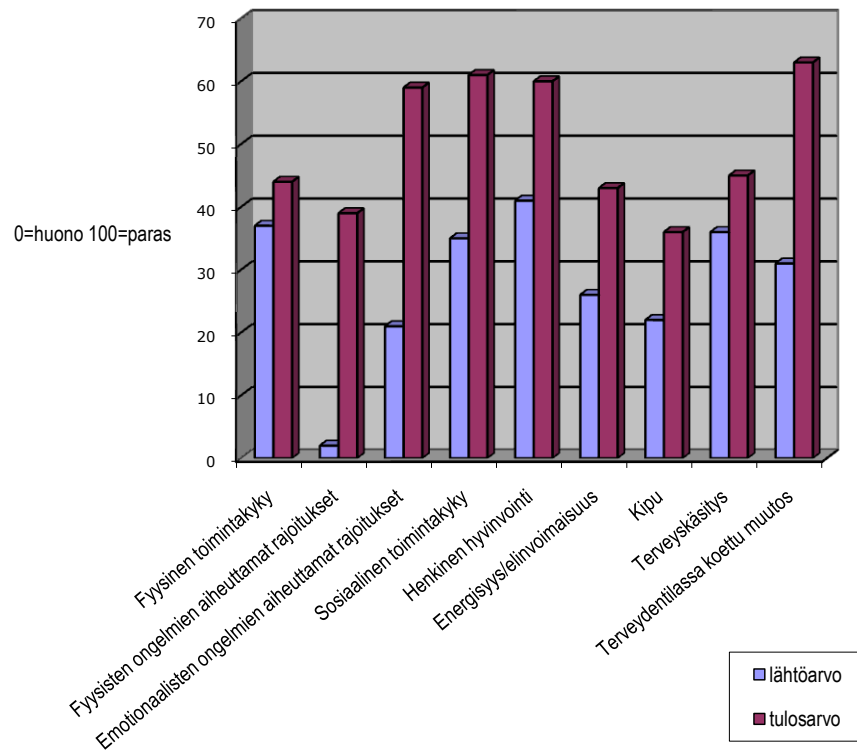
psykoterapeuttisiin ja pedagogisiin menetelmiin, jossa elämänläheisellä keskustelulla ja faktoihin perustuvilla tiedoilla muutetaan asennoitumista kipuun niin, että tuhoavat ajatukset korvautuvat uusilla ja rakentavilla ajatuksilla (Brattberg 2004). Molemmipuolisella avulla eli vertaistukeen perustuvalla toiminnalla voidaan yltää johonkin muuhun kuin mihin perinteisen hoidon ja kuntoutuksen keinoin päästään (Hulmi 2004). Hyypän (2002) tutkimuksen mukaan yhteisöllisyys ja sosiaalinen pääoma lisäävät selkeästi hyvinvointia ja onnellisuutta.

Merkittävä mahdollisuus kuntoutumiselle sisältyy vertaisryhmän toiminnassa siihen, että ryhmän työskentelyä ohjaa yhteinen sisäistetty tavoite. Tämä lisää vertaisryhmän mahdollisuutta kasvaa kohti todellista ryhmän jäsenten toisiltaan saamaa tukea ja kasvullista oppimista. Näin ryhmässä on mahdollista asettaa ainutlaatuisia ja luovia tavoitteita, jotka soveltuvat vain kyseessä olevalle ryhmälle. Samoin vertaisryhmän tuella voidaan kehittää uusia tapoja näiden tavoitteiden saavuttamiseksi. Ryhmät vievät ihmisen ulos potilaan roolista, mikä on tavallaan vastakkainen tavoite sairauden hyväksymiselle.

Elämänhallinnan palauttamiseksi tai säilyttämiseksi on Ojasen (2001) mukaan tärkeää, että ihminen käy läpi omia reaalisia paineitaan ja sisäisiä stressejään vastavuoroisella tavalla luottaen ja saaden samalla tukea toisilta ihmisiltä. Ryhmäläinen saa olla oma itsensä kipuihinsa ja sairauksiinsa.

Osaksi suomalaista terveydenhuoltoa sovelletun mallin mukaan, pitkäaikaisesta kivusta kärsiville potilaille annetaan tietoa kivunhallinnasta ja kivun psykososiaalisista vaikutuksista jo aktiivisen lääketieteellisen hoidon aikana. Lapin keskussairaalan kipupoliklinikan potilaille tarjotaan myös mahdollisuutta osallistua 5-10 hengen kokoiseen kivunhallintaryhmään, jonka työskentely perustuu menetelmän mukaisen työkirjan (Kipumestarin Työkalut) tehtäviin. Näihin ns. suljettuihin kivunhallintaryhmiin osallistuneet kokevat elämänlaatunsa heikoksi ennen ryhmään osallistumista, mutta vertaistukeen perustuvaan kivunhallintaryhmään osallistuminen parantaa keskiarvojen perusteella kaikkien ryhmäläisten elämänlaatua. Eniten elämänlaatu kohoaa fyysisistä ja emotionaalisista ongelmista johtuneita rajoituksia mitanneiden osatekijöiden osalta. Myös sosiaalinen toimintakyky, henkinen hyvinvointi ja energisyys/ elinvoimaisuus kohoavat merkittävästi yli vuoden kestäneiden kivunhallintaryhmien aikana (Kiuru 2005).

Elämänlaadun osatekijöiden lähtö- ja tulosarvot



Kivunhallintaryhmään osallistumisen vaikutus elämänlaadun osatekijöihin

Passiivisesta terveydenhuollon palvelujen suurkuluttajasta aktiivisesti omaan hoitoonsa ja hyvinvointiinsa vaikuttavaksi osallistujaksi on monivaiheinen prosessi, joka useimpien ryhmään intensiivisesti osallistuneiden kohdalla onnistui tai ainakin edisti kivun hallinnan tunteen vahvistumista. Parhaimmissa tapauksissa vertaisryhmiin osallistuneen tiheät, kivusta johtuneet käynnit perusterveydenhuollossa tai erikoissairaanhoidossa harventuivat selvästi. Syynä oli parempi oman tilanteen ymmärtäminen ja tilanteen hallinta. Muutama tutkimukseen osallistunut palasi takaisin työelämäänsä usean vuoden poissaolon jälkeen ja sitä on pidettävä huomattavana taloudellisena hyötynä. Vähäisimmätkin muutokset olivat elämänlaatua parantavia ja auttoivat löytämään jokapäiväisestä elämästä ne asiat, joihin edelleen kykenee, kivusta huolimatta.

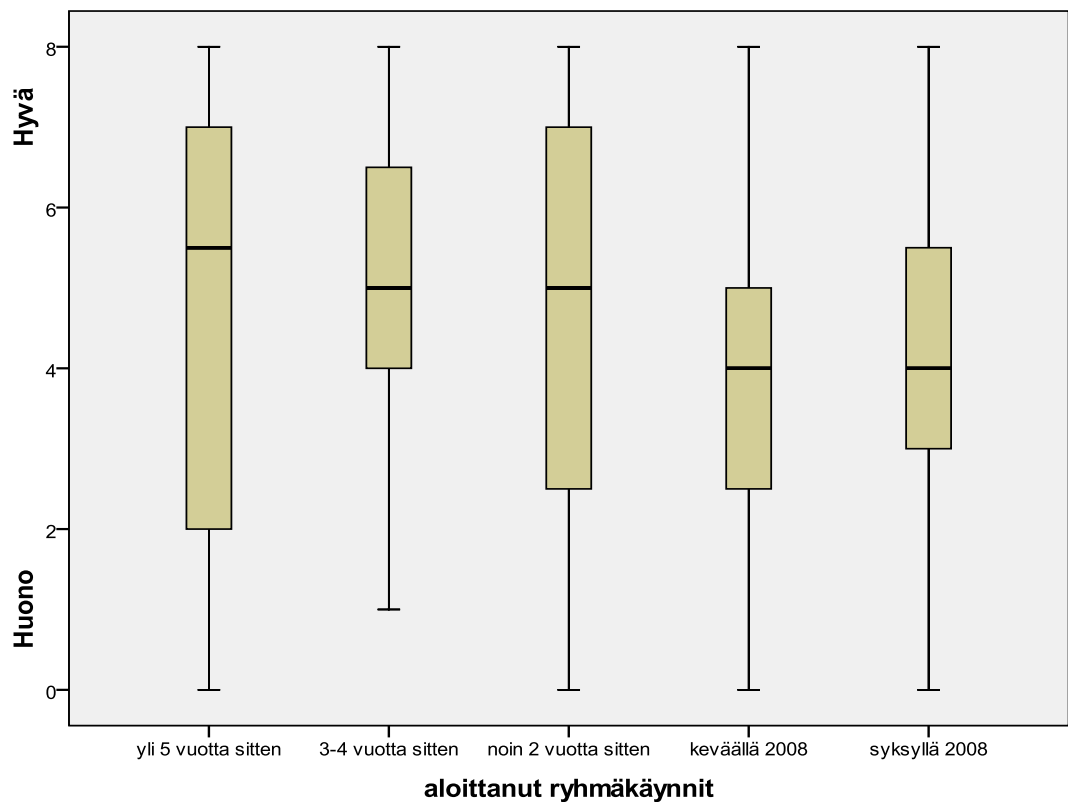
Lapin Kipupotilasyhdistyksen toteuttama, Raha-automaattiyhdistyksen rahoittama KIPERÄ-projekti (Kiuru 2010) toteutettiin Lapin läänin alueella 2007-2009. Projektin aikana kerätyllä arvioinnilla mitattiin avoimiin kivunhallintaryhmiin osallistumisen vaikutusta elämänlaatuun, kivunhallinnan tunteeseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Projektin aikana kerättiin 184 arviointia. Arviointiin osallistuneista (N=184) oli 74,5 % naisia ja 25,5 % miehiä. Yli puolet (64,2 %) vastanneista oli työikäisiä (30-59-vuotiaita).

Keskeisin tavoite Brattbergin luoman kivunhallintamallin sisällöstä on psykoterapeuttisen periaatteen mukaisesti korvata tuhoavat ajatukset rakentavilla ajatuksilla. Elämän laadun korostaminen ja voimaannuttavien tekijöiden löytäminen kuuluvat oleellisena osana prosessiin. Vastausten perusteella voi todeta, että suurimmalla osalla (67,8 %) kivunhallinnan vertaisryhmään osallistuminen muuttaa omaan tilanteeseen suhtautumista myönteisemmäksi. Keskeisimmät voimaannuttavat tekijät olivat kyselyn ja tehdyn ryhmähaastattelun mukaan:

- 1) Tuki, tunne siitä että minua uskotaan, ymmärretään ja kunnioitetaan
- 2) Tietoa ihmisen reaktiomalleista, omasta persoonasta ja oireista
- 3) Psykologinen valmius (copingkyky) ts. kyky käsitellä uusia elämäntilanteita

- 4) Tukiverkosto (yksityinen ja ammatillinen), mikä antaa voimia eikä vain vie niitä
- 5) Käsitys oireista, missä määrin kokee itsensä uhriksi - tai vastuulliseksi siihen, miten voi
- 6) Turvallisuus, kohtuullinen sosiaalinen ja taloudellinen turva
- 7) Elämänhallinnan tunne ja elämän tarkoitus
- 8) Toivo paremmasta tulevaisuudesta

Koska Brattbergin kivunhallintamallin työstäminen henkilökohtaisena prosessina kestää yksilöstä riippuen vähintään vuoden, oli mielenkiintoista tarkastella osallistujien ryhmään osallistuneiden elämänlaadun arviota suhteessa osallistumisen ajalliseen määrään.



LÄHTEET:

Brattberg, Gunilla (1995) Att möta långvarig smärta. Liber Utbildning. Stockholm

Gatchel, R.& Turk, D. (edit.) (1996): Psychological Approaches to PAIN Management. A Practitioner's Handbook. The Guilford Press. New York

Hulmi, Heli 2004. Ihminen, vertainen, 10 vuotta Mielenterveyden Keskusliiton vertaistukitoimintaa, Mielenterveyden Keskusliitto ry. Vantaa.

Hyypä, Markku T. 2002. Elinvoimaa yhteisöstä, PS-kustannus.

Järvimäki, V.& Pohjalainen, T.& Tohmo, H. & Vuorinen, E. 2004. Kipuviesti no 2,

Kalso, Eija & Haanpää, Maija & Vainio, Anneli (toim.) Kipu 2009. Duodecim, Gummerus, Jyväskylä.

Kiuru, Marja (2010) KIPERÄ – kivunhallinnan vertaisryhmät 200-2009, Lapin Kipupotilasyhdistys ry. RAY, Rovaniemi

Kiuru, Marja (2005) Kivunhallinnan vertaisryhmään osallistumisen vaikutus pitkäaikaisesta kivusta kärsivän elämänlaatuun. Lapin Yliopisto, Rovaniemi

Ojanen, Markku 2001. Onni ja hyvinvointi, Kirjapaja, Helsinki.

Suomen Kivuntutkimusyhdistys. <www.suomenkivuntutkimusyhdistys.fi>. 12.4.2011

5.3 Kipupotilas ja sosiaalityö – Potilas järjestelmän imussa

Sosiaalityöntekijä Hanne-Mari Seppälä

JOHDANTO

Kipu viiltää. Kipu vaatii. Kipu määrää. Kipu estää. Kipu nakertaa. Kipu koskee. Kipu lamauttaa. Kipu on ihmiselle asia, jota pyritään lievittämään heti sen ilmaantuessa. Päähämme koskee, otamme kipulääkettä, eikö niin. Joskus kivusta tulee potilaalle osa arkea, joka ei lähdekään pois millään lääkkeellä, millään laitteella tai keinolla. Kipu alentaa monen kipupotilaan fyysistä, psyykkistä, sosiaalista ja taloudellista toimintakykyä hyvin merkittävästi ja kokonaisvaltaisesti.

Sosiaalityöntekijän avulla potilas, omaiset ja hoitoyhteisö voivat selvittää potilaan elämäntilannetta sekä kartoittaa tuen tarvetta, määrää ja laatua. Sosiaalityöntekijä edesauttaa potilaan kokonaisvaltaisen hoidon ja kuntoutuksen toteutumista yhtenä hoitotiimin jäsenenä. Sosiaalityöntekijän kanssa potilas voi ennaltaehkäistä, estää pahenemasta hyvin monia haasteita ja ongelmia, joiden ratkaisemiseen tai ehkäisemiseen eivät potilaan omat voimavarat riitä. Sosiaalityöntekijän tehtävänä on olla potilaan ja omaisten tukena sekä yhdessä heidän kanssaan etsiä ratkaisuja potilaan esille tuomiin sekä myös työntekijän havaitsemiin ratkaisuja vaativiin asioihin. Sosiaalityöntekijä on tukena myös kriisissä. Mielestäni tärkeintä on turvata arjen sujuminen sairastumisesta ja kivusta huolimatta. Kipu on hyvin kokonaisvaltaisesti potilasta lamaannuttava kokemus. Se estää suoriutumasta tavanomaisista asioista. Se nakertaa potilaan itsetuntoa ja oma-aloitteisuutta sekä mielialaa. Jatkuva kipu koskee, määrää ja vaatii. Potilas ei enää pysty eikä kykene

sellaisiin toimintoihin, joihin ennen oli voimavaroja. Kun potilaalla voimavarat keskittyvät kivun ja sairauden kanssa selviämiseen aamusta iltaan on jonkun huolehdittava, että arki sujuisi siitä huolimatta mahdollisimman normaalista, vaikka sitten erilaisten palvelujen muodossa.

Olen työssäni kipupotilaiden sosiaalityöntekijänä tehnyt huomioita kuinka useimmat kipupotilaat kokevat, ettei heitä kuunnella eikä oteta tosissaan. Mielestäni onkin erittäin tärkeää keskittyä kuuntelemaan ja etenkin kuulemaan mitä potilaalla on sanottavaa, oli kuulijana kuka tahansa. Kuulijana on lääkäri, hoitaja, sosiaalityöntekijä, fysioterapeutti, psykiatrinen sairaanhoitaja, puoliso, läheinen tai vertainen. Kuuntele ja kuule mitä potilaalla on Sinulle kerrottavaa. Kipupotilaalla kerrottavaa on paljon.

KIPUPOTILAS JA TERVEYSSOSIAALITYÖ

Jos potilaalla on jalka poikki, hänelle sanotaan mene lääkäriin. Katkenneella jalalla ei voi kävellä lääkäriin. Jonkun tukemana ja avustamana hän pääsee lääkäriin, lääkäri laittaa jalkaan kipsin ja määrää lääkkeitä ja fysioterapeutti tuo kyynärsauvat ja potilas pääsee kotiin. Kipupotilas on sen sijaan kivuissa, toimintakyky huomattavasti monialaisesti heikentynyt, lääkitys tekee keskittymisen vaikeaksi, katkonaiset yöunet väsyneeksi, jatkuva kipu mielialan matalaksi. Häntä tuetaan ja avustetaan, mutta silti kipupotilas on pitkään hoitosuhteessa, hoitotasapainon löytäminen vie aikaa, tarvitaan monelta asiantuntijalta aikaa ja potilaalta voimia. Voi olla ettei hän pääse kotiutumaan kivusta koskaan. Kipupotilaan asema on monesti erikoissairaanhoidossakin haastava määrittää. Kuka kirjoittaa lähetteen kipupoliklinikalle? Potilaat ohjautuvat sinne monen laista eri polkua käyttäen. Kipupotilaalla on takanaan monesti pitkäaikainen kipu ennen kuin hän pääsee kipupoliklinikalle, jossa henkilökunta on erikoistunut nimenomaan kipupotilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon.

Kipupotilaalle varataan sosiaalityöntekijän luo noin 1½ - 2 tunnin vastaanottoaika, jonka aikana potilaan kokonaistilanne ja toimintakyky sekä etuudet ja palvelut pyritään mahdollisimman kattavasti kartoittamaan. Automaatio tämä ei ole, mutta mielestäni tulisi olla. Elämänongelmien monimutkaistuminen ja solmuuntuminen pystyttäisiin riittävän aikaisella sosiaalityön interventiolla pysäyttämään ja

tilanteeseen puuttumaan. Tässäkin asiassa ollaan monesti enemmän korjaavassa kuin ennaltaehkäisevässä tilanteessa.

Kipupotilas on sosiaalityön näkökulmasta hyvin monisärmäinen ja pääsääntöisesti hänellä on haasteita monella elämäntilanteella. Kipu on osa hänen arkeaan ja kipu ei lähde pois. Tyypillistä kipupotilasta ei ole, vaan haasteet ja ongelmat terveyden, mielenterveyden sekä muulla elämänsaralla ovat vaihtelevia. Yhteistä kuitenkin on, että hyvin monella kipupotilaalla on hoitosuhde mielenterveystoimistoon. Tämä on ymmärrettävää, jos kipu on jokapäiväistä, jokahetkistä ja sen tuntee kehossa kaiken aikaa, että sillä on mielenterveyttä alentava vaikutus. Kipu ja masennus estävät potilasta hakemasta hänelle kuuluvia palveluita, etuuksia ja apuvälineitä. Voimavarat eivät yksinkertaisesti riitä. Olen vahvasti sitä mieltä ja jonka olen työssäni selvästi todennut, että mitä aikaisemmin potilaat saisivat tukea myös arjen hallintaan myös konkreettisella tasolla esim. hakemusten täyttämällä, etuus- ja palveluverkoston selkiyttämällä ja avoimeen tai suljettuun kipuryhmään ohjaamisella, kaikella tällä on heitä selkeästi voimaannuttava vaikutus. Olen työssäni todennut erittäin merkittävän osan kipupotilaista hyötyvän niin avoimesta kuin suljetustakin kivunhallinta ryhmästä. Kun kipu jää asumaan, kivunhallintaryhmissä potilaat voivat saada tietoa, vertaistukea ja rohkeutta itselleen. Mielestäni kipupotilaat hyötyisivät erinomaisesti voimaannuttavalla tavalla myös kuntoutusmuotona kivunhallinnasta. Kipupotilaat eivät tällä hetkellä kohdennu esimerkiksi Kansaneläkelaitoksen tarjoamille kuntoutuskursseille, koska heidän suurimpana haasteena on nimenomaan kipu. Tämä on toinen asia, jota tulisi voida viedä eteenpäin yhdessä eri verkostojen kanssa, jotta kipupotilaiden kuntoutuskurssi olisi tulevaisuudessa tarjolla. Tulijoita olisi.

Kivun tullessa osaksi potilaan elämää, hänet järjestelmä ikään kuin sysäisee putkeen ja imaisee sisäänsä. Kipupotilas on yhtäkkiä monesti hoitosuhteessa moneen tahoon. Potilas kokee olevansa yksin viranomaisviidakossa, jota hän ei kunnolla pysty edes hahmottamaan. Hän tarvitsee lääkärinlausuntoja KELAlle, työvoimatoimistoon, työnantajalle, työterveyshuoltoon. On selvää, että kipupotilas tarvitsee sosiaalialan ammattilaisen osaamista, jotta hän selviäisi ja jaksaisi eteenpäin. Monesti viranomaisjärjestelmä on hyvin joustamaton ja tämän järjestelmän joustamattomuuden vuoksi kipupotilas tarvitsisi monen asian suhteen ennakointia, selkiyttämistä ja ohjeistamista. Pitkään sairastaminen vie talouden ahtaalle; lääkkeet maksavat, käynnit maksavat, mutta tulot putoavat, kun he

jäävät ensin sairauspäivärahalle ja sen jälkeen hyvin monet jatkavat määräaikaikaisella työkyvyttömyyseläkkeellä eli kuntoutustuella. Kipupotilaan elämänlaatua parantaisi selkeästi, että jokaisen kipupotilaan tilanne kartoitettaisiin ja tilanne määriteltäisiin yksilökohtaisesti potilasta kuullen. Mielestäni kipupotilailla tulisi olla alusta lähtien käytettävissä oma laaja-alaista sosiaalialan osaamista omaava henkilö, jonka puoleen heidät ohjattaisiin automaattisesti ja säännöllisin väliajoin.

Moni solmu ei aukea lääkärin, sairaanhoitajan, fysioterapeutin tai psykiatrisen sairaanhoitajan luona. Ahdistusta ja kipua saattaa lisätä huoli siitä, ettei potilaalla ole varaa ostaa lääkkeitä. Tai ei ole osannut / jaksanut täyttää lomaketta hakeakseen työkyvyttömyyseläkettä tai kuntoutustukea. Mielestäni kehotukset täyttää itse hakemus tai varata itse aika jäävät monesti aikomiseksi eivätkä siirry konkretian tasolle, koska voimavarat puuttuvat. On tärkeää, että kuunnellaan ja kuullaan minkä potilas itse kokee häntä parhaiten auttavaksi marssijärjestykseksi. Potilas tarvitsee kaikkien verkostonjäsentien apua ja asiantuntijuutta, potilaan tarvitsema järjestys saattaa olla eri kuin mitä potilaalle tarjotaan. Mielestäni kipupotilaalle tulisikin laatia hoitoketju, joka vastaisi potilaan tarpeisiin ja sellaista hoitoketjua, jossa hän tulisi kuulluksi mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Meidän kaikkien kipupotilaita kohtaavien tehtävänä on heidän tuskien, olivat ne sitten fyysisiä, psyykkisiä, sosiaalisia tai taloudellisia, lievittäminen. Miksi potilaan pitäisi odottaa, jos asiantuntijoita on jo paikalla? Itse näen erittäin tärkeänä varhaisen puuttumisen potilaan koko elämäntilanteeseen. Hänet tulisi mielestäni ohjata mahdollisimman varhaisessa vaiheessa kipupoliklinikalle, jotta varhainen puuttuminen niin kipuun kuin sen mukanaan tuomiin muihin haasteisiin onnistuisi mahdollisimman näppärästi ilman myöhäisessä vaiheessa usein raskaita eri alojen interventioita.

VERKOSTOTYÖ JA RATKAISUKESKEISYYS

Potilasta hoitaa sairaalassa verkosto, johon kuuluu kipuhoidtaja, lääkäri ja sosiaalityöntekijä sekä tarvittaessa myös fysioterapeutti ja psykiatrisen sairaanhoitaja. Verkostotyön haasteena on kuten Leino (1995) toteaa se, että ihmisen arki on kokonaisvaltaista ja hänen palvelutarpeensa eivät ole sektorimaisesti jakaantuneita, kuten hänen hoitonsa. Mielestäni sosiaalityöntekijän

tärkeä tehtävä on tuoda kuuluviin ja näkyviin potilaan elämän kokonaisvaltaisuus sairaudesta, kivusta ja muista haasteista huolimatta. Juuri verkostotyöllä pyritään vastaamaan potilaiden monimuotoisiin ja monisärmäisiin sekä yleensä alati muuttuviin tarpeisiin.

Mielestäni verkostotyötä pitäisi etenkin kipupotilaiden kohdalla tehdä huomattavasti aikaisemmin ja konkreettisemmin, konsultoiminen ei tahdo olla riittävä keino saada kuva koko potilaan elämäntilanteesta. Kaikkien pitäisi istua saman pöydän ääreen ja kuunnella sekä kuulla, niin potilasta kuin jokaista ammattilaista. Tämän estää käytännössä työntekijöiden ajan vähyys ja kipupotilaiden hyvin haastavat ja moninaiset elämäntilanteet, joiden kanssa työskentely vaatii hyvin paljon aikaa. Mielestäni on erittäin tärkeää, että kaikki potilasta hoitavat tahot tietävät mitä vaikutuksia hänen sairauksillaan ja niistä aiheutuvista kivuista tai pelkällä kivulla on potilaan arkipäivään. Potilas ei ole pelkkä diagnoosi, josta yleensä on tietynlaista haittaa tai kipuja. Potilaat ovat yksilöitä, kokevat sairautensa ja kivun yksilökohtaisesti – valmista sabluunaa ei ole. Potilas on niin paljon enemmän kuin pelkkä diagnoosi.

Olen työssäni huomannut, että monet kipupotilaat ovat löytäneet omintakeisia keinoja selviytyäkseen päivittäisistä toiminnoistaan. Kysyttäessä esimerkiksi, kuinka paljon potilas tarvitsee toisen henkilön tukea, apua, neuvoa ja ohjausta päivittäisissä toiminnoissa. 85 % potilaistani on vastannut, ettei tarvitse apua, vaan pärjää itsenäisesti tai vähättelevät avuntarvettaan huomattavasti. Kysyn lisää. Kysyn tarkentaen. Kysyn uudelleen. Potilaiden normaalista poikkeavasta päivittäisistä selviytymiskeinoista on tullut heille normaalia eivätkä he enää näe tekevänsä asioita normaalista poikkeavalla tavalla. Tämä on erittäin haastava tilanne siinä kohtaa kun lääkäri kysyy potilaalta miten hän selviää päivittäisistä toiminnoista tai kun kipupotilas hakee Kansaeläkelaitokselta vammaistukea tai eläkettä saavan hoitotukea, johon tulee potilaan auki kirjoittaa oma toimintakyky. Nämä hakemukset tulevat monesti hylättynä takaisin, kun potilaat kirjoittavat kivun vääristämää tietoa omasta toimintakyvystään ja lääkärit ovat lausuntoon kirjanneet asiat potilaan kertoman perusteella.

Tämän vuoksi on tärkeää potilaat tietävät, että esimerkiksi terveys- ja sosiaalityöntekijä voi auttaa häntä selvittämään yhteiskunnan etuuksia,

auttaa konkreettisesti erilaisten hakemusten tekemisessä, jäsentämään potilaan toimintakykyä sekä arvioimaan potilaan tuen tarvetta. Lisäksi sosiaalityöntekijä tukee potilasta käyttämään yhteiskunnan palveluja ja tukimuotoja sekä tukee sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitämisessä ja ennaltaehkäisee syrjäyttäviä prosesseja. Kuka tahansa verkoston jäsen ja potilas itse voivat pyytää verkoston koolle. Verkostossa kaikki sen jäsenet saavat saman tiedon yhtä aikaa kaikilta hoitavilta tahoilta. Tämä edesauttaa potilaan tilannetta eteenpäin monella tapaa jouduttavasti. Verkostotyössä sitoudutaan avoimuuteen ja asiakaslähtöisyyteen. (Sirola & Salminen, 2002.) Verkostotyö sisältää oletuksen, että kaikki verkostoon osallistuvat ovat auttavia ja, että verkostotyön avulla mahdollistetaan potilaan mahdollisimman nopea palautuminen normaaliin arkeen kivusta huolimatta. Tärkeintä on kuitenkin ottaa potilas mukaan verkostoon, jossa suunnitellaan hänen hoitonsa, kuntoutuksensa ja sosiaalisen kartoituksensa toteuttamisen aikataulu. (Seikkula, 1994.)

Verkostoon osallistuvien on tultava verkoston tapaamiseen tai palaveriin avoimin mielin ja ymmärrettävä, että se on potilaan tilanne, joka määrittää ketä verkostoon kuuluu. Osallistujien on ymmärrettävä myös, että verkostotyössä otetaan huomioon useampi kuin yksi näkökulma tai ongelma ja tavoitteena on potilaan tilanteen selkiintyminen ja potilaan voimavarojen nostaminen. (kt.mm. Seikkula, 1994, Kannala, 1995.) Näen verkostotyön mahdollisuudet kipupotilaan elämänlaadun parantamiseksi erittäin hyviksi. Mielestäni tähän näkökulmaan tulisi kiinnittää entistä enemmän huomiota ja kokeilla tehdä jotain toisin kuin tähän asti on tehty. Katse tulisi suunnata varhaiseen puuttumiseen, korjaamisen sijasta.

Potilaat osaavat määrittää oman elämäntilanteensa ja siinä heitä auttavat heidän itsensä määrittelemät parhaimmat ratkaisuvaihtoehdot pääosin hyvin. Vastapuolen täytyy osata kysyä oikeita asioita, tarkentaa ja kysyä uudelleen sekä kuulla mitä potilaalla on sanottavaa. Monesti me potilaita kohtaavat unohdamme, ettemme me voi sitä määritelmää tehdä. Motivaation ja määrittämisen on mielestäni lähdettävä aina potilaasta, jos se suinkin vain on mahdollista. On tärkeää tiedostaa minkälainen tilanne on tällä hetkellä. Itse käytän ratkaisukeskeistä menetelmää, joka ei ole pelkästään menetelmä vaan myös työote. (Helle, 1999.)

Ratkaisukeskeisyydessä ei keskitytä etsimään syitä ongelmille tai haasteille, vaan pyritään ongelmien ja haasteiden ratkaisemiseen sekä yksilön voimavarojen vahvistamiseen. Työskentelyssä keskitytään selkeästi tavoitteisiin ja haasteiden ja ongelmien ratkaisuja haetaan nykyhetkestä tai tulevastä. Työtavassa ei myöskään oleteta, että edessä olisi helppo tie. Ratkaisukeskeisyydessä on ensiarvoisen tärkeää, että potilas tulee kuulluksi ja kohdatuksi juuri sellaisessa elämäntilanteessa ja sellaisena kuin tilanne juuri silloin on. (Helle, 1999.) Mielestäni on erittäin palkitsevaa yrittää yhdessä potilaan kanssa löytää voimavaroja, kykyjä ja resursseja silloinkin kun potilaan on haastavaa nähdä omassa elämässään muuta kuin ongelmia, huolia ja pulmia. On tärkeää työntekijän muistaa, että kipupotilaan tilanne ei kosketa vain potilasta itseään, vaan myös hänen lähipiiriään. On tärkeää muistaa ottaa puheeksi lapset ja muut läheiset. Ratkaisukeskeisessä menetelmässä tämä on luontevaa. He ovat osa kipupotilaan elämää ja se ei ole hänestä ulkopuolinen elämänosa-alue, tosin meiltä potilaita kohtaavilta se tahtoo joskus unohtua.

POHDINTAA JA KEHITTÄMISEHDOTUKSIA

Potilaan elämänlaadun parantamiseksi potilas itse tarvitsee voimia ja rohkeutta. Jos potilaalla itsellään ei ole voimavaroja nähdä huolien ja kivunverhon takaa häntä voimaannuttavia asioita, hän tarvitsee siihen oikea-aikaisen verkoston tuekseen. Näen tärkeänä, että esimerkiksi Kansaneläkelaitos tarjoaisi kipupotilaille omia kuntoutuskursseja, koska tällä hetkellä he eivät kohdennu kuntoutustarjonnassa oikein eikä kuntoutuskurssien sisältö vastaa potilaiden tarpeita. Olen työssäni todennut kivunhallintaryhmien tarpeellisuuden kipupotilaiden hoidossa sekä puutteen kuntoutusmahdollisuuksissa.

Peräänkuulutan kipupotilaan oikea-aikaista diagnosointia, ohjaamista kipupoliklinikalle ja yhteistyön ja verkostotyön tiivistämistä asiantuntijoiden kesken. Häntä hoitavat tahot tulisi saada kaikki saman pöydän ääreen pohtimaan miten yhä useampaan ihmistä koskevan kipupotilaan hoitopolku saataisiin mahdollisimman toimivaksi ja saumattomaksi.

Kivun tullessa asumaan, yleensä täysin kutsumatta on monelle potilaalle haastava tilanne. Aikaisemmin he nauttivat elämästä, juoksivat, toimivat ja touhusivat. Yhtäkkiä kipu ottaa nämä elementit elämästä pois. Miten siitä eteenpäin? Mihin mennä? Mitä tehdä? Mistä tietoa? Näkisin myös kipupotilaiden ensitietokurssin hyvin tärkeäksi elementiksi osana potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Eri sairausryhmillä ensitietokurssit ovat jo vakiinnuttaneet paikkansa. Nyt olisi mielestäni aika vakiinnuttaa sen myös kipupotilaille.

Toivotan kaikille kipupotilaille voimia ja rohkeutta jatkaa eteenpäin! Älkää antako periksi!

Rovaniemellä 16.3.2011

Hanne-Mari Seppälä

LÄHTEET

Helle, L.1999. Milloinkaan ei ole aina. 12 askelta ratkaisu- ja voimavarakeskeisyyteen. Ratkes-lehti 2/ 1999.

Kannala, M. 1995. Sosiaalityöntekijä verkostoissa. Teoksessa Ammattilaiset arvailevat toisistaan – tulkintaverkostot psykososiaalisessa työssä. Toim. E. Eriksson & T.E. Arnkil. Raportteja 184. Helsinki. Stakes.

Leino, S. 1995. Yhteistä mömmöä vai jäsentynyttä yhteistyötä. Raportti Keravan viranomaisten yhteistyöstä lasten, nuorten ja lapsiperheiden asioissa. Teoksessa

Ammattilaiset arvailevat toisistaan – tulkintaverkostot psykososiaalisessa työssä. Toim. E. Eriksson & T.E. Arnkil. Raportteja 184. Helsinki. Stakes.

Seikkula, J. 1994. Sosiaaliset verkostot – ammattiauttajan voimavara kriiseissä. Hygienia-sarja. Helsinki. Kirjayhtymä Oy.

Sirola, K & Salminen, E-M. 2002. Projekti-, verkosto- ja tiimityöskentely työmenetelmät. Toim. A-M. Pietilä, T.Hakulinen, E. Hirvonen, P. Koponen, E-M. Salminen & K. Sirola. Helsinki. WSOY.

5.4 Näkökulma

Ali Arsalo, LKT, kirurgisten tautien erikoislääkäri, työterveyslääkäri

Terveydenhuoltojärjestelmän kriisi

Suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä on kriisissä – tai vähintäänkin kriisiytymässä. Tämä on viime aikoina todettu useissa eri yhteyksissä julkisestikin. (Heikki Pälve, Suomen Lääkärilehti 13/2011; Antti Kivelä, Helsingin Sanomat 20.3.2011) Kriisillä on monia ulottuvuuksia ja monet kasvot sen mukaan, mistä maan osasta ja kenen näkökulmasta tilannetta tarkastellaan. Käytännössä on harhaanjohtavaa puhua enää esimerkiksi kaikkien kansalaisten tasa-arvoisuudesta saada terveyspalveluja.

Seuraavassa esitettävät näkemykset perustuvat omiin kokemuksiini eivätkä siis edusta tutkittua tai tilastoitua tietoa, vaan omia vaikutelmiani palvelujärjestelmän toimivuudesta käytännössä erityisesti kipupotilaan näkökulmasta.

Näkökulmani liittyy viiteen terveydenhuoltojärjestelmämme elementtiin:

- perusterveydenhuolto, jota edustavat terveyskeskukset
- erikoissairaanhoidto, jota edustavat keskussairaalat sekä muutamat aluesairaaloiden perua olevat paikallisemmat yksiköt
- työterveyshuolto
- yksityissektori
- Kela ja vakuutuslaitokset

Näiden lisäksi kokonaisuuteen kuuluu monia muita tärkeitä osatekijöitä, kuten lääkehuolto, kuntoutusjärjestelmä, kolmas sektori jne.

Suomessa kunnat ovat vastuussa peruspalveluiden järjestämisestä. Perusterveydenhuollon palvelujen tuottamiseen kunnilla on joko omat tai yhdessä muiden kuntien kanssa organisoidut terveyskeskukset. Monien muiden tehtäviensä ohella terveyskeskusten tulee tuottaa mm. perusterveydenhuollon piiriin kuuluvat sairaanhoidto- ja ehkäisevät sekä neuvontapalvelut. Kunnilla on myös lakisääteinen velvollisuus tuottaa tarvittaessa työterveyshuollon palveluja.

Rahoitusmekanismit palvelujärjestelmän taustalla ovat monikanavaisia: kuntien ja valtionapujen lisäksi rahoitukseen osallistuvat mm. vakuutuslaitokset ja Kela sekä nykyään myös kansalaiset itse. Erilaisissa kansainvälisissä yhteyksissä puhuttaisiin käyttäjämaksuista ("user fees"), jotka ovat Suomessa monessa tapauksessa jo varsin merkittäviä.

Kansalaisten osuus terveyspalvelujen kokonaiskustannuksista on vähitellen noussut eikä todellisuudessa ole enää pitkään aikaan voitu puhua verovaroin rahoitetusta "ilmaisesta" terveydenhuollosta. On selvää, että terveydenhuoltojärjestelmämme olisi tarvinnut syvällistä uudistamista jo kauan sitten.

Kohti amerikkalaista ajattelua

Järjestelmän muutokset ovat Suomessa kovalla vauhdilla vieneet ja viemässä – ilmeisen hallitsemattomalla tavalla – kokonaisuutta yksittäisen palvelujen tarvitsijan näkökulmasta kohti yhä amerikkalaisempaa järjestelmää. Siellähän vakuutuslaitokset ovat keskeisessä asemassa ja järjestelmän kokonaiskustannukset ovat erittäin korkeat suhteessa saatuihin terveyshyötyihin. Tämä johtaa väestön voimakkaaseen jakautumiseen hyvä- ja huonompiosaisiin ja, kuten Yhdysvalloissa on käynyt, tilanteeseen, jossa osa kansalaisista on lähes kokonaan vailla kunnollisia terveyspalveluja (Barack Obama: Affordable Health Care for All Americans. Kirjassa: Change We Can Believe In, sivut 46-51, 2008)

Vakuutusjärjestelmän rooli terveyspalvelujen taustalla on nykyään yksilön kannalta monessa tilanteessa varsin merkittävä. Työnantajan pakollisen, lakisääteisen vakuutuksen lisäksi yksityisten tapaturma- ja sairausvakuutusten käyttö kasvaa. Vaikuttaa kuitenkin siltä, että varsin usein vakuutusyhtiöiden palvelukyky ja -halu ovat heikentyneet sitä mukaa kun vakuutusten käyttö sairaanhoidon palvelujen hankinnassa kasvaa. Monesti näyttää siltä, että tässä suhteessa tarvittaisiin jopa viranomaisten puuttumista asiaan.

Myös Kelaan ja työeläkevakuutusjärjestelmään kohdistuu kasvavaa painetta, johon niiden tulisi pystyä aiempaa paremmin ja tehokkaammin vastaamaan. Taustalla on mm. väestön ikärakenteen muutos ja tarve työurien pidentämiseen. Kelaa ja vakuutusjärjestelmää ei voidakaan erottaa kokonaisuudesta, kun tarkastellaan terveydenhuollon ja sen rahoituksen toimivuutta.

Ideaalin ja käytännön ristiriita

Tällä hetkellä ainakin Lapissa vallitsee selkeä ristiriita esimerkiksi tuki- ja liikuntaelinsairauksiin kohdistuvien preventiivisten ja kuratiivisten palvelujen saatavuuden ja oikea-aikaisuuden välillä. Sama ristiriita on nähtävissä työurien pidentämistarpeen ja kuntoutuspalvelujen saatavuuden välillä.

Työterveydenhuollon järjestäminen on jokaisen työnantajan lakisääteinen velvollisuus. (Työterveyshuoltolaki 21.12.2001/1383) Minimivaatimus on työhön liittyvä varsinainen terveydenhuolto. Tämän lisäksi työnantaja voi halutessaan kustantaa työntekijöilleen työterveyspainotteista sairaanhoitoa. Varsin monet työnantajat ovatkin järjestäneet työntekijöilleen kokonaisvaltaisen työterveyshuollon palvelut.

Tässä tilanteessa yksityissektorin ja työterveyshuollon sairaanhoitopalvelujen merkitys korostuu, mikä on omiaan lisäämään eriarvoistumiskehitystä. Tämä puolestaan korostuu entisestään, kun eläköitymisen yhteydessä oikeus työterveyspalveluihin päättyy. Varakkaat pystyvät huolehtimaan terveydestään yksityissektorin turvin, kun taas ne, joilla ei tällaista mahdollisuutta ole, jäävät huonosti toimivista kunnallisista palveluista riippuvaisiksi.

Näen päivittäisessä vastaanottotyössäni Sodankylän ja Lapin olosuhteissa saman tilanteen: onnekas työntekijä, joka on työterveyshuollon sairaanhoidon piirissä, pääsee akuutin tai vielä useammin jo pitkittyneen kipuongelman vuoksi perustutkimuksiin työnantajan kustantamana. Useimmin ongelman taustalla on ikääntymiseen, raskaan työn alati kasvaviin vaatimuksiin tai tapaturmaan liittyvä olkapääongelmat. Kiputilanteen pitkittyessä aletaan tarvita erikoistutkimuksia tai erikoissairaanhoitoa. tuki- ja liikuntaelinkipu. Tällaisia ovat esimerkiksi selkä-, polvi- tai Muutamat ajan hermolla olevat työnantajat hyväksyvät magneettitutkimuksen työterveyshuollon tutkimusarsenaaliin kuuluvaksi. Useimmat kuitenkin eivät.

Parhaassa tapauksessa potilaalla itsellään on oma sairauskuluvakuutus, joka voidaan saada korvaamaan kalliita tutkimuksia – usein tämäkin vasta pitkän viiveen jälkeen.

Useimmiten vaihtoehtoja ns. potilaan polun jatkumiseen on kaksi: 1) erikoissairaanhoidon tasoisten tutkimusten ja hoitolinjapäätösten teettäminen potilaan omalla kustannuksella, jolloin puhutaan sadoista euroista tai 2) lähetteen saaminen oman piirin keskussairaalaan.

Hoitoketju pätkii

On hämmästyttävää, kuinka vähän julkista keskustelua on toistaiseksi käyty tai palautetta annettu siitä, mitä todellisuudessa tapahtuu, kun tarvittaisiin joustavaa ja toimivaa tutkimus- ja hoitoketjua oireista hoidon toteutumiseen ja kuntoutumiseen sekä työkyvyn palautumiseen. Tämä on vaikeasti ymmärrettävää monessakin suhteessa. Tarkastelen seuraavaksi muutamia arjen näkökulmia, jotka vaikuttavat tämän päivän Suomessa kovin ristiriitaisilta – ainakin Lapista katsottuna.

Työurien pidentämisestä käydään kyllä intensiivistä keskustelua. Epäilemättä tämä onkin välttämätöntä. Mutta mitä vastaamme 50- tai 55-vuotiaalle, fyysisesti raskasta työtä kenties kymmeniä vuosia tehneelle metsurille tai keittiö- tai tekstiili- tai rakennusalan työntekijälle, joka on vuosien ajan tuntenut selkäongelmien tai olkapääkivun vähitellen pahentuvan ilman, että hän on kuitenkaan saanut kipuihinsa kunnollista selvitystä tai hoitoa?

Kun tilanne on iän myötä pahasti kärjistymässä ja toimintakyvyn lopullisen menetyksen uhka on ilmeinen, on vaikea perustella työuran jatkamisen välttämättömyyttä. Vielä vaikeampaa yksilön on ymmärtää, miten olisi mahdollista loppuun kuluneella selällä ja toimimattomilla olkanivelillä vastata nykyisen kiivaan työtahdin vaatimuksiin siten, kuin työnantaja ja eläkelaitokset edellyttävät.

Kun pitkäaikainen ja kokonaisvaltainen hoitosuhde on puuttunut, vastuuseen joutuu terveyskeskuksen päivystyksessä toimiva nuori ”keikkapäivystäjä”, jolla ei päivystäessään ole riittävää senioritukea eikä suoria yhteyksiä erikoissairaanhoidon. Hänellä ei ehkä myöskään ole mahdollisuutta jatkolähetteen kirjoittamiseen eikä päivystyksen paineessa tilanteen syvällisempään selvittelyyn. Älkäämme siis osoittako syyttävällä sormella kovan paineen alla työskentelevää nuorta terveyskeskuksen lääkäriä. Perusongelmat ovat muualla.

Tarkastellaanpa esimerkkinä ensin iskiaskipuongelmaa. Välilevyperäinen kipuoireisto saattaa syntyä nopeasti tai pitkän ajan kuluessa, tapaturmaisesti tai välilevyrappeuman pohjalta. Vaihtoehtoja on monia. Perinteisesti vakuutusyhtiöiden näkemys on, ettei iskiasoireisto ole tapaturmana korvattava. Näkemyksen väitetään perustuvan ”yleiseen lääketieteelliseen tietämykseen”, vaikka monessa tapauksessa

tämä voitaisiin vahvasti kyseenalaistaa. Iskiaskipua poteva joutuu käymään toistuvasti terveyskeskustason päivystyksessä ja kivun pahentuessa tai pitkittyessä hän saa parhaassa tapauksessa lähetteen jatkotutkimuksia varten omaan keskussairaalaansa. Odotusaika polikliniseen tutkimukseen ja sieltä edelleen magneettikuvausjonoon voi olla useita kuukausia. Magneettikuvassa ehkä näkyvän välilevytyrän leikkaushoidon tarpeen toteuttamisen jälkeen taas odotetaan, usein puoli vuotta. Kokonaisodotusaikaa oireiden alkamisesta saattaa kulua vuosi.

Tässä vaiheessa Kelan sairausvakuutuksen päivärahoikeus on käytetty. Toisin sanoen Kela on maksanut järjestelmän toimimattomuudesta johtuvan odotusajan taloudelliset kustannukset. Potilas on maksanut inhimilliset kustannukset. Tämän jälkeen siirytään kuntoutustuelle eli useinkin rasittavaan taisteluun määrääkäsästä eläkkeestä. Samalla on syntynyt riski siitä, ettei todellista hyötyä leikkauksesta ehkä enää saada, leikkausindikaation arviointi ja ehkä leikkauksen tekninen toteutuskin ovat muuttuneet vaikeammaksi. Kipuoireisto saattaa olla kroonistumassa. Pahimmassa tapauksessa lopputulos on leikattu potilas, joka ei enää saa kirurgiasta toivottua apua, vaan päätyy kipupoliklinikan pitkäaikaispotilaaksi. Toiminta- ja työkyky ovat alentuneet, ansionmenetyksen uhka on muuttunut todelliseksi ja kuntoutusjärjestelmä yrittää pelastaa mitä pelastettavissa on. Kaikki tämä olisi monasti voitu estää, jos järjestelmä olisi toiminut kokonaisvaltaisemmin ja tehokkaammin.

Vakuutuslaitosten mielivaltaa?

Toinen tyypillinen esimerkki voisi olla perusterve, aikaisemmin kaikilta osin oireeton keski-ikäinen työntekijä, joka työssään tai työmatkalla liukastuu, kaatuu yläraajansa varaan saaden rusahtavan olkapään vamman. Kyseessä on siis selkeä työtapaturma. Tällaisten tilanteiden varalta jokainen työnantaja maksaa lain velvoittamana pakollista vakuutusmaksua.

Olkapää kipeytyy niin, että vammautunut joutuu hakeutumaan terveyskeskuksen päivystykseen ja saa sieltä kipulääkettä ja sairauslomaa. Kipuoireiston pitkittyessä sairauslomaa jatketaan ja olkapäähän pistetään kortisonia. Olkanivelen toimintakyky pysyy huonona, olkavarren nostaminen ei onnistu eikä loukkaantunut pysty kivun vuoksi nukkumaan. Asiat eivät etene. Sitten huomataan, että koska kyseessä on työtapaturma, taustallahan on vakuutus, jota pitäisi voida käyttää.

Kipupotilas hankkiutuu yksityissektorin kirurgin puheille, jolloin todetaan mitä ilmeisin kiertäjäkalvosimen repeämä. Aikaa on jo mennyt, joten tarkemmilla tutkimuksilla ja korjaavaan kirurgiaan pääsyllä alkaa olla kiire. Ongelman hoitamiseksi laaditaan ilmeisen toimivalta vaikuttava suunnitelma. Sen mukaan tehdään ensin magneettikuvaus. Kun repeämä on myös kuvantamalla todettu, potilas ohjataan mahdollisimman nopeasti rekonstruktiviseen leikkaukseen. Yksityissektorilla jonoja ei juuri ole, julkisessa sairaalassa odotusaikaa olisi käytännössä vähintään puoli vuotta.

Todellisuudessa asiat eivät etene näin yksinkertaisesti. Ennen magneettikuvausta tulee saada vakuutusyhtiön lupa eli maksusitoumus tutkimuksen tekemiseen – jäänne ajoilta, jolloin magneetin käyttö oli uutta ja poikkeuksellista. Tilanne vaikuttaa itsestään selvältä, mutta tästä huolimatta vakuutusyhtiön päätöstä saatetaan joutua odottamaan useita viikkoja. Kun (jos) lupa saadaan ja tapaturmainen vaurio todetaan, ideaalinen ajankohta kiertäjäkalvosimen korjausleikkauksen tekemiseen on usein jo ohitettu.

Tässä vaiheessa vakuutusyhtiö kuitenkin usein toteaa, että ”yleisen lääketieteellisen tietämyksen valossa” tapaturman aiheuttamien vaurioiden olisi tullut parantua, joten ongelmanne tästä lähtien johtuvat muusta kuin tapaturmasta johtuvista syistä. ”Korvaamme tähänastiset kulunne tapaturman selvittämiseen liittyneinä tutkimuskuluina”. Tästä eteenpäin ei tutkimus-, hoito- tai työkyvyttömyyskuluja enää korvata. Työtapaturmaan joutunut on omillaan.

Hoitovastuu siirtyy lähetemenettelyn kautta taas yhteiskunnalle eli keskussairaalaan, jossa vastassa ovat kuukausien, kenties yli puolen vuoden jonot. Vamman syntymisestä korjaavaan toimenpiteeseen on taas kulunut lähes vuosi. Hoitotulokset ovat yhä epävarmempia, varsinainen kuntoutuminen on vasta aluillaan, sairausvakuutuksen päivärahoikeus on käytetty ja – mikä pahinta – pysyvän toimintakyvyn alentuman ja kroonisen kipuoireiston syntymisen riski on noussut moninkertaiseksi.

Mielivaltaa vai oikeutta?

Työtapaturman aiheuttama ja magneettikuvauksella todennettu vaurio voitaisiin korjata yksityissektorilla nopeasti, mutta maksajaa ei vakuutuksista huolimatta löydy. Pakollisen, lakisääteisen vakuutuksen myöntänyt vakuutuslaitos pystyy siis omalla yksipuolisella päätöksellään näppärästi irtautumaan vastuustaan.

Oikeusjärjestelmän mukaisesti vakuutusyhtiön päätöksestä voidaan valittaa. Päätös muuttuu harvoin. Vastauksen saaminen voi kestää vuoden.

Tänä aikana unohtuu tyystin pääasia eli vaurio, joka olisi tullut pikaisesti korjata. Käytännössä unohtuu siis kansalainen, vakuutettu, työntekijä, ihminen, joka ilman omaa syytään on joutunut byrokraattisen järjestelmän mielivallan uhriksi. Hän kantaa seuraukset pahimmassa tapauksessa kroonisena kipuongelmana ja vajaakuntoisuutena loppuikänsä. Oikeus ei aidosti toteudu.

Oikeusjärjestelmän näkökulmasta näyttää riittävän, että vammautuneella on valitusoikeus. Merkitystä ei anneta sille, toimiiko valitusjärjestelmä tai tuottaako järjestelmä oikeudenmukaisia ratkaisuja sellaisessa ajassa, että korjaavilla toimenpiteillä olisi todellista merkitystä.

Merkitystä ei myöskään anneta tarpeettomille kustannuksille, joita järjestelmän toimimattomuus on tuottanut. Tämä olisikin vaikeaa, koska maksajia on monia eivätkä eri kustannuslajit keskustele keskenään: työnantaja maksaa vakuutuksen, odotusajan maksaa Kela, ylimääräiset hoitokulut tulevat kuntien rasiitteeksi kohoavina sairaanhoitokustannuksina. Ennenaikainen eläköityminen menee työeläkelaitosten ja työnantajien sekä viime kädessä vammautuneen itsensä rasiitteeksi.

Edellä kuvatut arjen esimerkit ovat todellisuuspohjaisia poimintoja, jotka heijastavat valitettavalla tavalla järjestelmämme kokonaisvaltaisuuden puutetta ja arvojärjestyksen vääristymiä. Pääosassa ei enää ole kansalainen, vakuutettu, veronmaksaja, palvelujen tarvitsija, siis yksilö ja ihminen, joka kärsii sairauden tai vamman aiheuttamasta kivusta, vaan ensisijainen näkökulma on järjestelmässä, maksajassa ja vakuutusyhtiön edussa.

Viime kädessä yhteiskunnan menetykset ovat huomattavia: menetetyt työpäivät, ennenaikaiset eläköitymiset, kuntoutuskustannukset ja kroonistuneen kivun hoidot tuottavat ison laskun. Laskut kätkeytyvät kuitenkin monien muiden momenttien joukkoon ja ilmenevät lopulta vain osana laajempia tilastoja sekä poliitikkojen puheissa tarpeena pidentää työuria. Merkittävimmän ja ympärivuorokautisen laskun maksaa kuitenkin yksilö ja välillisesti hänen lähipiirinsä. Eikö tästä pitäisi kantaa enemmän huolta kuin vakuutusyhtiön tuloksesta tai järjestelmän rakenteiden säilyttämisestä sellaisina kuin ne on kymmeniä vuosia sitten rakennettu?

Mitä tehdä?

Kiireellisimpiä ja välttämättömiä isoja muutostarpeita on ainakin viisi. *Ensimmäisenä* pitäisi korjata arvovääristymä: järjestelmän toimintoja ohjaavan kokonaisuuden ykkösasiaksi pitäisi jälleen nostaa palveluntarvitsija – siis ihminen ja hänen läheisensä. Viime vuosina olemme liukuneet lähes hallitsemattomasti tilanteeseen, jossa ihminen on toissijainen ja järjestelmä, rakenteet ja maksaja ovat tärkeämmällä sijalla kuin mikään muu.

Erityisen paradoksaaliseksi tämän tekee se, että samaan aikaan, kun haetaan ns. säästöjä, ne jäävät todellisuudessa kuitenkin näennäisiksi, koska järjestelmän epäkohdista välillisesti aiheutuvat kustannukset maksetaan eri budjeteista ja momenteilta tai joskus tulevaisuudessa. Tällaisia kustannuksia ovat esimerkiksi tarpeettomasti pitkittyvät työkyvyttömyydet, ongelmien turha kroonistuminen, pitkittymisestä aiheutuvat ylimääräiset hoitojaksot, kuntoutuskustannukset – inhimillisistä seurauksista puhumattakaan.

Toiseksi on siirryttävä laajempiin kokonaisuuksiin. Nykyinen järjestelmä perustuu historiallisista syistä pyhänä pidettyyn kunta-ajatteluun, vaikka monessa tapauksessa kunnat eivät kykene huolehtimaan velvoitteistaan. Koko terveydenhuoltojärjestelmän rahoitusmekanismit on uudistettava. Samalla tulee muuttaa järjestelmän sisäisiä toimintatapoja. Terveydenhuollon välittömällä kustannuksilla on tietenkin tärkeä merkitys, mutta niitäkin voidaan hallita paremmin, jos toiminnot järkipäristetään kokonaisuuden näkökulmasta. Jää nähtäväksi, tuoko uusi, 1.5.2011 voimaan tuleva terveydenhoitolaki hieman parannusta tilanteeseen.

Kolmanneksi viranomaisten on ryhdyttävä päättäväisiin toimiin terveydenhuollon henkilöstöongelmien, erityisesti lääkäreiden saatavuuspulmien ratkaisemiseksi.

Neljänneksi vakuutuslaitosten toimet ja päätökset on saatettava asianmukaisen kontrollin alaiseksi, vakuutettujen oikeusturvaa on ryhdyttävä parantamaan ja vakuutuspäätöksiin liittyvä viiveet on poistettava.

Viidenneksi kuntoutusjärjestelmän resurssit on turvattava ja järjestelmä on saatava joustavammin toimivaksi. Työurien pidentämiselle tämä on ehdoton edellytys. Erityisesti hoitoon liittyvien viiveiden aiheuttamat ongelmat kuormittavat

kuntoutusjärjestelmää, ja jos aidosti halutaan vammojen ja sairastumisten jälkeen toimintakyvyn palautumista, on kuntoutusmahdollisuuksia lisättävä ja kuntoutukseen pääseminen turvattava nykyistä joustavammin. Sama koske Kelaa. Kuntoutusketju on saatava tehokkaammaksi ja toimivammaksi.

Lähteet:

Pälve Heikki, 2011. Muutosjohtaja saa työpaikan. Suomen Lääkärilehti. 13/2011, s. 1065, 1.4.2011

Antti Kivelä, 2011. Nykyiset terveyspalvelut ovat tulleet tiensä päähän. Helsingin Sanomat 20.3.2011, Sunnuntaidebatti, sivu C 12.

Barack Obama 2008. Affordable Health Care for All Americans. Kirjassa: Change We Can Believe In, s. 46-51, Canongate Books Ltd, Edinburgh, 2009.

Työterveyshuoltolaki 21.12.2001/1383

5.5 Leenan (67v.) kertomus

Kipupotilas Leena Jakkula

**Kun löytää vastuun itsestään, löytää
tien mielekkääseen elämään
kipujensakin kanssa.**

Kivut tulivat hiipimällä ja jäivät pysyviksi. Ne asettuivat pikkuhiljaa niveliin, lihaksiin, pieniin ja suuriin, kaikkialle. Se tapahtui kolmisenkymmentä vuotta sitten.

Reumaa ei löydetty, diagnosoitiin nivelrikko ja fibromyalgia. Kaikkein pahimpaan kipuun selässä ei löydetty edes diagnoosia. Oli kuin teräasetta olisi koko ajan käännelty lavan alla aamusta yöhön, vuodesta toiseen. Liikkuminen oli tuskallista, istuminen oli tuskallista, makaaminen oli tuskallista, hengittäminenkin kävi kipeää.

Terveyskeskuksessa neuvot olivat vähäiset: kokeeksi annetut lääkkeet todettiin tehottomiksi paranemisen kannalta, sivuvaikutuksiltaan tosi tehokkaiksi niin, että niiden käyttö oli mahdotonta. Jokunen kortisonipistos oli yhtä tyhjän kanssa. Terveyskeskuksessa oli kuitenkin ymmärrystä lähettää erikoislääkäreiden luokse.

Tutkimukset OYS:n eri poliklinikoilla olivat toki perusteellisia, mutta sopivia lääkkeitä kipujen lievittämiseksi ei löytynyt. Kaikki kokeeksi kirjoitetut osoittautuivat tehottomiksi ja sivuvaikutuksiltaan niin hankaliksi, ettei niitä voinut käyttää. Ne fysikaalisen hoidon muodot, joita kirjoitettiin, mm. ortopedinen manuaalinen terapia eli OMT, eivät tuoneet helpotusta. Eivät myöskään puudutuspistokset, akupunktio tai transkutaaninen hermostimulaatio TNS. Itse koin liikkumisen ylläpitämiseksi parhaimpana vesijumpan, jossa kävinkin säännöllisesti viikoittain usean vuoden ajan, mutta kipuja sekään ei vienyt pois.

Kelalta sain parin viikon kuntoutusjakson nivelrikon takia 1980-luvun alussa Siilinjärvellä, kolmen viikon jakson 1990-luvun alussa Invalidiliiton Lapin Kuntoutuskeskuksessa Rovaniemellä nivelvaivojen vuoksi, sekä myöhemmin TYK-kuntoutussarjan Merikosken kuntoutus- ja tutkimuskeskuksessa Oulussa. Ne olivat tietysti tervetulleita lomien töissä käyvälle kipupotilaalle, mutta kipuja ne eivät lievittäneet, eikä yhdelläkään kuntoutusjaksolla millään tavalla käsitelty itse kivun tuntemusta, eikä opeteltu tulemaan toimeen sen kanssa.

Kokonaisvaltainen perusteellinen eri poliklinikoita konsultoinut kuntoutuspoliklinikan jakso tuotti lopulta lähetteen OYS:n kipupoliklinikalle, jossa parin käynnin jälkeen lääkäri nosti kädet pystyyn ja sanoi, ettei hän voi auttaa.

Ahdistus ja masennuskin tulivat hiipimällä. Ne muuttuivat kivun kasvaessa toivottomuudeksi siinä määrin, että tulevaisuutta ei enää tuntunut olevan. Kaikki oli koettu ja nähty. Kun vielä sydän ryhtyi reistailemaan ja johti työkyvyttömyyseläkkeelle, tuntui elämä eletyiltä. Edessä oli vain odotus miten se päättyy. Näin siitä huolimatta, että OYS:n tutkimuskierroksella minut oli todettu tasapainoiseksi, järkeväksi, kaikin puolin kunnossa olevaksi yksilöksi.

Toivottomuutta seurasi välinpitämättömyys. Vuosikymmenien aikana kertynyt henkilökohtainen omaisuuskin tuntui yhdentekevältä. Sitä saattoi jakaa pois niille, joilla sille olisi ehkä käyttöä. Iso koti vaihtui pienempään, ja taas pienempään ja pienempään. Liiat huonekalut löysivät uudet kodit, jopa kauniit korut saivat nuoremmat ja kauniimmat kantajat.

Kaksituhattaluvun ensimmäisen vuosikymmenen puolivälissä tapahtui yllättävä muutos: kutsu vaihtaa paikkakuntaa. Sehän sopi, koska vuosikymmenien kotikaupunki ei pidätellyt ihmisillään eikä ympäristöllään. Uudella paikkakunnalla olisi kuitenkin poika ja pieni pojanpoika.

Uudella paikkakunnalla, Rovaniemellä, oli myös kipupotilasyhdistys. Se selvisi eräänä päivänä sanomalehti-ilmoituksesta. Pieni pojanpoika olemassaolollaan oli antanut niin paljon tulevaisuuden toivoa ja virtaa, että jaksoi mennä kokeilemaan mitä kenties olisi annettavana kipupotilaiden vertaistukiryhmällä.

Se oli kummallinen kokemus. Vanhana kyynikkona, kaikkien asioiden perusepäilijänä ja melkoisena skeptikkona – joskin ristiriitaisesti myös joitakin.

yliluonnollisuuksia ymmärtävänä – ei voinut alkuunkaan uskoa siihen parempaan päivään, jota ryhmässä pitempään käyneet jäsenet julistivat.

Kaikki ne kokemukset, joita ryhmän jäsenet olivat kipuvuosiensa aikana imeneet itseensä turhauttavien lääke- ja hoitokokeiluiden aikana, olivat kuitenkin arvokasta tietoa. Heidän aallon harjalta kuilun syvyyksiin vaihtelevat tuntemuksensa toimivat erinomaisena peilipintana omien tuntemusteni analysoinnille. Vaikka en voinutkaan uskoa palaavani vielä ”normaaliin” elämään, alkoi aivoissa itää pieni ajatus siitä, että kaikkea ei ehkä ole menetetty.

Alkoi uuden opetteluksen kausi. Nivelsairaudet ortopedin ja kirurgin toimesta todettiin sellaisiksi, ettei edes keinonivelleikkauksia voida tehdä. Piti opetella hyväksymään, ettei itse pysty enää tekemään kaikkia kotitöitä. Ei pysty enää liikkumaan niin kuin ennen. Ei pysty enää matkustamaan haluamiinsa matkakohteisiin. Ei jaksa enää huolehtia kaikista asioista yksin. Oli hyväksyttävä toisten apu ja apuvälineitä, mikä itsenäiselle ihmiselle on erittäin vaikea asia.

Niin vain kävi, että pikkuhiljaa, hiipimällä kuin kipujen tulo aikoinaan, valkeni mahdollisuus löytää elämästä vielä jotain uutta menetetyn tilalle. Heräsi toivo huomisen mahdollisuuksiin. Heräsi usko omiin mahdollisuuksiin. Aivot pelasivat vielä niin, että pystyi jatkamaan rakasta harrastusta kirjoittamista ja lukemista, pystyi käymään kokouksissa, osallistumaan yhdistys- ja järjestötoimintaan. Pystyi toimimaan suunnittelijana ja neuvonantajana, lapsenlapsen seuralaisena ja opastajana. Tehtäviä löytyi kalenterin täydeltä, vaikka palkkapussi olikin muuttunut eläketuloksi.

Kaikkein tärkein lienee ollut se päivä jona tajusi, että kivut ovat ja pysyvät, mutta niiden kanssa voi elää. Vertaistukiryhmän avulla oli löytynyt myös tie uuden kotipaikan kipupoliklinikalle, josta löytyi lääkeohjeistus, jollaisesta aiemmin ei ollut saanut mitään tietoa lukuisten kokeiluiden viidakossa. Pikkuhiljaa, hiipimällä, oli tapahtunut herätys, joka avasi taas maailman elämisen arvoiseksi mahdollisuuksien maailmaksi, rajoittuneeksi tosin verrattuna aikaan ennen kipuja, mutta myös monipuolisemmaksi verrattuna siihen samaan aikaan ennen kipuja.

Herätys ei tapahdu hetkessä, sormia napsauttamalla. Muutoksen itsessä havaitsee, kun uusia kivusta kärsiviä ihmisiä tulee mukaan kuvioihin, kuuntelee heitä ja näkee, miten he ovat uuden tiensä alussa hapuilemassa tuskaisina ja epätoivoisina. Siinä tilanteessa huomaa miten itse on joskus ollut tuossa samassa pisteessä epäilemässä kipuhelvetistä pitemmälle kivunneiden todistuksia mahdollisuuksista selvitä.

Vertaistukiryhmän rinnalla erinomaisena opettajana itseni hyväksymiseen on toiminut pojanpoika, joka tällä hetkellä on 7-vuotias. Hänen luonnollinen suhtautumisensa huonosti liikkuvaan Mummaan on liikuttavan luonnollinen. Pienestä asti leikit on luontevasti mitoitettu Mumman kipeiden polvien aiheuttamalla rajoitteella. Mumman hidas liikkuminen korvautuu monilla asioilla, joissa Mummalla on aikaa olla läsnä. Mumman pitää välillä ottaa lääkettä, mutta se on maailman luonnollisin asia, ei siitä aikuisten tapaan tehdä numeroa. Muistan miten hyvältä tuntui, kun muutama vuosi sitten pikkuinen sanoi eläkeläismummojoukosta otettua kuvaa katsellessaan: ”Kaikki mummot ovat viisaita...”. Toivottavasti se asenne säilyy hänellä pitkään.

MITÄKÖ OLEN OPPINUT?

Sen, että minä itse voin auttaa itseäni, mutta sitä ennen on opittava itsekkyyttä.

Sen, että menetetyn voiman ja taidon perään ei pidä jäädä itkemään, on paljon uusia mahdollisuuksia, mitä vielä voin tehdä ja osata.

Sen, että olen tärkeä minulle itselleni (ja ehkä sitä kautta vielä jollekulle muullekin).

Sen, että en voi ottaa vastuuta koko maailmasta. Jos sen teen, palaan entiseen, joka syö voimani, kuluttaa toivoni, ja syöksee minut takaisin oman elämäni hallinnasta pois.

5.6 Teemahaastattelun yhteenveto

Teemahaastattelun Lapin keskussairaalan kuntoutustutkimusyksikön ylilääkäri Toini Uutelaa 22.3.2011.(Liite 6 Teemahaastattelun kysymykset). Haastateltavalle ilmoitettiin, että haastattelua käytetään materiaalina raportoinnissa artikkeleiden lisäksi. Kysymykset haastatteluun pyrin tekemään samoihin teemoihin liittyen kuin artikkelin kirjoittajille esitetyt aihealueet. Lähestyin haastateltavaa ensimmäisen kerran sähköpostitse. Vastauksessaan hän ilmoitti aiheeni olevan *”erinomaisen tärkeä ja ajankohtainen ja haluavansa olla tukemassa sitä ”*.(Uutela 2011)

Taulukossa 3 on kuvattu keskeisimmät teemahaastattelussa esiin nousseet asiat kipupotilaan kannalta. Taulukkoon on koottu esille nousseita epäkohtia terveydenhuollossa, Kelassa ja eläkevakuutuslaitoksissa. Lisäksi siinä on kehittämisehdotuksia toiminnan parantamiseksi.

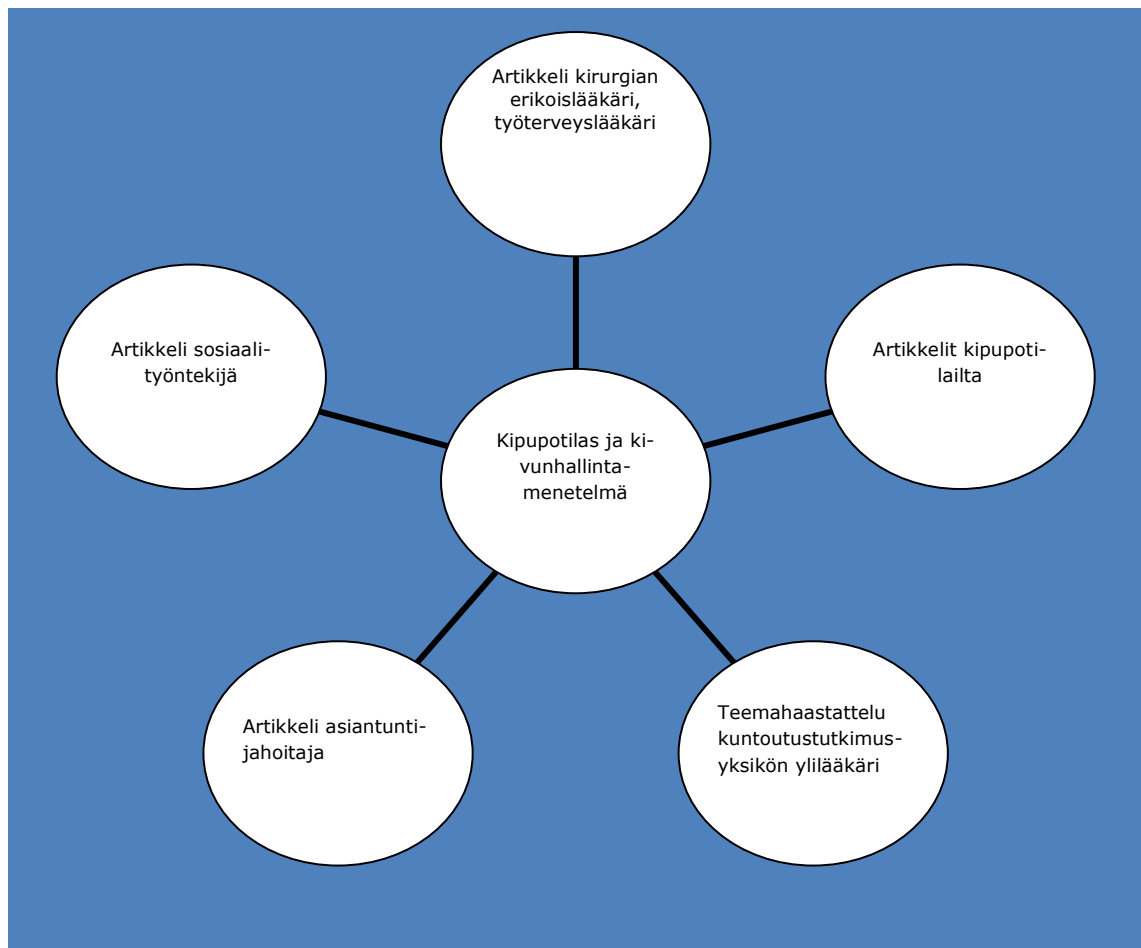
Taulukko 3. Kokoomataulukko teemahaastattelusta

	KIPUPOTILAS	NYKYISEN JÄRJESTELMÄN HEIKKOUKSIA	KEHITTÄMISEHDOTUKSET
TERVEYDENHUOLTO	<ul style="list-style-type: none"> o Toimintakyky alentunut o Hoito- ja kuntoutusinterventiot tapauskohtaisia o Poliklinikalle jonkin erityisalan tai terveystieteiden toimesta o Useita lääkärikerroksia o Tulee toimintakykyarvioon työelämän tarpeiden näkökulmasta o Motivaatio työelämän suhteen heikentynyt 	<ul style="list-style-type: none"> o Erikoissairaanhoidon sektoroituminen o Hoitoketjussa potilaan kokonaistilanteen hahmottaminen jää vähäiseksi o Työterveyshuolto ei kaikkialla toimi o Terveystieteiden suuntautunut biologiaan o Kelan kuntoutus irrallaan potilaan hoitoketjusta o Yhteistyö Kelan kanssa kaavamaisista 	<ul style="list-style-type: none"> o Psyykkisten ja sosiaalisten asioiden huomioiminen o Hoito- ja kuntoutusketjun yhdistäminen o Kuntoutus elimellinen osa hoitoa o Terveystieteidenhuollossa käynnissä potilaan hoitoketjun tehostaminen kokonaisvaltaisemmaksi ja kivunhoidon käynnistämiseksi heti hoidon alkuvaiheessa o Yhteistyötä Kelan kanssa kehitettävä konkreettisen tasolla
KELA JA TYÖELÄKELAITOKSET	<ul style="list-style-type: none"> o Pitkät sairauslomien, kuntoutustuki o Usein sairauspäiväraha ja kuntoutustuki hylätty o Kipu ei ole ollut riittävä peruste työkyvyttömyydelle o Työkokeilut toteutumatta o Osa kuntoutukseen motivoituneita o Osan mielestä kuntoutuksesta ei ole hyötyä 	<ul style="list-style-type: none"> o Kelan myöhäinen reagointi o Kelan byrokraattisuus o Laitoskuntoutukset osin taaksejäänyttä elämää o Kuntoutus toteutuu pääsääntöisesti liian myöhään o Kelan kuntoutus irrallaan potilaan hoitoketjusta o Yhteistyö terveydenhuollon kanssa kaavamaisista 	<ul style="list-style-type: none"> o Kuntoutusten tulisi olla asiakkaan arjessa, kotipaikkakunnalla o Psyykkisten ja sosiaalisten tekijöiden huomioiminen o Hoito- ja kuntoutusketjun yhdistäminen o Kuntoutus elimellinen osa hoitoa o Varhainen arvio kuntoutuksesta o Kelan kuntoutuskurssien myöntämisen kriteereiden täsmentäminen o Kelan avokuntoutuskursseihin satsaaminen o Yhteistyötä terveydenhuollon kanssa kehitettävä konkreettisen tasolla o Kivunhallintaryhmien perustaminen alueellisesti, seutukunnittain Lapissa o Varhaiskuntoutuksen merkityksen painottaminen

6. META-ANALYYTTINEN ARVIO ASiantuntijoiden Artikkeleista ja Toimenpidesuosituksat Toiminnan Mahdollisuuksista Osana Kelan Kuntoutustoimintaa

6.1 Arvio kipupotilaan hoito- ja kuntoutusketjusta

Meta-analyttinen aineistolähtöinen sisällönanalyysi syntyy eri alojen asiantuntija-artikkeleiden ja teemahaastattelun pohjalta. Artikkeleiden ja teemahaastattelun osalta aineistoa voisi kutsua myös caseiksi. Sisällönanalyysiä voidaan käyttää esimerkiksi, päiväkirjojen kirjeiden, puheiden dialogien, raporttien, kirjojen, artikkeleiden analysoimiseen. Sen avulla voidaan järjestää, kuvailla ja kvantifioida tutkittavaa ilmiötä. (Tanskanen 1999, 5) Kuvio 20 kuvaa eri näkökulmista tulevaa aineistoa liittyen kipupotilaaseen ja kivunhallintamenetelmään. Aineisto on sekä autoetnografisesta näkökulmasta että professionaalisesti tuotettua. Näin on saatu monelta eri näkökulmalta tuotettua aineistoa.



Kuvio 20. Meta-analyyttisen aineiston muodostuminen

Aineiston pohjalta nostan esille sisällönanalyysin keinoin keskeisiä asioita, jotka vaikuttavat kipupotilaaseen ja hänen hoito- ja kuntoutusketjuunsa. Lisäksi nostan esille asioita jotka nousevat kivunhallintamenetelmästä, varhaiskuntoutuksesta ja kuntoutuksesta. Lisäksi olen koonnut asioita järjestelmistä, jotka ohjaavat pitkälle kipupotilaan hoitoa ja kuntoutusta. Taulukossa 6 on eri aineistoista kootut kipupotilasta ja kivunhallintaa koskevat keskeisimmät asiat. Taulukosta 7 löytyvät keskeisimmät asiat varhaiskuntoutuksesta, kuntoutuksesta sekä hoito- ja kuntoutusketjusta.

Taulukko 6. Kokoomataulukko Kipupotilas, Kivunhallinta ja Vertaistuki

AINEISTO	KIPUPOTILAS	KIVUNHALLINTA ja VERTAISTUKI
Riitta Tauriainen	<ul style="list-style-type: none"> ○ Työ- ja toimintakyky heikentynyt ○ Useita sairauslomia ○ Kuntoutustuella ○ Tuki- ja liikuntaelin vaivoja 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Parantanut elämälaatua ○ Kipu ei hallitse elämää ○ Kontaktit terveydenhuoltoon vähentyneet
Marja Kiuru	<ul style="list-style-type: none"> ○ Yksilöt kokevat kivun eri tavoin ○ Hoito- ja kuntoutustoimet vaativat pitkäjänteistä yhteistyötä, kipupotilas, terveydenhuolto ja eri asiantuntijat 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Toiminut vertaistukiryhmän ohjaajana ○ Tutkinut toiminnan vaikuttavuutta kipupotilaaseen ○ Vertaisryhmässä käsitellään omaa kipukokemusta ja sen vaikutusta biopsykososiaaliseen elämäntilanteeseen psykoterapian keinoin ○ Vertaistuen avulla kipupotilas on omaan hoitoonsa vaikuttava yksilö, joka elää laadukasta elämää ○ Asennoituminen kipuun muuttuu – tuhoavat ajatukset muuttuvat rakentaviksi ○ Vertaistukeen perustavalla toiminnalla voidaan yltää johonkin muuhun kuin perinteisillä hoito- ja kuntoutustoimenpiteillä ○ Elämänhallinnan palauttaminen ja säilyttäminen ○ Keino käydä läpi reaalisia paineita ja sisäisiä stressejä vastavuoroisella tavalla luottaen ja saaden samalla tukea toisilta ○ Sosiaalinen toimintakyky kohoaa ○ Henkinen hyvinvointi kohoaa ○ Energisyys ja elinvoimaisuus kohoavat ○ Passiivisesta terveydenhuollon suurkuluttajasta aktiiviseksi omaan hoitoonsa ja hyvinvointiinsa osallistujaksi
Hanne-Mari Seppälä	<ul style="list-style-type: none"> ○ Fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja taloudellinen toimintakyky alentunut ○ Itsetunto, oma-aloitteisuus ja mieliala matala ○ Toimintakyky heikentynyt ○ Keskittyminen vaikeaa ○ Yöunet katkonaiset ○ Elämänongelmat voivat olla monimutkaisia ja solmussa ○ Sairauspäiväraha ○ -Kuntoutustuki ○ Haastavat elämäntilanteet ○ Potilas ei ole pelkkä diagnoosi ○ Vammaistuki ○ Eläkkettä saavan hoitotuki ○ Kirjoittavat kivun vääristämää tietoa omasta toimintakyvystään ○ Oikea-aikaisen diagnosoinnin merkitys 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Voimaannuttavat ○ Tieto, vertaistuki ○ Rohkeutta itselle ○ Kipupotilaat hyötyvät kivunhallintaryhmästä

Ali Arsalo	<ul style="list-style-type: none"> Ilman omaa syytään joutuu byrokraattisen mielivallan uhriksi Tarvitsee erikoistutkimuksia tai erikoissairaanhoidoa Tulisi olla tärkein, ei järjestelmä rakenteet, maksaja Toistuvasti terveyskeskuksen päivystyksessä Toiminta- ja työkyky alentunut 	<ul style="list-style-type: none"> Ei mainintaa kivunhallinnasta ja vertaistuesta
Leena Jakkula	<ul style="list-style-type: none"> Toimintakyky heikentynyt Tuskainen, epätoivoinen Työkyvytön Eläkkeellä Ahdistus, masennus, toivottomuus Työkyvyttömyyseläkkeellä Neuvonantaja, suunnittelija 	<ul style="list-style-type: none"> Toivo, virtaa Kummallinen kokemus- ei voinut uskoa siihen parempaan päivään, jota pitkään ryhmässä käyneet julistivat Arvokasta tietoa Usko paluusta normaaliin elämään Kaikkea ei ehkä ole menetetty Uuden opettelu kausi Rajoitteiden hyväksyminen Kivut ovat ja pysyvät, mutta niiden kanssa voi elää Maailma muuttui elämisen arvoiseksi Olen tärkeä omalle itselleni
Toini Uutela	<ul style="list-style-type: none"> Toimintakyky alentunut Hoito- ja kuntoutus-interventiot tapauskohtaisia Poliklinikalle jonkin erityisalan tai terveyskeskuksen toimesta Useita lääkärikierroksia Tulee toimintakykyarvioon työelämän tarpeiden näkökulmasta Motivaatio työelämän suhteen heikentynyt - pitkät sairauslomat, kuntoutustuki Usein sairauspäiväraha ja kuntoutustuki hylätty Kipu ei ole ollut riittävä peruste työkyvyttömyydelle Työkokeilut toteutumatta Osa kuntoutukseen motivoituneita Osa katsoo, että kuntoutuksesta ei hyötyä 	<ul style="list-style-type: none"> Kivunhallintaryhmien perustaminen alueellisesti, seutukunnittain Lapissa

Kipu ja masennus ovat selkeästi yhdistäviä tekijöitä kipupotilaille. Erilaiset sosiaaliturvaan liittyvät asiat ovat keskeisessä osassa kipupotilaan elämässä. On erilaisia ratkaisuja sosiaaliturvasta sekä myönteisiä, että hylkääviä päätöksiä. Yhdistävä tekijä selkeästi on kivunhallinnan osalta, että kipupotilaat ovat hyötäneet siitä ja saaneet toimintakykyä palautettua sen avulla.

Taulukko 7. Kokoomataulukko Kuntoutus, Varhaiskuntoutus ja Hoito- ja kuntoutusketju

AINEISTO	KUNTOUTUS VARHAISKUNTOUTUS	HOITO- JA KUNTOUTUSKETJU
Riitta Tauriainen	<ul style="list-style-type: none"> Yksilöllinen laitostuntoutusjakso Vireillä Tyk-kuntoutukseen hakeminen Selkäkuntoutus kuntosalilla Oys.n fysiatrian poliklinikan selkäkuntoutus Lks.n suljettu kivunhallintaryhmä Avoin kivunhallintaryhmä Sodankylässä 	<ul style="list-style-type: none"> Runsaasti käyntejä terveyskeskuksessa ja erikoissairaanhoidossa Toimiva työterveyshuolto Kuntoutusta myös terveydenhuollon tasolla Kivunhallinta ryhmän kokenut vaikuttavimmiksi
Marja Kiuru	<ul style="list-style-type: none"> Itsehoidolliset toimet ovat kivusta kuntoutumisen kannalta ratkaisevan tärkeä tekijä 	<ul style="list-style-type: none"> Kuntoutumisen edistyminen tapahtuu yleensä pienin askelin erilaisten hoito- ja kuntoutustoimien avulla Kivunhallintaryhmän ansiosta paluu työelämään mahdollistunut
Hanne-Mari Seppälä	<ul style="list-style-type: none"> Kipupotilaiden kuntoutuskurssit Kipupotilaiden ensitietokurssi 	<ul style="list-style-type: none"> Hoitopolku saatava saumattomaksi ja toimivaksi Hoitoketjun olisi vastattava potilaan tarpeisiin Verkostotyön merkitys Sosiaalityöntekijä edesauttaa potilaan kokonaisvaltaisen hoidon ja kuntoutuksen toteutumista yhtenä hoitotiimin jäsenenä
Ali Arsalo	<ul style="list-style-type: none"> Työurien pidentämistarpeen ja kuntoutuspalvelujen saatavuuden välillä ristiriita Lapissa Kuntoutusjärjestelmän resurssit on turvattava ja järjestelmä on saatava joustavammin toimivaksi Kuntoutusmahdollisuuksia lisättävä Kuntoutukseen pääseminen turvattava nykyistä joustavammin. Kuntoutusketju on saatava tehokkaammaksi ja toimivammaksi. 	<ul style="list-style-type: none"> Vähän julkista keskustelua toimivan hoito- ja kuntoutusketjun tarpeesta Erityisesti hoitoon liittyvien viiveiden aiheuttamat ongelmat kuormittavat kuntoutusjärjestelmää
Leena Jakkula	<ul style="list-style-type: none"> Kaksi kuntoutuskurssia TYK-kuntoutus Fysioterapia OMT-terapia Ei vaikuttavuutta, lomajaksoja Ei kivun käsittelyä 	<ul style="list-style-type: none"> Erikoissairaanhoidossa käyntejä, ei apua kipuihin
Toini Uutela	<ul style="list-style-type: none"> Kelan kuntoutus irrallaan potilaan hoitoketjusta kuntoutus toteutuu pääsääntöisesti liian myöhään 	<ul style="list-style-type: none"> Pitäisi puhua hoito- ja kuntoutusketjusta

Voidaan todeta, että osalla kipupotilaista kuntoutus toteutuu ilman merkittävää hyötyä ja toisilla on kuntoutukset täysin toteutumatta. Kuntoutuksen toteutuessa liian myöhään voi hyöty jäädä sen vuoksi alhaiseksi. Lisäksi kuntoutus tapahtuu usein toisella paikkakunnalla ja kuntoutumisen hyöty voi jäädä senkin vuoksi alhaiseksi. Kivunhallintaryhmät on koettu toimiviksi ja kuntouttaviksi, niiden jälkeen on kyetty jopa palaamaan takaisin työelämään. Hoitoihin liittyvät viiveet hankaloittavat myös kuntoutuksen toteutumista. Hoito- ja kuntoutusketju eivät toimi riittävän hyvin. Kipupotilaat käyttävät paljon terveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluja. He saavat kuitenkin harvoin apua kipuihinsa siellä.

Taulukossa 8 löytyvät eri näkökulmista keskeisimmät esille nousseet asiat terveydenhuollosta, Kelasta ja eläke- ja vakuutusyhtiöistä.

Taulukko 8. Kokoomataulukko Terveystenhuolto, Kela, Eläke- ja vakuutusyhtiöt

AINEISTO	TERVEYDENHUOLTO	KELA, ELÄKE- ja VAKUUTUSYHTIÖT
Riitta Tauriainen	<ul style="list-style-type: none"> o Saanut hoitoa usealta eri sektorilta o Hoidon vaikutus vähäinen 	<ul style="list-style-type: none"> o Työnantaja o Sairauspäiväraha o Kuntoutustuki o Osatyökyvyttömyyseläke o Ollut Kelan järjestämässä kuntoutuksessa
Marja Kiuru	<ul style="list-style-type: none"> o Keskitytään lääketieteelle ominaisen naturalistisen lähestymistavan mukaisesti kivun fyysisen ilmenemisen tutkimukseen ja hoitoon o Kivun yhteys tajunnallisiin (psykkisiin) ja situationaalisiin tekijöihin jää keskustelun ulkopuolelle o Pitkäaikainen kipu harvoin autettavissa pelkästään lääketieteen keinoin o Kivun lievittäminen ja poistaminen lääketieteen keinoin usein vaikeaa 	<ul style="list-style-type: none"> o Ei mainintaa artikkelissa
Hanne-Mari Seppälä	<ul style="list-style-type: none"> o Oikea-aikaisen diagnosoinnin tarve o Ohjaaminen kipupoliklinikalle 	<ul style="list-style-type: none"> o Viranomaisjärjestelmä joustamaton o Selkeyttämistä ja ohjeistamista kipupotilaille
Ali Arsalo	<ul style="list-style-type: none"> o Kunnilla lakisääteinen velvollisuus tuottaa työterveyshuollon palveluja o Toimivaan työterveyshuoltoon sisältyy potilas lääkärisuhteen jatkuvuus ja pitkäjänteisyys o Preventiivisten ja kuratiivisten palveluiden saatavuuden ja oikea-aikaisuuden välillä ristiriita Lapissa 	<ul style="list-style-type: none"> o Olennainen osa kokonaisuudesta kun tarkastellaan terveydenhuollon toimivuutta o Kuntoutukseen pääseminen turvattava nykyistä joustavammin o Vakuutuslaitosten toimet ja päätökset on saatettava asianmukaisen kontrollin alaiseksi o Vakuutettujen oikeusturvaa on ryhdyttävä parantamaan o Vakuutuspäätöksiin liittyvät viiveet on poistettava
Leena Jakkula	<ul style="list-style-type: none"> o Saanut hoitoa erikoissairaanhoidossa 	<ul style="list-style-type: none"> o Työkyvyttömyyseläke o Kelan kuntoutuksia
Toini Uutela	<ul style="list-style-type: none"> o Yhteistyö Kelan kanssa kaavamaisista o Sairaanhoidon sektoroituminen o Hoitoketjussa potilaan kokonaistilanteen hahmottaminen jää vähäiseksi o Työterveyshuolto ei kaikkialla toimi o Terveystenhuolto suuntautunut biologiaan 	<ul style="list-style-type: none"> o Yhteistyö terveydenhuollon kanssa kaavamaisista o Kelan myöhäinen reagointi o Kelan byrokraattisuus o Laitoskuntoutukset osin taakse jäänyttä elämää o Kelan kuntoutus irrallaan potilaan hoitoketjusta

6.2 Konkreettisia toimenpidesuosituksia

Suoraan työelämästä vanhuuseläkkeelle siirtymisikä on 63 vuotta ja työkyvyttömyyseläkkeelle jäädään keskimäärin 52 vuoden ikäisenä. Vuonna 2008 työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyi 25 600 henkilöä. Hallitus ja työmarkkinajärjestöt ovat sopineet vuonna 2009 tavoitteesta nostaa 25 vuotta täyttäneiden keskimääräistä eläkkeelle siirtymisiän odotetta. Tätä varten perustettiin kaksi työryhmää, eläkeneuvotteluryhmä ja työelämäryhmä, joilla oli yhteinen tavoite: esittää keinoja todellisen eläkkeelle siirtymisiän nostamisella kolmella vuodella. (Työelämäryhmä 2010, 3). Työurien pidentämisen kannalta näen kehittämisehdotukseni kivunhallintaryhmistä osana Kelan kuntoutustoimintaa tarpeelliseksi toteuttaa, se on yksi mahdollisuus vaikuttaa työurien pitenemiseen. Mahdolliset muut vaikutukset voivat näkyä esimerkiksi terveydenhuollon palvelujen tarpeen vähenemisenä, kipupotilaan elämälaadun paranemisessa, toiminnalla voidaan ehkäistä uusien sairauksien puhkeamista kipupotilaalla.

Keskeisimpiä kehittämisehdotuksia, jotka artikkeleista nousivat esille löytyvät seuraavasta taulukosta 9.

Taulukko 9. Kokoomataulukko kehittämisehdotuksista

AINEISTO	KEHITTÄMISEHDOTUKSET
Riitta Tauriainen	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Kivunhallintaryhmien jalkauttaminen osaksi Kelan varhaiskuntoutustoimintaa ➤ Henkilökohtainen kokemus kivunhallintaryhmästä ja sen tuomista voimavaroista
Marja Kiuru	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Artikkelissa faktatietoa kivunhallintamenetelmästä ja sen vaikutuksesta kipupotilaaseen
➤ Hanne-Mari Seppälä	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Oikea-aikaisen verkoston luominen kipupotilaalle ➤ Kelan kipukursseja kipupotilaalle ➤ Kipupotilaan hoitopolku toimivaksi ja saumattomaksi ➤ Ensitietokurssi kipupotilaille
➤ Ali Arsalo	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Palvelun tarvitsija ja hänen läheisensä lähtökohta toiminnalle ➤ Säästötoimenpiteiden todellisten vaikutusten ymmärtäminen ➤ Terveystietojärjestelmän rahoitusmekanismien uudistaminen ➤ Toimintojen järjestyttäminen kokonaisuuden näkökulmasta ➤ Toimet terveydenhuollon henkilöstöpulan ratkaisemiseksi ➤ Vakuutuslaitosten toimet ja päätökset asianmukaisen kontrollin alaiseksi ➤ Kuntoutusmahdollisuuksien lisääminen ➤ Kuntoutusketju tehokkaammaksi ja toimivammaksi
➤ Leena Jakkula	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Henkilökohtainen kokemus vertaistukiryhmän avusta merkittävä.
➤ Toini Uutela	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Psyykkisten ja sosiaalisten asioiden huomioiminen ➤ Hoito- ja kuntoutusketjun yhdistäminen, kuntoutus elimellinen osa hoitoa ➤ Terveystietojärjestelmässä käynnissä potilaan hoitoketjun tehostaminen kokonaisvaltaisemmaksi ja kivunhoidon käynnistämiseksi heti hoidon alkuvaiheessa ➤ Yhteistyö Kelan ja terveydenhuollon kanssa kehitettävä konkreetian tasolla ➤ Kuntoutusten tulisi olla asiakkaan arjessa, kotipaikkakunnalla ➤ Varhainen arvio kuntoutuksesta ➤ Kelan kuntoutuskurssien myöntämisen kriteereiden täsmentäminen ➤ Kelan avokuntoutuskursseihin satsaaminen ➤ Kivunhallintaryhmien perustaminen alueellisesti, seutukunnittain Lapissa ➤ Varhaiskuntoutuksen merkityksen painottaminen

Kehittämisehdotuksista nostaisin erityisesti, kipupotilaan tilannetta ajatellen esille:

- Asiakas lähtökohtana toiminnalle, ei viranomaiset
- Hoito- ja kuntoutusketjujen yhdistämisen
- Terveysthuollossa hoitoketjun tehostaminen
- Yhteistyön konkreettinen kehittäminen, Kela, terveydenhuolto, työterveyshuolto
- Varhainen arvio kuntoutuksesta
- Varhaiskuntoutuksen merkitys
- Kivunhallintamenetelmien jalkauttaminen osaksi Kelan kuntoutustoimintaa

Työurien pidentämisen näkökulmasta katsoen on ensiarvoisen tärkeää työterveyshuollon toimivuuden ja Lapissa erityisesti sen riittävyyden kehittäminen ja turvaaminen. Kipupotilaan tilannetta katsottaessa voidaan katsoa työura asiaa myös toisesta näkökulmasta. Sairaus, joka kivun aiheuttaa voi olla niin hallitseva, että työelämään paluu ei ole mahdollista millään muotoa tai on vain osittain mahdollista. Työkyvyttömyydestä ei pidä rangaista ihmistä vaan toimeentulo on turvattava riittävästi myös näissä tilanteissa kun sairaus kohtaa.

Viranomaisten välistä yhteistyötä tulisi ohjata jossain määrin lailla, jotta turvattaisiin asiakkaiden kokonaisvaltainen palvelu, haastavissa elämätilanteissa. Ihmistä, asiakasta varten tämä hyvinvointivaltio on rakennettu, ei pelkän statuksen vuoksi. Yhteistyöryhmien konkreettinen perustaminen Kela - Terveysthuolto, jossa käsitellään ja laitetaan käytäntöön erilaisia kehittämiskohteita. Yksinkertainen esimerkki olisi juuri kivunhallintaryhmät. Niiden toimeenpanemisessa hyödynnettäisiin terveydenhuollon osaamista ja Kela hoitaisi asiakkaiden sosiaaliturvan ja toiminnan kustannukset. Ryhmän jäsenten valinnassa voitaisiin tehdä yhteistyötä konkreettisen tasolla. Yhteistyöllä voitaisiin myös tehostaa ja yhdistää hoito- ja kuntoutusketjua, jotta saataisiin kuntoutukselle oikea-aikaisuutta ja vaikuttavuutta.

Harkinnanvarainen psykoterapia on hyvä uudistus Kelan kuntoutuskäytännöissä. Kuntoutusmuoto, joka on viety kuntoutujan arkeen, niin että hän voi itse valita terapeutkinsa, kuntoutuksen aikataulutuksen ja kuntoutus on pääsääntöisesti lähellä hänen arkeaan. Tällaisen kuntoutustoiminnan kehittäminen on ensiarvoisen tärkeää. Kivunhallintaryhmien pilotoitikoitelulla Lapin alueella osoitettaisiin näiden tarpeellisuus ja hyöty, jonka jälkeen niitä voitaisiin järjestää muuallakin Suomessa. Taloudellisesta näkökulmasta toiminta tulisi aloittaa mahdollisimman pian, jotta saataisiin merkittäviä säästöjä pienellä panoksella.

Seuraavassa lainauksessa on lyhyesti ja selkeästi se minkä tulisi olla kaikille suomalaisille tasa-arvoisesti taata niin kauan kun puhumme hyvinvointiyhteiskunnasta.

Hyvää terveydentilaa pidetään paitsi universaalina tarpeena, myös keskeisenä resurssina saavuttaa hyvinvointia muilla elämäalueilla. Hyvä terveys, riittävä toimeentulo, psyykkinen hyvinvointi ja hyvät sosiaaliset verkostot voidaan nähdä hyvän elämänlaadun keskeisenä elementtinä. (Kinnunen 2009,21.)

6.3 Kehittämisehdotus sairauspäivärahasprosessiin

Kelassa on ollut käynnissä vuosina 2008-2011 Kyky-hanke. Hankkeeni suunnitteluvaiheessa pidettiin palaveri Kelan terveysosaston edustajien kanssa ja puhuttiin siitä, että kehittämishankkeeni voisi olla Kyky-hankkeen ”alahanke”. Kyky-hanke on valtakunnallinen ja sen avulla kehitetään terveyteen sekä työ- ja toimintakykyyn liittyvien etuuskien prosesseja kokonaisvaltaisesti. Sen tehtävänä on mm. kuvata asiakkaan palvelu- ja ratkaisuprosessit kokonaisvaltaisesti. Hankkeessa kartoitetaan asiakkaan tarpeet ja käytettävien prosessien ongelmakohdat sekä liittymäkohdat muihin toimijoihin. Hankkeen tavoitteena on tukea asiakaslähtöisyyttä terveyteen ja työ- ja toimintakykyyn liittyvissä etuusprosesseissa sekä tukea ja ohjata sairauspäiväraha-asiakkaita työkyvyn palauttamisessa yhteistyössä muiden toimijoiden kanssa. Pyritään työhön paluuta tukeviin toimiin, esimerkiksi oikeaan aikaan toteutuvaan kuntoutukseen (Kelanetti 2010.) Kyky-hanke päättyy kuitenkin jo kuluvana vuonna 2011, joten minun kehittämishankkeeni toteuttaminen ei sen yhteydessä ollut mahdollista

Sairauspäivärahaa voi saada 1667-vuotias, joka on sairauden vuoksi työkyvytön. Edellytyksenä saada päivärahaa on, että vakuutettu on ollut työkyvyttömyyttä työnhakijana, hoitamassa omaa taloutta tai sapatti- tai vuorotteluvapaalla. edeltävien kolmen kuukauden aikana ansiotyössä työntekijänä, yrittäjänä tai ammatinharjoittajana. Työedellytys täyttyy myös jos on ollut opiskelemissa päätoimisesti, työttömänä

Sairauspäiväraha korvaa alle vuoden kestävästä työkyvyttömyyden aiheuttamaa ansiomenetystä. Kelan maksamaa sairauspäivärahaa on mahdollista saada 300 päivää. Sairauspäivärahaa on mahdollista saada uudelleen saman sairauden vuoksi oltuaan työkykyinen vähintään vuoden.

Kun päivärahaa on maksettu 60 päivää, tehdään ensimmäinen arvio sairauspäivärahan saajan kuntoutustarpeesta Kelan aloitteesta. Seuraavaksi kuntoutustarvetta arvioidaan, kun asiakas on saanut päivärahaa 150 päivää. Kuntoutustarvearvio tulisi olla siinä vaiheessa olla tehtynä, jos sairauspäivärahan enimmäisaika 300 päivää täyttyy ja vakuutettu hakee määräaikaista kuntoutustukea tai pysyvää työkyvyttömyyseläkettä.

Kelassa on etuuskohtaiset etuusprosessit (Liite 7 sairauspäivärahan prosessikaavio), jotta päästäisiin mahdollisimman yhdenmukaisiin käytäntöihin riippumatta siitä onko asiakas Kittilässä tai Espoossa ja riippumatta siitä missä etuusratkaisu tehdään. Prosessien avulla yritetään yhtenäistää pelisäännöt kuinka missäkin etuudessa missäkin vaiheessa työntekijät toimivat. Prosessien kehittäminen on toimintatapojen kehittämistä, joka on suppeimmillaan yhden yksittäisen työntekijän työkäytäntöjen kehittämistä. (Toikko, Rantanen 2009, 14.) Kehittämishankkeeni vuoksi joudutaan sairauspäivärahaproessia muuttamaan (Liite 8 Uudistettu prosessikaavioon). Prosessiin tulee yksi lisävaihe, jossa sairauspäivärahankäsittelijän ja Kelan asiantuntijalääkärin arvion jälkeen pitkäaikaisesta kivusta kärsivälle ihmiselle tarjotaan mahdollisuutta osallistua kivunhallintaryhmään. Yleensä hanke muodostuu useista työkäytännöistä, joista suurimman osan tulee toimia hyvin, jotta hankkeen kokonaistoiminta olisi mahdollisimman optimaalista. Toimiva käytäntö ei ole sama asia kuin hyvä hanke. (Jalava, Roine, Hassinen, Pensola 2007, 8).

Käytännön työssä Kelassa kipuryhmään valinta tapahtuisi niin, että sairauspäivärahan etuuskäsittelijä esittelee asian asiantuntijalääkärille lausunnolle ja valmistelussa kysyy lääkäriltä olisiko kivunhallintaryhmään osallistuminen tarpeellista työ- ja/ tai toimintakyvyn palauttamiseksi. Jos lääketieteelliset kriteerit ja muut kriteerit vakuutetun kohdalla täyttyvät, niin sairauspäivärahapäätöksen yhteydessä hänelle tarjotaan mahdollisuutta osallistua tällaiseen varhaiskuntoutukseen. Toiminnan alkuvaiheessa olisi nimetyt etuuskäsittelijät, jotka valmistelisivat kipupotilaan sairauspäiväraha-asian lausunnolle asiantuntijalääkärille

6.4 Kustannusarvio

Ryhmiä toteuttamisen kustannukset ovat hyvin matalat. Oheisessa taulukossa 10 karkea arvio yhden ryhmän, joka kokoontuu 14 kertaa toteuttamiskustannukset.

Taulukko 10. Kustannusarvio

KUSTANNUKSET	HINTA /kpl	HINTA YHTEENSÄ
Tilavuokra	50 €X14	700€
Palkkio	150€X14	2100€
Materiaali	20€X10	200€
Muut kulut	60€	60€
KULUT YHTEENSÄ		3060€

Kustannukset yhteensä **3060 €** / ryhmä, yhteensä 14 kokoontumiskertaa

Lisäksi kustannuksiin tulisivat osallistujien sairausvakuutuslain mukaisesti korvattavat matkakustannukset.

Vuodesta 1992 vuoteen 2009 keskimääräiset kuntoutuskustannukset Kelassa ovat kasvaneet. Kuntoutuspalvelukustannukset olivat **2800 euroa** kuntoutujaa kohti vuodessa. Kuntoutustoimenpidettä kohti olivat keskimääräiset kustannukset harkinnanvaraisessa kuntoutuksessa **1800 euroa** vuodessa. (Kelan kuntoutustilasto 2009, 11.)

Kehittämisehdotukseni pohjalta toteutettavissa ryhmissä kustannukset osallistujaa kohden olisivat arviolta **306 euroa**. Ei iso kustannus ja kuntoutuksen vaikuttavuus ja oikea-aikaisuus saadaan toteutumaan.

7. KOKONAISUUDEN ARVIOINTIA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Kehittämisehdotuksellani pyrin kuntoutuksen oikea-aikaisuuden konkreettiseen toteuttamiseen ja vaikuttavuuden lisäämiseen kivunhallintaryhmien käynnistämisen kautta. Anttila (2007, 9) toteaa, että tutkimuksella tavoitellaan tietoa ja kehittämisellä pyritään parantamaan tuloksia. Kun tähdätään johonkin tiettyyn tavoitteeseen konkreettisella toiminnalla, silloin puhutaan kehittämisestä. Alussa määritellään jokin tavoite jota kohden prosessin aikana edetään ja sitten lopuksi arvioidaan kuinka hyvin tai huonosti tavoite saavutettiin. (Toikko, Rantanen 2009, 14.) Nykyään kehitetään paljon, lähes kaikessa toiminnassa on käynnissä jonkinlaista tai jonkinasteista kehittämistoimintaa. Aktiivinen osallistuminen kehittämiseen on kehittämistyötä ja sen erilaisia kehittämishankkeita. Kehittämistä voidaan kuvata jonkin asian dynaamisena, interaktiivisena prosessina, johon liittyy erityisiä toimenpiteitä. Käsitteet systemaattisuus, tehokkuus, kokemuksellisuus, reflektiivisyys ja tuloksellisuus kuvaavat kehittämishanketta. (Anttila 2007, 12).

Opinnäytetöiden odotetaan nykyään olevan kehittämishankkeita, tällä tavoin nähdään opiskelijan kyky prosessin analysoimiseen, tulosten tuottamiseen sekä tuloksellisuuden ja hyödynnettävyyden arvioon. (Anttila 2001, 12.) Oman työn kehittäminen Kelassa ei ole organisaation rakenteen vuoksi kovin yksinkertaista. Otin riskin ryhtyessäni tähän projektiin, isojen muutosten läpivienti näin isossa organisaatiossa ei ole helppoa. Isoin osa suunnittelu- ja kehittämistyöstä tehdään keskushallinnon tasolla. Kehittämishankkeeni arvioinnin koen erittäin haasteelliseksi, koska toiminnan vaikuttavuudesta ei ole vielä tuloksia. Perustelen hankkeessani keräämälläni tiedolla toiminnan tarpeellisuutta.

Hyvään hankkeeseen kuuluu hyvä suunnittelu, suunnitelmien arviointi- ja päätöksentekovaiheet ja ne tulee erottaa toisistaan selkeästi. Projektin alustavan valinnan on hyvä perustua selkeästi analysoituun kehittämistarpeeseen. Kun projektiaihe on selkeästi ja analyyttisesti arvioitu niin projektilla on hyvät mahdollisuudet onnistua. Metodina projektin alustavassa valinnassa käytetään esimerkiksi nelikenttäanalyysiä eli Swot-analyysiä. (Silfverberg 1996, 17). Oman kehittämishankkeen Swot-analyysin tein noin vuosi sitten ja arvioin siinä nelikenttäanalyysin keinoin kehittämishankkeeni vahvuuksia ja heikkouksia.

Kun toteuttaa jotain jonka asettaa julkisesti esille, aiheuttaa se vääjäämättä myös arviointia. Arvioinnin ajatus on että se kohdistuu johonkin ominaisuuteen. Ominaisuudet voivat olla esimerkiksi jotain mitä pidetään hyvänä, tehokkaana, ja käyttökelpoisena. (Anttila 2001, 15).

Arvioinnin perustyyppinä ovat formatiivinen ja summatiivinen arviointi. Formatiiivisella arvioinnilla voidaan tukea toiminnan käynnistämistä ja toteutusta. Sillä paikannetaan parantamisalueita ja esitetään niihin liittyviä kehittämis ehdotuksia. Palautteen antaminen on tärkeää, jotta toimintaa voidaan kehittää. (Virtanen 2007, 93.) Kehittämis ehdotuksessani on formatiivista arviota Kelan kuntoutuskäytännöistä. Näin tarpeelliseksi käytäntöjen kehittämisen, joten lähdin toteuttamaan tätä opinnäytetyötäni. Summatiivinen arviointi kohdistuu toiminnan tuloksiin. Onko toiminnalla saavutettu jotain, onko asetetut tavoitteet saavutettu. (Virtanen 2007, 93.) Kehittämis ehdotuksen tavoitteiden saavuttamista ei voi vielä arvioida, mutta jos Kela toteuttaa kivunhallintaryhmien pilotoinnin, on yksi tavoite saavutettu.

Kehittämishanketta voi arvioida prosessievaluatation menetelmällä. Siinä tarkastellaan miten jokin tehdään, mitä seuraa jos ja millä ratkaisulla päästään parhaaseen tulokseen. Prosessievaluatiossa nostetaan esille esimerkiksi tekijän osaamista hiljaista tietoa- asiantuntijan taitoja, prosessin kulkua kokonaisuudessaan tai jotakin sen vaihetta. (Anttila 110-111). Aineistoa olen kerännyt koko kehittämishankkeeni ajan. Olen hyödyntänyt jo olemassa olevaa tietoa Kelasta ja sen käytännöistä. Lisäksi olen hyödyntänyt minulla itselläni olemassa olevaa hiljaista tietoa, Kelan työntekijänä, ja toisaalta sitten kipupotilaana.

Kun aloitin työskentelyn kehittämishankkeeni toteuttamiseksi, ajattelin kokeilla erilaista tapaa toteuttaa työ. Erilaisen tavan käyttäminen on usein riskialtista, jonka sain myös itse huomata aika pian. Päätin siis, että toteutan työni artikkelijulkaisuna. Halusin saada artikkeleita eri alojen ammattilaisilta, jotka työskentelevät kipupotilaiden kanssa. Lähetin heille pyynnöt artikkeleiden kirjoittamisesta, pyynnöissä yksilöin kysymykset joihin halusin saada vastauksia. Artikkelipyyntöjä lähti yhteensä yhdeksän. Artikkelin lupautui kirjoittamaan neljä minun selviytymistarini lisäksi. Innostustani asiaan kiiteltiin, yksi ei vastannut pyyntööni lainkaan, yksi pyysi teemahaastattelun tekoa, kaksi kieltäytyi kirjoittamisesta sekä teemahaastattelusta. Näistä toinen ilmoitti että ei voi kirjoittaa artikkelia, koska asiasta ei ole tehty tieteellisiä tutkimuksia, joiden pohjalta artikkelin voisi kirjoittaa ja teemahaastattelusta hän kieltäytyi samoin perustein. Hän ehdotti että jos teen yhden sivun mittaisen kyselyn rasti ruutuun

vastausvaihtoehtoin hän voisi ehkä siihen vastata. Toinen näistä kieltäytyi molemmista vaihtoehtoista työkiireiden vuoksi. Yksi kieltäytyi kirjoittamasta, koska hän ei mielestään voinut kenenkään lopputyötä kirjoittaa, mutta lupasi minun käyttäjä julkaisemaansa kivunhallintaan liittyvää tutkimusmateriaalia lopputyössäni.

Artikkelit ja teemahaastattelut tuovat laaja-alaista eri näkökulmista tulevaa tietoa, joka on äärimmäisen tärkeä ja merkittävä osa koko aineistosta. Artikkelipyyntöjen määrä oli suuri kun lähdin niitä lähettämään. Vastaukset olivat kuitenkin pääsääntöisesti kielteisiä ja perusteluina kieltäytymiselle olivat työkiireet. Otin kirjoittajiin yhteyttä sekä sähköpostitse, että puhelimitse. En onnistunut riittävän hyvin perustelemaan kehittämis ehdotukseni tärkeyttä. Kirjoittajat ja teemahaastateltava taas olivat sitä mieltä, että kehittämis ehdotukseni on tärkeä.

Artikkeleiden analysoinnissa tuli huomata se, että osa tiedosta oli ammatilliseen tietoon perustuvaa ja osa hyvin henkilökohtaista ja omakohtaisesti koettua. Onnistuin analysoinnissa nostamaan keskeiset asiat esille ja kehittämis ehdotukset, jotka materiaalista nousivat esille.

Raportointivaihe on ollut erittäin positiivinen kokemus. Olen nauttinut kirjoittamisesta. Aiheen henkilökohtaisuus on tehnyt kirjoittamisesta normaalia helpompaa. Kokonaisuutena olen kuitenkin epäonnistunut tavoitteestani viedä tarinaa juonellisesti eteenpäin. Artikkelissani onnistuin siinä paremmin, koska se eteni ajallisesti. Pelkäsin alussa aiheen henkilökohtaisuutta ja kykyäni toimia oikealla tavalla. Olen onnistunut eriyttämään henkilökohtaisen osan, ammatillisen osan sekä teoriaosan hyvin.

Haastavimmaksi olen kokenut tämän nimenomaisen kappaleen kirjoittamisen. Osaan arvioida toimintaa kriittisesti ja tehdä kehittämis ehdotuksia. Käytäntöjen muuttamien arvioinnin pohjalta vaatii kuitenkin aikaa ja ei aina onnistu. Tämän kokonaisuuden kirjoittamisessa huomasin, että tieto lisäsi epävarmuutta ja uskoa lähteä arvioimaan. Arvioinnista on tehty monimutkainen ja tieteellinen menetelmä. Sen yksinkertaistaminen mielestäni vaikuttaisi tulosten aikaansaamiseen.

Hanke muodostuu useista työkäytännöistä, joista suurimman osan tulee toimia hyvin, jotta hankkeen kokonaistoiminta olisi mahdollisimman optimaalista. Toimiva käytäntö ei ole sama asia kuin hyvä hanke. (Jalava, Roine, Hassinen, Pensola 2007, 8.) Kehittämishankkeeni lähti käyntiin ideoinnista. Silloin luotiin ideapaperi, johon

koottiin kirjallisesti ne ideat, mitä oli siihen mennessä syntynyt. Projektityöskentelyssä voidaan ideointia pitää visioinnin esivaiheena. Suurimmat riskit ja epäonnistumisen mahdollisuudet ajoittuvat projektin alkuvaiheeseen ei loppuun. Sen vuoksi visiointiin tulee panostaa sekä laadullisesti että määrällisesti. (Rissanen 2002, 36.)

Urpo Jalava ja Petri Virtanen (1996,100) kuvaavat visionäärisyyttä hyväksi ammatilliseksi osaamiseksi ja tulevaisuuteen suuntautuneeksi ajatteluksi. Visionääri ikään kuin katsoo tulevaisuudesta taaksepäin, hänen ensimmäinen tehtävänsä on kuvata nykyisyyttä kahleista riippumatta tulevaisuuskuva ja vasta tämän jälkeen pohtia keinoja ankkuroida se reaali maailmaan

Visionäärisyyttä tulee tukea. Käytännön työn tekijöiden hyödyntäminen toimintojen kehittämisessä on tärkeää. Silloin saadaan sellaista tietoa, joka linkittyy käytäntöön ja sitä ei kirjoista ole saatavilla.

Tuloksena tästä hankkeesta on hyödyllistä tietoa niille, jotka kuntoutuskäytäntöihin voivat vaikuttaa. Nähtäväksi ja arvioitavaksi jää tulevaisuuteen tämän työn lopullinen vaikuttavuus ja hyöty.

LÄHTEET

- Alaranta, Hannu & Malmivaara, Antti 2007. Finohtan selvitys: Kuntoutuksen vaikuttavuutta arvioitu vähän. IMPAKTI 1/2007 Terveystieteiden tutkimuskeskuksen lehti. Luettu 12.4.2011 <http://finohta.stakes.fi/NR/rdonlyres/A8C1BD34-2A78-491E-A09F-793D9839DEA0/0/impakti2007_1.pdf>.
- Anttila, Pirkko 2007. Realistinen evaluaatio ja tuloksellinen kehittämistyö. AKATIIMI Oy, Hamina.
- Brattberg, Gunilla 1993. Det handlar om ditt liv! Arbetsbok för människor med smärta 1993. Smedgraf, Smedjebacken.
- Brattberg, Gunilla 2001. Efterbyggande vård om återvinning av människor i Värkstaden. VÄRKSTADEN Gunilla Brattberg Ab, Stockholm.
- Brattberg, Gunilla 1998. Vekkari – ihmisille elämän odotushuoneessa. Suom. Tuula Melaranta ja Marja Kiuru. Lapin kipupotilasyhdistys ry, Rovaniemi 2004.
- Brattberg, Gunilla 2001. Kipumestarin työkalut. Suom. Marja Kiuru. Lapin kipupotilasyhdistys ry, Rovaniemi 2007.
- Breivik, Harald & Collet, Beverly & Ventafridda, Vittori & Cohen, Rob & Gallacher, Derek 2006. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life and treatment. European Journal of pain 10 (2006). Tulostettu 13.3.2011 <<http://www.cnbcr.pt/jpmatos/13.%20Breivik.pdf>>.
- Dalmaso, Riitta 2011. Osallistavat menetelmät luennot. Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu, Kemi.
- Estlander, Ann-Mari 1995. Cognitive-Behavioural aspects of chronic back pain. Rehabilitation Foundation. Yliopistopaino, Helsinki.
- Estlander, Ann-Mari & Vainio Anneli 2002. Kroonista kipua vahvistavat tekijät ja potilaan rooli. Teoksessa Kalso, Eija & Vainio, Anneli (toim.). Kipu. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki. 100-107.
- Eskola, Jari & Suoranta, Juha 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Vastapaino, Tampere
- Estlander, Ann-Mari 2003. Kivun psykologia. Werner Söderström Osakeyhtiö, Juva.

Finlex. Tulostettu 25.3.2011 <<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2005/20050566>>.

Granström, Veikko 2010. Kipu ja mieli. Edita Publishing Oy, Porvoo.

Gröhn, Esa & Hirvonen, Anna 2005. Mitä kipu on? Pitkäaikaisesta kivusta kärsivien kuvauksia kivusta. Mikkelin ammattikorkeakoulu, opinnäytetyö.

Hanson, Richard W & Gerber, Kenneth E 1990. Coping with chronic pain. A guide to Patient self Management. The Guilford Press, New York.

Haukkala, Ari 2011. Psykososiaaliset tekijät Teoksessa Mikko Laaksonen ja Karri Silvennoinen (toim.) Sosiaalepidemiologia Väestön terveysolot ja terveyteen vaikuttavat tekijät. Gaudeamus Helsinki University Press, Tallinna Raamatutrükikoda. 142-158

Heikkinen, Hannu L.T & Rovio, Esa 2009 Toimintatutkimuksen raportointi. Toim. Heikkinen Hannu L.T, Rovio Esa, Syrjälä Leena Toiminnasta tietoon toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat 2009, Dark Oy, Vantaa.

Härkäpää, Kristiina & Järvikoski, Aila 1995. Teoksessa Härkäpää, Kristiina & Järvikoski, Aila & Kallanranta, Tapani & Piirainen, Keijo & Repo, Marjatta & Suikkanen, Asko & Wikström, Juhani Kuntoutuksen ulottuvuudet. Werner Söderström Osakeyhtiö, Juva. 12-28

IASP Pain Terminology. Tulostettu 1.3.2011
<<http://www.iasppain.org/AM/Template.cfm?Section=PainDefinitions&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=1728>>.

Jalava, Janne & Roine, Sanna & Hassinen, Raisa & Pensola, Tiina 2007. Hyvistä käytännöistä lupaaviin tuloksiin. Selvitys 55-69-vuotiaiden toiminta- ja työkyvyn edistämiseen keskittyneistä hankkeista ja hyvistä käytännöistä. Kuntoutussäätiön työselosteita 34/2007

Jalava, Urpo & Virtanen, Petri 1996. Laatu, innovaatio ja projekti hyvinvointipalvelujen kehittämisen ydinkysymyksiä. Tammerpaino Oy, Tampere.

Kalso, Eija & Estlander, Ann-Mari & Klockars, Matti 2003. Psyche, Soma and Pain. Oy Nord Print Ab, Helsinki.

Kela 2011. Sairauspäiväraha. Luettu 16.4.2011
<<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/130801151250EH>>.

Kela 2011. Harkinnanvarainen kuntoutus. Luettu 16.4.2011
<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/160801125654EH?OpenDocument>.

Kelan avo- ja laitospuotoisen kuntoutuksen standardi, yleinen osa voimassa
 1.1.2011. Terveysosasto, kuntoutusryhmä.

Kelan laitospuotoisen kuntoutuksen standardi 15/2008.
<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/030903104122KM?OpenDocument>.

Kelanetti 2010. Kyky-hanke asiakkaan kanssa ajoissa ja aktiivisesti. Tulostettu
 27.9.2010
<http://kelanetti.kela.fi/in/intranet/losu.nsf/NET/110310112417HH?openDocument>

Kelan kuntoutustilasto 2009, 2010. Kansaneläkelaitos Tilastoryhmä, Helsinki

Kettunen, Reetta & Kähäri-Wiik, Kaija & Vuori-Kemilä, Anne & Ihalainen, Jarmo
 2003. Kuntoutumisen mahdollisuudet. Werner Söderström, Porvoo.

Kinnunen, Kaisa 2009. Sairas köyhyys tutkimus sairauteen liittyvästä huono-
 osaisuudesta diakoniatyössä. Kirkkohallitus, Helsinki.

Koskinen, Seppo & Martelin, Tuija & Sihvonen, Ari-Pekka 2009. Healthy life
 expectancy. Teoksessa Keskimäki, Ilmo & Koskinen, Seppo & Kostiaisen, Elisa
 & Lahelma, Eero & Linnanmäki, Eila & Martelin, Tuija & Ostamo, Aini & Palosuo,
 Hannele & Prättälä, Ritva & Sihto, Marita (toim.). Health inequalities in Finland
 – Trends in socioeconomic health differences 1980-2005. Ministry of Social
 Affairs and Health Publications 2009:9, Helsinki. 119-126

Kähäri-Wiik, Kaija & Niemi, Arja & Rantanen, Anneli 2006. Kuntoutuksella
 toimintakykyä. 5., uudistettu painos 2007. WSOY Oppimateriaalit Oy, Helsinki.

Mäntyselkä, Pekka 1998. Kipupotilas terveyskeskuksessa. Kuopion yliopiston
 julkaisuja D.Lääketiede 165. Kuopion yliopiston painatuskeskus, Kuopio.

Oksanen, Antti & Yliluoma, Pertti 2006. Meta-analyysi. Luettu 25.1.2011 <
www.oulu.fi/ktk/kasope/opetus/.../meta-analyysi>.

Rissanen, Tapio 2002. Projektilla tulokseen – projektin suunnittelu, toteutus,
 motivointi ja seuranta. Kustannusosakeyhtiö Pohjantähti, Jyväskylä.

Sailo, Eriikka 2000. Mitä kipu on? Teoksessa Sailo, Eriikka & Vartti Anne-Mari
 (toim.). Kivunhoito. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Tampere. 30-38.

- Salanterä, Sanna & Hagelberg, Nora & Kauppila, Marjo & Närhi, Matti 2006. Kivun hoitotyö. Werner Söderström Osakeyhtiö, Helsinki.
- Salonen, Satu 2006. Sairaalan hyvä potilas. Duodecim ja Satu Salonen, Keuruu.
- Seppälä, Päivi 2011. Pitkittynyt kipu valtaa helposti myös mielen. Lapin Kansa 13.1.2011.
- Silfverberg, Paul 1996. Ideasta projektiksi. Oy Edita Ab, Helsinki.
- Suikkanen, Asko 2009. Kuntoutuksen uudet perusteet ja välineet. Luentomateriaali Vaikuttavuusseminaarissa 22.1.2009, Verve. Luettu 12.4.2011 <<http://www.verve.fi/WebRoot/1018779/Oletussivu.aspx?id=1019978>>.
- Sydänmaanlakka, Pentti 2009. Jatkuva uudistuminen Luovuuden ja innovatiivisuuden johtaminen. Kariston Kirjapaino Oy, Hämeenlinna.
- Tanskanen, Anu . Sisällön analyysi hoitotieteessä. Luettu 18.4.2011 <<http://www.uta.fi/laitokset/hoito/wwwoppimateriaali/luku5e.html>>.
- Tapiovaara, Hannu 2005. Tulostettu 21.3.2011 <http://personal.fimnet.fi/laaketiede/hanski.tapiovaara/kivun_historiaa.htm>.
- Toikko, Timo & Rantanen, Teemu 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print, Tampere.
- Työelämäryhmän loppuraportti 2010. Ehdotuksia työurien pidentämiseksi. Luettu 19.4.2011 <<http://www.tyoturva.fi/files/1661/TEResity0102210.pdf>>.
- Uutela, Toini 2011. Kuntoutustutkimusyksikön ylilääkäri, Lapin keskussairaala, Rovaniemi. Puhelinhaastattelu 22.3.2011.
- Vartiainen, Anna 2000. Kivunhoidon historiasta. Teoksessa Sailo, Eriikka & Vartti, Anne-Mari (toim.). Kivunhoito. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Tampere. 15-22.
- Vuorinen, Eero 2004. Europain-tutkimus. Krooninen kipu on kansanterveysongelma Euroopassa. Suomen kivuntutkimusyhdistyksen jäsenlehti, Kipuviesti 1:8.
- Virtanen, Petri 2007. Arviointi Arviointitiedon luonne, tuottaminen ja hyödyntäminen. Edita Prima, Helsinki.

Liite 1. Kirje artikkelin kirjoittajille

16.1.2011

Arvoisa vastaanottaja



Suoritan Kemi-Tornion ammattikorkeakoulussa sosiaalialan ylempää ammattikorkeakoulututkintoa (sosionomi ylempi AMK). Opintoihini kuuluu opinnäytetyönä tehtävä kehittämishanke. Työskentelen Kelassa, jossa teen etuusratkaisutyötä sairauspäiväraha- ja kuntoutusetuuksissa. Omassa elämässäni olen kärsinyt pitkäaikaisesta kivusta ja tämän myötä olen kokenut kipupotilaan elämää. Sairastaessani olen saanut kokemuksia monista kuntoutusmuodoista, joista kuntouttavimmaksi on osoittautunut osallistumiseni Lapin keskussairaalan kipupoliklinikalla suljettuun kivunhallintaryhmään. Lisäksi olen käynyt Sodankylässä avoimessa kivunhallintaryhmässä. Ryhmissä on käyty läpi ruotsalaista kivunhallintametodia, jonka on luonut *Gunilla Brattberg*.

Opinnäytetyössäni aionkin yhdistää omakohtaisen kokemukseni sekä oman työni. Tavoitteenani on, että Kelassa jalkautetaan varhaiskuntoutusmuotona ns. **kivunhallintaryhmät**. Ryhmään osallistumista tarjotaan sairauspäivärahakaudella. Tavoitteena kuntoutuksessa on kipupotilaan elämänlaadun parantaminen ja omaehtoisen kuntoutumisen käynnistäminen, minkä myötä voidaan saavuttaa merkittäviä yhteiskunnallisia säästöjä kipupotilaan elämänlaadun parantumisen lisäksi. Opinnäytetyöni on luonteeltaan artikkelijulkaisu, jonka empiirisen aineiston muodostava eri alojen ammattilaisilta, jotka työskentelevät jollain muotoa pitkäaikaisesta kivusta kärsivien kanssa. Lisäksi artikkelikokoelmaan tulee kahden kipupotilaan selviytymistarina, joista toisen kirjoitan minä itse. Analysoin saamiani asiantuntija-artikkeleita soveltamalla sisällönanalyttistä meta-analyysiä ja monitahoarvioinnin ideaa (ks. Liite 1. *opinnäytetyön tutkimussuunnitelma*).

Pyydän Sinua kirjoittamaan asiantuntija-artikkelin em. aiheesta (ks. Liite 2. *ohjeistuksen mukaisesti*.) Artikkelin suosituspituus on vähintään noin 3–5 sivua ja se tulisi lähettää viimeistään 25.3.2011 allekirjoittaneelle sähköpostitse liitetiedostona rtf-muodossa (ks. Liite 3. *kirjoittamistekniset ohjeet*). Pyydän ilmoittamaan mielellään perusteluiden kera, jos et voi kirjoittaa artikkelia.

Artikkelikokoelmaan pyydän artikkelit sosiaalityöntekijältä, kipusairaanhoidajalta kirurgian erikoislääkäriltä, ortopedilta, Kelan terveysosaston kuntoutusasiantuntijalta, kuntoutustutkimusyksikön ylilääkäriltä, fysiatriltä, kipupotilaalta, (ks. Liite 2.) *Opinnäytetyön alustava sisällysluettelo*). Toivon, että tällä yhteistyö tuottaa aineistoa, jolla voidaan kehittää malli, joka tukee kipupotilaan toimintakyvyn ja mahdollisesti työkyvyn palautumista.

Opinnäytetyöni ohjaajina toimivat Voitto Kuosmanen ja Leena Viinamäki, jota ovat osaltaan lupautuneet vastaamaan opinnäytetyötäni koskeviin kysymyksiin.

Ystävällisesti,

Riitta Tauriainen Alakitisentie 30, 99550 Aska puh. 040 5609 863, e-mail riitta.tauriainen@hotmail.com			
Voitto Kuosmanen Lehtori (YTM) Sosiaalialan koulutusohjelma puh. 040 5599 386, e-mail: voitto.kuosmanen@tokem.fi		Leena Viinamäki Yliopettaja (YTT) Sosiaalialan koulutusohjelma puh. 0400 142 445, e-mail: leena.viinamaki@tokem.fi	

Liite 2. Tutkimussuunnitelma 1

TUTKIMUSSUUNNITELMA

Sosiaalialan ylemmän ammattikorkeakoulun tutkinnon yhtenä tutkintovaatimuksena on työelämälähtöisen kehittämishankkeen toteuttaminen. Opinnäytetyönä toteutettava kehittämishanke on tarkoitettu kehittämisehdotukseksi Kelan kuntoutustoimintaan. Tavoitteena on, että Kelaan jalkautetaan uusi varhaiskuntoutusmalli, jolla voidaan saada pitkäaikaisesta kivusta kärsivän ihmisen toimintakykyä tuettua niin että paluu työelämään mahdollistuu tai henkilö tarvittaessa pääsee nopeammin tarvittaviin hoitoihin tai laajempialaiseen kuntoutukseen. Kehittämishankkeessani haetaan perusteluja tällaisen toiminnan tarpeellisuudelle. Kivunhallintaryhmiin valitaan siis pitkäaikaisesta kivusta kärsiviä ihmisiä, jotka saavat Kelan sairauspäivärahaa. Menetelmän avulla pyritään parantamaan potilaan elämänlaatua. Heidän taustansa muilta osin voivat olla hyvin heterogeeniset, ainoa yhdistävä tekijä tutkimuksen kannalta on pitkittynyt kipu.

Tutkimukseni näen olevan laadullinen tutkimus, koska se tukee mm. asiakaslähtöisyyttä. Laadullinen tutkimus mahdollistaa kivunhallintaprosessin laaja-alaisen tarkastelun ja tutkimisen. Ihmisen elämänlaadun tutkiminen pelkästään teknisin keinoin voi jäädä hyvin kylmäksi, sillä tavoin aivan sisimpään ytimeen ei voida päästä. Perekhtytyäni kvalitatiiviseen tutkimusmenetelmään näen sen myös antavan mahdollisuuden tutkijan luovuudelle aineiston käsittelyssä. Näin ollen voin raportista saada elävämmän ja toivottavasti sen myötä myös mielenkiintoisemman ja laajempaa käyttäjäjoukkoa kiinnostavan.

Hankkeen pohjalta pyritään kokeiluluontoisesti käynnistämään ainakin kahdella paikkakunnalla Lapissa vuoden 2011 aikana, kaksi kivunhallintaryhmää, joihin osallistujat valitaan sairauspäivärahakaudella. Käytännössä sairauspäivärahapäätöksen yhteydessä laitetaan asiakkaalle suositus ryhmään osallistumisesta. Ryhmät toteutetaan joko yhteistyössä Lapin sairaanhoitopiirin kanssa tai Lapin kipupotilasyhdistyksen kanssa. Ryhmien vetäjiksi pyritään saamaan menetelmän tuntevia terveys- tai sosiaalialan ammattilaisia. Kehittämishankkeeni kirjallinen toteutus tehdään artikkelijulkaisuna. Artikkelit käsittelevät pitkäaikaista kipua ja sen hoitoa Gunilla Brattbergin luomalla Kipumestari vertaistukitoiminnalla. Lisäksi artikkeleissa arvioidaan kuntoutuksen oikea-aikaisuutta, sairauden hoitoa julkisessa terveydenhuollossa tai työterveyshuollossa, sen toteutumista ja vaikutusta kipupotilaan selviytymisprosessiin. Tulen pyytämään yksilöidysti erialan ammattilaisilta artikkeleita liittyen edellä mainittuihin teemoihin.

Kehittämishankkeeni kautta tulen luomaan Kelaan uudenlaista toimintakulttuuria. Analysointi vaiheessa hyödynnän artikkeleistani saamaa tietoa. Analyysin keinona käytän meta-analyysiä. Raportoinnissa otan käyttöön toimintatutkimukseen sopivan raportoinnin, eli juonellisen tarinan eteenpäin viemisen. Raportissa on alku, keskikohta ja loppu. Lisäksi siinä on henkilöitä, jotka sijoittuvat johonkin tilanteeseen tai estradille. Raportoinnissa pyritään tuomaan esiin osallisten kokemaa. Ajatukseni artikkelikokoelman julkaisemisesta sai alun siitä kun halusin tehdä lopputyöstäni mahdollisimman monia eri alojen ammattilaisia palvelevan julkaisun. Mielestäni tämän kokonaisuuden avulla pystyn osoittamaan kivunhallintaryhmien tarpeellisuuden osana Kelan kuntoutuskäytäntöjä.

Liite 3. Alustava sisällysluettelo

Alustava sisällysluettelo

1. JOHDANTO (Kehittämishankkeen esittely ja perusteluja sen toteuttamiseksi)
2. KIPUNA KIIVAANA SURUNA SIELUSSAIN;
 - 2.1 Pitkäaikainen kipu
 - 2.2 Kipumestarin työkalut, kivunhallintaryhmän käyttämän materiaalin esittely
3. OMA SELVIYTYMISTARINANI, RIITTA TAURIAINEN; Selätin sen 1-0
4. ASIANTUNTIJA-ARTIKKELIT (n. 3-5 sivua) EMPIIRISTÄ META-ANALYYSIA VARTEN
 - 4.1 KIPUSAIRAANHOITAJA MARJA KIURUN ARTIKKELI
Kipupotilaan tarpeista sairaanhoitajan ja vertaistukitoiminnan kehittäjän näkökulmasta. Missä vaiheessa kipupotilas tulee ohjata kivunhallintaryhmään? Vertaistukiryhmissä käytetyn kivunhallintamenetelmän vaikuttavuudet. Kuinka vaikutuksia voidaan arvioida? Arvio toiminnan mahdollisuuksista jos siitä kehitetään osaksi Kelan kuntoutustoimintaa? Kehittämisehdotuksia tai ideoita toiminnan kehittämiseksi?
 - 4.2 SOSIAALITYÖNTEKIJÄ HANNE-MARI SEPPÄLÄ ARTIKKELI
Kipupotilaan asemasta, sosiaalityöntekijän näkökulmasta katsottuna. Mitä ongelmia kipupotilaan elämässä voi olla sosiaalityön näkökulmasta katsottuna? Mitä sosiaalityön menetelmää Lapin sairaanhoitopiirissä käytetään kipupotilaiden kanssa työskennellessä? Onko sosiaalityöntekijällä mahdollisuuksia vaikuttaa kipupotilaan elämänlaatuun? Kehittämisehdotuksia tai ideoita kipupotilaan elämänlaadun parantamiseksi?
 - 4.3 KELAN TERVEYÖSTON KUNTOUTUSASIANTUNTIJAN ARTIKKELI
Onko Kelassa kokeiltu varhaiskuntoutusmuotoja? Arvio Kelan kuntoutuksien oikea-aikaisuudesta? Tilastoja kuntoutuksen vaikuttavuudesta työkyvyn palautumiseksi? Varhaiskuntoutustoiminnan kehittämisen mahdollisuudet? Kyky-projektin myötä tulevien työkykyneuvojen hyödyntäminen kipupotilaiden ohjaamiseksi kivunhallintaryhmiin paikkakunnilla, joissa niitä järjestetään. Kehittämisehdotuksia tai ideoita toiminnan kehittämiseksi?
 - 4.4 KIPUKLINIKAN EDUSTAJAN ARTIKKELI
Arvio kipuklinikan kautta kuntoutukseen ohjautuvien kipupotilaiden tilanteista ja lähtökohdista. Voidaanko kipupotilaiden motivoitumista kuntoutumiseen arvioida? Toteutuvatko kuntoutuksat oikea-aikaisesti, jos ei, niin minkä vuoksi? Onko kipuklinikalla mahdollisuus vaikuttaa kipupotilaan elämänlaadun parantamiseen? Kehittämisehdotuksia kipupotilaan elämänlaadun parantamiseksi.
 - 4.5 KIRURGI ALI ARSALON ARTIKKELI
Arvio kipupotilaiden hoitoon ohjautuvaisuudesta, sen oikea-aikaisuudesta ja riittävydestä? Mikä on työterveyshuollon asema suomalaisessa terveydenhoito- ja kuntoutusjärjestelmässä? Onko se käsite vai onko se toimiva kokonaisuus terveydenhuoltojärjestelmässä. Minkälaisia kehittämisehdotuksia tai ideoita Teillä on toiminnan kehittämiseksi? Terveystenhuollon hoitojen oikea-aikaisesta toteutumisesta ja sen vaikutuksesta kipupotilaan elämään.
 - 4.6 KUNTOUTUSTUTKIMUSYKSIKÖN YLILÄÄKÄRI TOINI UUTELAN ARTIKKELI,
kuntoutustutkimusyksikköön ohjautuneiden kipupotilaiden tilanteesta. Löytyykö heidän tilanteisiin yhteisiä tekijöitä? Voiko kuntoutustutkimusyksikkö katkaista kipukierteen, mitä mahdollisuuksia tai esteitä sille on? Kuinka paljon kuntoutustutkimusyksikköön ohjautuu kipupotilaita ja onko heidän kohdallaan toteutunut oikea-aikaisia kuntoutustoimenpiteitä?
 - 4.7 ORTOPEDIN ARTIKKELI,
Ortopedian poliklinikan kautta kuntoutukseen ohjautuvien kipupotilaiden tilanteet ja lähtökohdat. Voiko ortopedian yksikkö ohjata kipupotilaita oikea-aikaisesti hoitoon tai kuntoutukseen? Vai ovatko odotusajat niin pitkiä, että tilanteet potilaiden kannalta heikkenevät sen vuoksi? Onko ortopedian poliklinikalla mahdollisuus vaikuttaa kipupotilaan elämänlaadun parantamiseen, kuinka suuren osan?
 - 4.8 TOISEN KIPUPOTILAAN ARTIKKELI
5. META-ANALYYTTINEN ARVIO ASIANTUNTIJOIDEN ARTIKKELEISTA JA TOIMENPIDESUOSITUKSET TOIMINNAN MAHDOLLISUUKSISTA OSANA KELAN KUNTOUTUSTOIMINTAA
 - 5.1 Arvio kipupotilaan hoitoketjusta
 - 5.2 Konkreettisia toimenpidesuosituksia
6. JOHTOPÄÄTÖKSET

Liite 4. Artikkelin esittämistekniset ohjeet

ARTIKKELIN ESITTÄMISTEKNISET OHJEET**Paperin koko, kirjasinkoko ja -tyyppi sekä riviväli**

- Teksti kirjoitetaan rivinvälillä 1,5.
- Sivunumero asetetaan ylös keskelle.
- Kirjasintyyppi Times New Roman 12.

Marginaalit

- Vasen marginaali 3 cm.
- Oikea marginaali 2 cm.
- Ylä- ja alamarginaali 2,5 cm.

Otsikot ja tekstikappaleet

- Tekstikappaleet erotetaan toisistaan tyhjällä rivillä.
- Otsikoiden edelle jätetään kaksi tyhjää riviä ja otsikoiden jälkeen yksi tyhjä rivi.
- Pääotsikot kirjoitetaan SUURAAKKOSIN (1 PÄÄOTSIKKO) ja alaotsikot (2.1 Alaotsikko) pienin kirjaimin.
- Jos mahdollista, älä käytä useampaa kuin kahta otsikkotasoa artikkelien lyhyiden vuoksi.

Kuviot

- Kuviot numeroidaan juoksevasti.
- Kuvion otsikko kirjoitetaan kuvion alapuolelle.
- Jos tekstissä on useita kuvioita, on tärkeää huolehtia, että fontistot (fonttityyppi ja fonttikoko) ovat samanlaiset jokaisessa kuviossa sekä kuviot ovat mahdollisimman samankokoisia tekstin ulkoasun yhtenäisyyden saavuttamiseksi.
- Kuvioissa on hyvä suosia ns. perustyyppisiä ja selkeitä rastereita luettavuuden lisäämiseksi myös mustavalkoisena tulosteena.

Taulukot

- Taulukot numeroidaan juoksevasti.
- Taulukon otsikko kirjoitetaan taulukon yläpuolelle.
- Jos tekstissä on useita taulukoita, on tärkeää huolehtia, että fontistot (fonttityyppi ja fonttikoko) ovat samanlaiset jokaisessa taulukossa sekä taulukot ovat mahdollisimman samankokoisia tekstin ulkoasun yhtenäisyyden saavuttamiseksi.
- Taulukoiden ulkoasussa on hyvä kiinnittää huomiota luettavuuteen myös mustavalkoisena tulosteena.

Kuvat

- Kuvat numeroidaan juoksevasti.
- Kuvan otsikko kirjoitetaan kuvan alapuolelle.

Tekstiviitteet

- Jos samoissa sulkeissa viitataan eri tekijöiltä peräisin oleviin lähteisiin, lähdetiedot sijoitetaan aikajärjestykseen vanhimmaasta nuorimpaan. Julkaisu erotetaan toisistaan puolipisteellä. Jos lähteiden tärkeysjärjestys on merkittävä, niin ensin mainitaan päälähte, jonka jälkeen vähemmän tärkeä, mutta kuitenkin maininnan arvoinen lähde varustetaan puolipisteen jälkeen merkinnällä ks. myös tai ks. lisäksi.
- Julkaisu sijoitetaan aikajärjestykseen ja vuosiluvut erotetaan toisistaan puolipisteellä. Jos samalta tekijältä on samalta vuodelta useita julkaisuja, julkaisu sijoitetaan nimensä mukaisesti aakkosjärjestykseen ja vuosiluvut varustetaan vastaavasti pienaakkosilla a, b, c jne.
- Jos tekijöitä on kaksi, molemmat kirjoittajat mainitaan ja-sanalla tekstissä ja & -merkillä lähdeluettelossa.
- Jos tekijöitä on kolme tai useampia, ensimmäistä kertaa lähdeä mainittaessa luetellaan & -merkin avulla kaikki nimet, joita kaikkia myös taivutetaan tarvittaessa. Myöhemmin tällaiseen lähteeseen viitattaessa riittää se, että ensimmäisen nimen jälkeen lisätään lyhenne ym.
- Jos lähteenä käytetyn julkaisun kirjoittaja ei ole tiedossa, tekstissä käytetään viitteenä vuosiluvulla ja sivunumerolla varustettua julkaisun nimeä tai mainitaan julkaisun nimen alusta 2–3 sanaa, jotka sitten samanasuisina aloittavat lähdeluettelon vastaavan kohdan.
- Jos lähteenä on audiovisuaalinen aineisto tai elektroninen media, kuten esimerkiksi elokuvat, tv-ohjelmat, kasetit, levyt, internet-aineisto, cd-rom -aineisto tai tietokoneohjelmat, niin silloin käytetään mahdollisimman täsmällisiä lähteiden tekstiin merkitsemisperiaatteita

HUOM! Tekstiviitteeseen ei merkitä internetosoitetta. Se merkitään lähdeluetteloon.
 HUOM! Tekstiviitteeseen ei merkitä sähköpostiosoitetta. Se merkitään lähdeluetteloon.

Lähdeluettelo

Lähdeluettelossa luetellaan aakkosjärjestyksessä kaikki tekstissä viitatu lähteet. Lähteet merkitään lähdeluetteloon ensisijaisesti kirjoittajan tai kirjoittajien sukunimen mukaan.

- O Jos tekijältä on useita julkaisuja, ne merkitään aikajärjestyksessä ilmestymisvuoden mukaan.
- O Jos tekijä on julkaissut samana vuonna useita julkaisuja, ne erotetaan toisistaan lisäämällä vuosiluvun perään a, b, c jne.

HUOM! Julkaistujen lähteiden vuodeksi merkitään julkaisun copyrightvuosi.
 Julkaisemattomista töistä ilmoitetaan vuosi, jolloin ne on tuotettu.
 Jos vuotta ei voida selvittää, merkitään n.d. (no date).

SANOMALEHDET: artikkelin kirjoittajan sukunimi + etunimi (tai sen alkukirjain) + ilmestymisvuosi + artikkelin nimi + ilmestymispäivä + lehden osan tunnus + sivunumero(t).

AIKAKAUSLEHDET: artikkelin kirjoittajan sukunimi + etunimi (tai sen alkukirjain) + julkaisuvuosi + artikkelin nimi + aikakauslehden nimi + vuosikerta + numero + koko artikkelin sivualue.

KIRJAT: kirjan kirjoittajan sukunimi + etunimi (tai sen alkukirjain) + julkaisuvuosi + kirjan nimi + painos (jos useampia kuin yksi) + kustantaja + kustantajan kotipaikka.

- O Jos kirjoittajia on kaksi tai useampia, kirjoittajien nimet yhdistetään & -merkillä.
- O Jos kyseessä on toimitettu teos, jonka luvuilla on nimeltä mainitut kirjoittajat, lähdemerkintä tehdään artikkelin kirjoittajan nimellä, ei toimittajan tai toimittajien nimellä. Viimeiseksi tiedoksi kirjoitetaan koko artikkelin sivut.
- O Jos teoksella ei ole nimeltä mainittua henkilötekijää, niin nimen paikalle kirjoitetaan teoksen nimi tai kollektiivinen tekijä. Se sijoitetaan lähdeluetteloon aakkosjärjestyksen mukaiseen kohtaan. Tekstissä viitataan lähteeseen sen kolmella ensimmäisellä sanalla ja vuosiluvulla.

RAPORTIT: raportin kirjoittajan sukunimi + etunimi (tai sen alkukirjain) + julkaisuvuosi + raportin nimi + julkaisusarja + muut julkaisutiedot.

KOMITEAMIIETINNÖT: komiteamietinnön nimi + julkaisuvuosi + numero + julkaisija + muut julkaisutiedot.

LAIT: lain nimi + lain antamispäivä + lain numero.

PAINAMATTOMAT LÄHTEET (opinnäytetyöt): kirjoittaja + aika + otsikko + julkaisukanava.

AUDIOVISUAALINEN AINEISTO JA ELEKTRONINEN MEDIA (elokuvat, tv-ohjelmat, kasetit, levyt, Internet-aineisto, cd-rom-aineisto ja tietokoneohjelmat):

- O Internet-lähde: tekijä + vuosi + otsikko + tulostuspäivämäärä + www-osoite. Internetlähteet on hyvä tulostaa, koska niiden luonteen mukaisesti niitä voidaan muokata reaaliajassa tai jopa poistaa www-sivuilta.

HAASTATTELU: haastatellun sukunimi+etunimi (tai sen alkukirjain)+vuosi+otsikko+haastattelupäivämäärä+haastattelupaikka:

SÄHKÖPOSTILÄHDE: sähköpostilähde: lähettäjä + vuosi + aihe + päivämäärä

TUTKIMUSSUUNNITELMA*Riitta Tauriainen*

Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala, ylempi ammattikorkeakoulututkinto
 Kansalais- ja aluelähtöinen sosiaalialan käytäntöjen kehittäminen -sosiaalialan
 koulutusohjelma
 Kemi 2009–2011

SELÄTIN SEN YKSI NOLLA

– Kivunhallintamenetelmä osaksi Kelan kuntoutustoimintaa –

Sosiaalialan ylemmän ammattikorkeakoulun tutkinnon yhtenä tutkintovaatimuksena on työelämälähtöisen kehittämishankkeen toteuttaminen. Opinnäytetyönä toteutettava kehittämishanke on tarkoitettu kehittämis ehdotukseksi Kelan kuntoutustoimintaan. Tavoitteena on, että Kelaan jalkautetaan uusi varhaiskuntoutusmalli, jolla voidaan saada pitkäaikaisesta kivusta kärsivän ihmisen toimintakykyä tuettua niin että paluu työelämään mahdollistuu tai henkilö tarvittaessa pääsee nopeammin tarvittaviin hoitoihin tai laajempialaiseen kuntoutukseen. Kehittämishankkeessani haetaan perusteluja tällaisen toiminnan tarpeellisuudelle. Kivunhallintaryhmiin valitaan siis pitkäaikaisesta kivusta kärsiviä ihmisiä, jotka saavat Kelan sairauspäivärahaa. Menetelmän avulla pyritään parantamaan potilaan elämänlaatua. Heidän taustansa muilta osin voivat olla hyvin heterogeeniset, ainoa yhdistävä tekijä tutkimuksen kannalta on pitkittynyt kipu.

Tutkimukseni näen olevan laadullinen tutkimus, koska se tukee mm. asiakaslähtöisyyttä. Laadullinen tutkimus mahdollistaa kivunhallintaprosessin laaja-alaisen tarkastelun ja tutkimisen. Ihmisen elämänlaadun tutkiminen pelkästään teknisin keinoin voi jäädä hyvin kylmäksi, sillä tavoin aivan sisimpään ytimeen ei voida päästä. Perehdyttyäni kvalitatiiviseen tutkimusmenetelmään näen sen myös antavan mahdollisuuden tutkijan luovuudelle aineiston käsittelyssä. Näin ollen voin raportista saada elävämmän ja toivottavasti sen myötä myös mielenkiintoisemman ja laajempaa käyttäjäjoukkoa kiinnostavan. Laadullista tutkimusta on kuvattu synonyymeillä kvalitatiivinen ja pehmeä. Sanojen tausta ja alkuperäinen merkitys poikkeavat jonkin verran toisistaan. Pehmeät menetelmät voidaan nähdä vähemmän tieteellisenä kuin tilastolliset menetelmät. On mahdollista myös, että asetelma on toisinkin päin eli laadullinen tutkimus nähdään laadukkaampana kuin määrällinen tutkimus eli kvantitatiivinen tutkimus. (Eskola, Suoranta 2000, 13.)

Hankkeen pohjalta pyritään siis kokeiluluontoisesti käynnistämään ainakin kahdella paikkakunnalla Lapissa vuoden 2011 aikana, kaksi kivunhallintaryhmää, joihin osallistujat valitaan sairauspäivärahakaudella. Käytännössä sairauspäivärahapäätöksen yhteydessä laitetaan asiakkaalle suositus ryhmään

osallistumisesta. Ryhmät toteutetaan joko yhteistyössä Lapin sairaanhoitopiirin kanssa tai Lapin kipupotilasyhdistyksen kanssa. Ryhmien vetäjiksi pyritään saamaan menetelmän tuntevia terveys- tai sosiaalialan ammattilaisia. Kehittämishankkeeni kirjallinen toteutus tehdään artikkelijulkaisuna. Artikkelit käsittelevät pitkäaikaista kipua ja sen hoitoa Gunilla Brattbergin luomalla Kipumestari vertaistukitoiminnalla. Lisäksi artikkeleissa arvioidaan kuntoutuksen oikea-aikaisuutta, sairauden hoitoa julkisessa terveydenhuollossa tai työterveyshuollossa, sen toteutumista ja vaikutusta kipupotilaan selviytymisprosessiin. Tulen pyytämään yksilöidysti erialan ammattilaisilta artikkeleita liittyen edellä mainittuihin teemoihin.

Kehittämishankkeeni kautta tulen luomaan Kelaan uudenlaista toimintakulttuuria. Analysointi vaiheessa hyödynnän artikkeleistani saamaa tietoa. Analyysin keinona käytän meta-analyysiä.

Analysointivaiheessa hyödynnän monitahoarvioinnilla artikkeleistani saamaa tietoa meta-analyysin keinoin. Meta-analyysi on useilla tieteenaloilla käytetty tilastollinen menetelmä. Sen avulla voidaan tehdä johtopäätöksiä yhdistelemällä aikaisempia tutkimustuloksia käsiteltävästä aiheesta. Tavoitteena on aikaansaada synteesi, joka antaa tutkittavasta asiasta vahvempaa näyttöä kuin yksittäiset tutkimustulokset. Meta-analyysiä on käytetty erityisesti yhteiskuntatieteissä ja lääketieteessä. Tutkimuksen empiirinen aineisto koostuu siis aikaisemmista tutkimuksista, joita tutkija on kerännyt esim. artikkelien avulla. On tutkittu, että narratiivinen menettelytapa antaa heikommat johtopäätökset kuin meta-analyyttinen lähestymistapa. Tutkimuksen teoreettinen viitekehys (aikaisempi tutkimus) voidaan myös perustaa meta-analyyttiselle kirjallisuuskatsaukselle. Aikaisemman tutkimuksen osuus antaa jänkevemmän otteen tutkimukselle kuin tavanomainen narratiivinen kirjallisuuskatsaus. Näin ollen seurauksena on tutkimuksen korkeampi laatu ja luotettavuus.(Yliluoma, Oksanen, 2006,1-2.)

Raportoinnissa otan käyttöön toimintatutkimukseen sopivan raportoinnin, eli juonellisen tarinan eteenpäin viemisen. Raportissa on alku, keskikohta ja loppu. Lisäksi siinä on henkilöitä, jotka sijoittuvat johonkin tilanteeseen tai estradille. Raportoinnissa pyritään tuomaan esiin osallisten kokemaa. Ajatukseni artikkelikokoelman julkaisemisesta sai alun siitä kun halusin tehdä lopputyöstäni mahdollisimman monia eri alojen ammattilaisia palvelevan julkaisun. Artikkeleista saan sellaista materiaalia, jota voin sosiaalialan opiskelijana hyödyntää tällaisen hyvinvointipalvelun mallintamisessa kipupotilaalle. Näin luodaan kipupotilaalle mahdollisuus paluuseen työmarkkinakansalaiseksi. Lopputuloksena voin sitten osoittaa kivunhallintaryhmien tarpeellisuuden osana Kelan kuntoutuskäytäntöjä.

KEHITTÄMISHANKKEEN AIKATAULU

- Syksy 2010
 - Hankesopimus
 - Artikkelipyynnöt eri alojen asiantuntijoille
- Kevät 2011
 - Maaliskuussa artikkeleiden palautus ja analysointi
 - Huhtikuussa analysointi ja raportointi
 - Toukokuussa valmis artikkelijulkaisu kirjoittajille, Kelalle ja yhteistyökumppaneille
- **KIVUNHALLINTARYHMIEN TOIMINNAN KÄYNNISTÄMINEN**
- Kesä 2011
 - Yhteistyökumppaneiden informointi ja resursoinnin sopimukset, Kela, Lapin sairaanhoitopiiri ja Lapin kipupotilasyhdistys
 - Ryhmäläisten kartoittaminen ja valinta sairauspäivärahakaudella
 - Syksy 2011, osallistun itse ryhmien aloitukseen ja lopetukseen
 - Ryhmien aloittaminen, kokoontuvat 5-10 kertaa
 - Elämänlaatumittari kipukuntoutujille, toiminnan alkaessa
 - Kivunhallinta metodin toteutus ryhmissä
 - Elämänlaatumittari kipukuntoutujille
 - Tulosten analysointi ja kirjallinen raportointi tuloksista
 - Toiminnan vakiinnuttaminen

Kehittämishankkeen jälkeen joudun käyttämään työaikaani siihen kun sairauspäiväraha-prosessissa nousee esille pitkäaikaisesta kivusta kärsiviä asiakkaita. Prosessin mukaisesti ne esitellään asiantuntijalääkärille ja tehdään kysely mahdollisesta suosituksesta kivunhallintaryhmään. Asiantuntijalääkärinä toimisi Kelan Pohjois-Suomen ylilääkäri Jorma Kiuttu. Kustannukset kivunhallintaryhmien järjestämisestä pyritään sopimaan järjestävän tahon kanssa.

LÄHDELUETTELO

Eskola Jari, Suoranta Juha, Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 2000, Tampere
 Hirsjärvi Sirkka, Hurme Helena, Tutkimushaastattelu. 2009, Helsinki.

Internet lähde: Oksanen Antti, Yliluoma Pertti 2006, Meta-analyysi. <Luettu 25.1.2011, www.oulu.fi/ktk/kasope/opetus/.../meta-analyysi>.

Teemahaastattelun kysymykset:

Kysymys 1. Onko kuntoutustutkimusyksikköön ohjautuvilla kipupotilailla yhteisiä tekijöitä?

Kysymys 2. Mitkä heidän lähtökohtansa ovat pääsääntöisesti?

Kysymys 3. Voiko kipupotilaista jotka tulevat kuntoutustutkimusyksikköön nähdä eläkehakuisuutta vai tullaanko työkykykartoitukseen. Ovatko he itse tietoisia miksi kuntoutustutkimusyksikköön tullaan?

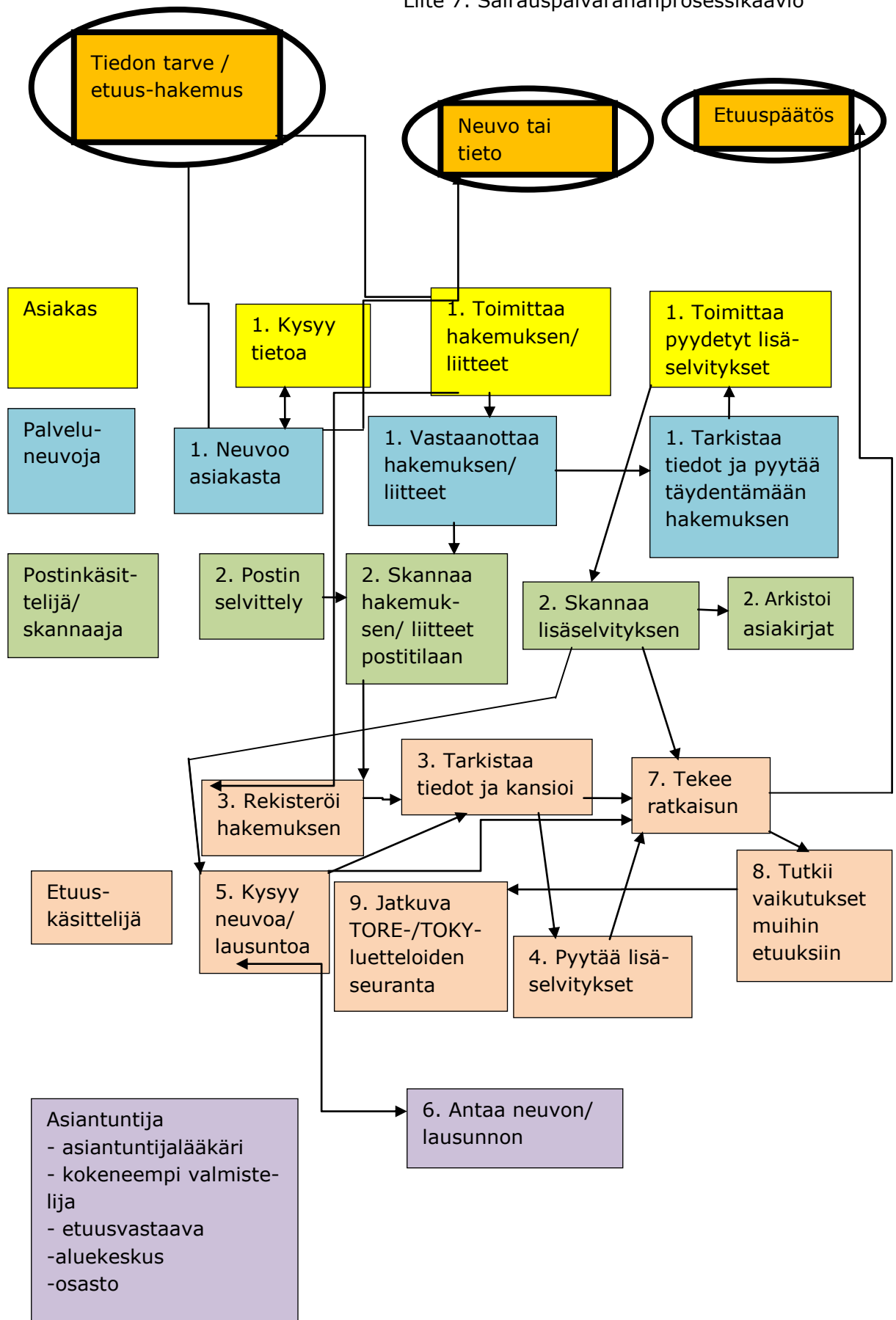
Kysymys 4. Ovatko kipupotilaat jos ei, niin miksi ei?

Kysymys 5. Mitä mieltä olette kuntoutuksen oikea-aikaisuudesta, toteutuuko se kenenkään kohdalla?

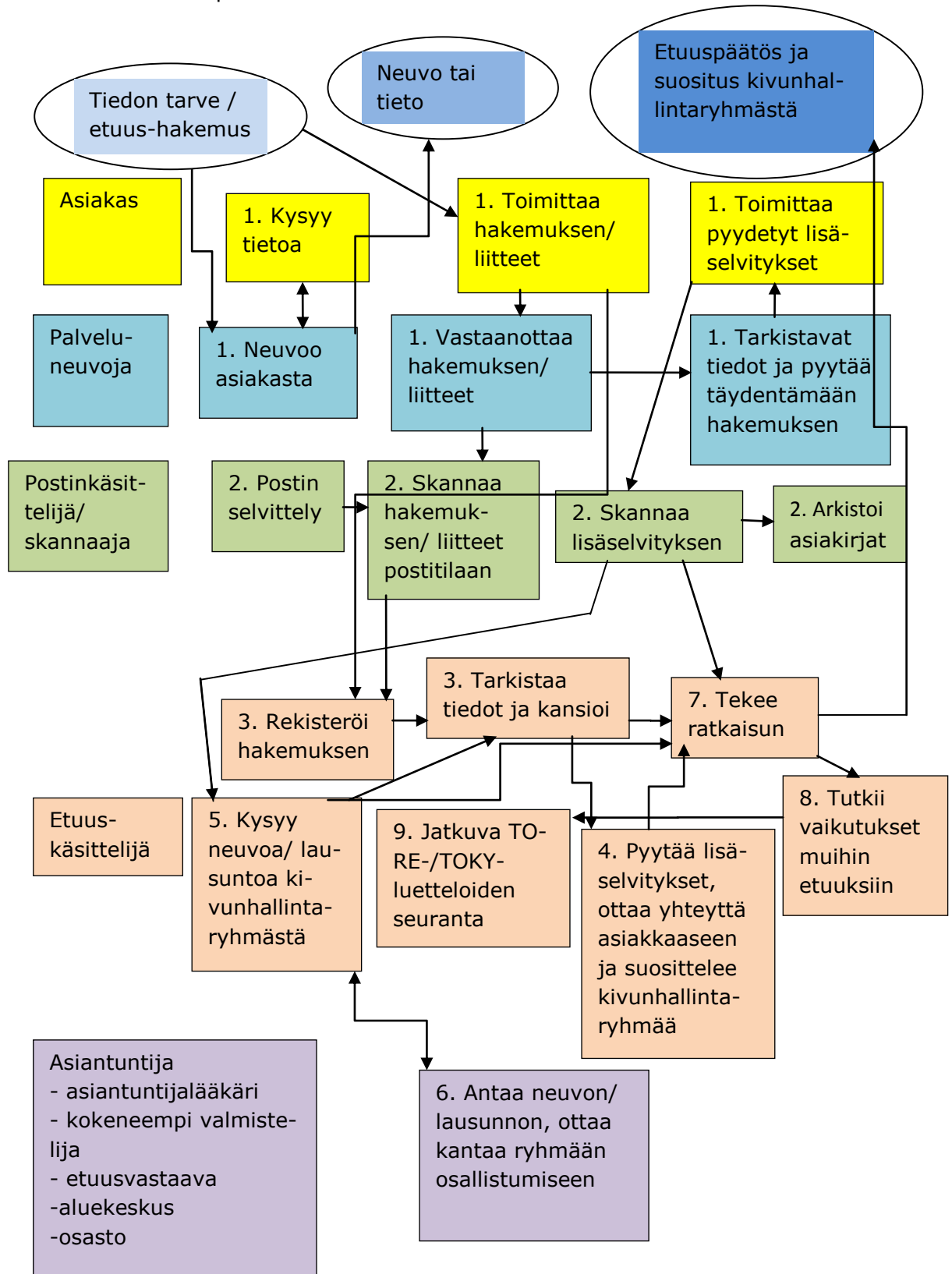
Kysymys 6. Kuinka arvioisitte tällaisen varhaiskuntoutuksen kipupotilaille, onko tällaisen toiminnan kehittäminen tarpeellista

Kysymys 7. Olisiko Teillä kehittämis ehdotuksia tällaisen toiminnan käynnistämiseksi?

Kysymys 8. Miten näkisitte terveydenhuollon ja Kelan välisen yhteistyön kehittämisen.



Liite 8. Uudistettu prosessikaavio



Liite 9. Hankesopimus

**SOPIMUS**

Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystoimiala ja alla mainittu toimeksiantaja sopivat tällä sopimuksella opiskelijatyönä tehtävän opinnäytetyön tekemisestä alla mainituin ehdoin.

TOIMEKSIANTAJATIEDOT

Toimeksiantajan nimi ja osoite: Kansaneläkelaitos, Lapin vakuutuspiiri

Yhdyshenkilö ja yhteystiedot: Lapin vakuutuspiirin johtaja Arto Rautio, Kela Rovaniemen toimisto. arto.rautio@kela.fi

Työelämäohjaajan yhteystiedot: Yliääkäri Jorma Kiuttu, Kela Pohjois-Suomen aluekeskus, Oulu. jorma.kiuttu@kela.fi

OPPILAITOSTIEDOT

Oppilaitoksen nimi ja osoite: Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu, Kemi

Opinnäytetyön tekijä ja yhteystiedot: Riitta Tauriainen, Kansaneläkelaitos Sodankylä, Ostoskuja 1, 99600 Sodankylä, puh. työ 020 635 4700, 040-5609863. riitta.tauriainen@kela.fi tai riitta.tauriainen@hotmail.com

Opinnäytetyön ohjaavat opettajat ja yhteystiedot: Yliopettaja (YTT) Leena Viinamäki, leena.viinamaki@tokem.fi ja Lehtori (YTM) Voitto Kuosmanen, voitto.kuosmanen@tokem.fi

OPISKELIJATYÖNÄ TEHTÄVÄN OPINNÄYTETYÖN TIEDOT

Opinnäytetyön nimi ja aihe: SELÄTIN SEN YKSI NOLLA Kivunhallintamenetelmä osaksi Kelan kuntoutustoimintaa Kelaan jalkautetaan varhaiskuntoutusmalli pitkäaikaisesta kivusta kärsiville. Kuntoutusta suositellaan sairauspäivärahaudella ja osallistuminen siihen vapaaehtoisista. Ryhmät toteutetaan yhteistyössä Lapin sairaanhoitopiiriin tai Lapin kipupotilasyhdistyksen kanssa.

Työn aikataulu: Ideointi ja suunnittelu syksy 2009 kevät 2010, tutkimussuunnitelma ja tutkimuksen käynnistäminen syksy 2010 sekä artikkelipyyntö kirjoittajille. Kokeilun toteutus kevät 2011, artikkeleiden palautus. Menetelmien, seurannan, vaikuttavuuden ja tutkimustulosten analysointi kevät 2011. Loppuseminaari toukokuussa 2011.

Opinnäytetyöstä aiheutuvista kustannuksista vastaa: Yhteistyökumppanit/työryhmien jäsenet työaikaresursointina haastattelut ja kokoukset. Ryhmien toteutuksesta aiheutuvat kulut neuvotellaan myöhemmin yhteistyökumppanin varmistuttua. Muista kustannuksista vastaa opinnäytetyön tekijä.

Työn tulosten tekijänoikeuksista ja hyödyntämisestä sovitaan seuraavaa:

Kehittämishankkeen tekijänoikeudet kuuluvat opinnäytetyönä tehtävän kehittämishankkeen tekijälle. Tulokset ovat julkisia ja käytettävissä kehittämishankkeen yhteistyökumppaneille ja valtakunnantasolla Kelan toiminnan kehittämiseen.

Tulosten salassapidosta sovitaan seuraavaa: Tutkimusaineiston salassa pidettävä aineisto on vain tutkijan käytössä. Kivunhallintaryhmän jäsenet täyttävät kyselylomakkeet anonymisesti, osallistujien nimiä ei julkaista missään. Tulokset hankkeesta ovat julkisia. Opinnäytetyössä noudatetaan tutkimuseettisiä periaatteita ja vallitsevaa tietosuojalakia.

Työn ohjaajina toimivat: Kela Pohjois-Suomen aluekeskus, yliääkäri Jorma Kiuttu. Oppilaitoksen ohjaajina; yliopettaja Leena Viinamäki ja lehtori Voitto Kuosmanen.

TOIMEKSIANTAJAN OPINNÄYTETYÖSTÄ MAHDOLLISETI MAKSAMA KORVAUS

Korvaussumma, korvauksen saaja, korvauksen maksunajankohta: -

Jos tähän sopimukseen tulee muutoksia, on se jokaisen osapuolen uudelleen hyväksyttävä ja allekirjoitettava.

Tämä sopimus on tehty 3 kappaleena, yksi jokaiselle sopijaosapuolelle.

Aika & paikka: 13.1.2011

Leena Viinamäki

Leena Viinamäki
Yliopettaja, ToKem
AMK:n edustaja,

Riitta Tauriainen

Riitta Tauriainen
Opiskelija

Liite. Opinnäytetyön tutkimussuunnitelma

Aika & paikka: 21.1.2011

Arto Rautio

Arto Rautio
Lapin vakuutuspiirin johtaja
Toimeksiantajan edustaja