

Kipupoliklinikat vakiinnuttavat asemansa

Kivunhoitoa 1970-luvulta nykypäivään

Kun aiemmin kotimaisissa lääketieteen julkaisuissa oli käsitelty kipua lähinnä neuralgioiden, selkäkivun ja synnytyssanalgesian kannalta, 1970-luvulla ennätys- ja yllätysosuusiksi hoitomenetelmien joukossa nousi uusi tulokas akupunktio. 1980-luvulla puolestaan nostettiin esille saattohoito ja syöpäkipujen hoito, joita molempia koskevassa keskustelussa anesthesiologit olivat vahvasti esillä. 1980-luvulla vakiintui myös monialaisten kipuklinikoiden toiminta. Tapahtuneesta edistyksestä huolimatta lääkäreiden kivunhoidon koulutus oli edelleen vähäistä, ja saattohoidon sekä syöpäkipujen hoidon toteutus käytännössä oli ongelmallista.

Vaikka kipua käsittelevien julkaisujen määrä lisääntyi 1970-luvulla suuresti, vaikutti kivunhoidon käytännön toteutus edelleen ongelmalliselta. T. Tammisto moittikin katsauksessaan ”Anesthesiologian nykynäkymiä” kivunhoitoamme seuraavasti: ”Esim. kroonisten kiputilojen keskitetty tieteidenvälinen hoito on maassamme täysin järjestämättä”. ”Onnettomat potilaat vaeltavat lääkäriltä toiselle saaden yhä uusia kipulääkkeitä, mutta tuskin hoitoa. Parhaassa tapauksessa vaihtoehtoja, mutta keskittämättömänä ja vailla kokonaissuunnittelua teho on huono ja ohimenevä”.¹ Myös lääkäreiden kivunhoidon koulutus vaikutti riittämättömältä. J. Vartiovaara totesi 1979 Lääkärilehden pääkirjoituksessa ”Kivun hoito” ettei kivun hoito ollut saanut opetuksessa ansaitsemaansa asemaa ja ehdotti, että ”olisi ehkä hyödyllistä järjestää lääketieteellisissä tiedekunnissa eri alojen yhteistä kipuopetusta, josta vastaisi esim. anesthesiologia”.²

Voimakkaasti vilkastuneen julkaisutoiminnan lisäksi kiinnostus kivunhoitoon näkyi 1980-luvulla vihdoin myös kenttätöissä. 1970-luvulla haparoiden alkanut monialaisten kiputyöryhmien antama hoito, kipuklinikkatoiminta, vakiintui ainakin yliopistollisissa ja useissa suuremmissa keskussairaaloissa. Katsauksessaan ”Anesthesiologin asema hoitavana lääkärinä” T. Tammisto 1980 arveli uuden vuosikymmenen alkajaisiksi optimistisesti: ”Asemasta kroonisia kiputiloja hoitavana lääkärinä on

hieman aikaista puhua. Koska toiminta kuitenkin on käynnistymässä tietoisena yhteistyönä, ratkenevat ryhmätyön ongelmat helpommin kuin anesthesiologian perinteisillä aloilla”.³ Vuotta myöhemmin I. Tigerstedt esitteli HYKS:n ”monialaisen kipupoliklinikan potilaat ja hoitotulokset” ja totesi mm. seuraavaa: puolet potilaista kärsivät syöpäkipuista, noin 40 %:lle muista kivuista kärsiville oli löydetty lievittävä tai poistava hoito, ja supportiivinen psykoterapia oli auttanut monia, joille kipua lievittävää hoitoa ei ollut löytynyt.⁴ Lääkärilehden pääkirjoituksessa ”Hoidammeko kipua riittävästi” J. Vartiovaara kielsi luovuttamasta taistelussa kipua vastaan ja uskoi lopuksi toiveikkaasti: ”Voimme huolehtia siitä, että jokainen lääkäri tekee kaikkensa kivun lievittämiseksi”.

Akupunktion nousu

Akupunktiokirjoittelun käynnisti vuonna 1972 Lääkärilehdessä ilmestynyt T. Kososen pääkirjoitus ”Akupunktio”, jossa kerrottiin Kiinasta maailmalle levinneestä perinnehoidosta ja kehoitettiin lääkärikuntaamme seuraamaan tilanteen kehitystä.⁵ Samana vuonna ilmestyneissä yksittäisissä kirjoituksissa käsiteltiin akupunktion asemaa nyky-Kiinassa, globaalia leviämistä, ja akupunktion käyttöä kroonisen kivun hoidossa.⁶⁻⁸ Myöhemminkin 1970-luvulla ilmestyneistä julkaisuista pääosin selostettiin omia ja kirjallisuuden ko-

kemuksia Kiinasta ja akupunktiota tutkivista länsimaista. Akupunktion asema hoitomenetelmänä herätti kuitenkin keskustelua. G. Elfvingin mielestä suurin innostus Kiinassa ”on sivuutettu”⁹ ja T. Kosonen kyseenalaisti ”onko sille [akupunktiolle] vakaata sijaa – keskustelu jatkuu”¹⁰.

Kiinassa akupunktioon perehtyneen P. J. Pöntisen mielestä ”on syytä pyrkiä selvittämään tarkemmin akupunktuurin mahdollisuudet kipupoliklinikan toiminnassa”¹¹, koska akupunktuuri oli ”huomattavasti edistänyt kipupoliklinikkatoimintaa eri puolilla maailmaa”¹². Kiinasta palattuaan Pöntinen kirjoitti, että ”enin osa nähdystä potilaista oli kroonisia kiputiloja, esim. trigeminusneuralgioita”¹³, ja että ”10–20 % leikkauksista tehtiin akupunktuurianalgesiaa”¹⁴. Pöntisen työryhmä koekielikin Kainuun keskussairaalassa akupunktiota mm. tonsillektomioiden puudutuksissa.¹⁵ Lopuksi Pöntinen ja T. Salmela tiedottivat Lääkärilehdessä, että akupunktuuritoiminnan järjestämisestä Suomessa oli Lääkintöhallituksen toimesta laadittu muistio, joka liittyi Lääkintöhallituksen 1.10.1975 antamaan yleiskirjeeseen.¹⁶ Artikkelissa ilmoitettiin myös, että ainakin Kuopiossa ja Tampereella akupunktuuria opetettiin lääkäreille.¹⁶

Edellä mainittujen yleisluontoisten kirjoituksen lisäksi noin 60 % akupunktiota käsittelevistä julkaisuista oli alkuperäistutkimuksia tai kohdistettuja pohdintoja akupunktion vaikutusmekanismista. Akupunktiota suositeltiin mm. kaularankasyndrooman^{17,18}, selkäkipujen¹⁹, migreenin²⁰ ja nivelreumapotilaiden kivun hoitoon²¹. Lääkärilehdessä 1975 ilmestyneessä kirjoituksessa ”Akupunktuurianalgesian neurofysiologiset selitykset” J. Hyvärinen pohti menetelmän neurofysiologia selitysmalleja ja esitti teorioita erilaisista inhibitiomekanismeista, jotka puolsivat menetelmän käyttöä kroonisen kivun hoidossa.²²

Edellisellä vuosikymmenellä leimahtanut innostus akupunktioon laimeni 1980-luvulla. Keskustelu jatkui ”poliittis-opetuksellisten kannanottojen” muodossa. Näistä merkittävin lienee Suomen Lääkäriliiton Akupunktuurityöryhmän antama lausunto²³ Lääkintöhallituksen yleiskirjeestä 1608/1.10.1975, joka rajasi akupunktuurin lääkärin käyttämäksi oireenmukaiseksi hoidoksi. Mietinnön päätteeksi akupunktion toivottiin säilyvän lääkärin muiden hoitojen tapaan korvattavana toimintana; jonka varsinainen opetus perustietoja lukuun ottamatta annettaisiin vain asiasta kiinnostuneille; jonka vaikutusmekanismia oli edelleen tutkittava; ja jota varten Lääkintöhallituksen oli asetettava 1–2 kertaa vuosittain kokoontuva neu-

vottelukunta.²³ Näistä suuntaviivoista huolimatta T. Kosonen kirjoituksessaan ”Akupunktuurin virallista arviointia” katsoi että asia oli edelleen selkiytymättä, mutta toivoi sen hoitamista ”niin asiallisissa merkeissä kuin mahdollista”.²⁴

Saattohoidon ensiaskeleet

Kun akupunktio oli ollut edellisen vuosikymmenen ehdoton suosikkiteema, 1980-luvulla johto-aseman oli vallannut saattohoito. Tai oikeammin kuolevien hoito tai terminaalinhoito, koska nykynimitys odotti vielä keksimistään. Terminaalihoidon kirjoittelun, kuten akupunktiokeskustelunkin, käynnisti T. Kosonen 1980 ilmestyneellä kirjoituksellaan ”Kuolevien hoito”, jossa hän kertoi Lääkintöhallituksen pyytäneen lausuntoja luonnoksesta terminaalihoidon koskevaksi yleiskirjeeksi, ja piti tätä merkinä asian vireilläolosta.²⁵ Vankan pohjan käynnistyvälle kirjoittelulle antoi ”Terminaalihoidon liittyviä oikeudellisia kysymyksiä” koskeva selvitys, jossa käsiteltiin mm. eutanasiaa ja oikeudellisesti hyväksyttyä, elämää pelastavasta hoidosta kieltäytymistä.²⁶ Valmisteilla olevat Lääkintöhallituksen uudet terminaalihoidon ohjeet ja niiden herättämät kysymykset toimivat myös keskustelun innoittajina. Lääkärilehdessä ilmestyneessä A. Linkolan pääkirjoituksessa ”Aina kuolemaan asti” ennakoitiin valmisteilla olevia ohjeita, esimerkiksi potilaan oikeutta valita kuolinympäristönsä.²⁷ Linkolan toisessa kirjoituksessa puolestaan ohjeistettiin sairaalan henkilökuntaa kuolevien hoidossa.²⁸

Lääkintöhallituksen ohjeet²⁹ annettiin sitten 14.4.1982 ja tapausta juhlistettiin lontoolaista St. Christopher’s Hospicea edustavan Stephen Kirkhamin vierailulla. Ohjeet eivät suinkaan lamanneet kirjoittelua, joskin ehkä muuttivat sitä ”kohdistetummaksi”. Niinpä Lääkärilehdessä käsiteltiin runsaasti kuolevien kivun hoitoa ja siihen liittyviä ongelmia.^{30–32} L. Autio puolestaan kritisoi kirjoituksessaan ”Alkaako terminaalinhoito tänään vai ensi viikolla” asiaan liittyvää terminologiaa, mutta piti Lääkintöhallituksen antamia ohjeita hyvinä.³³ Hän korosti, että terminaalihoidon asemesta kuhunkin tilanteeseen parhaiten sopiva järkevä hoito oli potilaan paras. Kärsimysten eliminointi oli avainasemassa myös hänen laatimassaan Lääkärilehden pääkirjoituksessa ”Terminaalinhoito on hyvää hoitoa”.³⁴

Suomessa vallitsevan tilanteen selvittämiseksi Lääkäriliiton eettisten periaatteiden valiokunta suoritti kyselytutkimuksen. R. Jokinen laati selvi-

tyksen perusteella 1987 Lääkärilehden pääkirjoituksen ”Lääkäreiden näkemyksiä terminaalihoidosta”, jonka mukaan lääkäreillämme näytti olevan selkeä käsitys terminaalihoidosta ja siinä yhteisymmärryksen puuttuessa syntyvistä käytännön ongelmista.³⁵ Ongelmallisena koettiin kuitenkin se, että ”Eutanasian hämää käsite hämmentää terminaalihoidoa”.³⁶ Ruotsin Lääkäriliiton eettisen neuvoston puheenjohtaja O. Westerborn korostikin haastattelussaan eutanasiaan pidettävän eron tärkeyttä terminaalihoidossa.³⁷

Syöpäkipujen hoito

Saattohoidon rinnalla myös syöpäkipujen hoitoon alettiin kiinnittää enemmän huomiota 1980-luvulla. Avauskannanotossaan ”Syöpäpotilaiden kipulääkitys” M. Haataja ja E. Nordman suosittavat kuntoutuville potilaille lievää, mutta kaikille riittävää, lääkitystä.³⁸ A. Vainion mielestä ”Syöpäpotilaiden kipuhoidon on tehostettava”, ja kipulääkkeet oli saatava nopeasti sairausvakuutuksen 100 % korvauksen piiriin.³⁹ Kirjoituksessaan ”Syöpäpotilaan kivun hoito” I. Tigerstedt puolestaan raportoi, kuinka HYKS:ssa ”monialaisen kiputyöryhmän ansiosta” oli saatu hyvät tulokset 90 %:lla potilaista.⁴⁰ Avutta jääneen 10 % vaivaamana hän palasi vuoden kuluttua tarkastelemaan ”Vaikeimpien syöpäkipujen hoitomahdollisuuksia”, jollaisina hän esitti mm. opioidien spinaaliannostelun, neurolyttiset blokadit ja neurokirurgiset toimenpiteet.⁴¹ I. Elomaa puolestaan painotti, että ”Sädehoito ja sytostaatit syöpäkipujen hoidossa” antavat avun liian hitaasti, joten oli käytettävä myös kipulääkkeitä ja tehtävä yhteistyötä.⁴² Kirjoituksessaan ”Syöpäkipujen hoito erikoistekniikoin” J. Korkeila raportoi spinaaliannostelun ja kestoinfuusioiden ohella kokemuksistaan kotihoidosta, jota hän oli käyttänyt vuodesta 1972 lähtien ja jonka edellytyksenä hän piti varmaa sairaalaan pääsyä mahdollisissa kriisitilanteissa.⁴³ Vuosikymmenen lopulla ”Syöpäkipujen hoitokäytäntö Suomessa” ei A. Vainion mielestä vielä ole ollut hyvä, vaan siinä on paljon parantamisen varaa.⁴⁴ Niin näyttää olevan vielä tänäänkin, ainakin lehtikirjoittelun perusteella.

Kehitys 1990- ja 2000-luvuilla

Kirjoitussarjassa ”Kiputyöstä kipuklinikkaan” hahmoteltu tutkimus- ja julkaisutoiminnan vilkastuminen kivunhoidon alalla alkoi enenevästi kantaa hedelmää myös käytännön hoitotyössä 1990-luvulta alkaen. Kipuklinikkatoiminta vah-

vistui niin, että 1990-luvun lopussa sitä oli jo kaikissa yhdessätoista keskussairaalaissa ja kipuvaastanottoa 30 paikassa. Anestesia-apulaislääkäreiden kivunhoidon koulutus oli saatu käyntiin ainakin Helsingissä ja Oulussa, joskin vielä perin puutteellisena. SAY:een perustettiin 1994 kivunhoidon alajaos. 1997 perustettiin moniammatilliseksi yhteistyö- ja koulutusjärjestöksi Suomen Kivuntutkimusyhdistys (SKTY) puheenjohtajanaan Eija Kalso. SAY liittyi vuonna 1998 SKTY:n kaikkien erikoisalojen kivunhoidon erityispätevytymisohjelmaan, ja Lääkäriliiton kivunhoitolääketieteen erityispätevyys perustettiin v. 1999. Ensimmäisistä erityispätevyyden saaneista 22 oli anesthesiologeja ja 9 muita erikoislääkäreitä. SKTY alkoi julkaista kivunhoito-oppaita ja Kipuviesti-lehteä. Anneli Vainio ja Eija Kalso toimittivat oppikirjan ”Kipu” (1. painos 1993, Duodecim). Kalsosta kehittyi 1990-luvulla kansainvälinen eturivin kipututkija, ja runsaan kolmen vuosikymmenen kehitysjakso Suomen kivunhoidossa huipentui 2004, kun Kalsosta tuli Suomessa alan ensimmäinen professori Helsingin Yliopistoon. □

Viitteet

1. Tammisto T. Anestesiologian nykynäkymiä. Duodecim 1977; 93: 1303–1305.
2. Vartiavaara J. Kivun hoito. Suom Lääkäril 1979; 34: 1286–1288.
3. Tammisto T. Anestesiologi hoitavana lääkärinä. Suom Lääkäril 1980; 35: 1623–1627.
4. Tigerstedt I. Monialaisen kipupoliklinikan potilaat ja hoitotulokset. Suom Lääkäril 1985; 40: 2531–2536.
5. Kosonen T. Akupunktio. Suom Lääkäril 1972; 27: 1980–1981.
6. Peräsalo J. Akupunktio. Duodecim 1972; 88: 1096–1099.
7. Rinta-Mänty R. Mitä akupunktiosta tiedetään. Suom Lääkäril 1972; 27: 1996–2003.
8. Fabrizio T. Akupunktio Yhdysvalloissa. Suom Lääkäril 1972; 27: 2856–2859.
9. Elfving G. Akupunktuuri- ja analgesia. Suom Lääkäril 1973; 28: 636–639.
10. Kosonen T. Akupunktio punnittavana. Suom Lääkäril 1974; 29: 346–347.
11. Pöntinen PJ, Vesikukka A, Sorasto A, Laaksovirta TH. Potilaan ja lääkärin kokemuksia akupunktuurihoidosta. Suom Lääkäril 1974; 29: 1589–1592.
12. Pöntinen PJ. Akupunktuurin asema länsimaisessa anestesiologiassa. Suom Lääkäril 1974; 29: 2771–2774.
13. Pöntinen PJ. Akupunktio Kiinassa. Suom Lääkäril 1975; 30: 877–880.
14. Pöntinen PJ. Akupunktuuri- ja analgesia. Suom Lääkäril 1976; 31: 291–295.
15. Pöntinen PJ, Abele K, Ervasti E, Niemelä T, Norri-Böss A, Rissanen M. Akupunktuurihoito Kainuun keskussairaalaissa. Suom Lääkäril 1973; 28: 901–906.
16. Pöntinen PJ, Salmela T. Akupunktuurihoitojärjestäminen Suomessa. Suom Lääkäril 1976; 31: 527–533.
17. Laitinen J. Akupunktio kaularankasyndrooman hoidossa. Suom Lääkäril 1973; 28: 3081–3083.
18. Laitinen J. Kaularankasyndrooman akupunktuurihoito. Suom Lääkäril 1975; 30: 1440–1442.
19. Pöntinen PJ. Kipuselän hoito akupunktuurilla ja transkutaanisella hermoärsytyksellä. Suom Lääkäril 1977; 32: 1627–1630.
20. Laitinen J. Akupunktio migreenin profylaksissa. Suom Lääkäril 1974; 29: 1394–1396.
21. Lilius G. Nivelreuman akupunktio- ja neuraaliterapia. Suom Lääkäril 1976; 31: 1599–1601.

22. Hyvärinen J. Akupunktuurianalgesian neurofysiologiset selitykset. *Suom Lääkäril* 1975; 30: 1836–1840.
23. Akupunktuurityöryhmän mietintö. *Suom Lääkäril* 1980; 35: 560.
24. Kosonen T. Akupunktuurin virallista arviointia. *Suom Lääkäril* 1980; 35: 1334–1336.
25. Kosonen T. Kuolevien hoito. *Suom Lääkäril* 1980; 35: 2240–2242.
26. Kokkonen P. Terminaalihoitoon liittyviä oikeudellisia kysymyksiä. *Suom Lääkäril* 1981; 36: 1279–1283.
27. Linkola A. Aina kuolemaan asti. *Suom Lääkäril* 1982; 37: 106–107.
28. Linkola A. Sairaalan henkilökunta kuolevien hoitajana. *Suom Lääkäril* 1982; 37: 24–27.
29. Lääkintöhallituksen ohjeet terminaalihoidosta. *Suom Lääkäril* 1982; 37: 1285–1287.
30. Mattila MAK. Terminaalihoitoon liittyvä kipulääkitys. *Suom Lääkäril* 1982; 37: 1538–1539.
31. Lappi R. Kuolevan potilaan kivun hoito Englannissa. *Suom Lääkäril* 1982; 37: 1540.
32. Tammisto T. Terminaalihoitoon liittyvä kivun hoito. *Suom Lääkäril* 1985; 40: 1770–1775.
33. Autio L. Alkaako terminaalihoidon tänään vai ensi viikolla. *Duodecim* 1983; 99: 571–572.
34. Autio L. Terminaalihoito on hyvää hoitoa. *Suom Lääkäril* 1986; 41: 570–571.
35. Jokinen R. Lääkäreiden näkemyksiä terminaalihoidosta. *Suom Lääkäril* 1987; 42: 7.
36. Autio L. Eutanasian hämärä käsite hämmentää terminaalihoidon. *Suom Lääkäril* 1987; 42: 1397–1398.
37. Ruotsalaiskeskustelua asiasta. *Suom Lääkäril* 1987; 42: 72.
38. Haataja M, Nordman E. Syöpäpotilaiden kipulääkitys. *Suom Lääkäril* 1980; 35: 614–616.
39. Vainio A. Syöpäpotilaiden kipuhoidon tehostettavuus. *Suom Lääkäril* 1986; 41: 524–525.
40. Tigerstedt I. Syöpäpotilaan kivun hoito. *Duodecim* 1986; 102: 325–330.
41. Tigerstedt I. Vaikeimpien syöpäkipujen hoitomahdollisuuksia. *Suom Lääkäril* 1987; 42: 2075–2080.
42. Elomaa I. Sädehoito ja sytostaatit syöpäkipujen hoidossa. *Suom Lääkäril* 1987; 42: 1147–1150.
43. Korkeila J. Syöpäkipujen hoito erikoistekniikoin. *Suom Lääkäril* 1988; 43: 2168–2174.
44. Vainio A. Syöpäkipujen hoitokäytäntö Suomessa. *Suom Lääkäril* 1988; 43: 1464–1471.

KOMMENTTI

Palliativinen hoito

Palliativisella hoidolla tarkoitetaan parantumattomasti sairaan potilaan hoitoa siinä vaiheessa, kun kuolemaan johtavaa sairautta ei voida lääketieteellisin keinoin parantaa. 1980-luvun terminaalihoidon käsitteestä on paljon luovuttu ja sen sijaan puhutaan saattohoidosta, joka käsittää sekä kuolevan potilaan oireiden lievityksen, henkisen tukemisen että myös läheisten tukemisen. Palliativinen hoito on jokseenkin aina monialaista tiimityötä, johon osallistuvat lääkärit, sairaanhoitajat, fysioterapeutit, sosiaalityöntekijät, psykologit, papit jne.

Britit ovat olleet palliativisen hoidon edelläkävijöitä Dame Cicely Saundersin, ensimmäisen varsinaisen saattohoitokodin perustajan, jalanjäljissä. Lontoolainen St Christopher's Hospice avattiin 1960-luvulla. Palliativiseen lääketieteeseen erikoistuminen on Britanniassa ollut mahdollista vuodesta 1987; Pohjoismaissa ollaan tässä suhteessa edetty hitaammin, mutta Suomeenkin saatiin viimein palliativisen lääketieteen erityispätevyys vuonna 2007. Palliativisen lääketieteen erikoisalana tärkeänä merkityksenä on nostaa kuolemaa lähestyvien potilaiden aktiivinen hoito aiheeksi, joka on muiden erikoisalojen tavoin lääketieteellisen tutkimuksen ja opetuksen arvoisa.

Palliativisen lääketieteen erityispätevyyskoulutusta lääkäreille on järjestetty pohjoismaisella voimalla vuodesta 2003, ja muutaman vuoden ajan on oppia voinut saada myös kotimaassa. Omalla Nordic Specialist Course in Palliative Medicine-kurssillani osallistujien spesialiteetit vaihtelivat laajalti: mukana oli anestesiologeja, yleislääkäreitä, eri alojen kirurgeja, sisätautilääkäreitä, geriatreja, onkologeja. Palliativinen hoito on järjestetty Pohjoismaissa monin eri tavoin Tanskan vahvasti yleislääkäri- ja saattohoitoko-

tipainotteisesta mallista Norjan palliativisen lääketieteen osaamiskeskusmalliin. Yhteistä kaikille on tietenkin pyrkiminen parhaaseen mahdolliseen oirehoitoon, oli kuolevan potilaan hoitopaikka sitten koti, saattohoitokoti tai sairaala.

Kenelle palliativinen hoito kuuluu? Ja miksi anestesiologin tulisi olla saattohoidosta kiinnostunut? Jo lainsäädännöllisesti palliativinen hoito kuuluu luonnollisestikin kaikille terveydenhuollon ammattilaisille. Kärsimyksen lievittäminen on lääkärintyön ydintä, ja palliativisessa hoidossa on pitkälti kysymys juuri siitä. Palliativista hoitoa ei pidä nähdä vain hoitohenkilökunnan tai geriatrien ja onkologien asiaina, vaan muillakin erikoisaloilla, ja erityisesti anestesiologeilla, on palliativisessa hoidossa oma tärkeä roolinsa. Anestesiologin osaaminen esimerkiksi vaativien kivunhoitomenetelmien toteuttajana on hyvässä palliativisessa hoidossa välttämätöntä. Syöpäpotilaiden kivusta valtaosa hoituu oraalisiin lääkkeisiin, mutta noin viidennes syöpäkipupotilaista tarvitsee muita menetelmiä, mm. jatkuvia lääkemuutoksia, sentraalisia puudutuksia tai neurolyyttisiä toimenpiteitä – ja anestesiologin niitä toteuttamaan. Kaikki palliativista hoitoa saavat potilaat eivät kärsi syövästä, vaan esimerkiksi vaikeasta sydän- tai keuhkosairaudesta tai neurologisesta sairaudesta, jolloin anestesiologin apu mm. hengitysoireiden lievittäjänä on tarpeen. Myös palliativisen sedaation toteuttamisessa silloin, kun kuolevan potilaan oireet eivät ole muilla keinoin hallittavissa, on anestesiologin osaamisesta hyötyä.

Anestesiologin hyvin osaamista syöpäkipujen hoidosta ei ole pitkä matka hiukan laajemman katsantokannan palliativiseen hoitoon, ja kannustankin lämpimästi kaikkia anesthesiologikollegoita siihen paneutumaan.

Tarja Heiskanen, LT, anestesiologin erikoislääkäri, kivunhoidon ja palliativisen lääketieteen erityispätevyys, HYKS Kipuklinikka, tarja.heiskanen[at]hus.fi