

KIVUNHALLINTARYHMÄT TYÖTERVEYSHUOLLOSSA

- Satunnaistetun kontrolloidun interventiotutkimuksen pilotti

Helena Miranda, LT, työterveyden dosentti

Marjatta Reilimo, LL, työterveyshuollon erikoislääkäri

Työterveys Helsinki

Leena Kaila-Kangas, FT, erikoistutkija

Työterveyslaitos



Työsuojelurahasto

Arbetarskyddsfonden

The Finnish Work Environment Fund

KIVUNHALLINTARYHMÄT TYÖTERVEYSHUOLLOSSA

- Satunnaistetun kontrolloidun interventiotutkimuksen pilotti

Helena Miranda, LT, työterveyden dosentti

Marjatta Reilimo, LL, työterveyshuollon erikoislääkäri

Työterveys Helsinki

Leena Kaila-Kangas, FT, erikoistutkija

Työterveyslaitos

Tutkimus- ja kehittämishankkeen loppuraportti 03/2018

Tutkimus on toteutettu Työsuojelurahaston tuella



Työsuojelurahasto
Arbetarskyddsfonden
The Finnish Work Environment Fund

Työsuojelurahaston hankenumero: 115395

KIVUNHALLINTARYHMÄT TYÖTERVEYSHUOLLOSSA
- Satunnaistetun kontrolloidun interventiotutkimuksen pilotti

Julkaisija:

Helsingin kaupungin työterveysliikelaitos

Tutkimus on toteutettu Työsuojelurahaston tuella.

Kirjoittajat:

Helena Miranda, LT, työterveyden dosentti

Marjatta Reilimo, LL, työterveyshuollon erikoislääkäri

Leena Kaila-Kangas, FT, erikoistutkija

Paino: Grano Oy, Vantaa

Painovuosi: 2018

ISBN 978-952-331-455-9 (nid.)

ISBN 978-952-331-456-6 (PDF)

Tiivistelmä

Tausta, tavoitteet ja tarkoitus Kipu on merkittävin työkyvyttömyyttä aiheuttava oire. Suomessa on pitkittyneistä kivuista johtuen kansainvälisesti verrattuna paljon sairauspoissaoloja Kivusta ja sen lääkkeettömistä hoitokeinoista sekä kivun vaikutuksesta työkykyyn on viime vuosina saatu runsaasti uutta, jopa mullistavaa tutkimustietoa, mutta tieto on jalkautunut hitaasti terveydenhuoltoon Suomessa.

Vertaistukiryhmä on yksi potentiaalinen keino tarjota tietoa sekä tukea kipuoireisen kivunhallintaa ja työkykyä. Tämän pilottitutkimuksen tarkoituksena oli selvittää kivunhallintaryhmien toteutettavuutta työterveyshuollossa sekä ryhmätoiminnan vaikuttavuutta mm. krooniseen kipuun, kivun liitännäisoireisiin kuten uneen ja mielialaan, pelko-välttämiskäyttäytymiseen, pystyvyyden tunteeseen, kivun hyväksymiseen sekä koettuun työkykyyn ja sairauspoissaoloihin. Ryhmien tavoitteena oli tarjota monipuolista tietoa kroonisen kivun luonteesta, opettaa tunnistamaan erilaisia kipuun vaikuttavia tekijöitä, tutustuttaa kroonisen kivun lääkkeettömiin hoitokeinoihin sekä tukea työssä pärjäämistä. Viitekehystenä oli moderni tieto kivun biopsykososiaalisesta luonteesta, kognitiivinen työote sekä rentoutus- ja tietoisuustaidot.

Aineisto ja menetelmät Tutkimukseen osallistujat olivat Helsingin kaupungin työntekijöitä, joilla oli sekä pitkittynyttä kipua että työkyvyttömyysriski mitattavasti koholla. Tutkittavat (N=60) arvottiin joko heti alkavaan kivunhallintaryhmään tai ns. odotuslistalle odottamaan 3–4 kuukauden päästä alkavaa ryhmää. Interventio koostui kuudesta viikon välein toteutetusta ohjatusta ryhmätapaamisesta ja yhdestä seurantatapaamisesta. Tutkimukseen osallistuneita seurattiin kyselyin 6–12 kuukauden ajan. Sairauspoissaoloja on selvitetty työnantajan henkilöstörekisteristä. Ryhmien ohjaajina toimivat kolme työterveyshoitajaa, yksi työpsykologi, yksi lääkäri sekä yksi ulkopuolinen kipusairaanhoitaja.

Hankkeen tulokset ja merkitys Ryhmätapaamisiin osallistuminen lisäsi kivun kanssa elämiseen liittyvää minäpystyvyyden tunnetta ja kroonisen kivun hyväksymistä sekä vähensi pelko-välttämisajattelua. Ryhmätoiminnan jälkeen havaittiin myönteistä muutosta myös koetussa työkyvyssä ja omissa odotuksissa työhönpaluun tai työssäjatkamisen mahdollisuuksista. Myös koettu kipu, masennusoireilu ja uniongelmat lievenivät ja sairauspoissaolot vähenivät. Palaute ryhmistä oli erittäin myönteistä.

Luomamme toimintamalli osoittautui toimivaksi tavaksi lisätä kipuoireisen ihmisen pystyvyydentunnetta, hälventää pelkoja ja tukea työssä jatkamista kivuista huolimatta. Malli on tarkoitettu toteutettavaksi erityisesti työterveyshuolloissa. Tässä raportissa tarjotaan käytännön vinkkejä kipuvertaisryhmätoiminnan käynnistämiseksi.

Asiasanat: Kipu, työkyky, vertaisryhmä, työterveyshuolto, interventio

Kiitokset

Kiitämme kipuryhmiin osallistuneita Helsingin kaupungin työntekijöitä, joita ilman tämä tutkimus ei olisi toteutunut. Kiitos avoimuudesta, luottamuksesta ja sitoutumisesta ryhmään ja tutkimukseen! Ryhmienne ohjaaminen oli hieno ja palkitseva kokemus! Oli upea huomata miten niin moni teistä alkoi saada kipuaan hallintaan.

Kiitos Työterveys Helsingin upeille työterveyshoitajille ja -psykologille siitä, että lähditte rohkeasti mukaan opettelemaan kipuryhmän ohjaamista. Kiitokset myös kipupsykologi Vuokko Häggille antoisasta työnohjauksesta. Kiitämme Työterveys Helsingin johtoa ja Helsingin kaupunkia taloudellisesta ja muustakin tuesta ryhmien mahdollistamiseksi ja jatkamiseksi. Myös työterveyden osaava henkilöstö ansaitsee kiitokset osallistumisesta tutkittavien rekrytointiin ja ohjeistamiseen.

Haluamme kiittää Työsuojelurahastoa tutkimuksen tukemisesta taloudellisesti sekä joustavasta ja kannustavasta asenteesta.

Lisätietoja ryhmistä LT, dos. Helena Miranda, helena.miranda@jippii.fi, erik.lääk. Marjatta Reilimo, marjatta.reilimo@hel.fi

Sisällys

Tiivistelmä.....	5
Kiitokset.....	6
Johdanto.....	8
Menetelmät.....	12
Aineisto.....	12
Ryhmätoiminnan kuvaus.....	13
Aikataulu.....	15
Intervention toteutus.....	15
Kyselyaineiston tallennus ja analysointi.....	15
Tulokset.....	16
Osallistujien palautteet ryhmästä.....	22
Pohdinta.....	24
Kirjallisuus.....	29

Johdanto

Pitkittänyt kipu on hyvin yleinen oire suomalaisessa aikuisväestössä. Suomessa on arviolta noin miljoona kroonista kipua potevaa aikuista (Kivun Käypä hoito 2015). Heistä suurin osa käy työssä. Kipu on merkittävin ja kallein työkyvyttömyyttä aiheuttava terveysoire. Kroonisen kivun on arvioitu maksavan yhteiskunnalle enemmän kuin syöpä, sydän- ja verisuonitaudit sekä diabetes yhteensä (Breivik ym. 2013). Suomessa ollaan laajan eurooppalaisen vertailututkimuksen mukaan pitkäaikaisten kipuoireiden vuoksi huomattavasti enemmän poissa töistä kuin muualla Euroopassa, jopa kolme kertaa niin paljon kuin Ruotsissa ja Isossa-Britanniassa. Toiseksi eniten kipuoireista johtuvia poissaoloja on Norjassa, jossa niitä kuitenkin on lähes puolet vähemmän kuin Suomessa (Breivik ym. 2006). Työntekijöiden kipuoireisiin liittyvät poissaolot työstä maksavat pelkästään Helsingin kaupungille n. 100 miljoonaa euroa vuodessa.

Monella kroonista kipua potevalla on samanaikaisesti muita pitkäaikaissairauksia ja -oireita. Yleisiä liitännäisoireita ovat masentuneisuus ja uniongelmat (Fishbain ym. 1997, Bair ym. 2003, Lallukka ym. 2013). Eläketurvakeskuksen raportista käy selville, että työkyvyttömyyseläkettä hakeneista joka kolmannella oli diagnoosina sekä tuki- ja liikuntaelinten sairaus että mielenterveysongelma (Gould ym. 2014). Suomalaisessa edustavassa väestöaineistossa joka toisella työssäkäyvällä aikuisella oli joko masentuneisuutta, unihäiriötä tai laaja-alaista kipua (Miranda ym. 2016a). Mitä useampia oireita ihmisellä oli, sitä yleisempää oli alentunut työkyky, työstä poissaolot ja lääkärisikäynnit. Kun laaja-alainen kipu, masentuneisuus ja unihäiriö esiintyivät yhtä aikaa, alentuneen työkyvyn vakioitu riskisuhde oli 10-kertainen verrattuna siihen, ettei esiintynyt mitään näistä oireista. Myös riskit sairauspoissaoloihin ja lääkärisikäynteihin lisääntyvät moninkertaisesti (Miranda ym. 2016a).

Paine kipupotilaiden vaikuttavaan hoitoon ja kuntoutukseen perusterveydenhuollossa ja työterveyshuollossa on kasvanut mm. sen jälkeen, kun KELA päätti muutama vuosi sitten lopettaa myös fibromyalgiaa potevien ryhmäkuntoutuksen ja siirtää kuntoutusvastuun perus- ja työterveydenhuoltoon. Varsinaisen kipukuntoutuksen Kela oli lopettanut jo aiempina vuosina. Kuntoutusmuotona ohjattu ryhmätoiminta on toteutettavissa avoterveydenhuollossa, mutta esimerkiksi työterveyshuolloissa ei ole tarjolla kipuvertaisryhmiä siitä huolimatta, että lähes 2 miljoonaa suomalaista hoidattaa terveystään työterveyshuollossa. Myöskään perusterveydenhuollon yksiköissä sitä ei ole ollut saatavilla kuin vain hyvin harvoissa paikoissa Suomessa.

Ylipäättään kivun kokonaisvaltaisen, biopsykososiaalisen hoidon voi sanoa olevan sangen heikosti jalkautunut terveydenhuoltoomme. Kipua hoidetaan liian usein kipulääkkeillä, sairauslomilla ja leikkauksilla. Erityisen huolestuttava piirre (muun kuin syövästä johtuvan) kivun hoidossa on morfiinijohdannaisten eli opioidien käyttö, joka on voimakkaasti lisääntynyt Suomessa, kuten muuallakin maailmalla. Vuonna 2014 opioidilääkkeistä Kelalta sai korvausta 404 424 suomalaista (Kela 2014). Kuitenkin syöpää sairastavien osuus heistä oli vain 4,3 % eli 17 511 henkilöä. Esimerkiksi apteekista lunastettujen parasetamoli-kodeiini-yhdistelmävalmistetablettien määrä on 8-kertaistunut vuosien 2008–2014 välisenä aikana (Kelasta saatu tieto). Vuonna 2014 suomalaiset ostivat apteekista 43 miljoonaa tablettia tätä opioidivalmistetta. Trendi on varsin vahvasti ristiriidassa kroonisen ei-syöpäkivun hoidon nykysuosittelun kanssa, joissa opioideja ei suositella, ainakaan pitkäaikaiseen käyttöön eikä ilman kipuun perehtyneen lääkärin tiivistä seurantaa. Kroonisessa kivussa opioidien teho on osoittautunut vaatimattomaksi ja niillä on todettu runsaasti haittavaikutuksia ja riippuvuusongelmia. Hoitamaton masennus tai ahdistus heikentää entisestään opioidien tehoa ja lisää riskiä liikkakäyttöön (Wasan ym. 2015). Opioideja säännöllisesti käyttävät mm. menettävät työkykynsä nopeammin kuin ei-opioideilla kipuaan hoitavat (Eriksen ym. 2006).

Erilaisten ortopedisten leikkausten määrä Suomessa on viime vuosina kasvanut voimakkaasti (Huttunen 2014, Paloneva 2015). Polven tekonivelleikkausten määrä (ensileikkaukset) on 7-kertaistunut vuoden 1990 jälkeen (THL 2018). Myöskään lisääntynyt operatiivinen hoito ei ole tuonut lisää työkykyä (Svendsen ym. 2012). Ruotsalaisen rekisteritutkimuksen mukaan rannekanavaoireyhtymän vuoksi leikatuilla on huomattavasti enemmän sairauspoissaoloja kuin ei-leikatuilla oireisilla tai työväestöllä ylipäätään (Atroshi ym. 2015). Leikkausten yhteydessä kirjoitetut sairauspoissaolot liittyen tavallisiin tules-vaivoihin (iskias, polven nivelrikko) ovat viimeisten 15 vuoden aikana entisestään pidentyneet ja kustannukset entisestään lisääntyneet sekä ennen että jälkeen leikkauksen, kertoo Itä-Suomen yliopiston tekemä laaja rekisteritutkimus (Vohlonen ym. 2017). Yksi selitys tähän on lisääntynyt kuvantaminen mm. magneettitutkimuslaittein. Tarkemmissa kudostason kuvauksissa saadaan yhä enemmän löydöksiä, joilla ei kuitenkaan välttämättä ole mitään merkitystä kipuoireissa vaan ovat enemmänkin viitteitä normaalista ikääntymisestä (Schwartzberg ym. 2016). Laajasta kirjallisuuskatsauksesta, jossa selvitettiin kuvantamislöydösten yleisyyttä oireettomilla henkilöillä, on pääteltävissä, että jokaiselta yli 50-vuotiaalta löytyy selkärangan magneettitutkimuksessa ”jotain” (Brinjikli ym. 2015). Myös polven ja olkapään osalta on oireettomilla havaittu runsaasti erilaisia ’löydöksiä’, joista suurin osa on degeneratiivista ”ajan patinaa” (Guermazi ym. 2012, Schwartzberg ym. 2016). Varhaisella magneettikuvantamisella akuutissa selkävivussa on todettu olevan vahva iatrogeninen, haitallinen vaikutus: selän kuvantaminen johtaa herkemmin toipumisen ja työkyvyttömyyden pitkittymiseen (Webster ym. 2013). Aivojen toiminnalliset MRI-kuvaukset on puolestaan tuonut kuvantamiseen uuden näkökulman: esimerkiksi kroonisilta selkäkipupotilailta löytyy paljon enemmän yhtenäisiä MRI-muutoksia heidän aivoistaan kuin heidän selistään (Kregel ym. 2015).

Kivusta on viime vuosikymmeninä saatu runsaasti uutta tutkimustietoa. Aivojen toiminnalliset kuvantamistutkimukset ovat mullistaneet käsityksen kivusta ja erityisesti kroonisesta kivusta. Nykykäsityksen mukaan kipu on 100 %:sti aivojen tuottamaa. Suurin osa kipuoireilusta on hyvänlaatuista ja epäspesifiä, jonka taustalta ei löydy vakavaa sairautta tai oireita selittävää merkittävää patofysiologiaa. Akuuttia kipua potevista osa kehittää kroonistuneen kiputilan, jossa kipu ei ole enää vaarasignaali, kuten se on akuutissa kudonsvauriokivussa. Kipu voi pitkittyessään muuttua ns. sentraaliseksi kivuksi, jossa keskushermoston ja aivojen yliherkistyneet kipuradat ylläpitävät ja pahentavat kipukokemusta. Alkuperäinen perifeerinen kudonsvaurio saattaa täysin parantua, mutta häiriötilaan menneet hermoradat jatkavat virheellisesti kivun viestimistä aivoihin. Mikä tahansa kiputila, oli se sitten olkapäävamma, niskan retkahdusvamma tai polvinivelrikko, voi sentralisoitua ja herkistyttää keskushermoston (Lluch ym. 2014, Sanchis ym. 2014, Arendt-Nielsen ym. 2018). Puhutaan sentraalisesta sensitisaatiosta.

Kipua ei voi hoitaa vaikuttavasti huomioimatta kipua potevaa ihmistä kokonaisuutena. Kipulääkäri Anneli Vainio tiivistää Duodecim -lehden kirjoituksessaan biopsykososiaalisen viitekehyksen näin: ”Biopsykososiaalisessa mallissa ihmisen terveys ja sairaus ovat monitasoisen järjestelmän toimintoja, jossa ruumiilliset toiminnot, tunteet, motivaatio, ajatukset ja sosiaaliset suhteet ovat vuorovaikutuksessa keskenään muuttuen jatkuvasti ja muodostaen dynaamisen kokonaisuuden.” Biopsykososiaalisen viitekehyksen mukaan kipuoireista henkilöä hoidettaessa hänet otetaan oireineen huomioon kokonaisvaltaisesti (Vainio 2004). Tämä tarkoittaa biologisten, psykologisten ja sosiaalisten taustatekijöiden ja kipuun ja koettuun työkykyyn vaikuttavien tekijöiden kartoittamista ja niihin vaikuttamista. Erityisesti kipuun liittyviä huolia ja pelkoja pitää hälventää sekä ei-mielekkäitä, jopa virheellisiä asenteita ja ajatuksia (”myyttejä”) muuttaa mielekkäämmiksi. Lisäksi kivun kanssa samanaikaisesti esiintyvää unettomuutta ja masennusta pitää seuloa ja hoitaa tehokkaasti. Nämä ovat erityisen merkityksellisiä sentralisoituneen kivun hoidossa. Myös akuutin

kivun hyvä ja aktiivinen hoito estää oireiden kroonistumista ja ylläpitää työkykyä. Tästä hyvä esimerkki on voimakkaasti yleistyvä fysioterapeutin suoravastaanotto (Miranda 2016b).

Kivun Käypä hoito -suositus suosittelee kivunhoidossa ensisijaisesti lääkkeettömiä hoitoja. Lääkehoidolla on sijansa, mutta lääkkeettömistä hoitomuodoista on osoitettu olevan enemmän apua erityisesti kroonisten kiputilojen hoidossa (Perrot ym. 2014, Kivun Käypä hoito -suositus 2015). Lisäksi niiden haittavaikutukset ovat yleensä olemattomia lääkehoitoon verrattuna. Käyttökelpoisia, tutkimusnäyttöön perustuvia lääkkeettömiä hoitomuotoja ovat mm. kognitiivis-behavioraalinen terapia (CBT), mindfulness-meditaatio, jooga, akupunktio, musiikin kuuntelu ja liikunta (Miranda 2016c).

Mindfulness – suomeksi hyväksyvä tietoinen läsnäolo – on meditaation eli mietiskelyn muoto, jossa opetellaan avointa, uteliasta ja hyväksyvää suhtautumista itseen, elämän tapahtumiin ja koettuihin tunteisiin. Tietoisuusharjoitusten aikana opitaan kohdentamaan huomio tässä hetkessä tapahtuviin asioihin ilman, että yritetään arvioida tai muuttaa tapahtuvaa. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen perusteella mindfulness vähentää kroonisen kivun voimakkuutta ja sen aiheuttamaa haitan ja taakan kokemusta. Se myös lisää kivun hyväksyntää. Masennusoireet vähenevät, ja elämänlaatu nousee erityisesti fibromyalgiaa potevilla (Goyal ym. 2014).

Aivokuvantamistutkimukset ovat osoittaneet mindfulnessin tuottavan laaja-alaisia aivotason muutoksia (Tang ym. 2015). Muutoksia on havaittu erityisesti niillä aivojen alueilla, jotka osallistuvat tunteiden, mielialan, minäkuvan ja käyttäytymisen säätelyyn sekä kivun aistimiseen. Mindfulness-harjoitteiden avulla voi myös päästä irti vahvoista kipulääkkeistä tai hallita paremmin niiden käyttöä, kuten amerikkalainen tutkimus kroonisilla kipupotilailla osoitti (Garland ym. 2014).

Kognitiivis-behavioraalinen terapia auttaa ihmisiä muuttamaan käyttäytymistä, joka ylläpitää tai pahentaa kipua, pelko-välttämiskäyttäytymistä sekä katastrofoivaa ajattelua (kipuun tai sen ennakointiin liittyvien negatiivisten ajatusten tai uskomusten korostumista). Kognitiivis-behavioraalisin keinoin opitaan käsittelemään suoraan niitä ajatuksia ja tunteita, jotka voivat pahentaa kroonista kipua potevan kärsimystä ja aiheuttaa toimintakyvyn alenemaa. Cochrane -kirjallisuuskatsaukseen otettiin 35 tutkimusta, jotka tutkivat CBT:n tehoa kroonisessa kivussa. Vertailuryhmänä toimi ryhmä, joka sai tavanomaista hoitoa. CBT:n vaikutus kipuun oli parhaimmillaan kohtalainen, joka on varteenotettava tulos ottaen huomioon, että pitkittyneen kivun hoidossa yksikään hoitomuoto ei ole noussut vaikuttavuudeltaan kohtalaista paremmaksi. Vielä kipuakin enemmän CBT vaikutti toimintakykyyn, mielialaan ja katastrofiajatteluun. Osa vaikutuksista oli edelleen todettavissa kuusi kuukautta myöhemmin. Tutkijat totesivat, että psykologinen hoito voi auttaa kipukroonikkoa vähentämällä negatiivista mielialaa (masennusta ja ahdistuneisuutta), toimintakykyä, kipuun liittyvää pelkoa, ja joissakin tapauksissa myös kipua (Williams ym. 2012). Kivun vähentäminen ei ole modernissa kipukuntoutuksessa enää ensisijainen tavoite. Fokus on siirtynyt enemmän elämänlaadun, pystyvyydentunteen ja pärjäämisen lisäämiseen. Fibromyalgiapotilailla kognitiivis-behavioraalinen terapia parantaa kivun kanssa selviämistä ja vähentää terveystalvelujen käyttöä (Bernandy ym. 2010).

Kognitiivis-behavioraaliseen terapiaan kuuluu usein huomion siirtäminen pois kivusta mielekkäämpiin asioihin. Kuusi viikkoa kestänyt ryhmämuotoinen huomionhallintaterapia vähensi suomalaisessa tutkimuksessa krooniseen kipuun liittyvää ahdistusta, ylivireyttä, ja kroonisen kivun vaikutusta jokapäiväiseen elämään. Teho säilyi kontrollitutkimuksissa (Elomaa ym. 2009). Kroonisessa alaselkävivussa kognitiivis-behavioraalinen ryhmäterapia on todettu tehokkaaksi hoitomuodoksi tavanomaiseen hoitoon verrattuna (Sveinsdottir ym. 2012). Vastaavanlainen

ryhmäterapia vähensi sairauspoissaoloja ja terveystalvelujen käyttöä selkä- ja niskakipupotilailla. Kontrolliryhmän riski joutua pitkälle sairauslomalle oli viisinkertainen (Linton ym. 2005).

Kipu on niin yleinen oire työssäkäyvässä väestössä, että ainoa mahdollinen keino tehostaa akuutin kivun hoitoa, lisätä kroonisen kivun hallintaa ja vähentää kipuun liittyvää työkyvyttömyyttä on 'ottaa kipu haltuun' perus- ja työterveyshuollossa. Yliopisto- ja aluesairaaloitten kipuklinikat ovat ylikuormitettuja, jonka vuoksi siellä hoidetaan lähinnä omien sairaaloitten akuutteja leikkaus- ja syöpäkipuja ja konsultaatioihin ulkopuolelta pääsevät vain kaikkein vaikeimmat potilaat. Suomalaisista kipukroonikoista 87 % ei ole koskaan ollut kipuun perehtyneen spesialistin hoidossa (Breivik ym. 2006).

Masennuksen ja unettomuuden hoidossa kognitiiviset työkalut ja mindfulness/voimavarakeskeiset vertaisryhmät ovat joissain terveyskeskuksissa ja työterveyshuollossa jo arkipäivää. Kipuvertaisryhmiä on ollut tarjolla lähinnä erikoissairaanhoidossa, muutamien kuntien terveyskeskuksissa sekä kipupotilas yhdistysten järjestämänä. Lapin keskussairaalassa kipupoliklinikalla kivunhallinnan vertaistukiryhmään osallistuminen paransi ryhmään osallistuvien elämänlaatua. Potilaat saivat osallistua 5-10 hengen kokoiseen kivunhallintaryhmään. Työskentelyryhmissä perustui ruotsalaisen anestesiologin ja kipulääkärin Gunilla Brattbergin kivunhallintaan liittyvään Kipumestarin työkalut-työkirjaan, joka koostuu 70 tehtävästä. Työkirja soveltuu ryhmä- tai yksilötyöskentelyyn. Potilaat kokoontuivat joka toinen viikko kahden tunnin ajan keskustelemaan annetuista työkirjatehtävistä ja niiden herättämistä ajatuksista. Ryhmätoiminta kesti noin 15 kuukautta (Kiuru 2005). Kipurymillä on muissakin tutkimuksissa todettu olevan merkitsevää tehoa krooniseen kipuun (Linton ym. 2005, Bernandy ym. 2010, Sveinsdottir ym. 2012, Sheinfeld Gorin ym. 2012).

Ryhmätoiminnan etuja yksilöhoitoon verrattuna on kipukokemuksen "normalisoituminen" ja yksinäisyyden kokemuksen väheneminen ryhmässä sekä ryhmän voimaannuttava ja kannatteleva, uusien kivunhallintastrategioiden oppimista tukeva vaikutus. Ryhmässä tarjottu tuki on myös kustannusvaikuttavaa (British Pain Society 2013). Kaikki toimivat ja tutkimustietoon nojautuvat kivunhallinnan keinot ovat tervetulleita ottaen huomioon kroonisen kivun aiheuttama kustannus yhteiskunnalle. Työterveyshuolto on luonteva paikka toteuttaa kipuryhmätoimintaa, sillä työterveyshuolto tuntee työolot, ja sen ensisijainen tehtävä on tukea asiakkaansa työkykyä. Työterveyshuollon tarjoamia kipuvertaisryhmiä ei ole aiemmin tutkittu.

Tässä raportissa kuvataan kunnallisessa työterveyshuollossa toteutetun kipuvertaisryhmätoiminnan toteutumista, sisältöä ja vaikuttavuutta. Toimintaan sisällytettiin satunnaistettu kontrolloitu interventio-pilottitutkimus, jonka päätuloksia kuvataan tässä raportissa. Raportissa tarjotaan näkökulmia ja käytännön vinkkejä kipuryhmän käynnistämistä suunnitteleville toimijoille. Ryhmätoiminta käynnistyi Helsingin kaupungin työterveyshuollossa alkuvuonna 2016 tavoitteena tukea pitkittynyttä kipua potevien Helsingin kaupungin työntekijöiden kivunhallintaa ja työkykyä. Työsuojelurahasto osallistui hankkeen rahoittamiseen.

Menetelmät

Aineisto

Tutkimuksen kohteena oli Helsingin kaupungin työntekijöitä, joilla oli pitkäaikaista kipua. Työterveys Helsinki on maan suurimman työnantajan, Helsingin kaupungin oma työterveysyksikkö, joka vastaa työterveyspalveluiden tuottamisesta kaupungin noin 40 000 työntekijälle. Kaupungin palveluksessa toimii työntekijöitä 800:ssa eri ammatissa yli 30 eri toimialalla. Vuoden 2016 työterveyskyselyn perusteella noin joka kolmas työntekijä ilmoitti kärsivänsä kroonisesta, yli 3 kuukautta kestäneestä kivusta.

Kyseessä on satunnaistettu ja kontrolloitu interventio-pilotti. Tutkimukseen rekrytoitiin työterveyshuoltoon kivun vuoksi hakeutuneita 18–65-vuotiaita potilaita, joilla oli mikä tahansa kiputila, joka oli kestänyt vähintään 3 kuukautta. Lisäksi lääkärin, hoitajan tai työfysioterapeutin vastaanotolla tehdyssä lyhyessä seulontakyselyssä eli ns. 'Työterveys Helsingin kipukyselyssä' potilaan työkyvyttömyysriskipisteiden tuli olla koholla (> 50 pistettä 100:sta). Kun nämä kriteerit täyttyivät, lääkäri, työterveyshoitaja tai työfysioterapeutti kysyi vastaanotolla potilaan halukkuudesta osallistua kivunhallintaryhmään. Kun potilas ilmaisi kiinnostuksensa ryhmään osallistumisesta, lääkäri, työterveyshoitaja tai työfysioterapeutti ohjasi potilaan lyhyeen haastatteluun, jonka toteutti tutkimukseen osallistuneet, tämän raportin tekijöihin lukeutuneet lääkärit (MR tai HM). He antoivat informaatiota ryhmästä, pysyivät suostumuksen osallistua tutkimukseen sekä satunnaistivat potilaan joko seuraavaan alkavaan kivunhallintaryhmään tai ns. odotuslistalle odottamaan 3 - 4 kuukauden päästä alkavaa ryhmää. Satunnaistaminen tapahtui pyytämällä potilasta valitsemaan ja avaamaan suljettu kirjekuori, jonka sisällä oli ennalta arvottu tieto ryhmästä.

Ryhmien ja tutkimuksen poissulkukriteerejä olivat alle 3 kuukautta kestänyt kipu, jolloin kipua ei luokitella krooniseksi, pahanlaatuinen sairaus kuten syöpä tai psykoottistasoinen masennus. Poissuljimme myös potilaat, jotka olivat sillä hetkellä jossain muualla järjestetyssä kipuryhmässä, tai joilla ei haastattelun perusteella ollut motivaatiota ryhmätoimintaan tai kiinnostusta tutustua lääkkeettömiin kivunhallintakeinoihin, tai joiden elämäntilanne oli muuten niin kuormittava, että kipuryhmään osallistuminen ei ajankohdaltaan ollut optimaalinen. Tutkimukseen osallistuneita seurattiin 6–12 kuukauden ajan. Kyselyt tehtiin tutkimukseen osallistuneille tutkimuksen lähtötilanteessa eli sillä vastaanotolla, jossa potilas oli rekrytoitu mukaan ryhmään. Sen lisäksi kyselyt tehtiin heti kuudennen ryhmätapaamisen päätteeksi, sekä tästä 3:n ja 6:n kuukauden kuluttua (ja ensimmäisenä aloittaneilla ryhmillä myös 12 kuukauden kuluttua) lähtötilanteesta. Päättulosmuuttujat olivat kipu, kivun liitännäisoireet kuten mieliala ja unettomuus, pelko-välttämisajattelu, pystyvyydentunne, kroonisen kivun hyväksyminen lääkitys koettu työkyky ja oma ennuste työkyvyn kehittymisestä seuraavien 2 vuoden aikana. Lisäksi kaupungin henkilöstörekisteristä poimittiin sairauspoissaolot (jaksot ja päivät) 6 kuukautta ennen ja jälkeen ryhmätoiminnan. Tutkimukseen saatiin HUS:n koordinoivan eettisen toimikunnan hyväksyntä ja kaikille tutkimukseen osallistuneille tarjottiin sekä suullinen että kirjallinen informaatio tutkimuksesta ja siihen osallistumisen vapaaehtoisuudesta sekä pyydettiin kirjallisesti suostumus.

Tutkimuksen lähtötilanteessa ns. "seulontakyselynä" käytetty Työterveys Helsingin kipukysely on kipupsykologi Steven Lintonin validoidusta lyhyestä Örebro-kipukyselystä hieman mukailtu versio (Linton 2008). Kysely löytyy täältä: www.otakipuhaltuun.fi/kipukysely. Siinä on yhteensä 10 kysymystä: kivun laaja-alaisuus, kivun voimakkuus, kivun kesto yli 3 kuukautta (kroonisuus), kivun vaikutus toimintakykyyn, nukkuminen, stressi, masentuneisuus, negatiiviset odotukset kivun ja

työkyvyn kehittymisestä sekä pelko-välttämiskäyttäytyminen. Varsinainen tutkimuskysely sisälsi edellä mainittujen 10 kysymyksen lisäksi kysymyksiä liikkumisen pelosta, kroonisen kivun hyväksymisestä, kipuun liittyvästä pystyvyydentunteesta, liikunnasta, elintavoista, lääkkeiden käytöstä, käytössä olevista kivunhallintakeinoista, vireystilasta, elämästä nauttimisesta, koetusta työkyvystä ja sairauspoissaolopäivien määrästä edellisten 30 päivän aikana.

Ryhmätoiminnan kuvaus

Ryhmien tavoitteena oli tarjota monipuolista tietoa kroonisen kivun luonteesta, opettaa tunnistamaan erilaisia kipuun vaikuttavia tekijöitä, tutustuttaa kroonisen kivun lääkkeettömiin hoitokeinoihin sekä hälventää kipuun ja sen kanssa työskentelemiseen liittyviä pelkoja. Viitekehystenä oli moderni tieto kivun biopsykososiaalisesta luonteesta, kognitiivinen työote sekä rentoutus- ja tietoisuustaidot.

1. tapaaminen	<ul style="list-style-type: none"> • Ryhmänohjaajien esittely, kivunhallintaryhmän tavoitteet, ryhmän säännöt, muistutus kokoontumisista, paikoista, aikatauluista jne. • Osallistujien esittely pareittain (pari esittelee: lyhyt kuvaus oireista, nykyinen työtilanne) • Keskustelua <ul style="list-style-type: none"> ○ motivaatiosta osallistua ryhmään, odotuksista ○ Mitä kivunhallintakeinoja on jo käytössä? • Jaetaan ryhmäläisille kipuaiheinen tietokirja ”Ota kipu haltuun” sekä seuraavan kerran lukutehtävät
2. tapaaminen	<ul style="list-style-type: none"> • Lyhyt pysähtymis/rentoutumisharjoitus • Tapaamisen teema: uutta tietoa kivusta <ul style="list-style-type: none"> ○ kivun mekanismeja ○ erot akuutin ja kroonisen kivun välillä, kipukokemuksen yksilöllisyys ja todellisuus, aivojen ja keskushermoston rooli kivussa ○ keskustelua kipumechanismeista • Lukutehtävät seuraavalle kerralle
3. tapaaminen	<ul style="list-style-type: none"> • Lyhyt pysähtymis/rentoutumisharjoitus • Tapaamisen teemat: uni (tapaamisen pääteema), rentoutuminen, mindfulness, jooga • Ryhmäkeskustelua <ul style="list-style-type: none"> ○ teemoista ○ mielihyvää tuottavien asioiden tekemisestä, jotka auttavat parantamaan kivunhallintaa ○ miten kipu vaikuttaa sosiaaliseen elämään, ja päinvastoin • Lukutehtävät seuraavalle kerralle

4. tapaaminen	<ul style="list-style-type: none"> • Lyhyt pysähtymis/rentoutumisharjoitus • Tapaamisen teema: työ • Parikeskustelua: <ul style="list-style-type: none"> ○ Työn merkitys omassa elämässä? ○ Työhön liittyvät tavoitteet, ammatillinen kehittyminen. Missä näkee itsensä 5 v päästä? ○ Miten toivoisi esimiehen ja työtovereiden suhtautuvan kipuun? ○ Mitä (mahdollinen) töissä oleminen kivusta huolimatta (tai sairauslomalla oleminen) on merkinnyt? ○ Mitä työssä pitäisi tapahtua, jotta siellä olisi helpompi pärjätä kivusta huolimatta? • Yhdessä: mitä omassa työssä on jo tehty ja mitä siellä voisi vielä tehdä työssä pärjäämisen tukemiseksi • Lukutehtävät seuraavalle kerralle
5. tapaaminen	<ul style="list-style-type: none"> • Lyhyt pysähtymis/rentoutumisharjoitus • Tapaamisen teemat: tunteet • Keskustelua: <ul style="list-style-type: none"> ○ tunteet ja kipu ○ kosketus, rakkaus ○ positiivisuuden vaaliminen ○ kivun vaikutus parisuhteeseen, ystävyyteen, sosiaaliseen elämään ○ mitä keinoja ryhmäläisillä on ylläpitää ystävyyssuhteita, parisuhdetta ja sosiaalista elämää kivusta huolimatta ○ lemmikkieläimen merkitys • Lukutehtävät seuraavalle kerralle
6. tapaaminen	<ul style="list-style-type: none"> • Lyhyt pysähtymis/rentoutumisharjoitus • Tapaamisen teemat: <ul style="list-style-type: none"> ○ yhteenvetoa ryhmätapaamisten teemoista ○ mitä uusia keinoja on ottanut käyttöön ○ kivunhallintasuunnitelman täyttäminen, selviytyminen jatkossa ○ mistä voisi saada lisätukea, työterveyshuollon rooli ○ seurantakyselyn täyttäminen
7. tapaaminen	<ul style="list-style-type: none"> • Lyhyt pysähtymis/rentoutumisharjoitus • Tapaamisen teemat: <ul style="list-style-type: none"> ○ prosessin aikana heränneet oivallukset ○ tietoisuustaitojen merkitys ja harjoittelu ○ psykologinen joustavuus, arvot ○ omaa työkalupakki kivunhallintaan ○ työssä pärjääminen

Aikataulu

Tutkittavat rekrytoitiin tammi–helmikuun 2016 välisenä aikana ja jaettiin kuuteen ryhmään. Yhdessä ryhmässä oli 10 tutkittavaa ja kaksi ohjaajaa. Yhden tapaamisen kesto on 2 tuntia (+ 15 minuutin kahvihetki ennen ryhmän alkua). Tapaamiset olivat pääsääntöisesti yhden viikon välein. Ensimmäiset kolme kivunhallintaryhmää käynnistyivät maaliskuun 2016 alussa. Odotuslistalla olleet kolme kivunhallintaryhmää käynnistyivät elokuussa 2016.

Intervention toteutus

Työterveys Helsingin kolme työterveyshoitajaa, yksi lääkäri, ja yksi psykologi toimivat ryhmien ohjaajina. Hoitajat ja psykologi olivat kokeneita ryhmänohjaajia mutta eivät aiemmin olleet ohjanneet kipuryhmää. Lääkäri (HM) oli perehtynyt kipuun mutta hänellä ei ollut aikaisempaa kokemusta kipuryhmien ohjaamisesta. Hänen kanssaan ryhmää ohjaamaan palkattiin ulkopuolinen kivunhoidon ammattilainen ja kokenut kipuryhmien ohjaaja (kipusairaanhoidaja).

Ohjaajille järjestettiin työnohjausta yhteensä 8 tuntia (4 x 2 h) ennen ryhmien alkua sekä ryhmien aikana. Työnohjaajana toimi ulkopuolinen kokenut kipupsykologi. Kaikki ohjaajat osallistuivat ryhmätoiminnan sisällön suunnittelemiseen. Pilotti-intervention yhtenä tavoitteena oli opetella kipuvertaisryhmien ohjaamista yhdessä niin, että se vakiinnutettaisiin nopeasti pilotti-intervention jälkeen työterveyshuollon normaaliksi toiminnaksi. Näin kävikin, sillä ryhmätoiminta jatkui työterveyshuollossa tutkimusintervention jälkeen. Ohjaajat saivat ryhmän ohjaamisesta erillisen korvauksen. Kipuaiheinen tietokirja Ota kipu haltuun (Otava 2016) jaettiin ryhmäläisille ja ohjaajille työkirjaksi (Miranda 2016c). Ryhmät toteutettiin arkipäivinä klo 15.45–18 välisenä aikana työterveyshuollon tiloissa. Ryhmäläisten työnantajan päätöksen mukaan ryhmät olivat ryhmään osallistuville tutkittaville työajan ulkopuolista toimintaa (eli omalla ajalla suoritettavaa).

Kyselytiedon tallennus ja analysointi

Tulemme julkaisemaan tieteellisen tutkimuksen tuloksia kansainvälisissä vertaisarvioituissa tiedejulkaisuissa (osana Marjatta Reilimon väitöskirjaa), joten esitämme tässä raportissa päätulokset lähinnä kuvallisesti ja taulukkona menemättä syvemmälle analyysien sisältöihin. Myöhemmin raportoitavissa tuloksissa interventiojakson jälkeistä aikaa verrattiin jaksoa ennen interventiota (vertailu). Lineaarisia sekamalleja (mixed effect models) käytettiin analysoitaessa toistuvia, toisistaan riippuvia mittauksia, ja interventio- ja vertailujaksojen väliset korrelaatiot vakioitiin klusterointivaikutuksen ja kalenteriajankohdan suhteen. Korrelaatioiden mallintamisessa huomioitiin satunnaiset vaikutukset (random effects) samassa klusterissa olevien yksilöiden välillä ja kiinteä vaikutus (a fixed effect) liittyen kalenteriajankohtaan.

Tulokset

Tutkittavista 83 % oli naisia (n=50). Osuus oli hieman suurempi kuin Helsingin kaupungilla on keskimäärin naisia töissä (77 %). Keski-ikä oli 51,1 vuotta, joka on 7 vuotta korkeampi kuin Helsingin kaupungin työntekijöillä keskimäärin (44,1 vuotta). Ryhmä oli varsin edustava otos kunnallisen työnantajalla esiintyviä ammatteja. Suurimpina toimialoina olivat odotetusti sosiaali- ja terveystoimi sekä sivistystoimi.

Ryhmään rekrytoitiin 60 osallistujaa ja heidän jaettiin kuuteen ryhmään. Näistä 60:sestä kaksi perui osallistumisensa ennen ensimmäistä ryhmätapaamista. Osallistumisprosentti ryhmään oli varsin korkea, sillä lähes 80 % oli interventiossa mukana loppuun asti. Ryhmän keskeyttäneet eivät eronneet mukana pysyneistä iän, sukupuolen, kivun voimakkuuden tai laaja-alaisuuden suhteen mutta heillä oli enemmän masennusta, stressin oireita, alempi koettu työkyky sekä kipulääkkeiden käyttöä. Opioidilääkkeiden käyttäjien osuus oli kolminkertainen verrattuna ryhmän loppuun asti käyneisiin.

Tupakoitsijoiden osuus oli hieman korkeampi kuin väestössä keskimäärin (26 %). Ilahduttavaa oli tosin havaita, että kipuryhmän jälkeen tuo osuus laski 21 %:iin. Ennen ryhmän alkua liikuntaa vapaa-ajalla vähintään puoli tuntia kerrallaan tutkittavat harrastivat keskimäärin 2,6 kertaa. Liikuntalajeiksi ryhmäläiset ilmoittivat yleisimmin kävelyn, kuntosalilla käynnin, vesijuoksun ja uinnin. Intervention jälkeen oli havaittavissa ilmoitettujen liikuntalajien monipuolistumista: kolmasosalla ryhmäläisistä lajeja oli tullut määrällisesti lisää. Viikoittaisen liikunnan määrä nousi ryhmän jälkeen noin kolmanneksen (3,4:een kertaan viikossa). Painoindeksi (body mass index, BMI) oli 28,6 eli hieman korkeampi kuin työikäisillä ihmisillä Suomessa. Siinä ei tapahtunut intervention aikana merkittäviä muutoksia. Hieman yli puolet tutkittavista ilmoitti sairastavansa jotain pitkäaikaista sairautta, yleisimpinä kilpirauhasen vajaatoiminta, astma, diabetes tai verenpainetauti.

Ryhmäinterventiolla oli vaikutusta tulehduskipulääkkeiden käyttöön. Ennen intervention alkua joka kuudes ilmoitti, ettei käytä lainkaan tulehduskipulääkkeitä. Heidän osuutensa kasvoi intervention aikana 65 prosenttia. Päivittäin tulehduskipulääkkeitä käyttäneiden osuus puolestaan pieneni melkein puoleen. Suurin osa ryhmäläisistä ilmoittivat ennen ryhmätapaamisten alkua, etteivät käyttäneet opioidilääkkeitä koskaan tai ainakaan viikoittain. Päivittäin käyttäjien osuus pieneni intervention jälkeen neljänneksellä. Joka toisella oli käytössä yksi tai useampi kroonisen kivunhoitoon tarkoitettu lääkitys. Niiden käytössä ei tapahtunut merkittäviä muutoksia.

Päätulosmuuttujista tulemme lähitulevaisuudessa julkaisemaan erilliset tieteelliset julkaisut, siksi niihin liittyviä tilastollisia analyysejä tai niiden tuloksia ei käsitellä tarkemmin tässä raportissa. Seuraavassa kaaviossa on kuvattuna jakaumat kipualueiden määrän mukaan eli kuinka suurella osalla tutkittavista on kipua yhdellä, kahdella, kolmella jne. alueella yhtä aikaa. Kymmenen on maksimimäärä kipualueita. Yleisimmät kipualueet olivat selkä, alaraajat, niska, yläraajat ja pää. Kaaviosta havaitaan, kuinka tutkimuksen lähtötilanteessa, jolloin tutkittavat on juuri rekrytoitu mukaan ryhmään, paikallista yhdellä tai kahdella alueella esiintyvää kipua oli 10 %:lla tutkittavista (kuvio 1 a). Lopuilla tutkittavilla kipua oli vähintään kolmella alueella yhtä aikaa ja joka kolmannella kipua oli kaikkialla (8-10 aluetta yhtä aikaa). Juuri ennen ryhmien käynnistymistä oli jo havaittavissa kipualueiden vähenemistä, ja erityisesti ryhmien loppumisen jälkeen enää 4 % poti laaja-alaista kipua (8-10 aluetta) (kuviot 1 b ja c). Paikallista yhden alueen kipua potevien osuus oli kaksinkertaistunut ja kahden alueen kipua potevien osuus oli viisinkertaistunut.

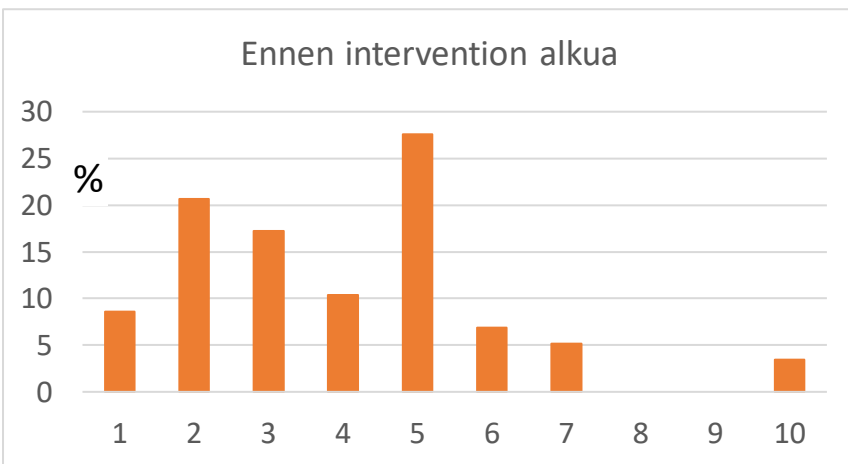
Kuviot 1 a, b, c. Tutkittavien jakautuminen kipualueiden määrän mukaan (1–10). (Kipualueet: Kasvot, pää, niska tai kaula, oikea yläraaja, vasen yläraaja, rintakehä, vatsan alue, selkä tai lantio, oikea alaraaja, vasen alaraaja)

a.

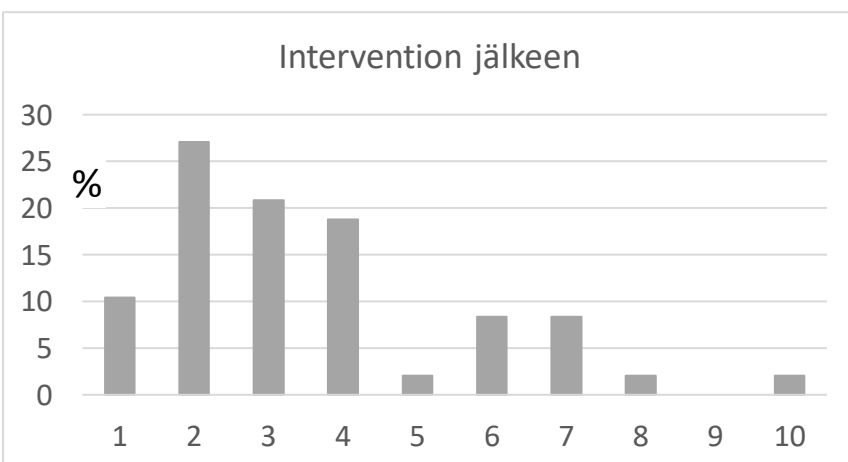


Kipualueiden määrä 1–10

b.

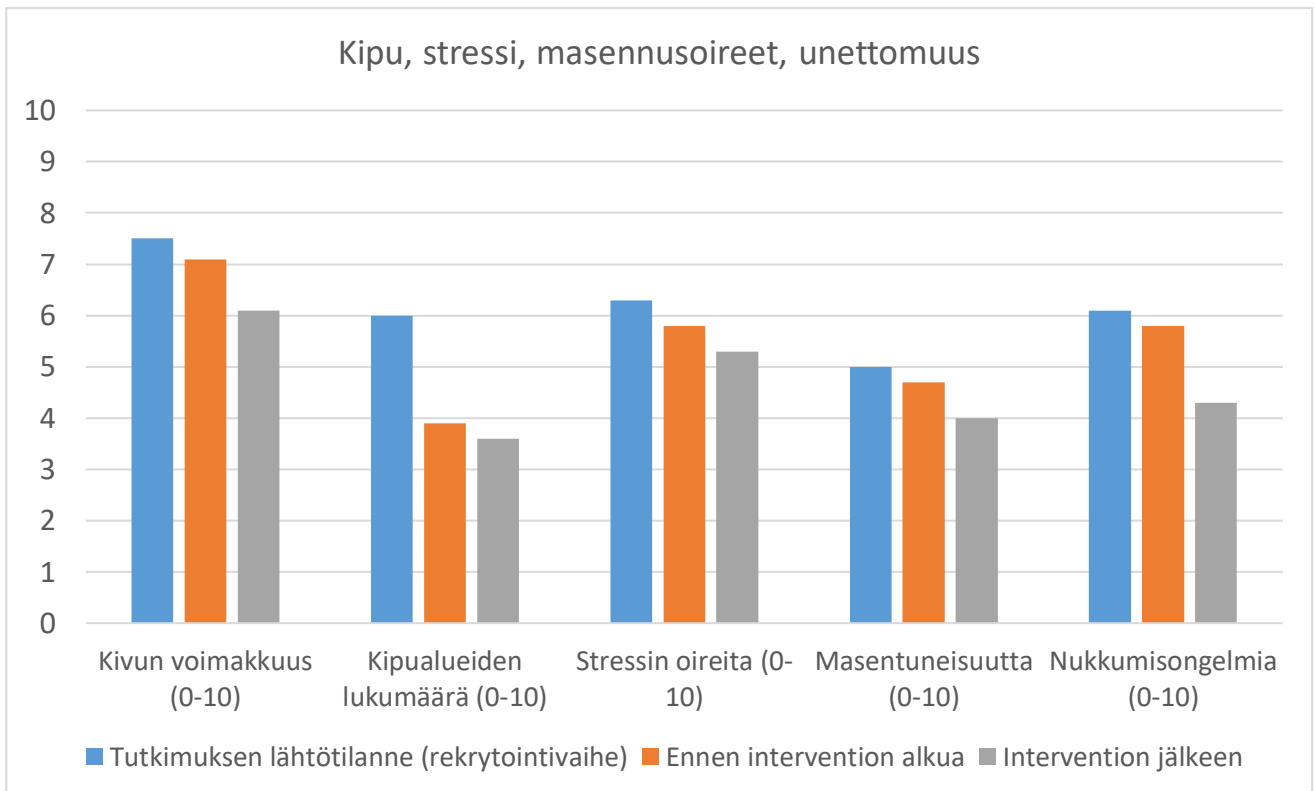


c.

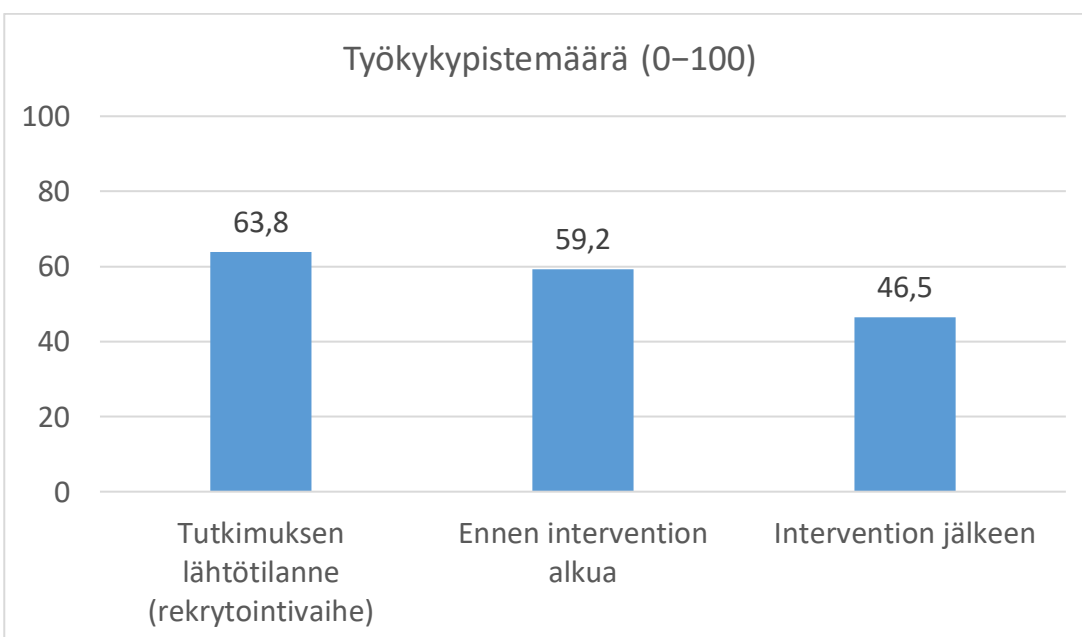


Keskimäärin kipualueiden määrä putosi ryhmien jälkeen lähes puoleen, kuten kuvio 2 havainnollistaa. Kivun voimakkuus (ns. kipuVAS) oli lähtötilanteessa ryhmäläisillä hyvin korkea, 7,5. Voimakkuus väheni jonkin verran, 20 %, eli 1,4 yksikköä 11-yksikköisellä asteikolla. Myös stressi, masennuksen oireet ja unettomuus vähenivät intervention aikana.

Kuvio 2. Kivun, stressin, masennusoireiden ja unettomuuden muutokset intervention aikana.



Kuvio 3. Muokatun Örebro -kyselyn pistemäärien muutos intervention aikana.

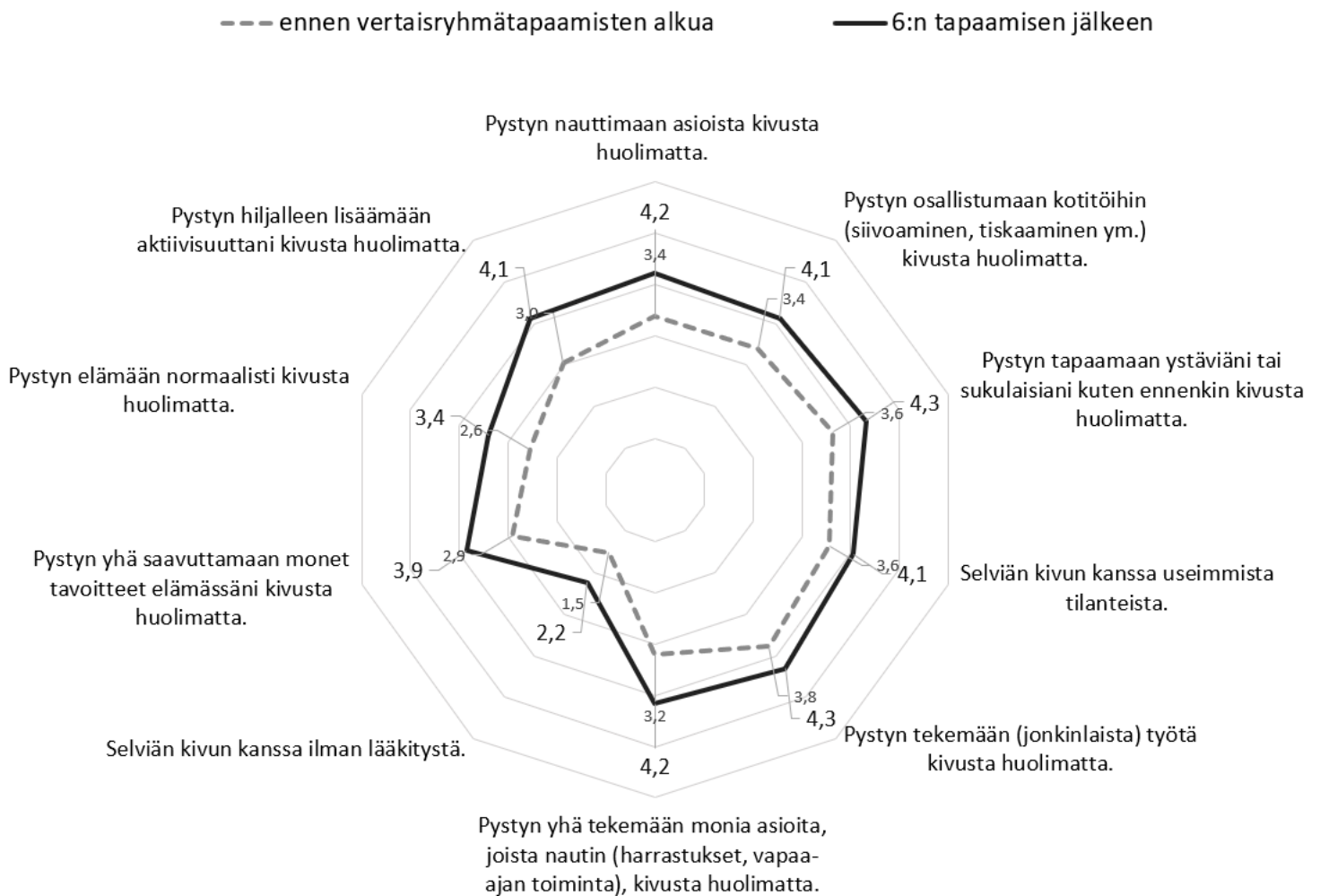


Taulukko 1. Tulosuuttujien muutoksia intervention aikana.

	Ennen intervention alkua	Intervention jälkeen
Koettu työkyky, ns. työkykyVAS (0–10)	4,9	5,7
Sairauspoissaolopäivien määrä edellisen kuukauden aikana minkä tahansa syyn takia (päiviä, 0–30)	10,4	8,3
Sairauspoissaolopäivien määrä edellisen kuukauden aikana kivun takia (päiviä, 0–30)	9,4	6,8
Niiden osuus, jotka/joilla		
- oli pelko-välttämisaatuksia (%)	79,3	56,7
- kokivat minäpystyvyyttä (%)	68,8	90,7
- kokivat kroonisen kivun hyväksymistä (%)	46,3	78,9
Edellisen viikon aikana kuinka monena		
- päivänä on nauttinut elämästä? (0-7)	3,7	4,5
- yönä on nukkunut hyvin?	2,6	3,3
- aamuna on ollut virkeä ja energinen? (0-7)	2,3	3,0
Tulehduskipulääkkeiden käyttö		
Ei lainkaan (%)	15,8	26,1
Muutaman kerran viikon aikana	35,1	45,7
Joka päivä	49,1	28,3
Opioidien käyttö		
Ei lainkaan	63,6	67,4
Muutaman kerran viikon aikana	21,8	21,7
Joka päivä	14,6	10,9
Krooniseen kivun hoitoon tarkoitettu lääkitys		
Ei lainkaan	45,5	51,1
Muutaman kerran viikon aikana	5,4	6,4
Joka päivä	49,1	42,6

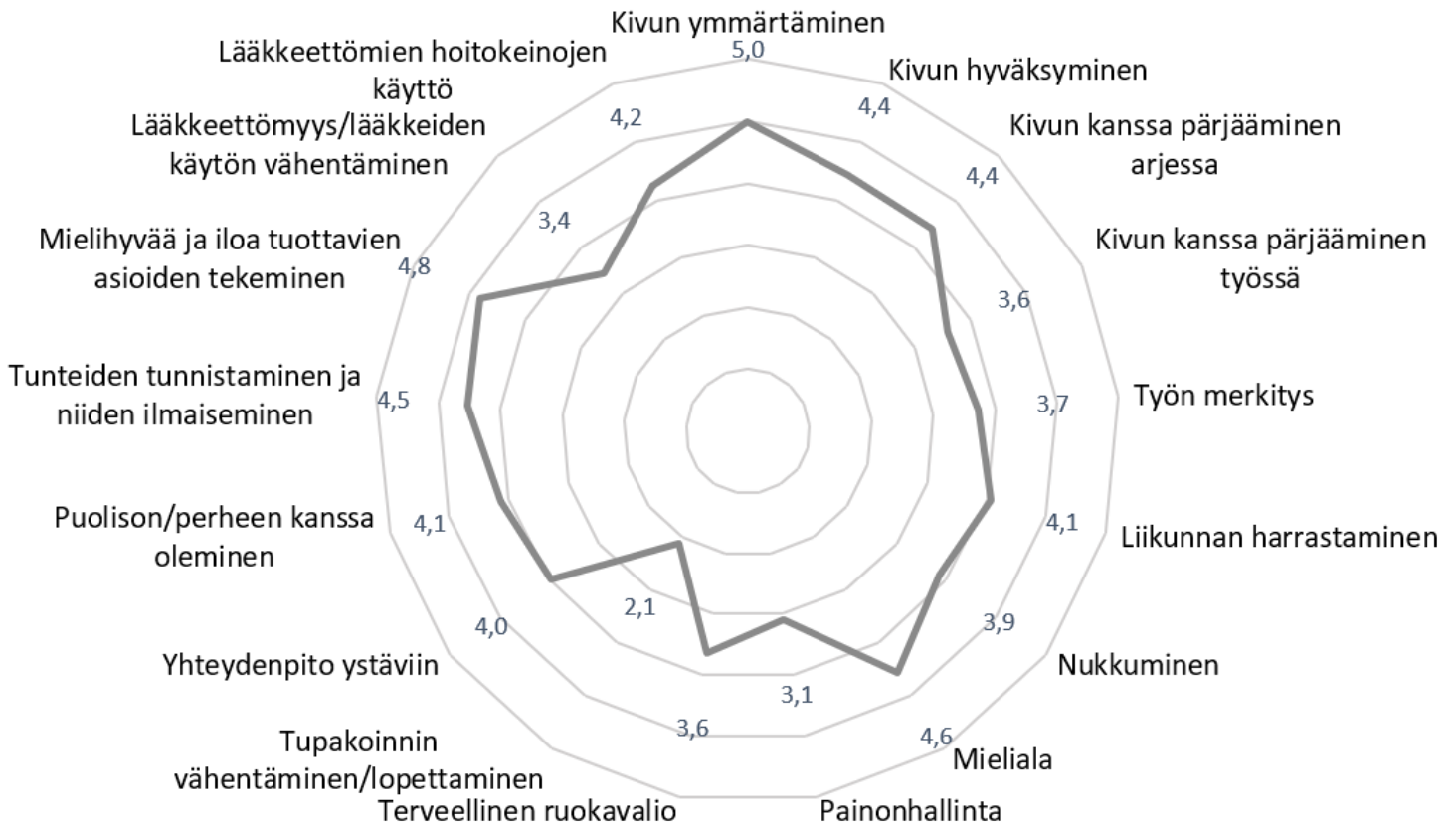
Kipuun liittyvä pystyvyydentunne -summamuuttuja koostui 10 yksittäisestä kysymyksestä, jotka ovat kuviossa 4. Keskimäärin pystyvyydentunne parani selvästi, 27 prosenttia. Luku perustuu yksittäisten kysymysten muutosten keskiarvoon. Pienin suhteellinen yksittäinen muutos oli kysymyksessä ”Pystyn tekemään (jonkinlaista) työtä kivusta huolimatta” (13 %). Ylivoimaisesti suurin muutos oli pärjäämisessä ilman lääkkeitä: siihen liittyvä pystyvyydentunne lisääntyi 47 prosenttia.

Kuvio 4. Pystyvyydentunne: Kuinka varma olet siitä, että tällä hetkellä pystyt tekemään seuraavia asioita kivusta huolimatta? 0 = hyvin epävarma - 6 = hyvin varma (uloin rengas).

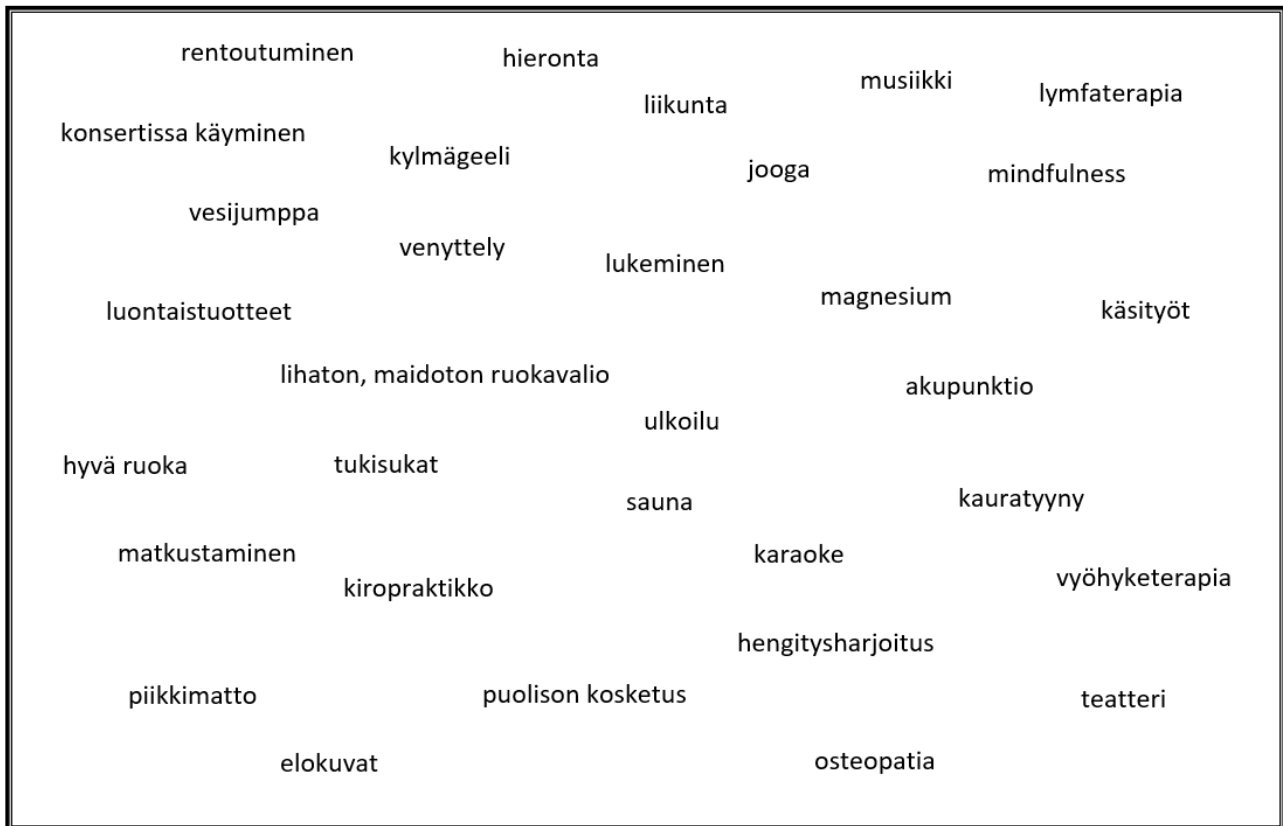


Tutkittavat kokivat saaneensa vertaisryhmästä paljon apua kivun ymmärtämiseen, mielihyvää ja iloa tuottavien asioiden tekemiseen, tunteiden tunnistamiseen ja niiden ilmaisemiseen, mielialaan, kivun hyväksymiseen ja kivun kanssa pärjäämiseen arjessa, lääkkeettömien hoitokeinojen käyttöön, puolison ja perheen kanssa olemiseen sekä liikunnan harrastamiseen (kuvio 5). Alimmat pisteet oli annettu ryhmästä saatuun apuun suhteessa lääkkeettömyyteen tai lääkkeiden käytön vähentämiseen (3,4/6). Silti joka toinen vastanneista oli saanut ryhmästä tähänkin apua vähintään kohtalaisesti (pisteitä 4 tai enemmän).

Kuvio 5. Onko vertaistukiryhmästä ollut hyötyä seuraavissa asioissa? 0 = ei lainkaan apua – 6 = hyvin paljon apua (uloin rengas)



Kuvio 6. Ryhmäläisten omia kivunhallintakeinoja intervention lopussa



Osallistujien palautteet ryhmistä

- Vertaistuki ollut hyvin tärkeää.
- Kiitos hyvästä ohjauksesta ja myötäelämisestä! Loistavat vetäjät ryhmällämme, kiitos heille! Kiitos tärkeästä kurssista, oli tarpeen:) Kirja loistava :)!!
- Tärkeä ja hieno kokemus! Saisi kestää pidempään eli useampia kertoja.
- Hieno ryhmä. Antoi paljon eväitä kivun hallintaan. Erityisesti kokemusten ja tunteiden sekä vinkkien jakaminen oli tärkeää. On antanut hyvää mieltä ja levollisuutta kivun suhteen. Hienot ryhmäläiset ja hienot ohjaajat:) Kiitos!
- Kiitos, ryhmässä löytyy apua.
- Kiitos huippuvetäjäparille! Yhdistettyinä kokoontumiset&kirja toivat lisää tietoa; enemmän keinoja omaan arkeen. Helpottavaa ja positiivista pystyä vähitellen parantamaan elämänlaatua muilla keinoin kuin lääkkeillä.
- Hyvä kokemus, sai eväitä jatkaa hallitsemaan kipua. Kiitokset kummallekin vetäjälle.
- Kiitos hyvästä ohjauksesta ja myötäelämisestä!
- Kiitoksia paljon. Toivon että seuraavalla kerta pystyn istumaan koko kurssin. Mutta kiitos että pakotitte miettimään enemmän kipua ja miten hallita sitä. Kiitos.
- Loistavat vetäjät ryhmällämme, kiitos heille!
- Luulen että on jotain jäänyt hyvää. Mielestäni olen särkylääkettä käyttänyt vähemmän. Mutta nukun edelleen tosi huonosti. Kiitos vetäjille ja lääkärille.
- Olisi kiva tietää tutkimustulos tästä.

- Olen vuosia yrittänyt tulla toimeen kipujen kanssa ja pyrin hoitamaan itseäni lääkkeettömillä keinoilla (lukuunottamatta ajoittaista tulehduskipulääkettä ja kortisonipistoksia n. 3-4krt/v.) Suurimmaksi avuksi koin kipukirjan, jossa annettiin teoreettista pohjaa omille valinnoilleni. Läheisen menehtyminen esti minua osallistumasta kaikkiin tapaamisiin, siksi en kokenut saavani ryhmästä sellaista kiputukea mitä ehkä muut saivat.
 - Työterveyteen omalääkäri "systeemi" jolloin ei aina tarvitse aloittaa alusta. Tuntuu että osa lääkäreistä ei osa ota kipuja todesta.
 - Kiitos tärkeästä kurssista, oli tarpeen :)
 - Kirja loistava :)!!
 - Luen kirjan loppuun järjestyksessä ja palautan mieliin.
 - Kiitos, ajatukset avartuivat. Kipu on helpompi hyväksyä ja tietyllä tavalla "tehtävä työtä" kivun poistamiseksi.
 - Hyvä kurssi vaikka alkuun muuta ajattelin!!
 - Oli hyvä saada vertaistukea. Aloitus voisi olla myöhempi aika. Eikä näin pitkää päivää. Muuten hyvä juttu.
 - Erittäin antoisa ryhmä. Ohjaajat olivat tosi empaattisia ja antoivat voimaa, kannustivat, vaikka ryhmässä välillä puhuttiin tosi masentavia asioita. Voisi järjestää kipu-remontteja, esim. viikonloppu, jossa olisi intensiivistä työskentelyä ja harjoitteita ja kivunhoitomenetelmien kokeilua! Työterveyshuolto voisi lähettää kipupotilaita akupunktioon, hierontaan.
 - Kirjasta tuli sellainen olo, että se voisi olla minun kirjoittamani (jos osaisin kirjoittaa noin hyvin). Hyvä kuvaus kivusta ja siihen vaikuttavista tekijöistä sekä siitä miten kipua voi lievittää.
 - Toivon että tällaisia ryhmiä olisi enemmän.
 - Työyhteisössäni on oltu kiinnostuneita ryhmästä. Toivottavasti ryhmiä tulee jatkossakin ja osana työterveyshuoltoa. Kiitos!
 - Jos tulee pysyvä käytäntö tästä kivunhallintaryhmästä, toivottavasti pääsen mukaan. Lämmin kiitos kanssakulkemisesta <3
-

Pohdinta

Tämän suuren kunnallisen työnantajan työterveyshuollossa toteutetun kipuvertaisryhmätutkimuksen viitekehys on biopsykososiaalinen käsitys kivusta. Yhdeksi tärkeimmäksi vaikuttamiskeinoksi valitsimme uusimman ja luotettavan kipututkimustiedon jakamisen selkeässä ja helposti omaksuttavassa muodossa (pain education). Lisäksi hyödynsimme kognitiivisen käyttäytymisterapian (cognitive behavioural therapy) ja hyväksymis- ja omistautumisterapian (acceptance and commitment therapy) periaatteita sekä rentoutus- että tietoisien läsnäolon tekniikoita (relaxation, mindfulness). Toiminnan tavoitteena oli myös voimaannuttavan myönteisen ajattelun, pystyvyyden tunteen ja kroonisen kivun hyväksymisen lisääminen. Vuonna 2015 ilmestyneen systemaattiseen kirjallisuuskatsauksen mukaan selkä- ja niskakipua potevilla kivun vaikutukset toimintakykyyn välittyvät nimenomaan kipuun liittyvän pelko-välttämiskäyttäytymisen, stressin ja pystyvyyden tunteen kautta (Lee ym. 2015). Oletamme, että näihin vaikuttaminen välittyy myös kipuoireisen työkykyyn.

Kivun voimakkuus (ns. "kipuVAS" asteikolla 0–10) oli lähtötilanteessa ryhmäläisillä 7,5. Se on hyvin korkea ottaen huomioon, että ryhmäläiset edustavat työssäkäyvää väestöä, joista suurin osa oli kyselypäivänä ollut normaalisti töissä. Tällainen kivun voimakkuus luokitellaan kroonista kipua potevillakin vaikeaksi kivuksi. KipuVAS on paljon käytetty mittari, mutta se on liian yksipuolinen kroonisessa kivussa eikä se ole suoraan verrattavissa akuutin kivun VAS-mittariin. Kroonisessa kivussa VAS on todennäköisesti eräänlainen kumulatiivinen indikaattori kivun laaja-alaisuudesta, kipuun vaikuttavista ja sitä pahentavista tekijöistä kuten mielialasta, uniongelmista, peloista liittyen kipuun, koetun työkyvyn alenemasta sekä koetusta kärsimyksestä. Lähes kaikki, jotka olivat arvioineet kipunsa vaikeaksi, uskoivat hyvin vahvasti nykyisen vaikean kipunsa jäävän pysyväksi. Se kuvaa tietynlaista toivottomuutta, tai vähintään voimakasta pessimismia kiputilanteen helpottumisen suhteen. Aiemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että mitä voimakkaampi on krooninen tuki- ja liikuntaelinten kipu, sitä merkittävämmässä roolissa ovat myös samanaikainen masennus ja ahdistuneisuus (Sullivan ym. 2016). Pitkittänyt kipu lisää masennusta ja ahdistusta, mutta masennus ja ahdistuneisuus myös hyvin usein edeltävät kivun ilmaantumista. Molemmat heikentävät keskushermoston kivunsäätelyjärjestelmän toimintaa ja sen seurauksena ihminen alkaa oireilla kivulla. Se ei kuitenkaan tarkoita, että keho olisi välttämättä mennyt rikki. Moni krooninen kipupotilas myös tottuu kipunsa, ja vaikka VAS-asteikolla mitattuna kivun voimakkuus olisi luokkaa vaikea, kipua poteva voi silti olla (ainakin osittain) työkykyinen. Ryhmiemme ensisijaisena tavoitteena ei ollut kroonisen kivun vähentäminen tai poistaminen, mutta oli ilahduttavaa havaita, että myös kipu lievittyi intervention aikana. Myös aiemmissa työpaikkainterventioissa on saatu työntekijöiden työkykyä parannettua, vaikka kivun voimakkuuteen ei olekaan saatu vaikutusta (Marin ym. 2017).

Ennen ryhmien alkua lähes kaikilla tutkimukseen osallistuvilla oli kipua usealla kehon alueella yhtäaikaan. Ryhmien aikana tapahtui merkittävää kipualueiden vähenemistä. On mahdollista, että kipuvertaisryhmä, jonka tavoitteena oli nimenomaan vähentää kipuun liittyviä pelkoja ja stressiä ja lisätä pystyvyydentunnetta, on vaikuttanut kroonisen kivun ns. sentraaliseen komponenttiin eli kivunsäätelyjärjestelmän häiriöön ja keskushermoston ylivirittymiseen ja siihen liittyvään kipuoireiluun. Sentralisoituneelle kivulle on tyypillistä juuri kivun laaja-alaisuus. Yksi esimerkki sentralisoituneesta kivusta on fibromyalgia, joka on nykykäsityksen mukaan neurologinen toimintahäiriö mm. kivunsäätelyjärjestelmässä. Fibromyalgia oli diagnosoitu vain muutamalla ryhmäläisellä. Fibromyalgia on alidiagnosoitu oireyhtymä Suomessa ja maailmassa (Vincent ym. 2013).

Työkykyä mittaavien muuttujia oli pyritty valitsemaan monipuolisesti. Kyselyllä selvitettiin ns. työkykyVAS (koettu tämänhetkinen työkyky asteikolla 0–10) sekä sairauspoissaolopäivät edellisen kuukauden aikana. Lisäksi oma ennuste työhönpaluusta tai työssäjatkamisesta oli mukana yhtenä mittarina. Örebro-kyselyn muokatun version kokonaispistemäärä toimi sekä seulonakriteerinä että intervention vaikuttavuuden mittarina. Tutkimuksen rekrytoinnissa käytettiin 50 pisteen rajaa eli tutkimukseen ja kipuryhmiin otettiin mukaan vain ne, joiden yhteenlaskettu pistemäärä ylitti 50 pistettä. Pistemäärän mediaani oli tässä vaiheessa 67 eli puolella ryhmäläisistä oli työkykypisteet yli 67, loppuilla 51–67. Ryhmien jälkeen mediaani oli pudonnut 49,5:een. Sairauspoissaoloissa tapahtui myös mielekkäitä muutoksia. Kivun vuoksi työstä poissaolopäivät vähenivät 28 prosenttia, mikä käytännössä tarkoittaa kuukaudessa 2,6 säästettyä työpäivää per ryhmäläinen. Kymmenen ryhmäläisen kohdalla säästö oli siis noin 10 000 euroa, jos sairauspoissaolopäivän hintana käytetään 350 euroa. Ryhmien käynnistämisestä, järjestämisestä ja ohjaamisesta aiheutuva kustannus on todennäköisesti pienempi kuin ryhmien tuottama säästö.

Valitsimme satunnaistetun, kontrolloidun pilottitutkimuksen, jossa oli ns. stepped wedge -asetelma. Siinä tutkittavat satunnaistettiin heti alkavaan ryhmään tai ns. odotuslistalle odottamaan 3–4 kuukauden kuluttua alkavaa ryhmää. Kaikille tutkimukseen osallistuville tarjottiin siis mahdollisuus osallistua kipuvertaisryhmään. Perinteistä RCT-tutkimukseen liittyvää vertailuasetelmaa (puolet tutkittavista ei saisi osallistua ryhmään lainkaan vaan he toimisivat vain verrokkeina) ei haluttu, koska koimme, että verrokkiryhmään satunnaistaminen ("joutuminen") voisi tuottaa kroonista kipua poteville jopa enemmän haittaa ja olisi epäeettistä estää tutkittavien osallistuminen kipuoireisten vertaisryhmätoimintaan (Brown ym. 2006).

Jokaiseen ryhmään otettiin 10 tutkittavaa. Kirjallisuudessa suositeltu terapiaryhmän koko on 8–12 osallistujaa. Pienempi ryhmä ei välttämättä tavoita optimaalisesti vertaistuen tarjoamia hyötyjä. Suuremmassa ryhmässä jäisi vähemmän tilaa yksittäisille ryhmäläisille ja heidän ajatuksilleen (British Pain Society 2013). Tässä pilottitutkimuksessa arvioitiin kuuden 10-hengen ryhmän tarjoavan riittävästi aineistoa myös tilastollisiin analyysihin. Siitä huolimatta, että tutkimuksen suostumus- ja tiedonantovaiheessa painotettiin ryhmäläisille ryhmään sitoutumista, muutama perui osallistumisensa juuri ennen ryhmän alkua. Ryhmätoiminnan aikana tuli myös joitain keskeyttämisistä. Erityistä syytä keskeyttämiselle ei saatu kaikilta. Yhden ryhmäläisen kiputilanne oli sen verran hankala ja lääketieteelliset tutkimukset vielä niin kesken, että ohjaajat suosittelivat hänelle yksilöllisempää hoitopolkua. Suurimmalla osalla keskeyttäneistä oli tutkimuksen rekryointivaiheessa masennusoireiden voimakkuus 5 tai enemmän (asteikolla 0–10, jossa 10 tarkoittaa erittäin paljon masentuneisuuden tunnetta). Ryhmän keskiarvo oli 4,3. Myös stressin oireet ja kipulääkkeiden, erityisesti päivittäinen opioidilääkkeiden käyttö olivat keskeyttäneillä yleisempää. Säännöllisiin opioidilääkityksiin on uusissa tutkimuksissa liitetty lisääntyntä kipuherkistymistä, uniongelmia, masennusta ja työkyvyttömyysriskin lisääntymistä (Miranda 2016).

Viikoittain toteutettavat tapaamiset toivat toimintaan riittävää intensiteettiä, ja ryhmissä työstetyt asiat pysyivät aktiivisesti ryhmäläisten mielessä. Pohtiessamme ryhmätoiminnan ja seurannan kestoa tutustuimme systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen, jossa analysoitiin kognitiivisten käyttäytymismenetelmien vaikuttavuutta fibromyalgiassa. Katsaukseen valikoitui 14 tutkimusta, joissa hoitoaika oli 5–15 viikkoa (mediaani 9) ja seuranta vaihteli 2–48 kuukautta (mediaani 6 kuukautta). Katsauksen mukaan kognitiivinen käyttäytymisterapia parantaa merkittävästi kipuun liittyvää pystyvyydentunnetta ja vähentää mm. lääkärissä käyntejä (Bernardy ym. 2010). Ottaen huomioon aiemmat tutkimukset, kipuoireisten asiakkaiden määrä työterveyshuollossa, työterveyshuollon resurssit sekä ryhmän ohjaajien aiemman kokemuksen ryhmien järjestämisestä (muista kuin kipuryhmistä), tulimme interventiota suunnitellessamme siihen tulokseen, että

seitsemän tapaamiskerran interventio olisi riittävä tähän pilottihankkeeseen. Ryhmäläisiltä saadun palautteen perusteella tapaamisia olisi tosin voinut olla lisää. Seurantatapaaminen oli 6 kuukautta viikoittaisten tapaamisten jälkeen, koska halusimme havainnoida myös ryhmätoiminnan pitkäaikaisvaikutuksia. Aikajakson valintaan vaikutti toki myös käytännön asiat kuten kesän ja loma-aikojen ajoittuminen. Moni ryhmäläinen (myös osa ohjaajista) koki puolen vuoden jakson tapaamisten välillä liian pitkäksi ja olisi toivonut seurantatapaamista jo 2–3 kuukauden kuluttua. Tutkimusintervention jälkeen kipuryhmätoiminta vakiintui osaksi työterveyshuoltomme normaalia toimintaa, ja niissä ryhmissä seurantatapaaminen järjestettiin viimeistään kolmen kuukauden päästä viimeisestä viikoittaisesta tapaamisesta. Tämä osoittautui hyväksi muutokseksi: osallistuminen seurantatapaamiseen oli parempaa ja ohjaajat havainnoivat, että ryhmästä saadut keinot olivat monella ryhmäläisellä aktiivisemmin käytössä. Näistä ryhmistä nousi myös ehdotus järjestää vielä yksi lisätapaaminen myöhemmin. Osa ryhmistä perusti WhatsApp-ryhmän ajatuksena jakaa kivunhallintavinkkejä ja sparrata toisia.

Luomamme kipuvertaisryhmätoimintamalli ei sisällä ohjattua liikuntaa vaan keskittyy jakamaan tietoa ja käytännön vinkkejä muista kivunhallinnan keinoista. Ryhmäläisten palaute tuki tätä valintaa: he kertoivat aiemmin saaneensa terveydenhuollon ammattilaisilta pääasiassa (ja monet ainoastaan) liikuntaan liittyvää ohjeistusta ja olivat siksi tyytyväisiä, että kipuvertaisryhmässä ei ohjattu liikunta nousut keskiöön.

Tutkimusprotokollan vuoksi ryhmien sisältö ja eteneminen sekä jaettava materiaali (kuvattu ohjaajan työkirjassa) oli yhdessä ohjaajien ja työnohjaajan kanssa sovittu etukäteen ja niitä pyrittiin noudattamaan niin tarkkaan kuin mahdollista. Tavoitteena oli pitää kaikkien ryhmien sisältö vakiona, jotta sen vaihtelu ei muokkaisi merkittävästi tutkimuksen tuloksia. Todellisuudessa ryhmistä nousevat toiveet ja tavoitteet on hyvä huomioida ja tarpeen mukaan ottaa mukaan ryhmän toimintaan vahvemmin kuin tässä tutkimusasetelmassa oli mahdollista. Tosin palautteen perusteella ryhmäläiset kokivat tullessaan tutkimusinterventiossakin kuulluksi ja heidän toiveensa riittävästi huomioiduksi. Osalla ryhmäläisistä ei ollut ennen ryhmän alkua erityisiä odotuksia. Jos niitä oli ollut, niin joidenkin palautteiden perusteella ryhmätoiminnan koettiin jopa ylittävän odotukset.

Ryhmän ohjaajista työterveyshoitajat ja työpsykologi olivat kokeneita työterveyshuollon ammattilaisia ja ryhmänohjaajakoulutuksen ja kokemuksen omaavia, mutta heillä ei ollut erityisen syvällistä osaamista kivusta tai aiempaa kokemusta kipupotilaiden kanssa työskentelystä esimerkiksi kipupoliklinikalla. Fysioterapeutin mukanaolo ohjaamassa ryhmää oli alkuun suunnitelmassa, mutta ryhmien käynnistymisen kanssa samanaikaisen, laajan suoravastaanotokoulutuksen takia fysioterapeutit olivat estyneitä osallistumaan kipuryhmätoimintaan. Myös toimintaterapeutti voisi hyvin toimia ryhmänohjaajana, mutta työterveyshuolloissa ei ole toimintaterapeutteja yleensä töissä.

Ohjaajat saivat ennen ryhmien alkua suullista ja kirjallista informaatiota kivusta (mm. Ota kipu haltuun -kirjan muodossa) ja he osallistuivat työnohjaukseen ryhmien aikana. Työnohjaus tarjosi mahdollisuuden pohtia ryhmäläisten tilannetta ja ryhmän tavoitteiden etenemistä. Haastavinta ryhmien ohjaamisessa oli ryhmäläisten huomion siirtäminen pois kivusta ja kärsimyksen luomasta negatiivisesta ajatuskehästä kohti myönteisempää, voimavarakeskeistä ajattelua ja ryhmäläisen omaa hallinnantunnetta. Tutkimustuloksemme osoittavat, että tällainen lyhytterapiatyypinen, ratkaisukeskeinen kipuryhmätoiminta biopsykososiaalisine viitekehysineen on suhteellisen helposti ja nopeasti omaksuttavissa ja menestyksekkäästi jalkautettavissa työterveyshuollon käytäntöön. Aiempi ryhmänohjaamiskokemus ei ole välttämätöntä, mutta toki toivottavaa.

Työnohjauksissa ryhmän ohjaajat kertoivat kokevansa kipuryhmä ohjaamisen innostavaksi ja palkitsevaksi, vaikka alkuun olikin esiintynyt myös huolta oman osaamisen riittämisestä. Erityisesti oivallus siitä, että lääkkeettömät kivunhallintakeinot kroonisessa kivussa ovat pitkälti samoja, joita käytetään masennuksen ja unihäiriöiden hoitamisessa, oli vauhdittanut huomattavasti päätöstä ryhtyä kipuryhmän ohjaajaksi. Kipuvertaisryhmän ohjaaminen pareittain on ohjaajien oman jaksamisen ja hallinnan tunteen kannalta suositeltavaa, kuten on myös riittävän työnohjauksen järjestäminen. Kiputyöntekijän suurentunut riski sairastua myötätuntouupumukseen on raportoitu useissa tutkimuksissa (Gleichgerrcht ym. 2014).

Vinkejä ryhmätoiminnan käynnistämistä suunnitteleville:

- Haastattelu ennen ryhmiä on ratkaisevan tärkeää sekä ryhmään hakeutuvan yksilön että ryhmän kannalta. Haastattelun ei tarvitse olla pitkä, 15–20 minuuttia riittää. Kannattaa selvittää haastateltavan sen hetkinen elämäntilanne eli onko elämässä tilaa, aikaa ja energiaa uuden oppimiselle ja uudelle ryhmälle ihmisiä. Lisäksi motivaatio ja valmius toimia ryhmässä ja tutustua lääkkeettömiin hoitokeinoihin on hyvä kysyä. Joskus on parempi suositella ensin yksilöllisempää hoitopolkua riittävän monipuolisine tukitoimineen ja siirtää ryhmään osallistuminen parempaan kipu- tai elämänvaiheeseen. Jos lääketieteelliset tutkimukset ovat kovin kesken ja diagnoosista epäselvyyttä tai leikkausharkinta käynnissä, voi olla vaikea ottaa kipua kokonaisvaltaisesti hallintaan.
- Kannattaa pyrkiä viikoittaisiin tapaamisiin. Kaksi tuntia on riittävä aika yhdelle tapaamiselle. Tauko kannattaa pitää ja ryhmätilassa pitää olla mahdollisuus nousta ylös tuolista ja liikkua. Kahvihetki (15 min.) ennen ryhmän alkua on mielekäs keino saada ryhmäläiset tulemaan ennen ryhmän alkua ajoissa paikalle ja istahtamaan rauhassa. Se on myös hyvä tilaisuus vaihtaa kuulumisia tai informoida asioista.
- Ryhmän säännöt (mm. poissaoloilmoitukset, toisten kuuntelu, luottamuksellisuus) kannattaa käydä läpi ensimmäisellä tapaamisella ja pitää ne kirjallisesti esillä esim. fläppitaululla seinällä. Niihin palaaminen ryhmätapaamisten aikana voi joskus olla tarpeellista ja hyödyllistä.
- Ohjaajien tärkeä tehtävä on pitää keskustelua voimavara- ja ratkaisukeskeisenä ja korostaa hienovaraisesti myönteisen ajattelun terveyttä edistävää vaikutusta vaarantamatta ryhmäläisten kokemusta kuulluksi ja hyväksytyksi tulemisesta. Kipukokemuksen validointia sanallisesti ja ei-verbaalisella viestinnällä kannattaa harjoitella etukäteen.
- Ota kipu haltuun -tietokirja (Kirjoittaja: Helena Miranda, Otava 2016) osoittautui pidetyksi ja helppokäyttöiseksi tietopaketti, joka jaettiin tutkimusinterventiossa ryhmäläisille omaksi, jotta varmistettiin, ettei tiedon saanti vaarannu materiaalin puutteeseen. Ryhmäläisiä pyydettiin lukemaan kirjasta ohjaajien etukäteen valitsemia lukuja, joiden teemoja käsiteltiin seuraavalla tapaamisella. Lisäksi tarjottiin kiputietoa mm. piirrettyjen videoiden ym. avulla (työkirjassa linkit videoihin).

Toteutimme Suomen suurimman kunnallisen työnantajan integroidussa työterveyshuollossa kroonista kipua poteville asiakkaille kipuvertaisryhmäinterventio, jonka tavoitteena oli lisätä kipuoireisen ymmärrystä kivusta ja tukea omia kivunhallintakeinoja ja työkykyä. Interventioon sisällytettiin satunnaistettu kontrolloitu tutkimuspilotti, jonka tulokset ovat erittäin lupaavia. Palaute ohjaajilta ja ryhmään osallistuneilta oli erittäin myönteinen. Ryhmätoimintamalli on osoittautunut helposti omaksuttavaksi ja mielekkääksi. Suhteellisen pienen otoskoon vuoksi tulosten yleistettävyyys ja toteutettavuus koskemaan kaikkia suomalaisia työssäkäyviä kipuoireisia riippumatta työterveyshuollon tarjoajasta vaativat kuitenkin lisäselvitystä esimerkiksi erillisellä tutkimusrahoituksella monikeskustutkimuksen keinoin (otos kunnallisia ja yksityisten lääkäri-asemien ylläpitämiä työterveyshuoltoja sokkoutettuna interventio- ja vertailupooliin).

Vertaistukiryhmä on potentiaalinen ja monipuolinen työkalu. Ryhmässä voidaan tarjota kipuvertaisten tuen lisäksi tietoa kivusta, lohtua, toivoa, tukea ja käytännön vinkkejä omahoitoon. Koska kipua ei osata tehokkaasti ehkäistä eikä pitkäaikaista kipua pystytä useinkaan kokonaan poistamaan, voidaan tällaisella moderniin tutkimustietoon pohjautuvalla ja suhteellisen yksinkertaisella mallilla kuitenkin lieventää kipuun liittyvää kärsimystä ja huolta. Sen avulla voidaan myös lisätä kipua potevan pystyvyyden tunnetta suhteessa kipuun, auttaa häntä hyväksymään kivun läsnäolo elämässä ja opetella hallitsemaan kipua, jotta kipu ei hallitsisi ihmistä. Ryhmä antaa välineitä elää kivusta huolimatta mielekästä ja hyvää elämää. Hyvä elämä tarkoittaa usein myös sitä, että voi käydä työssä. Työterveyshuolto tavoittaa suuren osan työssä käyvistä kipupotilaista ja tuntee työolot. Se voi hyödyntää monipuolista asiantuntemustaan järjestäessään kipuryhmiä ja näin lisätä kipupotilaiden työ- ja toimintakykyä ja työhön osallistumista.

Kirjallisuus

Arendt-Nielsen L ym. Assessment and manifestation of central sensitisation across different chronic pain conditions. *Eur J Pain* 2018;22:216-241.

Atroshi I ym. Sickness absence from work among persons with new physician-diagnosed carpal tunnel syndrome: a population-based matched-cohort study. *PLoS One* 2015;24:10:e0119795.

Bair MJ ym. Depression and Pain Comorbidity. A Literature Review. *Arch Intern Med* 2003;163:2433–2445.

Bernardy K ym. Efficacy of cognitive-behavioral therapies in fibromyalgia syndrome - a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Rheumatol* 2010;37:1991-2005.

Breivik H ym. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life and treatment. *Eur J Pain* 2006;10:287-333.

Breivik H ym. The individual and societal burden of chronic pain in Europe: the case for strategic prioritisation and action to improve knowledge and availability of appropriate care. *BMC Public Health* 2013;13:1229.

Brinjikji W ym. Systematic literature review of imaging features of spinal degeneration in asymptomatic populations. *AJNR Am J Neuroradiol* 2015;36:811-6.

The British Pain Society. Guidelines for Pain Management Programmes for adults. An evidence-based review prepared on behalf of the British Pain Society. https://www.britishpainsociety.org/static/uploads/resources/files/pmp2013_main_FINAL_v6.pdf (viimeksi katsottu 10.3.2018)

Brown C ym. The stepped wedge trial design: a systematic review. *BMC Medical Research Methodology* 2006;6:54.

Elomaa MM ym. Attention management as a treatment for chronic pain. *Eur J Pain* 2009;13:1062-1067.

Eriksen ym. Critical issues on opioids in chronic non-cancer pain: an epidemiological study. *PAIN* 2006;125:172–179.

Fishbain DA ym. Chronic pain-associated depression: antecedent or consequence of chronic pain? A review. *Clin J Pain* 1997;13:116-37.

Garland ym. Mindfulness-oriented recovery enhancement for chronic pain and prescription opioid misuse: Results from an early-stage randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2014;82:448-459.

Gleichgerrcht E ym. The relationship between different facets of empathy, pain perception and compassion fatigue among physicians. *Front Behav Neurosci* 2014;8:243.

Goyal M ym. Meditation programs for psychological stress and well-being: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med* 2014;174:357-68.

Gould R ym. Työkyvyttömyyseläkettä edeltävät vaiheet: asiakirja-aineistoon perustuva tutkimus. Eläketurvakeskuksen raportteja 06/2014.

Guermaz A ym. Prevalence of abnormalities in knees detected by MRI in adults without knee osteoarthritis: population based observational study (Framingham Osteoarthritis Study). *BMJ* 2012;345:e5339.

Huttunen T. *Surgical Treatment of Upper Limb Fractures - An Evidence-based Approach*. Acta Universitatis Tampensis 1928, Tampere University Press, Tampere 2014.

KELA: Suomen lääketilastot 2014. http://www.kela.fi/tilastojulkaisut_suomen-laaketilasto

Kipu. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2015 (viitattu 26.3.2018). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

Kiuru M. Kivunhallinnan vertaistukiryhmään osallistumisen vaikutus pitkäaikaisesta kivusta kärsivän elämänlaatuun. Lapin yliopisto, Seminaarityö 2005.

Kregel J ym. Structural and functional brain abnormalities in chronic low back pain: A systematic review. *Semin Arthritis Rheum* 2015;45:229-37.

Lallukka T ym. The joint contribution of pain and insomnia to sickness absence and disability retirement: A register-linkage study among Norwegian and Finnish employees. *Eur J Pain* 2013;12:1532-2149.

Lee ym. How does pain lead to disability? A systematic review and meta-analysis of mediation studies in people with back and neck pain. *Pain* 2015;156:988-97.

Linton SJ ym. The effects of cognitive-behavioral and physical therapy preventive interventions on pain-related sick leave: a randomized controlled trial. *Clin J Pain* 2005;21:109-19.

Linton SJ. Örebro-kipukysely 2008. http://www.ebm-guidelines.com/dtk/tyt/avaa?p_artikkeli=fac00025

Lluch E ym. Evidence for central sensitization in patients with osteoarthritis pain: a systematic literature review. *Eur J Pain* 2014;18:1367-75.

Marin TJ ym. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;6:CD002193.

Miranda H ym. (a) Laaja-alainen kipu, uniongelmät ja masentuneisuus – työkyvyn todelliset uhkatekijät. *Suomen Lääkärilehti* 1-2/2016.

Miranda H. (b) Kipuoireinen asiakas työterveyshuollossa – entä jos lääkkeet, leikkaukset ja sairausloma eivät autakaan? *Työterveyslääkäri* 2016;34(1):57-62

Miranda H. (c) Ota kipu haltuun. Tietokirja. Otava, Helsinki 2016.

Paloneva J ym. Increasing incidence of rotator cuff repairs--A nationwide registry study in Finland. *BMC Musculoskelet Disord* 2015;16:189.

Perrot S ym. More ubiquitous effects from non-pharmacologic than from pharmacologic treatments for fibromyalgia syndrome: a meta-analysis examining six core symptoms. *Eur J Pain* 2014;18:1067-80.

- Sanchis MN ym. The role of central sensitization in shoulder pain: A systematic literature review. *Semin Arthritis Rheum* 2015;44:710-6.
- Schwartzberg R ym. High Prevalence of Superior Labral Tears Diagnosed by MRI in Middle-Aged Patients With Asymptomatic Shoulders. *Orthop J Sports Med* 2016;4:2325967115623212.
- Sheinfeld Gorin S ym. Meta-analysis of psychosocial interventions to reduce pain in patients with cancer. *J Clin Oncol* 2012;30:539-47.
- Sullivan MD ym. Must we reduce pain intensity to treat chronic pain? *Pain* 2016;157:65-9.
- Sveinsdottir V ym. Assessing the role of cognitive behavioral therapy in the management of chronic nonspecific back pain. *Pain Res* 2012;5:371-380.
- Svensen SW ym. Time trends in surgery for non-traumatic shoulder disorders and postoperative risk of permanent work disability: a nationwide cohort study. *Scand J Rheumatol* 2012;41:59-65.
- Tang YY ym. The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature Reviews Neuroscience* 2015;16:213-225.
- Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos. Lonkan ja polven tekonivelet. THL:n tilastoja 2018 <https://thl.fi/fi/tilastot/tietoa-tilastoista/laatuselosteet/lonkka-ja-polviproteesit>
- Vainio A. Kivunhallinta. *Duodecim Terveyskirjasto*, 2004.
- Vincent A ym. Prevalence of fibromyalgia: a population-based study in Olmsted County, Minnesota, utilizing the Rochester Epidemiology Project. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2013;65:786-92.
- Vohlonen I ym. Ortopedisiin leikkauksiin liittyvät sairaalahoitajakset ja sairauspoissaolot työikäisillä vuosina 1998 ja 2013. *Lääkärilehti* 17/2017
- Wasan AD ym. Psychiatric comorbidity is associated prospectively with diminished opioid analgesia and increased opioid misuse in patients with chronic low back pain. *Anesthesiology* 2015;123:861-72.
- Webster BS ym. Iatrogenic consequences of early magnetic resonance imaging in acute, work-related, disabling low back pain. *Spine (Phila Pa 1976)* 2013;15:1939-46.
- Williams AC ym. Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012;11.
-

