

Kivun taakka

**Kivun yhteiskunnallinen vaikutus,
koottu tutkimusnäyttö**





Sisällysluettelo

Alkusanat ja asiakirjan tarkoitus	1-2
Tukijat	3-4
Esipuhe	5-6
Mitä kipu on?	7-16
Kivun yhteiskunnallinen vaikutus	17-34
Kiputilojen tyypit ja potilaskertomukset	35-36
Päätelmät ja suositukset	37-40
Viiteluettelo	41-46

Alkusanat

Kipu on yksi yleisimmistä lääketieteellisistä ongelmista sekä Euroopassa että maailmanlaajuisesti. Se on yleisin syy hakeutua terveydenhuollon piiriin. Se on myös yleisin syy vajaakuntoisuuteen ja heikentyneeseen elämänlaatuun. Tällä hetkellä Euroopassa noin 150 miljoonaa ihmistä kärsii kroonisesta kivusta, mikä vastaa suunnilleen Saksan ja Ranskan yhteenlaskettua väestömäärää. Huomattava osa kipupotilaista, aiempien arvioiden mukaan jopa 40 prosenttia, jää ilman asianmukaista kivunhoitoa. Erilaisten kiputilojen alkuperän ja vaikutusten ymmärtäminen on edelleen puutteellista, ja monissa Euroopan maissa kivun tutkimuksessa on edelleen huomattavia puutteita

Tämä potilaskertomuksia esittelevä dokumentti on suunnattu henkilöille, joilla ei ole tieteellistä taustaa (esim. poliittisille päättäjille ja rahoitusorganisaatioille). Dokumentin tarkoituksena on paitsi antaa käsitys siitä, mitä kipu on ja miten kipua määritellään (esim. akuutti kipu, neuropaattinen kipu, nosiseptiivinen kipu) myös tuoda esiin kivun negatiivisia vaikutuksia potilaisiin ja yhteiskuntaan.

Kipu on epämiellyttävä aisti- ja tunnekokemus, joka liittyy todelliseen tai mahdolliseen kudosvaurioon tai muistuttaa sellaista. Kansainvälisen kivuntutkimusyhdistyksen (IASP) mukaan kipu on aina henkilökohtainen kokemus, johon vaikuttavat vaihtelevasti biologiset, psykologiset ja sosiaaliset tekijät.

Kipua pidetään nykyään ensisijaisesti biopsykososiaalisena ilmiönä. Biopsykososiaalinen malli on keskeinen osa nykyaikaista kivun arviointia ja hoitoa. Mallin mukaan kipu on henkilökohtainen kokemus, joka syntyy biologisten, psykologisten ja sosiaalisten tekijöiden dynaamisena vuorovaikutuksena. Tämä korvaa biolääketieteellisen mallin, jossa kivun ajateltiin aina johtuvan ainoastaan biologisista tekijöistä ja sairauden patologiasta.

Tässä raportissa esitellään joukko potilaskertomuksia, joissa kukin potilas jakaa tarinansa erilaisten kiputyypin kanssa selviytymisestä ja kuvaa kokemuksiaan. Toivomme voivamme näiden esimerkkien ja kertomusten kautta tarjota ymmärrystä kivun monimuotoisuudesta ja yhteisistä piirteistä. Henkilölle, jolla ei ole tieteellistä taustaa, selkäkivusta, syöpäkivusta ja leikkauksen jälkeisestä kivusta lukeminen saattaa auttaa paremmin ymmärtämään kipuun liittyviä tekijöitä. Vaikka kiputilat vaihtelevat patologian ja kokemistavan suhteen, voidaan yhtenä yhdistävänä tekijänä pitää sitä, ettei kipuun kiinnitetä riittävästi huomiota terveydenhuoltojärjestelmässä ja poliittisessa päätöksenteossa. Societal Impact of Pain -foorumi pyrkii muuttamaan tätä tilannetta lisäämällä tietoisuutta kivusta ja muuttamalla kipupolitiikkaa.

Societal Impact of Pain-foorumi (SIP) kehottaakin kansallisia päättäjiä:

1. Tunnistamaan kivun aiheuttaman taakan ja sen vaikutukset yksilöille ja yhteiskuntaan, sekä lisäämään kivun hoidon painoarvoa terveydenhuoltojärjestelmissä, rahoituksessa ja päätöksenteossa.

2. Varmistamaan ICD-11-luokituksen tehokkaan käyttöönoton. Tämä mahdollistaisi kansainvälisen sopimuksen standardoitujen diagnoosien ja välineiden käytöstä sekä parantaisi tietojen keruuta primaari- ja sekundaarikäyttöön.

3. Kehittämään välineitä kivun vaikutusten arvioimiseksi.

4. Tekemään aloitteita, joissa otetaan huomioon kivun vaikutus työllisyyteen ja työn tuottavuuteen sekä huomioimaan nämä olemassa olevissa oleellisissa aloitteissa.

5. Edistämään yhteentoimivien digitaalisten terveysekosysteemien kehittämistä. Näissä olisi saatavilla paitsi digitaalisia ratkaisuja kivun arviointiin, seurantaan ja hallintaan (sovellukset, verkkoresurssit jne.) myös oikeudelliset ja sääntelyyn liittyvät puitteet tietojen jakamista varten.

Tämän raportin tarkoitus

Tämä potilaskertomuksia esittelevä raportti on suunnattu henkilöille, joilla ei ole tieteellistä taustaa (esim. poliittisille päättäjille ja rahoitusorganisaatioille). Raportin tarkoituksena on paitsi antaa käsitys siitä, mitä kipu on ja miten kipua määritellään (esim. akuutti kipu, neuropaattinen kipu, nosiseptiivinen kipu), myös tuoda esiin kivun negatiivisia vaikutuksia potilaisiin ja yhteiskuntaan. Asiakirjassa kuvaillaan erilaisia kiputiloja (esim. päänsärky, alaselkäkipu), niiden yleisyyttä ja sekä yleisiä liitännäisiä terveysongelmia.

Raportissa myös tuodaan esiin kivun hoitoon liittyviä keskeisiä käsitteitä ja haasteita. Tällaisia ovat muun muassa kivun mittaaminen ja arviointi, krooniseen kipuun liittyvä stigma sekä kivun henkilökohtaisen ja moniulotteisen luonteen tunnistamisen tärkeys – kivun kokemuksessa lukuisat fysiologiset, psykologiset ja sosiokulttuuriset tekijät ovat vuorovaikutuksessa keskenään.

Kaiken kaikkiaan asiakirjan tarkoitus on havainnollistaa mitä kipu on ja kiinnittää huomiota kiireellisten poliittisten toimien ja tutkimusrahoituksen lisäämisen tarpeeseen. Kirjoituksen lopussa esitetyt suositukset ovat erityisesti Euroopan komissiolle, Euroopan parlamentille, Eurooppa-neuvostolle ja kansalaisyhteiskunnalle suunnattu kehutus puuttua kivun tuhoisiin yhteiskunnallisiin seurauksiin. SIP-foorumi jatkaa tietoisuuden lisäämistä kivun negatiivisista vaikutuksista kivusta kärsivien yksilöiden elämään, yhteiskuntaan ja talousjärjestelmään. Se myös edistää tiedon ja parhaiden käytäntöjen vaihtoa kaikissa Euroopan unionin jäsenvaltioissa sekä kehittää ja ajaa Euroopan laajuisia poliittisia strategioita ja toimia kivunhoidon parantamiseksi Euroopassa.



Euroopan parlamentin jäsen (MEP) Cerdas (S&D)

“ Mielenterveys- ja mielialahäiriöt sekä kipu esiintyvät usein samanaikaisesti, mikä johtuu yhteisistä kudostekijöistä, neurofysiologisista tekijöistä, elintavoista ja ympäristötekijöistä. Siksi kivun käsitteleminen mielenterveyspolitiikassa ja aiheeseen liittyvän tutkimusrahoituksen lisääminen ovat avainasemassa, kun halutaan luoda itsehoito-ohjelmille alan johtava kultainen standardi ja lisätä laadukkaan hoidon saatavuutta.



Euroopan parlamentin jäsen (MEP) Kympouropoulos (EPP)

“ Kivulla ei ole merkittäviä vaikutuksia ainoastaan yksilöön, vaan sen esiintymisellä ja kivun kanssa elävien ihmisten suurella määrällä voi olla merkittävä vaikutus myös koko yhteiskuntaan. Meidän on lisättävä tietoisuutta kivun tuhoisista vaikutuksista, vähennettävä jäsenvaltioiden välisiä eroja vaihtamalla tietoa ja parhaita käytäntöjä Euroopan unionin alueella ja tuettava Euroopan laajuisia poliittisia strategioita ja toimia kivunhoidon parantamiseksi.



MEP Montserrat (EPP)

“ Kivun biologiset, psykologiset ja sosiaaliset tekijät eivät sulje toisiaan pois, vaan ovat vuorovaikutuksessa keskenään. Siksi kivun biopsykososiaalisen mallin kattava soveltaminen kliinisessä hoidossa (arviointi ja hoito), tutkimuksessa, koulutuksessa ja poliittisessa päätöksenteossa on avainasemassa.



MEP Maxova (S&D)

“ Kipu on yleisin tarttumaton tauti Euroopassa ja koko maailmassa. Tällä hetkellä joka viides ihminen kärsii kroonisesta kivusta Euroopassa. Se on yleisin syy, jonka vuoksi ihmiset hakeutuvat terveydenhuoltoon, ja suurin syy vajaakuntoisuuteen ja elämänlaadun heikkenemiseen. Krooninen kipu on yleisempää naisilla kuin miehillä, ja joidenkin arvioiden mukaan naiset kärsivät kroonisesta kivusta jopa kaksi kertaa todennäköisemmin kuin miehet.

Esipuhe

Kipu on yksi yleisimmistä lääketieteellisistä ongelmista sekä Euroopassa että maailmanlaajuisesti. Se on yleisin syy hakeutua terveydenhuollon piiriin. Se on myös yleisin syy vajaakuntoisuuteen ja heikentyneeseen elämänlaatuun. Esiintyvyys ja vaikutukset korreloivat vahvasti sosioekonomisen aseman, erityisesti työkyvyttömyyden ja sairauspoissaolojen osalta. Kivusta johtuva vajaakuntoisuus kasvaa ja tämä uhkaa Euroopan terveydenhuolto- ja sosiaalijärjestelmien kestävyyttä. Kipututkimus on kuitenkin huomattavan alirahoitettua verrattuna muihin terveystutkimuksen osa-alueisiin, ja tätä alirahoitusta pidetään yhtenä keskeisenä tekijänä, joka lisää kivun aiheuttamaa taakkaa. Euroopan komissio on todennut monet kiputilat erittäin kuormittaviksi ja puutteellisesti tutkituiksi, vaatien erityistä huomiota.

”Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2020” -tutkimus esittää kattavan arvion 354 sairauden ilmaantuvuudesta, esiintyvyydestä sekä vajaakuntoisena elettyistä elinvuosista (YLD) 195 maassa vuosina 1990–2017. Kivut, kuten päänsärky (esimerkiksi migreeni) ja tuki- ja liikuntaelinten kipu (esimerkiksi alaselkäkipu, lonkan ja polven nivelrikko, niskakipu), ovat kaksi yleisintä vajaakuntoisena elettyjen elinvuosien aiheuttajaa (YLD). Selkäkipu aiheuttaa 57,6 miljoonaa ja migreeni 45,1 miljoonaa vajaakuntoisena elettyä elinvuotta.

Euroopassa asuu noin 740 miljoonaa ihmistä, joista useimmat kokevat jossakin vaiheessa elämänsä voimakasta kipua. Noin 20 prosentilla kipu jatkuu yli kolme kuukautta, ja on kroonista kipua.

Näin ollen tällä hetkellä 150 miljoonaa ihmistä eri puolilla Eurooppaa kärsii kroonisesta kivusta, mikä vastaa suunnilleen Saksan ja Ranskan väestömäärää yhteensä.

Tilastot eivät anna käsitystä siitä, millainen vaikutus kivulla on yksilöön tai hänen läheisiinsä. Kivulla on merkittävästi elämänlaatua heikentävä vaikutus. Kipu voi hallita siitä kärsivän elämää vähentäen mahdollisuuksia harrastaa, kävellä lyhyitä matkoja, tehdä töitä tai mennä ulos ystävien kanssa (esimerkiksi mennä elokuviin, koska on liian kivuliasta istua pitkään paikallaan). Kipu haittaa usein nukkumista ja pilaa kykyä nukkua. Jatkuva väsymys kivun lisäksi vaikeuttaa keskittymistä ja arjen tehtävien hoitamista. Kivusta tuleekin usein hallitseva tekijä siihen sairastuneen ihmisen elämässä heikentäen hyvinvointia, rajoittaen liikkumista ja aiheuttaen sosiaalista syrjäytymistä. Kipu on yhteydessä myös masennukseen, syöpään, sydän- ja verisuonisairauksiin liittyvään kuolleisuuteen sekä alhaisempaan elinajanodotteeseen.

Kipu vaikuttaa negatiivisesti myös läheisiin monin eri tavoin. Stressiä voi aiheuttaa esim. oma avuttomuuden kokemus läheisen kärsiessä. Parisuhteen dynamiikassa voi tapahtua muutoksia, kuten laatuajan väheneminen kumppanin toimintarajoitteiden vuoksi. Taloudelliset ongelmat voivat vaikuttaa myös läheisiin, esim. kivusta kärsivän henkilön tutkimusten ja hoitojen kustannusten vuoksi. Myös lisääntynyt hoitovastuu voi kuormittaa, sillä kivun hoidossa auttaminen voi olla fyysisesti ja emotionaalisesti vaativaa. Nämä voivat ajan mittaan johtaa loppuun palamiseen ja uupumiseen.

Suurella osalla kroonisesta kivusta kärsivistä eurooppalaisista – arvioiden mukaan jopa 40 %:lla -- on riittämättömät kivunhallinnan keinot. Monien kiputilojen syiden ja vaikutusten ymmärtäminen on puutteellista ja aihepiirin tutkimus on huomattavan vähäistä monissa Euroopan maissa. Tiedon vähäisyyden vuoksi on haastavaa yleistää tutkimustuloksia koskemaan kaikkia EU:n jäsenvaltioita. Tämän asiakirjan lopussa esitettyjen suositusten omaksuminen onkin ratkaisevan tärkeää kivun yhteiskunnallisia vaikutuksia koskevan tietämyksen parantamiseksi.

Mitä kipu on?

Tässä osiossa esitetään yleisiä määritelmiä, joita käytetään kipua, sen kestoja ja tyyppiä selitettäessä.

Kipu on epämiellyttävä aisti- ja tunnekokemus, joka liittyy todelliseen tai mahdolliseen kudonsvaurioon tai muistuttaa sellaista. Kansainvälisen Kivuntutkimusyhdistyksen (IASP) mukaan kipu on aina henkilökohtainen kokemus, johon vaikuttavat vaihtelevasti biologiset, psykologiset ja sosiaaliset tekijät. Kivun käsite opitaan elämäkokemusten kautta, ja henkilön kuvausta kivun kokemuksesta tulisi kunnioittaa. Vaikka kivulla on elämässä sopeutumista edistävä rooli, voi sillä olla haitallisia vaikutuksia toimintakykyyn sekä sosiaaliseen ja psyykkiseen hyvinvointiin. Sanallinen kuvaus on vain yksi monista tavoista ilmaista kipua; kyvyttömyys kommunikoida ei sulje pois mahdollisuutta, että ihminen tai eläin kokee kipua.

Nosiseptio on hermoston tapa viestiä mahdollisesti vahingollisia tapahtumia (esim. kuumien lieden koskettaminen, itsensä viittäminen vahingossa). Nosiseptio ei kuitenkaan ole yhtä kuin kipu. Nosiseptiota voi olla ilman kipua, ja toisaalta kipua voi olla ilman nosiseptiota. Tämä kuvastaa kivun kokemuksen monimutkaisuutta. Nosiseptio on objektiivista ja se voidaan mitata, mutta kipu on subjektiivista eikä johdu pelkästään aistisoluissa tapahtuvasta toiminnasta. Kivun kokemus sisältää usein nämä nosiseptiiviset signaalit, mutta aivot ottavat huomioon myös muita tekijöitä, kuten yksilön uskomukset, aiemmat kokemukset ja psykologisen tilan arvioidessaan kipuun liittyvää reaktiota. Tämä tarkoittaa, että kipu itsessään ei ole biologinen prosessi, vaan biologinen, psykologinen ja sosiologinen kokemus, jonka osa nosiseptio voi olla.

Akuutti kipu on kipua, joka loppuu kohtuullisen nopeasti. Akuutin kivun määritelmät vaihtelevat. Joidenkin mukaan akuutti kipu kestää alle 30 vuorokautta, kun taas toisten mukaan akuutti kipu voi tarkoittaa mitä tahansa kipua, joka loppuu ennen kuin on kestänyt kolme kuukautta. Akuuttia kipua pidetään usein sopeutumisen kannalta hyödyllisenä selviytymismekanismiina, jolla on suojaava ja parantava tehtävä.

Krooninen kipu on kipua, joka jatkuu tai toistuu yli kolmen kuukauden ajan, vaikka määritelmistä ei aina olekaan päästy yhteisymmärrykseen.

Krooninen primaarinen kipu on kipua, joka jatkuu yli kolme kuukautta, johon liittyy merkittävää henkistä ahdistusta tai toimintakyvyn heikkenemistä ja jota ei voida paremmin selittää muulla sairaudella. Tässä krooninen kipu on hallitsevana kliinisenä vaivana, ja sitä pidetään omana sairautenaan. Monien kroonisten kiputilojen syyt ovat epäselviä, ja niiden synty on parhaiten ymmärrettävissä erilaisten yksilöllisesti vaihtelevien biologisten, psykologisten ja sosiaalisten tekijöiden yhteisvaikutuksena. Esimerkkejä ovat krooninen laaja-alainen kipu (kuten fibromyalgia), monimuotoinen paikallinen kipuoireyhtymä (CRPS) ja krooninen tuki- ja liikuntaelinten kipu (esim. epäspesifi krooninen alaselkäkipu).

Krooninen sekundaarinen kipu on oireellista kipua, joka johtuu erityisesti luokitellusta perussairaudesta. Esimerkkejä kroonisista sekundaarisista kiputiloista ovat krooninen syöpäkipu, krooninen sekundaarinen tuki- ja liikuntaelinten kipu (esimerkiksi nivelrikko, nivelreuma) ja krooninen sekundaarinen viskeraalinen kipu (esimerkiksi haavainen paksusuolen tulehdus, endometriosis).

Nosiplastinen kipu on kipua, joka on seurausta muuttuneesta nosiseptiosta ilman selvää näyttöä perifeeristen nosiseptorien aktivaation aiheuttavasta todellisesta tai uhkaavasta kudonsvauriosta, tai kipua aiheuttavasta somatosensorisen järjestelmän sairaudesta tai vauriosta. Tällaista kipua kutsutaan myös 'toiminnalliseksi kivuksi'. Esimerkkejä ovat fibromyalgia/krooninen laajalle levinnyt kipu, epäspesifinen krooninen alaselkäkipu, ärtyvän suolen oireyhtymä ja virtsarakon kipuoireyhtymä.

Kroonisella neuropaattisella kivulla (CNP) viitataan kipuun, jonka on aiheuttanut somatosensorisen hermoston sairaus, vaurio tai vamma. Kun kipu kestää vähintään kolme kuukautta, sitä kutsutaan krooniseksi neuropaattiseksi kivuksi. Esimerkkejä tästä ovat iskias, diabeteksen aiheuttama neuropatia, selkäydinvamma, vyöruusun jälkeinen kipu (postherpeettinen neuralgia) ja kemoterapian aiheuttama neuropatia.

Kivun biopsykososiaalinen malli

Kipua pidetään tänä päivänä ensisijaisesti biopsykososiaalisena kokemuksena. Biopsykososiaalinen malli on keskeinen osa nykyaikaista kivun arviointia ja hoitoa. Mallin mukaan kipu on henkilökohtainen kokemus, joka syntyy biologisten, psykologisten ja sosiaalisten tekijöiden dynaamisen vuorovaikutuksen tuloksena. Tämä korvaa biolääketieteellisen mallin, jossa kivun ajateltiin aina johtuvan ainoastaan biologisista tekijöistä ja sairauden patologiasta.

Biologiin

(tai fyysisiin) tekijöihin kuuluvat perimä, vamman tai sairauden laajuus, kudosten terveys/vaurio, lääkkeiden vaikutukset, hermoston ominaisuudet (kipukynnys, kivun sietokyky, taipumus periferiseen ja keskushermostoperäiseen herkistymiseen) ja uni.

Psykologiin

tekijöihin kuuluvat matala mieliala, masennus, ahdistus, viha, koettu epäoikeudenmukaisuus, selviytymistaidot (esimerkiksi välttely, kestävyys), pelko, itseriittoisuus, katastrofiojattelu, kognitiiviset uskomukset, emotionaalinen stressi, kielteiset asenteet ja hyväksyntä.

Sosiaaliin

tekijöihin kuuluvat sosiaaliset odotukset, työtyytyväisyys, sosiaalinen tukijärjestelmä (taloudellinen tuki, välineellinen tuki, emotionaalinen tuki), elämäntilanne, työllisyystilanne, aiemmat kipukokemukset, sairausvakuutus, päihteiden käyttö, kieli ja kulttuuriset esteet.

Nämä tekijät eivät sulje toisiaan pois, vaan ovat vuorovaikutuksessa keskenään. SIP-foorumi suosittelee kivun biopsykososiaalisen mallin kattavaa soveltamista potilastyössä (kliininen arviointi ja hoito), tutkimuksessa, koulutuksessa ja käytännössä.

Kivun biopsykososiaalista luonnetta on korostettu kansainvälisen tautiluokituksen 11. versiossa (ICD-11), ja sitä sovelletaan kaikkiin kipuun liittyviin tiloihin. Erityisesti sisällyttämällä diagnooseihin krooninen primaarinen kipu, joka määritellään kipuna yhdessä tai useammassa kehon järjestelmässä ja missä tahansa kehon kohdassa tai kehon kohtien yhdistelmässä, joka: (a) jatkuu tai toistuu yli kolmen kuukauden ajan, (b) siihen liittyy merkittävää emotionaalista ahdistusta (esimerkiksi vihaa, ahdistusta tai masentunutta mielialaa) ja/tai merkittävää toimintakyvyn heikkenemistä (vaikutukset päivittäisiin toimintoihin, harrastuksiin ja osallistumiseen sosiaalisiin rooleihin) ja (c) siihen liittyy oireita, joita ei voida paremmin selittää muilla diagnooseilla.

Tunnistamalla emotionaalisen ahdistuksen ja toiminnan merkityksen kroonisen primaarisen kivun määritelmässä, ICD-11-luokituksessa tunnistetaan, että kipuun vaikuttavat monet eri tekijät, ja täten kannatetaan kokonaisvaltaisen biopsykososiaalisen kehityksen käyttöä arvioinnissa ja hoidossa.

Kivun yhteiskunnallinen vaikutus

Kivulla on merkittävä vaikutus yksilöön. Tämän lisäksi kivun huomattava yleisyys ja kivun kanssa elävien ihmisten suuri määrä aiheuttavat myös sen, että kivun vaikutukset näkyvät yhteiskunnallisella tasolla.

Kivun yhteiskunnallisten vaikutusten mittaaminen Euroopassa on vaikeaa osittain tiedonpuutteen vuoksi, mutta tutkimuksissa on kuitenkin pyritty arvioimaan kivun aiheuttamaa taakkaa monesta eri näkökulmasta, kuten työllisyyden, taloudellisten näkökohtien, vajaakuntoisuuden ja yksilön elämänlaadun kannalta.

Kipu voi haitata ihmisen elämänlaatua ja yleistä toimintakykyä. Kipupotilaat voivat kokea häiriöitä tarkkaavaisuudessa, hallinnantunteessa, työmuistissa, henkisessä joustavuudessa, ongelmanratkaisussa ja tiedonkäsittelyn nopeudessa.

On arvioitu, että kivun taloudellinen kokonaisrasite Euroopassa on noin 1,5–3 % BKT:sta, ja että tämä suora ja epäsuora rasite kohdistuu yhteiskuntaan laajalti (eli työntantajiin, veronmaksajiin, potilaisiin ja heidän perheisiinsä) ja aiheuttaa merkittäviä terveydenhuoltokuluja.

Kipu voi rajoittaa yksilön työkykyä, mikä vaikuttaa kielteisesti työn tuottavuuteen ja lisää poissaoloja. Se voi myös lisätä hoidon suhteellisia kustannuksia, mikä vaikuttaa suoraan potilaiden ja heidän perheidensä elämänlaatuun. Yli 40 miljoonalla EU-alueen työntekijällä on työstä johtuvia tuki- ja liikuntaelinsairauksia. Tämä puolestaan aiheuttaa lähes 50 % kaikista vähintään kolme päivää kestävästä työpoissaoloista EU:ssa ja 60 % pysyvistä työkyvyttömyydestä. Suorien ja välillisten kustannusten arvioidaan olevan 240 miljardia euroa vuodessa.

Tämän vuoksi tarvitaan lisää investointeja kivun yhteiskunnallisia vaikutuksia koskevaan tutkimukseen, jotta ymmärrettäisiin laaja-alaisesti, miten monelta eri kannalta kipu vaikuttaa potilaiden elämään, ja jotta voitaisiin parantaa potilaiden elämänlaatua ja mahdollisuuksia kivun hallintaan ja hoitoon.



Leimautuminen lisää kroonisen kivun aiheuttamaa taakkaa

Leimautuminen (stigma) on jatkuva haaste kivun kanssa elävien ihmisten elämässä. Kivun laaja esiintyvyys osoittaa, ettei sen moniulotteisuutta ymmärretä ja että ymmärrys perustuu edelleen vanhentuneeseen biolääketieteelliseen malliin.

Sairastuneiden leimaaminen väheksyy kivun kanssa elävien henkilökohtaisia kamppailuja kivunhallinnan kanssa ja kivun aiheuttamia vaikutuksia yksilölliseen käyttäytymiseen. Heiltä käytännössä riistetään perusihmisarvo siksi, että heidän kokemuksensa poikkeavat yhteisön normeista. Romanttiset kumppanit, perheenjäsenet ja ystävät suhtautuvat usein epäuskoisesti, sillä he eivät ehkä täysin ymmärrä tai tunnusta läheisensä kivun laajuutta. Vallalla on tunne, että terveydenhuollon ammattilaiset saattavat epäillä heidän kivun aitoutta ja pitää sitä liioiteltuna tai jopa kuviteltuna. Skeptisyys voi johtaa itesyytöksiin ja epäilyksiin, mikä voi aiheuttaa huonoa itsetuntoa. Lisäksi sairastuneet joutuvat kokemaan, että heidän kertomansa kokemukset jätetään huomiotta terveydenhuollon edustajien kanssa käydyissä keskusteluissa. Lisäksi kivusta kärsivät henkilöt kokevat usein leimautumista työpaikallaan ja saavat osakseen vihamielisyyttä työtovereiltaan, jotka eivät välttämättä ymmärrä heidän sairautensa vaikutuksia. Tietoisuuden lisääminen siitä, mitä kipu on, erityisesti kivun biopsykososiaalisesta ja yksilöllisestä luonteesta, on ratkaisevan tärkeää leimautumisen torjumiseksi.

Kivun ja mielenterveyden noidankehä

Mielenterveys- ja mielialahäiriöt sekä kipu esiintyvät usein rinnakkain, mikä saattaa johtua yhteisistä molekyyli- ja neurofysiologisista tekijöistä, elämäntavoista ja ympäristötekijöistä. Esimerkiksi mielialahäiriöiden, kuten masennuksen ja ahdistuneisuuden, ja kivun yhteissairastuvuus on arviolta jopa 80 %. Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla kipujen esiintyvyys on lähes 30 % (pääasiassa krooninen tuki- ja liikuntaelinten kipu ja migreeni). Tämä on yli kaksinkertainen riski verrattuna ihmisiin, joilla ei ole mielenterveysongelmia.

Tämän lisäksi ihmisillä, joilla ei ole mielenterveysongelmaa, mutta on kohtalaista tai vaikeaa kipua yli 12 kuukautta, on huomattava riski sairastua mielenterveysongelmiin. Ihmiset, jotka kärsivät sekä kivusta että mielenterveysongelmista, kuten vakavasta masennuksesta, kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä ja skitsofreniasta, kärsivät huomattavasti huonommasta fyysisestä terveydentilasta, ja heillä on suurempi riski sairastua syöpään ja sydän- ja verisuonisairauksiin, mikä kaikki osaltaan lyhentää elinajanodotetta.

Valitettavasti kipua ei rutiininomaisesti arvioida tai käsitellä mielenterveysongelmista kärsivien ihmisten kohdalla, ja mielenterveysongelmien luonne (esimerkiksi vaikeat mielenterveysongelmat, kuten psykoosi) saattaa estää kivusta viestimisen ja sen arvioinnin. Lisäksi masennuksen kaltaisia mielenterveysongelmia ei useinkaan tunnisteta, ja siksi niitä usein alihoidetaan kroonisesta kivusta kärsivien henkilöiden kohdalla.

ICD-11:n merkitys kipuyhteisölle

ICD-11 eli kansainvälisen tautiluokituksen 11. versio on maailmanlaajuinen järjestelmä, jota lääkärit, terveydenhuollon tarjoajat ja tutkijat käyttävät luokittelemaan ja koodaamaan erilaisia sairauksia, tiloja ja terveyteen liittyviä asioita. Se on suuri järjestelmällinen luettelo erilaisista terveysongelmista ja niiden koodeista, joka auttaa lääketieteen alan ihmisiä kommunikoimaan sairauksista ja tiloista johdonmukaisesti ympäri maailmaa. Luokitusjärjestelmän on luonut ja sitä ylläpitää Maailman terveysjärjestö (WHO). ICD-11 oli suuri edistysaskel kivun hallinnan kannalta, sillä siinä otettiin käyttöön erityiset koodit, joiden avulla kipu voidaan luokitella ja tunnustaa terveydentilaksi eikä vain oireeksi. ICD-11 on hyödyllinen väline kipuun liittyvien terveystilojen asianmukaiseen luokitteluun, mikä tukee sekä kroonisesta kivusta kärsivien parempaa hoitoa että hoitoa tarjoavia terveydenhuollon ammattilaisia.

ICD-10-tautiluokitusta (ICD-11:n edeltäjä) käytettäessä erilaisia kroonisia kiputiloja, kuten kroonista alaselkäkipua, kirjattiin epätarkasti, mikä osoitti, että kipudiagnoosien kirjaamisen ja raportoinnin standardointi oli puutteellista. Näin ollen ICD-11:n käyttöönotto edistää asianmukaisten hoitojen antamista ja tukee kiputiloista kärsivien henkilöiden elämänlaatua. ICD-11:n ja sen myötä lisääntyneiden kiputilojen luokittelutapojen ansiosta pystymme nyt tukemaan paremmin poliittista päätöksentekoprosessia sekä eri kiputilojen kliinistä hoitoa, seurantaa, tutkimusta ja opetusta.



Miten kipua arvioidaan ja mitataan?

Kivun mittaaminen tai arviointi on olennaista toipumisen onnistumisen ja ennusteen määrittämiseksi. Kipu on monimutkainen ja usein vaikea asia tarkasti mitattavaksi, joten terveydenhuollon ammattilaisten on suositeltavaa käyttää useita eri mittareita yksilön kivun arvioimiseksi.

Kipua kokeva henkilö ilmoittaa kivun itse. Sitä ei voida mitata objektiivisesti, kuten terveydenhuollon ammattilaiset mittaavat verenpainetta tai verensokerin tasoa. Ainoa tapa arvioida yksilön kipua on se, että hän kertoo siitä. Siksi potilaan ilmoittamat lopputulospromit (PROM) terveydenhuollossa käytettävät välineet tai instrumentit, joilla kerätään tietoa suoraan yksilöiltä heidän terveydentilastaan, oireistaan, toimintakyvystään ja elämänlaadustaan - ovat todella tärkeitä. PROM-mittarit on suunniteltu kuvaamaan potilaan näkökulmaa omaan terveyteensä, mikä antaa arvokasta tietoa sairauden tai hoidon vaikutuksista potilaan näkökulmasta. PROM-mittarit ovat usein kyselylomakkeita tai kyselyitä, joihin potilaat vastaavat ilmaistakseen terveyteensä liittyviä kokemuksia, mieltymyksiä ja huolenaiheita. Kipuun liittyvät PROM-mittarit voivat sisältää kysymyksiä kivun voimakkuuden lisäksi myös sen vaikutuksesta elämänlaatuun, päivittäisiin toimintoihin, henkiseen hyvinvointiin ja eri hoitojen tehokkuuteen. PROM-mittareita hyödyntämällä terveydenhuollon tarjoajat voivat ymmärtää paremmin potilaan kokemuksia, osallistua jaettuun päätöksentekoon kivusta kärsivien henkilöiden kanssa hoitosuunnitelmien räätälöimiseksi yksilöllisten tarpeiden mukaan ja seurata oireiden ja yleisen hyvinvoinnin muutoksia ajan mittaan.

Tällä hetkellä ei ole olemassa validoituja objektiivisia kipumittareita, ja yleinen käsityksemme kivun aiheuttajasta on monissa tapauksissa heikko. Tutkimusta tarvitaan kipeästi objektiivisten biologisten mittareiden (biomarkkereiden) löytämiseksi, jotta eri kiputilojen kehittymistä ja etenemistä voitaisiin ymmärtää paremmin. Miksi joillekin ihmisille kehittyy krooninen kiputila ja voimmeko löytää keinoja sen ehkäisemiseksi? Objektiivisten biomarkkereiden ja potilaiden raportoitujen kokemusten yhdistelmä on lupaavin tapa löytää parempia, yksilöllisempiä hoitoja kivusta kärsiville ihmisille.



Kivun hoito

Kipuun on saatavilla monia hoitomuotoja, joilla pyritään parantamaan, ylläpitämään tai muuttamaan kipua, kipuun liittyvää ahdistusta tai kipuun liittyvää toimintakykyä. Eri hoitomuotoja tukeva näyttö on hyvin vaihtelevaa. Vaikka joidenkin tiettyjen kiputilojen hoidoista onkin laadukasta näyttöä niiden tehokkuudesta, tiettyjen käytettyjen hoitojen vaikutuksiin liittyy suurta epävarmuutta. On erittäin tärkeää varmistaa, että kaikki kivun hoidot arvioidaan perusteellisesti, jotta ymmärretään kunkin hoidon hyödyt ja haitat. Hoidot voidaan ryhmitellä laajasti seuraaviin luokkiin: täydentävä ja vaihtoehtoinen lääketiede, sähköhoito, liikuntaharjoittelu, toimenpidepohjainen kivun hallinta, manuaalinen hoito, osallistumiseen perustuvat hoidot, potilasvalistus, lääkehoito, psykologinen hoito, kirurginen hoito ja lämpöhoito.

Huomautus: alla olevia hoitoja ei ole lueteltu tärkeys- tai tehokkuusjärjestyksessä.

Täydentävä ja vaihtoehtoinen lääketiede (CAM): Complementary and Alternative Medicine): Hoito, joka täydentää perinteistä lääketieteellistä hoitoa edistämällä yhteistä kokonaisuutta, tyydyttämällä kysyntää, johon perinteinen lääketiede ei vastaa, tai monipuolistamalla lääketieteen käsitteellisiä kehyksiä. Esimerkkejä ovat akupunktio, yrtit, probiootit ja ravintolisät.

Sähköhoito: Erilaiset sähköiset stimulaatiot ja sähkömagneettinen säteily. Esimerkkejä ovat transkutaaninen eli ihon kautta toteutettava sähköinen hermostimulaatio (TENS), shokkiaaltohoito ja laserhoito.

Liikuntaharjoittelu: Liikuntahoito käsittää terveydenhuollon ammattilaisen määräämät tai suunnittelemat erilaiset hoidot, joihin kuuluu tiettyjen toimintojen, asentojen ja/tai liikkeiden suorittaminen. Esimerkkeinä voidaan mainita ryhmässä toteutettavat yleiset kunto-ohjelmat, aerobinen liikunta kävelyohjelmien muodossa, venyttelyt ja tiettyjen lihasten tai lihasryhmien vahvistaminen sekä kuormituksen lisääminen asteittain.

Toimenpidepohjainen kivun hoito: Mahdollisiin kipua aiheuttaviin tekijöihin keskittyvien toimenpidetekniikoiden soveltaminen niiden poistamiseksi. Esimerkkejä ovat injektiot - esim. perifeeriset injektiot, pehmytkudos-, niveltensisäiset, ja selkärangan- injektiot suonensisäinen, sublinguaalinen, oraalinen tai epiduraalinen potilaan kontrolloima analgesia; intratekaalinen analgesia; analgesia suurten perifeeristen hermojen puudutteilla; pleksusanalgesia; paravertebraalisten hermojen puudutus; plane-puudutus; sähköstimulaatio (esim. perkutaaninen sähköinen hermostimulaatio; elektroakupunktio; ablatiiviset tekniikat; kemialliset, sähköiset/lämpöiset; neuromodulaatio; selkäydinstimulaatio; selkäydinjuuren ganglioiden stimulaatio; syväaivojen, motorisen aivokuoren, transkraniaalinen magneettistimulaatio; epiduroskopia.

Manuaalinen terapia: Ammattilaisen toteuttamia, käsillä tehtäviä nivelten ja pehmytkudosten passiivisia käsittelyitä. Esimerkkejä ovat hieronta, manipulointi ja mobilisointi.

Osallistumiseen perustuvat terapiat: Edistetään sitoutumista työhön, itsehoitoon, tuottavuuteen ja vapaa-aikaan liittyviin päivittäisiin toimintoihin.

Potilasohjaus: Terveydenhuollon ammattilaisen antamat neuvot, koulutus tai tiedotus, joiden tarkoituksena on parantaa potilaan ymmärrystä kivustaan tai sen asianmukaisesta hoidosta. Tähän sisältyy neuvontaa fyysisestä aktiivisuudesta, asteittaisesta paluusta arkielämän toimintoihin, tekemisen jaksottamista, kuormituksen hallinnasta (mukaan lukien koulutus sopivista apuvälineistä), terveellisistä elämäntavoista, neuvontaa kivun itsehoidosta ja kivun kanssa selviytymisestä, ennusteesta, kivunhoitokoulutuksesta ja kipututkimuskoulutuksesta. Neuvoja voidaan antaa millä tahansa tavalla (suullisesti, kirjallisesti, teknologiaa hyödyntäen tai näiden yhdistelmänä).

Lääkehoito: Mikä tahansa kipulääke, joka annetaan mitä tahansa reittiä ja annosta käyttäen, mukaan lukien liitännäishoidot.

Näitä ovat muun muassa ei-steroidiset tulehduskipulääkkeet, parasetamoli, masennuslääkkeet, epilepsialääkkeet, opioidit, kortikosteroidit ja lihasrelaksantit. Jotkut voidaan ottaa suun kautta, jotkut injektiona ja jotkut iholle levittämällä.

Psykoterapia/psykologinen terapia: Psykologinen tai psykoterapeuttinen hoito, joka tarjoaa tunnistettavaa psykologista sisältöä ajatusten, tunteiden, käyttäytymisen ja kehon prosessien muuttamiseksi. Esimerkkejä ovat kognitiivis-behavioraalinen terapia (CBT), käyttäytymisterapia (BT) ja hyväksymis- ja omistautumisterapia (ACT).

Kirurginen hoito: Operatiivisten manuaalisten ja instrumentaalisten tekniikoiden käyttö henkilön kipuun oletettavasti vaikuttavien anatomisten poikkeavuuksien poistamiseksi tai korjaamiseksi. Esimerkkejä ovat nivelen tähytys (kuolleen kudoksen poisto ± synovektomia ± kondroplastia), nivelleikkaus, tekonivelleikkaus, perkutaaninen kirurgia verrattuna avoleikkaukseen, ritsotomia, tenotomia, radiokirurgia, kordotomia, magneettikuvaus, US- ja laserohjatut ablaatiot, stereotaktiset kirurgiset tekniikat ja muut keskushermoston kirurgiset tekniikat kivun hoidossa.

Lämpöhoito: Lämmön tai kylmän antaminen niveliin ja/tai lihaksiin nivelrikon oireiden lievittämiseksi, joka voidaan tehdä esimerkiksi pakkausten, pyyhkeiden tai vahan avulla. Lämpö voi vaikuttaa parantamalla verenkiertoa ja rentouttamalla lihaksia, kun taas kylmä voi turruttaa kipua, vähentää turvotusta, supistaa verisuonia ja estää nivelen hermoimpulsseja.

Itsehoito ja kivunhallintataidot

Kivun kanssa elävät ihmiset elävät suurimman osan elämästään terveydenhuoltojärjestelmän ulkopuolella, ja juuri tässä ympäristössä he hallitsevat päivittäin kiputilansa vaikutuksia elämäänsä. Tehokas kivun itsehoito tai hallinta on opettavainen matka, joka edellyttää tukea ja monien osa-alueiden hallintaa, kuten: oireiden puhkeamisen tai pahenemisen käsitleminen, tieto siitä, milloin on otettava yhteyttä terveydenhuollon ammattilaiseen, tutkimus- ja hoitopäätösten tekeminen, myönteisten selviytymisstrategioiden luominen tai ylläpitäminen, mukaan lukien stressin- ja unenhallinta, fyysinen aktiivisuus ja sosiaalinen osallistuminen. Onnistuneen itsehoidon keskeinen osatekijä on ihmisten itseluottamuksen tai pystyvyyden tunteen lisääminen, jotta he pystyvät hallitsemaan kipua ja sen vaikutusta elämäänsä. Tällä hetkellä ei ole selkeää määritelmää siitä, miltä hyvä itsehoito näyttää. Terveydenhuollon ammattilaisilla on oltava paremmat valmiudet auttaa kipua kokevia ihmisiä omahoidossa. Tähän sisältyy hyvä kuuntelu- ja vuorovaikutustaito. Tiedon jakaminen yksilöille kivun itsehoidosta jo varhaisessa vaiheessa auttaa ehkäisemään kroonista kipua ja ehkäisemään sen kielteisiä vaikutuksia. Keskeinen haaste, johon on kiinnitettävä välittömästi huomiota, on varmistaa, että kivusta kärsivillä henkilöillä on asuinpaikasta tai tuloista riippumatta helppo pääsy kohtuuhintaisiin omahoito-ohjelmiin/hoitovaihtoehtoihin.

Kiputilojen tyypit

On olemassa paljon erilaisia kiputiloja. Seuraavassa on lueteltu useita kiputiloja ja tietoja siitä, mitä kipu on, miten se voidaan diagnosoida sekä muuta hyödyllistä tietoa. Luetellut kiputilat aiheuttavat erityisen suuren kuoman.

On syytä huomata, että tämä luettelo ei ole kaikenkattava eikä se kata kaikkia akuutteja ja kroonisia kiputiloja.

On myös syytä huomata, että vaikka kaikki tilat on luokiteltu erikseen, on tavallista, että henkilöillä on useampi kuin yksi tila ja että he todennäköisesti täyttävät useiden tilojen diagnostiset kriteerit. Tällöin arviointi ja hoito voi olla vaikeaa, koska on pohdittava, mikä syy on ensisijainen tai onko kaikilla tiloilla yhteinen peruspatologia. Tämä liitännäissairauksien yhteisvaikutus on otettava huomioon.

Olemme mahdollisuuksien mukaan esittäneet tietoja, jotka heijastavat kipuun liittyvien sairauksien esiintyvyyttä ja yleisyyttä Euroopassa. Voit tutustua kattavaan luetteloon akuuteista/kroonisista kiputiloista ICD-11:n virallisella verkkosivustolla.

Tuki- ja liikuntaelinten kipu

Mitä se on: Tuki- ja liikuntaelimistön kipu on kipua, joka ilmenee luiden, lihasten, nivelten tai niihin liittyvien pehmytkudosten alueella. Yleisimpiä tuki- ja liikuntaelinten kiputiloja ovat alaselkäkipu, niskakipu, nivelrikosta johtuva lonkka- ja polvikipu, olkapääkipu ja monipaikkainen kipu (kipu useissa kehon osissa).

Yleisyys: Tuki- ja liikuntaelimistön kipua sairastaa arviolta 1,71 miljardia ihmistä maailmassa, ja se on yleisin vajaakuntoisuuden syy Euroopassa ja maailmanlaajuisesti. Se on myös suurin vajaakuntoisena elettyjen elinvuosien (YLD) aiheuttaja - suurempi kuin mielenterveys, diabetes ja syöpä (arviolta 149 miljoonaa elinvuotta, mikä on 17 prosenttia kaikista vajaakuntoisena elettyistä elinvuosista). Nivelrikko on yleisin niveltulehduksityyppi, ja siitä kärsii yli 40 miljoonaa ihmistä Euroopassa. Elinikäinen riski on 45 % polven nivelrikon ja 25 % lonkan nivelrikon osalta. Nivelrikko on maailmanlaajuisesti nopeimmin kasvava vajaakuntoisuuden syy. Alaselkäkipu on yleisin ja eniten toimintakykyä rajoittava tuki- ja liikuntaelinten kiputila. Euroopassa alaselkäkipun korkein ikävakioitu esiintyvyys 100 000:ta henkilöä kohti on Keski-Euroopassa (12 800; 11 500-14 400), seuraavaksi korkein Itä-Euroopassa (11 200; 10 100-12 500) ja sitten Länsi-Euroopassa (9540; 8510-10 700). Ennusteiden mukaan vuonna 2050 maailmanlaajuisesti yli 800 miljoonalla ihmisellä on alaselkäkipuja.

Hoitovaihtoehdot: Hoitoon voi kuulua potilasohjausta (esimerkiksi riskitekijöistä ja itsehoidosta), lääkehoitoa (esimerkiksi ei-steroidiset tulehduskipulääkkeet), harjoitusterapiaa, psykologisia hoitomuotoja, kivun hallintaa toimenpitein (esimerkiksi injektiot), kirurgiaa, manuaalista hoitoa (esimerkiksi hieronta), täydentävää ja vaihtoehtoista lääketiedettä, lämpöhoitoa sekä työ- ja sosiaalista terapiaa.

Todennäköiset liitännäissairaudet: Tuki- ja liikuntaelinten kipu ja siihen alentunut toimintakyky liittyvät usein monipaikkaiseen kipuun, liikalihavuuteen, mielenterveyden häiriöihin (esimerkiksi masennus) ja unihäiriöihin (esimerkiksi unettomuus).

“ Kipua kokeneen henkilön kertomus ”

- **Nimi:** Anonyymi
- **Ikä:** 76
- **Kansalaisuus:** Romanianlainen
- **Sairauden/kivun nimi:** Vaikea nivelrikko
- **Kuinka kauan olet elänyt kiputilasi kanssa ja miten se alkoi?** 15 vuotta. Minulla oli sietämätöntä kipua molempien jalkojen polvilumpioiden ympärillä, enkä pystynyt kulkemaan portaita ylös ja alas ilman kipulääkkeitä. Kipua esiintyi joskus jopa makuuasennossa.
- **Miten kuvailisit kiputilasi aiheuttamia kiputuntemuksia (esimerkiksi kirvely, pistävä kipu, puutuminen, särky, pistely jne.)?** Pistävää, särkevää kipua kävellessä ja/tai portaita alas astuttaessa ja makuuasennossa pistelyä, jota seuraa puutuminen.
- **Miten kipu vaikuttaa päivittäiseen elämääsi?** Elämänlaatuni heikkeni melkoisesti. Erittäin energisen naisen elämästä minun oli hidastettava vauhtia niin, että kävelin kepin kanssa. Tämä tekee minut onnettomaksi ja ahdistuneeksi.
- **Miten hallitset ja/tai hoidat kipujasi?** Kipulääkkeillä ja viimeisten neljän vuoden ajan injektioilla molempiin polviin. Kieltäydyin polvien tekonivelleikkauksesta pelosta johtuen.
- **Mikä on suurin haaste, jonka kohtaat sairauden kanssa eläessäsi?** Liikkuvuus ja stressittömyys.
- **Miten kipu vaikuttaa mielialaan ja mielenterveyteen?** Kyllä se vaikuttaa. Tunnen ahdistusta, olen onneton enkä nauti päivittäisestä elämästä kuten ennen.

Neuropaattinen kipu ja esimerkkejä

Mitä se on: Neuropaattinen kipu johtuu somatosensorisen hermoston vauriosta tai sairaudesta. Yleisiä raportoituja oireita voivat olla joko paikalliset tai toisaalla tuntuvat iskevät, polttavat tai pistävät kivut. Neuropaattinen kipu voi olla luonteeltaan sentraalista (esimerkiksi aivohalvauksen jälkeinen kipu, MS-tauti) tai perifeeristä kipua (esimerkiksi kolmoishermostosärky, diabeteksen aiheuttama perifeerinen neuropatia, selkäkipu, leikkauksen tai herpesin jälkeinen kipu).

Yleisyys: Neuropaattista kipua kokee noin 7–10 % väestöstä. Herpes zosterin (vyöruusu) nykyinen arvioitu elinikäinen riski Euroopassa on 23–30 %, ja raportoitu elinikäinen uusiutumisriski on < 5 %. Herpeksen jälkeisen neuralgian (herpes zosterin jälkeinen neuropaattinen kipu) kehittyä 10–30 %:lle potilaista; osuus kasvaa 60–70 %:iin yli 60-vuotiailla. Iskiaksen (säteilevä jalkakipu, joka johtuu iskiashermon muodostavien lumbosakraalisten hermojuurten (L4–S1) tulehduksesta tai puristuksesta) esiintyvyys vaihtelee eri tutkimuksissa. Iso-Britanniassa tehdyssä perusterveydenhuollon tutkimuksessa (609 potilasta) noin 60 %:lla selkä- ja jalkakipupotilaista diagnosoitiin kliininen iskias. Aavesärkyä (puuttuvaan raajaan kohdistuvia kiputuntemuksia) esiintyy 50–80 %:lla kaikista amputoiduista. Kipua aiheuttavan diabeettisen polyneuropatian esiintyvyyttä ei ole tarkkaan selvitetty, mutta saatavilla olevien tietojen mukaan kipua esiintyy 10–20 %:lla diabeetikoista ja 40–50 %:lla diabeettista neuropatiaa sairastavista potilaista. Italiassa tehdyssä tutkimuksessa (816 potilasta) 36 %:lla oli diabeettinen polyneuropatia, joka liittyi miessukupuoleen, ikään ja diabeteksen vaikeusasteeseen.

Hoitovaihtoehdot: Hoitovaihtoehtoihin kuuluu sekä farmakologisia että lääkkeettömiä (?) lähestymistapoja, kuten potilasohjausta, potilasta tukevaa edukaatiota, lääkehoitoa, harjoitteluterapiaa, psykologisia hoitomuotoja, kivun hallinnan ohjausta, leikkauksia, manuaalista terapiaa, apuvälineitä sekä sosiaalista kuntoutusta ja toimintaterapiaa. Opioidien haittavaikutusriskiä potilaalle voidaan pienentää käyttämällä vähemmän haitallisia, terapeuttisia mahdollisuuksia.

Ennaltaehkäisy: Vyöruusurokote voidaan antaa postherpeettisen neuralgian (hermokipu, joka jatkuu vyöruusupurkauksen parantumisen jälkeen) ehkäisemiseksi.

Todennäköiset liitännäissairaudet: Neuropaattisen kivun mahdollisia liitännäissairauksia ovat masennus, unihäiriöt ja matala mieliala tai ahdistus. Liitännäissairaudet vaikuttavat toimintakykyä ja elämänlaatua heikentävästi, vähentäen potilaan elämäniloa.

“

Kipua kokeneen henkilön kertomus

”

- **Nimi:** Ruth Fitzmaurice
- **Ikä:** 52
- **Kansalaisuus:** Irlantilainen
- **Sairauden/kivun nimi:** Useita kiputiloja: Neuropaattinen kipu, selkärankahalkio, skolioosi, ärtyvän suolen oireyhtymä (IBS), endometrioosi ja suu- ja kasvokipu.
- **Kuinka kauan olet elänyt kiputilasi kanssa ja miten se alkoi?** 38 vuotta. Synnyin selkärankahalkion kanssa, ja minut leikattiin syntymäni seuraavana päivänä. Kipuni alkoi 14-vuotiaana, kun aloitin opiskelun. Valitettavasti kipuni on edennyt siitä lähtien, ja nyt elän sen kanssa kokopäiväisesti.
- **Miten kuvailisit kiputilasi aiheuttamia kiputuntemuksia (esimerkiksi kirvely, pistävä kipu, puutuminen, särky, pistely jne.)?** Normaalia päivittäistä kipua kuvailin polttavaksi ja särkeväksi. Kun koen leimahduksen, kipu on yleensä pistelyä, pistävää ja sykkivää.
- **Miten kipu vaikuttaa päivittäiseen elämääsi?** Ikääntymisen myötä kipuni on vaikuttanut elämääni yhä enemmän ja enemmän. Nyt 52-vuotiaana en voi enää työskennellä, ja kiputasoni sanelee toimintani. Yritän kävellä rannalla joka päivä, käyn uima-altaalla fysioterapiassa yleensä kahdesta kolmeen kertaa viikossa. Nämä kaksi toimintaa ovat vakioasioita elämässäni, kaikki niiden ulkopuolella riippuu kiputasostani.
- **Miten hallitset ja/tai hoidat kipujasi?** Hallitsen kipua positiivisuuden ja tietoisuuden yhdistelmällä ja niin vähällä lääkityksellä kuin pystyn. Vuosien varrella olen ottanut kaikkia lääkkeitä, kuten opioidipohjaisia lääkkeitä, joita on täydennetty tulehduskipulääkkeillä. Henkilökohtainen valintani oli lopettaa lääkitys, ja siinä vaiheessa minun oli lopetettava työskentely, ja valitettavasti siitä tuli elämänlaatukysymys. Nyt otan päivittäin kaksi tablettia, jotka ovat yhdistelmä tulehdusta alentavaa lääkettä ja kipulääkettä, ja yritän pärjätä pelkästään näillä kahdella tabletilla. Positiivisuudella ja mindfulnessilla on valtava merkitys elämässäni, ja ilman niitä ajautuisin taas käyttämään lääkitystä.
- **Mikä on suurin haaste, jonka kohtaat sairauden kanssa eläessäsi?** Tulevaisuuden pelko. Tuntemattoman pelko. Pelko siitä, miten pahaksi tilani muuttuu.
- **Miten kipu vaikuttaa mielialaan ja mielenterveyteen?** Teen kaikkeni, jotta kipuni ei vaikuttaisi mielialaani ja mielenterveyteeni. Teen kaikkeni varmistaakseni, että suhtaudun kipuuni positiivisesti, olipa kyse sitten arkinen oireilu tai kipukohtaus.

Syöpään liittyvä kipu

Mitä se on: Syöpään liittyvä kipu on kipua, jonka aiheuttaa syöpä itse tai etäpesäkkeet. Syöpään liittyvän kivun syitä ovat itse kasvain tai sen etäpesäkkeiden aiheuttama tulehdus tai luun, sisäelinten tai hermojen syöpyminen. Siihen voi kuulua myös kipua, joka liittyy syöpähoitojen aiheuttamiin kudos- tai hermovaurioihin. Syöpää sairastaneiden kipua on seurattava tarkasti, sillä kivun muutokset voivat viitata alkuperäisen pahanlaatuisen sairauden uusiutumiseen. Suuri osa syöpään liittyvästä kivusta voi johtua syöpähoidoista, kuten leikkauksesta, joka voi aiheuttaa kroonista neuropaattista kipua, kemoterapian aiheuttamasta perifeerisestä neuropatiasta ja sädehoidon aiheuttamasta perifeerisestä neuropatiasta. Kun yhä suurempi osa potilaista onneksi selviytyy syövästä, syövän hoidon vaikutukset tulevat entistä näkyvämmiksi.

Yleisyys: Kipu on yksi syöpäpotilaiden yleisimmistä oireista diagnoosin yhteydessä. Noin 30–40 % syövästä selviytyneistä kärsii kroonisesta kivusta. Joka vuosi 1,7 miljoonaa eurooppalaista syöpäpotilasta kuolee syöpään, ja heistä vähintään 66 % kokee kipua ennen kuolemaa ja 55 % kokee kohtalaista tai voimakasta kipua.

Hoitovaihtoehdot: Hoitovaihtoehtoja ovat lääkehoito (esimerkiksi yksinkertainen kipulääkitys, ei-steroidiset tulehduskipulääkkeet, opioidit, masennuslääkkeet, kortikosteroidit, monoklonaaliset vasta-aineet, sädehoito, kemoterapia), potilasohjaus, leikkaus, harjoitusterapia, psykologiset hoitomuodot (mukaan lukien henkinen tuki), kivun hallinta toimenpidepohjaisesti (esimerkiksi hermojen puudutus) sekä työ- ja sosiaaliset terapiat. Joskus voi olla vaikeaa erottaa toisistaan syöpäkohtaisia ja kipukohtaisia hoitoja. Esimerkiksi sädehoito voi olla parantavaa tai kivunhoitoa.

Todennäköiset liitännäissairaudet: Kliinisessä arvioinnissa on erotettava toisistaan syöpäkipu, syövän hoitokipu ja liitännäissairauksien aiheuttama kipu. Kipuun vaikuttavia liitännäissairauksia voivat olla esimerkiksi krooniset sairaudet, leikkaukset, traumat, mieliala, kognitio, päihdehäiriöt ja lääkkeet.

“

Kipua kokeneen henkilön kertomus

”

- **Nimi:** Ernesto Carreiro
- **Ikä:** 72
- **Kansalaisuus:** Portugali
- **Sairauden/kivun nimi:** Syöpään liittyvä kipu
- **Kuinka kauan olet elänyt kiputilasi kanssa ja miten se alkoi?** 10 vuotta. Se alkoi ennen diagnoosiani.
- **Miten kuvailisit kiputilasi aiheuttamia kiputuntemuksia (esimerkiksi kirvely, pistävä kipu, puutuminen, särky, pistely jne.)?** Pistely
- **Miten kipu vaikuttaa päivittäiseen elämääsi?** Heikkous, vähemmän syömistä, vaikka ruokahalua onkin, laihtuminen, huono unen laatu.
- **Miten hallitset ja/tai hoidat kipujasi?** Suun kautta otettavat lääkkeet.
- **Mikä on suurin haaste, jonka koaat sairauden kanssa eläessäsi?** Haluttomuus päivittäisiin toimintoihin, voimattomuus arkiaktiivisuuteen.
- **Miten kipu vaikuttaa mielialaan ja mielenterveyteen?** Kyllä, turhautumista siitä, etten pysty tekemään päivittäisiä toimintojani.

Päänsärky sekä suu- ja kasvokipu

Mitä se on: Päänsärky tai suu- ja kasvokipu kipu määritellään päänsäryksi tai kivuksi suussa tai kasvoissa. Krooniset oireet ovat oireita, joita esiintyy yli kaksi tuntia päivässä vähintään 50 % päivistä viimeisten kolmen kuukauden aikana. Oireet vaihtelevat lievästä kivusta ja leuan toimintahäiriöistä, jotka voivat hävitä ajan myötä, kroonisiin tiloihin, joihin liittyy vaikeasti hoidettavaa kipua ja leuan toiminnan rajoitukset, jotka ovat vakavasti invalidisoivia.

Yleisyys: Krooninen päänsärky - päänsärky, jota esiintyy 15 tai useampana päivänä kuukaudessa vähintään 3 kuukauden ajan - on merkittävä kivun ja vajaakuntoisuuden syy. Kroonista migreeniä sairastaa noin 1-4 % väestöstä ja kroonista jännitystyyppistä päänsärkyä noin 2,2 % väestöstä. Noin 25-50 %:lla sairastuneista on myös lääkkeiden liikkakäyttöön liittyvä päänsärky, jonka esiintyvyys väestössä on 1 %. Leukanivelkipu vaivaa noin 31 % aikuisista ja 11 %lapsista/nuorista.

Hoitovaihtoehdot: Hoitovaihtoehtoja ovat potilasohjaus ja tuki, lääkehoito, toimenpidehoito (esimerkiksi injektio), liikunta, psykologinen hoito (esimerkiksi rentoutus, biopalaute), lämpöhoito, sähköhoito sekä sosiaalinen- ja toimintaterapia. Kirurginen toimenpide voi olla aiheellinen myös silloin, kun ei-kirurginen hoito osoittautuu tehottomaksi.

Todennäköiset liitännäissairaudet: Päänsärky, allergiat, masennus, väsymys, pitkälle edennyt nivelartroosi (nivelrikko), fibromyalgia, autoimmuunisairaudet, uniapnea ja ruoansulatuskanavan vaivat ovat yleisempiä.

“ Kipua kokeneen henkilön kertomus ”

- **Nimi:** Anonyymi
- **Ikä:** 62
- **Kansalaisuus:** Belgialainen
- **Sairauden/kivun nimi:** Suu- ja kasvokipu.
- **Kuinka kauan olet elänyt kiputilasi kanssa ja miten se alkoi?** 3 vuotta. Se alkoi kystasta nenäluussa, ylähampaiden alueella, hampaissa 21-22. Kun kysta poistettiin, luusto vaurioitui. Olen elänyt kiputilan kanssa 3 vuotta.
- **Miten kuvailisit kiputilasi aiheuttamia kiputuntemuksia (esimerkiksi kirvely, pistävä kipu, puutuminen, särky, pistely jne.)?** Polttava, kirvelevä kipu.
- **Miten kipu vaikuttaa päivittäiseen elämääsi?** Jatkuva polttava kipu, mutta erityisesti syömisen, juomisen jne. jälkeen.
- **Miten hallitset ja/tai hoidat kipujasi?** Harjaamalla hampaat ja huuhtelemalla ne sen jälkeen erikoist tuotteilla ja joskus ottamalla tulehduskipulääkkeitä.
- **Mikä on suurin haaste, jonka kohtaavat sairauden kanssa eläessäsi?** Syömisestä on tullut minulle yhtä helvettiä, en pysty enää maistamaan ruokaa.
- **Miten kipu vaikuttaa mielialaan ja mielenterveyteen?** -

Leikkauksen jälkeinen kipu

Mitä se on: Kipu leikkauksen jälkeen. Krooninen leikkauksen jälkeinen kipu (CPSP) määritellään krooniseksi kivuksi, joka kehittyy tai voimistuu kirurgisen toimenpiteen tai kudosvamman jälkeen ja joka jatkuu odotetun paranemisprosessin jälkeen. Leikkauksen jälkeisen kivun patofysiologia on tapauskohtainen, ja seuraukset ovat yksilöllisiä. Kipu paikallistuu usein leikkausalueelle tai esiintyy dermatomien mukaan. Muut syyt, kuten ennestään olemassa olevat sairaudet tai infektiot, on pois suljettava.

Yleisyys: Suurin eurooppalainen prospektiivinen tutkimus aiheesta osoittaa, että noin 10 %:lle potilaista kehittyy CPSP leikkauksen jälkeen (leikkauksien välillä on paljon eroja). Eräessä toisessa tutkimuksessa havaittiin, että kolme kuukautta tai pidempään leikkauksen jälkeen 40,4 % ilmoitti kivusta. Kohtalaista tai voimakasta kipua raportoi 18,3 % ihmisistä. CPSP:n raportoinnissa on suuria eroja, joten nämä luvut voivat vaihdella.

Hoitovaihtoehdot: Hoitovaihtoehtoja ovat potilasohjaus ja tuki, vertaistuki, lääkehoito, sähköhoito, liikunta ja psykologiset hoidot.

Todennäköiset liitännäissairaudet: Potilailla, joilla on leikkausta edeltävä krooninen kipu, erityisesti leikkausalueella, on suurempi riski sairastua CPSP:hen. Myös psykologiset riskitekijät, kuten psyykinen kuormitus, ahdistuneisuus, katastrofijattelu, heikentynyt kyky selviytyä kivusta, masennus ja ylivireystila, on otettava huomioon.

“ Kipua kokeneen henkilön kertomus ”

- **Nimi:** Koert Hommel
- **Ikä:** 49
- **Kansalaisuus:** Hollantilainen
- **Sairauden/kivun nimi:** eläkökipu, epäonnistuneen selkäleikkauksen oireyhtymä ja neuropaattinen kipu.
- **Kuinka kauan olet elänyt kiputilasi kanssa ja miten se alkoi?** 10 vuotta. Kun olin opiskelijana BUAS-yliopistossa vuonna 1993, sain ensimmäistä kertaa alaseläkivun. Itse asiassa "selkäni" ei ollut suurin ongelma, vaan vasempaan jalkaani säteilevä kipu. Vuonna 2013 kipu palasi, eikä se ole sen jälkeen lakannut.
- **Miten kuvailisit kiputilasi aiheuttamia kiputuntemuksia (esimerkiksi kirvely, pistävä kipu, puutuminen, särky, pistely jne.)?** Kokemani kipu on särkevää, joskus polttavaa, joskus kirvelevää. Se vaihtelee, mutta se ei koskaan vaihtelee ympäri kehoani.
- **Miten kipu vaikuttaa päivittäiseen elämääsi?** Kokemani kipu vaikuttaa kaikkiin elämän osa-alueisiin. Vaikutus tietenkin vaihtelee, mutta se vaikuttaa (vapaaehtois)työhöni, harrastuksiini, parisuhteeseeni, perheeseeni, urheiluun - kaikki muuttuu.
- **Miten hallitset ja/tai hoidat kipujasi?** Pitkän, uuvuttavan ja rasittavan hoidonhaun jälkeen löysin "monialaisen lähestymistavan krooniseen kipuun". Tämä tieto aloitti muutoksen ajattelutavassani. Nyt teen paljon vapaaehtoistyötä ja soitan pianoa.
- **Mikä on suurin haaste, jonka kohtaat sairauden kanssa eläessäsi?** Se, etten pysty tekemään palkkatyötä, rajojen pitäminen (erityisesti itselleni), kivun vaikutuksen hallinta muihin, oma kärsimättömyyteni kipua kohtaan.
- **Miten kipu vaikuttaa mielialaan ja mielenterveyteen?** Totta kai se vaikuttaa. Joka päivä kivun kanssa eläminen on kuin huippu-urheilua. Fyysisesti, mutta varmasti myös henkisesti. Arvaamattomuus saa henkisesti tolaltaan.

Viskeraalinen kipu

Mikä se on: Rintakehän, lantion tai vatsan sisäelinten kipu. Kipujen sijainti voi olla sama kuin sisäelinten tyypilliset heijastealueet.

Yleisyys: Epidemiologisten tutkimusten mukaan krooninen sisäelinkipu muodostaa merkittävän osan kaikista kroonisen kivun muodoista. Jopa 25 % väestöstä raportoi yksittäisestä viskeraalisesta kivusta, mikä aiheuttaa huomattavia terveydenhuoltokustannuksia.

Hoitovaihtoehdot: Hoitovaihtoehtoja ovat potilasvalistus (esim. ruokavaliosta ja elintavoista), tukivalistus, lääkehoito, harjoittelu (esim. venyttely), manuaaliset hoidot (esim. hieronta), toimenpidekeinot (esim. neuromodulaatio ja hermopuudutukset), psykologiset hoidot (esim. kognitiivinen käyttäytymisterapia) ja leikkaus.

Todennäköiset liitännäissairaudet: Fibromyalgia on hyvin usein yhteydessä useisiin viskeraalisiin kiputiloihin. On myös todennäköistä, että potilaalla on useita viskeraalisia kipuoireyhtymiä tai kroonista viskeraalista kipua ja muita kroonisia kipuoireyhtymiä, jotka eivät liity viskeraalisiin elimiin.

“ Kipua kokeneen henkilön kertomus ”

- **Nimi:** Anonyymi
- **Ikä:** 40
- **Kansalaisuus:** Irlantilainen
- **Sairauden/kivun nimi:** Endometrioosi
- **Kuinka kauan olet elänyt kiputilasi kanssa ja miten se alkoi?** 19 vuotta. Se alkoi vähitellen, ja oireet voimistuivat useiden kuukausien aikana, kunnes jouduin sairaalahoitoon hätätilanteessa epäillyn umpilisäkkeen vuoksi, mutta sitten osoittautui, että kyseessä oli endometrioosista ja PCOS:stä johtuva munasarjojen kiertymä.
- **Miten kuvailisit kiputilasi aiheuttamia kiputuntemuksia (esimerkiksi kirvely, pistävä kipu, puutuminen, särky, pistely jne.)?** Polttava, terävä ja kova kipu.
- **Miten kipu vaikuttaa päivittäiseen elämääsi?** Useimpina päivinä pärjään, mutta on 3 päivää kuukaudessa, jolloin en pysty toimimaan tai poistumaan kodistani.
- **Miten hallitset ja/tai hoidat kipujasi?** Lämpötyyny, kipulääkkeet, refleksologia, kinesiologia, kraniosakraaliterapia.
- **Mikä on suurin haaste, jonka kohtaat sairauden kanssa eläessäsi?** En voi suunnitella elämääni lainkaan, olen jatkuvasti huolissani siitä, mitä suunnitelmia voin realistisesti tehdä, jos endometrioosi alkaa oirehtimaan ja minun on vain sulkeuduttava kotiin.
- **Miten kipu vaikuttaa mielialaan ja mielenterveyteen?** Toisinaan on hyvin lannistavaa olla niin rajoittunut ja masentavaa jäädä paitsi elämän eri tapahtumista ja aktiviteeteista, kun endometrioosi oirehtii.

Toiminnalliset kipuhäiriöt

Mitä se on: Toiminnallisiksi kipuoireiksi (tai epäspesifisiksi toiminnallisiksi häiriöiksi eli fyysisiksi oireiksi, jotka eivät selity lääketieteellisesti voidaan kutsua vaivoja, joita ei voida luokitella kuuluvaksi tiettyyn sairauteen, joka vaikuttaa johonkin elimeen tai elinjärjestelmään, ja jotka jatkuvat vähintään kuusi kuukautta. Yleisiä esimerkkejä näistä ovat ärtyvän suolen oireyhtymä (IBS, funktionaalinen ruoansulatuskanavan häiriö, jolle on ominaista toistuva vatsakipu, johon liittyy muutoksia ulostamistiheydessä ja -muodossa, eikä sen taustalla ole tunnustettua patologista tai orgaanista etiologiaa) ja purentaelimistön kipu ja toimintahäiriöt (TMD, kliinisten tilojen ryhmä, joihin liittyy purentalihaksia, leukanivel tai molempia).

Yleisyys: IBS-oireyhtymästä kärsii jopa 18 % länsimaiden aikuisista, pääasiassa naisia, ja se koskee erityisesti terveydenhuoltoon hakeutuvia henkilöitä. TMD:n yleisyydeksi on arvioitu 31 % aikuisilla/vanhuksilla ja 11 % lapsilla/nuorilla, ja yleisin TMD on leukanivelen välilevyn palautuva sijoiltaanmeno (DDwR) (noin 41 %:lla TMD:tä sairastavista) verrattuna palautumattomaan.

Hoitovaihtoehdot: Hoitovaihtoehtoja ovat potilaan valistus (riskitekijöistä), tukivalistus, lääkehoito, psykologiset hoitomuodot (esimerkiksi stressinhallinta, rentoutus, kognitiivinen käyttäytymisterapia), harjoitteluterapia, sähköhoito, lämpöhoito, manuaalinen terapia sekä sosiaalinen- ja toimintaterapia

Todennäköiset liitännäissairaudet: Joitakin IBS:ään liittyviä tiloja ovat ruoansulatuskanavan häiriöt, kuten toiminnallinen dyspepsia, gastroesofageaalinen refluksitauti ja toiminnallinen ummetus, fibromyalgia, krooninen väsymysoireyhtymä ja krooninen lantion alueen kipu. Esimerkkejä TMD:hen liittyvistä liitännäissairauksista ovat muun muassa fibromyalgia, systeeminen niveltien yli liikkuvuus, lastenreuma, tinnitus, posttraumaattinen stressihäiriö, systeeminen nivelrikko, kolmoishermostosärky, epätyypillinen kasvokipu ja migreeni.

“ Kipua kokeneen henkilön kertomus ”

- **Nimi:** Anonyymi
- **Ikä:** 57
- **Kansalaisuus:** Belgialainen
- **Sairauden/kivun nimi:** Useita kiputiloja: Ärtävän suolen oireyhtymä (IBS), alaselkäkipu ja iskiaskipu.
- **Kuinka kauan olet elänyt kiputilasi kanssa ja miten se alkoi?** Alaselkäkipu ja IBS: 25 vuotta; neuropaattinen kipu: 12 vuotta; ja iskiaskipu: 2 vuotta.
- **Miten kuvailisit kiputilasi aiheuttamia kiputuntemuksia (esimerkiksi kirvely, pistävä kipu, puutuminen, särky, pistely jne.)?** Yhdistelmä särkyä, pistävää kipua ja pistelyä
- **Miten kipu vaikuttaa päivittäiseen elämääsi?** Se on näkymätön vamma, joka haittaa normaaleja päivittäisiä toimintoja ja iloa tuottavia asioita. Krooninen kipu on hyvin uuvuttavaa. Iltapäivän puoliväliin mennessä olen hyvin väsynyt, enkä pysty enää tekemään mitään fyysistä toimintaa.
- **Miten hallitset ja/tai hoidat kipujasi?** Kaikki, mitä minä ja hoitajat voimme keksiä: aktiivisena pysyminen kovasta kivusta huolimatta, mikä tarkoittaa päivittäisiä kävelylenkkejä ja/tai asioiden hoitamista/kevyitä kotitöitä; päivittäiset venyttelyt ja kevyt jooga, fysioterapia, kuivaneulaus, akupunktio, hieronnat (kun minulla on varaa niihin), hoidot kipuklinikalla: infiltraatiot, radiotaajuushoito (hermojen denervaatio); lääkitys: (keskivahvat) kipulääkkeet; viime aikoina: lääkekannabis (josta on uskomattoman paljon apua).
- **Mikä on suurin haaste, jonka kohtaat sairauden kanssa eläessäsi?** Olen elänyt yksin suurimman osan aikuiselämästäni ja joutunut näin ollen kestämään kroonista kipua yksin päivittäin, koska en saa tukea perheeltäni enkä juuri lainkaan ystäväiltäni. Taloudelliset haasteet, koska niin sanotut "vaihtoehtoiset hoitotoimenpiteet" ovat melko kalliita. Tämä aiheuttaa myös ylimääräistä stressiä. Ainoastaan ammatillinen tuki (onneksi erittäin hyvää). Jopa heidän kanssaan tunnen usein, että he "aliarvioivat" kipuni tason.
- **Miten kipu vaikuttaa mielialaan ja mielen terveyteen?** Valtavasti! Koska olen melko psyykkisesti haavoittuvainen henkilö (teini-ikäisestä lähtien), krooninen kipu vaikuttaa valtavasti mielen terveyteeni. Yksinäisyys painaa raskaasti ja voi olla hetkittäin kauheaa. Kroonisen kivun kanssa eläminen voi laukaista kroonisen masennukseni ja tehdä siitä hyvin läsnäolevan tiettyä ajanjaksona. Aiemmin kipu (monien muiden asioiden ohella) edisti alkoholiriippuvuutta, jonka - olen niin onnekas! - olen pystynyt voittamaan. Sillä on ollut suuri vaikutus mielen terveyteni parantumiseen.

Krooninen laajalle levinnyt kipu

Mitä se on: Krooninen laaja-alainenkipu Chronic widespread pain (CWP) on kipua, jota esiintyy diffuusisti vähintään neljällä kehon viidestä alueesta ja vähintään kolmessa kehon neljästä osasta (vartalon ylä-ala-vasen-oikea) ja aksiaalisessa luustossa (niska, selkä, rintakehä ja vatsa). Se luokitellaan yleisesti tuki- ja liikuntaelinten kivuksi. Oireita voivat olla vähintään kolme kuukautta jatkunut kipu sekä merkit toimintakyvttömyydestä tai henkisestä ahdistuksesta. Yleinen esimerkki tästä on fibromyalgia, sairaus, jolle on ominaista krooninen laajalle levinnyt kipu, uniongelmat (mukaan lukien uni, joka ei virkistä), fyysinen uupumus ja kognitiiviset vaikeudet.

Yleisyys: Fibromyalgian oireista raportoivien henkilöiden esiintyvyys on 2–4 % väestössä, mutta niiden ihmisten määrä, joilla on diagnosoitu fibromyalgia, on huomattavasti pienempi. Tämä johtuu siitä, että kroonisen laajalle levinneen kivun diagnostiikkaan liittyvistä mittareista kiistellään kiivaasti, ja yksimielisyyttä diagnostisista kriteereistä ja mittareista ei ole vielä saavutettu.

Hoitovaihtoehdot: Hoitoihin kuuluvat potilaan ohjaus ja tuki, lääkehoito, harjoitusterapia, psykologiset hoitomuodot, manuaaliset hoitomuodot, lämpö- ja sähköhoito sekä sosiaali- ja toimintaterapia.

Todennäköiset liitännäissairaudet: On vaikea päätellä tämän tilan syitä, mutta joitakin vaikuttavia tekijöitä voivat olla lihavuus, diabetes, masennus, ahdistuneisuus, päänsärky, ärtyvän suolen oireyhtymä, krooninen väsymysoireyhtymä, systeeminen lupus erythematosus (SLE), reumasairauksiin liittyvä autoimmuunitauti ja nivelreuma.

“ Kipua kokeneen henkilön kertomus ”

- **Nimi:** Tristan Vandepuuten
- **Ikä:** 27
- **Kansalaisuus:** Belgialainen
- **Sairauden/kivun nimi:** Fibromyalgia ja dystonia
- **Kuinka kauan olet elänyt kiputilasi kanssa ja miten se alkoi?** 11 vuotta. Se alkoi flunssasta, kun elämäni oli stressaavaa. Elän edelleen kiputilani kanssa. Päivästä toiseen. Kolmen vuoden ja monien lääkäreiden jälkeen minulla todettiin dystonia ja krooninen kipu.
- **Miten kuvailisit kiputilasi aiheuttamia kiputuntemuksia (esimerkiksi kirvely, pistävä kipu, puutuminen, särky, pistely jne.)?** Kuin minua vedettäisiin jatkuvasti sisältä ulospäin.
- **Miten kipu vaikuttaa päivittäiseen elämääsi?** Selviän juuri ja juuri. Sairauteni on etenevä.
- **Miten hallitset ja/tai hoidat kipujasi?** En hallitse sitä kovinkaan hyvin. Musiikin ja kitaran soittaminen antavat minulle hieman helpotusta. Bobath-hoito, rentoutus, hengityshoito, kuumat kylvyt, kävely, äänikirjojen kuuntelu, infrapunahuone ja lääkkeet, kuten paikallispuudutteet, opioidit ja masennuslääkkeet.
- **Mikä on suurin haaste, jonka kohtaat sairauden kanssa eläessäsi?** Yksinkertaisten asioiden tekeminen.
- **Miten kipu vaikuttaa mielialaan ja mielenterveyteen?** Kyllä, eristäytyminen, normaalin elämän puuttuminen ja tunne, ettei tulevaisuutta ole, koska tutkimustiedon puutteen vuoksi ei ole paljon tukea.

Monimuotoiset paikalliset kipuoireyhtymät, tyyppi I ja II

Mitä se on: Monimuotoinen paikallinen kipuoireyhtymä (CRPS) on kiputila, joka vaikuttaa raajaan ja johon liittyy sensorisia, motorisia, autonomisia sekä iho- ja luupoikkeavuuksia. Oireet ilmenevät eri tavoin eri ihmisillä. Luun poikkeavuudesta liittyvät mm. paikallisesti osteoporoosiin sairastuneen raajan osissa. Se yleensä häviää spontaanisti. Ihon poikkeavuuksia ovat palautuvat muutokset ihon rakenteessa tai ulkonäössä, esimerkiksi iho voi näyttää ohuelta tai kiiltävältä. Lähes kaikissa tapauksissa CRPS:n laukaisee raajaan kohdistunut vamma. CRPS voi syntyä jopa hyvin pienten vammojen jälkeen. 7 %:ssa tapauksista ei ole vammaa ja CRPS syntyy spontaanisti.

CRPS:ään sairastuu sekä miehiä että naisia, mutta naiset sairastuvat useammin. Sairastuneet voivat olla kaikenikäisiä, myös lapsia, mutta useimmiten naisia tai yli 40-vuotiaisiin miehiä. Tätä sairautta voi olla kahta eri tyyppiä, jotka vaikuttavat aluksi samanlaisilta.

(a) Noin 80 %:lla potilaista on hyvä ennuste. Heidän tilansa paranee. Tämän tyyppinen CRPS voi johtua tulehduksesta sairastuneessa raajassa. (b) Noin 20 %:lla potilaista kipu jatkuu. Tämä merkitsee sitä, että heidän kipunsa ei juurikaan parane, hoidoista huolimatta. Viimeaikainen näyttö viittaa siihen, että näillä potilailla autoimmuunireaktio voi aiheuttaa tilan.

Selkeyden vuoksi kirjallisuudessa CRPS "tyyppi 1" tarkoittaa CRPS:ää, jossa ei ole vaurioitunutta päähermoa tai "tyyppi 2", jossa on vaurioitunut päähermo (tämä on harvinaista). Viimeaikaiset tutkimukset ovat osoittaneet, että tämä luokittelu ei juurikaan edistä tieteellistä ymmärrystä tai kliinistä käytäntöä, ja näiden kahden "tyypin" hoito onkin melko samanlaista. Nämä eroavat edellä käsitellyistä kahdesta tyyppistä (a) ja (b).

Yleisyys: Yleisesti väestössä 20–26 ihmistä 100 000:sta sairastuu CRPS:ään vuosittain. CRPS:n esiintyvyyttä on vaikea määrittää, mutta sitä esiintyy akuutisti noin 7 %:lla potilaista, jotka kärsivät raajojen murtumista, raajojen leikkauksista tai muista tapahtumista, kuten nyrjähdyksistä ja elektiivisistä leikkauksista.

Hoitovaihtoehdot: Hoitovaihtoehtoja ovat potilaan ohjaus ja tuki, lääkehoito, harjoitusterapia, psykologinen terapia (esimerkiksi asteittainen motorinen mielikuvaharjoittelu, peilitterapia), toimenpidehoito, verenkiertoa parantavat hoitomuodot, mukaan lukien lämpö- ja sähköhoito, sekä sosiaalinen- ja toimintaterapia. Erityisesti porrastettu liikunta auttaa i) vähentämään CRPS:n vaikeusastetta, ii) lyhentämään tämän tyyppisen CRPS:n kestoa, iii) minimoimaan pitkittyviä ongelmia ja iv) käytettäessä hyvin varhaisessa vaiheessa trauman jälkeen, se voi ehkäistä tämän tyyppisen CRPS:n syntymistä. Huomion kiinnittäminen tietoiseen raajan käyttöön ja kannustaa katsomaan, ajattelemaan, koskettamaan ja ottamaan raaja uudelleen käyttöön ennen liikettä. Peileillä voidaan korostaa ja korjata liikkeiden hallintaa.

Todennäköiset liitännäissairaudet: CRPS:ään liittyvillä emotionaalisilla tekijöillä voi olla suurempi vaikutus kivun voimakkuuteen kuin muissa kiputiloissa, joten psykologisten liitännäissairauksien huomioon ottaminen on tärkeää.

“ Kipua kokeneen henkilön kertomus ”

- **Nimi:** Jürgen Werner
- **Ikä:** 56
- **Kansalaisuus:** Saksa

- **Sairauden/kivun nimi:** Monimuotoinen paikallinen kipuoireyhtymä II.

- **Kuinka kauan olet elänyt kiputilasi kanssa ja miten se alkoi?** Vuodesta 2021 lähtien. Se alkoi rannekanavaleikkauksen jälkeen.

- **Miten kuvailisit kiputilasi aiheuttamia kiputuntemuksia (esimerkiksi kirvely, pistävä kipu, puutuminen, särky, pistely jne.)?** Ranteessani on jatkuvaa värinää ja kynnärvarressani polttavaa, pistävää kipua 24/7.

- **Miten kipu vaikuttaa päivittäiseen elämääsi?** Se rajoittaa minua joka päivä, koska se ei pidä taukoa, ja on myös vaikeaa meditoida tai tehdä jotain vastaavaa, koska se on aina läsnä.

- **Miten hallitset ja/tai hoidat kipujasi?** On vaikea saada itseään unohtamaan kipua. Opit olemaan näyttelijä ja peittämään kaiken. Se kuitenkin tuhoaa ihmisen pitkällä aikavälillä.

- **Mikä on suurin haaste, jonka kohtaat sairauden kanssa eläessäsi?** On vaikea selviytyä jokapäiväisestä elämästä. Yli 30 minuutin keskittyminen on lähes mahdotonta. Ihmiset vetäytyvät myös suuremmista tapahtumista.

- **Miten kipu vaikuttaa mielialaan ja mielenterveyteen?** On vaikea keskittyä pitkiä aikoja, ja ihmisenä menetät ilosi ja unohdat, miten nauraa. En ole enää sama ihminen kuin ennen tätä sairautta. Menetät toivosi, koska sinua kohdellaan kaikkialla kuin potilasta, ja lopulta kaikki sanovat, että sairautta ei ole vielä tutkittu.

Päätelmät ja suositukset

Toivomme, että näiden yleisten kiputyyppien esimerkkien ja kertomusten kautta voimme tarjota ymmärrystä kivun moninaisuudesta ja yhteisistä piirteistä. Kivun pariin ensimmäistä kertaa tutustuville ei-tieteilijöille, sellaisten tilojen tarkastelu kuten alaselkäkipu, syöpäkipu ja leikkauksen jälkeinen kipu voi ehkä valaista asioita, jotka aiemmin on jätetty huomiotta tai ymmärretty väärin. Vaikka kiputilat vaihtelevat patologiensa ja ihmisten kokemusten suhteen, niitä usein yhdistää se, että niille ei anneta riittävästi huomiota terveydenhuoltojärjestelmässä ja politiikkakehyksissä. Societal Impact of Pain -foorumi pyrkii muuttamaan tätä lisäämällä tietoisuutta kivusta ja muuttamalla kipua koskevia päätöksiä."

Societal Impact of Pain (SIP)-foorumi kehottaa EU:n ja jäsenvaltioiden poliittisia päättäjiä seuraaviin toimiin:

1

Tunnistetaan kivun aiheuttama taakka ja vaikutus yhteiskuntaan ja potilaisiin ja lisätään sen painoarvoa terveydenhuoltojärjestelmissä, rahoituksessa ja poliittisessa päätöksenteossa.

2

Varmistetaan ICD-11:n tehokas täytäntöönpano, sillä sen käyttö mahdollistaa kansainvälisen yhteisymmärryksen standardoitujen diagnoosien ja välineiden käytöstä ja parantaa tietojen keruuta sekä primaari- että sekundaarikäytössä.

3

Varmistetaan, että potilasrekistereitä perustetaan ja että niitä käytetään usein, sillä se parantaa ymmärrystä kivusta, sen hallinnasta ja hoidosta.

4

Kipu laadun indikaattorina: Kehitetään välineitä kivun vaikutusten arvioimiseksi.

5

Kipututkimus: Lisätään investointeja tutkimukseen, jolla pyritään ymmärtämään paremmin eri kiputilojen syitä (patofysiologiaa), kehittämään uusia kivunhoitomenetelmiä, ymmärtämään ja käsittelemään kivun ja mielenterveysongelmien samanaikaisuutta, lisäämään potilaiden kertomaan perustuvien tulostulosten kehittämistä ja käyttöä kaikkien kiputilojen osalta, laatimaan itsehoito-ohjelmia koskeva kultainen standardi ja parantamaan korkealaatuisten hoidon saatavuutta.

6

Kipu työelämässä: Käynnistetään toimintalinjoja, joissa käsitellään kivun vaikutusta työllisyyteen ja työn tuottavuuteen, ja sisällytetään kipu asiaankuuluviin nykyisiin aloitteisiin.

7

Kipukoulutus: Asetetaan etusijalle terveydenhuollon ammattilaisten, potilaiden, poliittisten päättäjien ja suuren yleisön kipukoulutus.

8

Tietotekniikan käyttö kivunhoidossa: Kehitetään yhteentoimivia digitaalisia terveysekosysteemejä, joihin kuuluu helppokäyttöisiä digitaalisia ratkaisuja kivun arviointiin, seurantaan ja hallintaan (sovellukset, verkkoaineistot jne.) sekä oikeudellisia ja sääntelypuitteita tietojen jakamista varten.

Tietoa Societal Impact of Pain (SIP) Platform) -foorumista

SIP-foorumi (Societal Impact of Pain) on European Pain Federationin (EFIC) ja Pain Alliance European (PAE) johtama sidosryhmien välinen kumppanuus, jonka tavoitteena on lisätä tietoisuutta kivusta ja muuttaa kipupolitiikkaa.

Foorumi tarjoaa keskustelumahdollisuuksia terveydenhuollon ammattilaisille, kipupolitiikkaa ajaville tahoille, poliitikoille, sairausvakuutuksen tarjoajille, terveysviranomaisten edustajille, sääntelyviranomaisille ja budjettivallan käyttäjille.

SIP-foorumin tieteellisestä kehiksestä vastaa EFIC, ja molemmat osapuolet määrittelevät hankkeen strategisen suunnan. Lääkeyritykset Grünenthal GmbH ja GSK ovat SIP-foorumin pääsponsorit

Lisätietoja varten ota yhteyttä:

Ángela Cano Palomares, projektipäällikkö, Societal Impact of Pain (SIP) Europe, European Pain Federation EFIC – angela.palomares@efic.org.

Deirdre Ryan, Pain Alliance European puheenjohtaja – president@pae-eu.eu.

Vastuuvapauslauseke

Societal Impact of Pain (SIP) ei suoraan kannata mitään tässä asiakirjassa mainittuja hoitovaihtoehtoja. Tietoja ei ole tarkoitettu korvaamaan henkilökohtaista suhdetta terveydenhuollon ammattilaiseen, eikä niitä ole tarkoitettu lääketieteelliseksi neuvonnaksi. Tämä asiakirja tarjoaa yleistietoa ja keskusteluja kivusta. Tarjottuja tietoja ja muuta sisältöä tai linkitettyä materiaalia ei ole tarkoitettu eikä sitä pidä tulkita lääketieteelliseksi neuvonnaksi, eivätkä tiedot korvaa lääketieteellistä asiantuntemusta tai hoitoa.

Tässä asiakirjassa esitetyt potilaskertomukset on kerätty sähköpostitse Pain Alliance European jäsenyhteydenottojen kautta. Ne ovat yksilöllisiä kokemuksia todellisesta elämästä niiltä henkilöiltä, jotka ovat päättäneet antaa panoksensa tähän asiakirjaan. Nämä kertomukset eivät välttämättä edusta kaikkia kipua kokevia ihmisiä, ja kokemuksia voidaan jakaa paljon enemmän, vaikka niitä ei olekaan koottu tähän asiakirjaan.

Lausunnot on esitetty sanatarkasti lukuun ottamatta kielioppi- tai kirjoitusvirheiden korjauksia. Joitakin on lyhennetty. Näin on tehty vain silloin, kun kertomus on ollut pitkä tai ei ole kokonaisuudessaan vaikuttanut yleisön kannalta merkityksellisesti.

Kirjoittajat:

(Aakkosjärjestyksessä)

Angela Cano Palomares; European Pain Federation EFIC; Societal Impact of Pain (SIP) Platform, Brussels, Belgium.

Deirdre Ryan; Pain Alliance Europe PAE, Brussels, Belgium.

Joanne O'Brien Kelly; European Pain Federation EFIC, Brussels, Belgium; Department of Pain Management, Beaumont Hospital, Dublin, Ireland; RCSI, Dublin Ireland.

Ketan Kumar Bhatt; European Pain Federation EFIC; Societal Impact of Pain (SIP) Platform, Brussels, Belgium.

Luis García-Larrea; European Pain Federation EFIC, Brussels, Belgium; European Journal of Pain; NeuroPain Lab – Central Integration of Pain in Humans; Lyon Centre for Neuroscience – Inserm; Hôpital de Valence (Drôme), France.

Mary O'Keeffe; School of Public Health, Physiotherapy and Sports Science, University College Dublin, Dublin, Ireland.

Nathaniel Skidmore; Centre for Rehabilitation, School of Health & Life Sciences, Teesside University, Middlesbrough, UK.

Patrice Forget; Institute of Applied Health Sciences, Epidemiology Group, School of Medicine, Medical Sciences and Nutrition, University of Aberdeen, Aberdeen, UK, Department of Anaesthesia, NHS Grampian, Aberdeen, UK.

Sam Kynman; European Pain Federation EFIC; Societal Impact of Pain (SIP) Platform, Brussels, Belgium.

Yhteistyökumppanit:

Societal Impact of Pain (SIP) -foorumin edustajat (aakkosjärjestyksessä)

André Ljutow

André Mouraux

André Wolff

Anna B. Sellius

Anna Kiernan

Anna Server

Carina Raposo

Eddy Claes

Ellen Gepts

Françoise Launois

Gertrude Buttigieg

Gisèle Pickering

Gunilla Goran

Iben Rohde

Ilona Thomassen

Isabel Pireza

Ivone Machado

Joanna Vicente

Lars Bye Moeller

Liisa Jutila

Maria Luz Padilla del Rey

Maria Madariaga

Maria Teresa Flor de Lima

Marja Kinnunen

Martina Phelan

Mateja Krzan

Miren Revuelta

Monica Rebelo

Monika Lofgren

Nevenka Skvarc

Paulin Andréll

Sanne Lydo

Sari Hautaviita

Satu Nieminen

Viiteluettelo:

1. Aziz Q, Giamberardino MA, Barke A, Korwisi B, Baranowski AP, Wesselmann U, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic secondary visceral pain: Chronic secondary visceral pain. Pain [Internet]. 2019;160(1):69-76. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001362>
2. Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K. Depression and pain comorbidity: a literature review. Archives of internal medicine. 2003 Nov 10;163(20):2433-45.
3. Bender JL, Hohenadel J, Wong J, Katz J, Ferris LE, Shobbrook C, et al. What patients with cancer want to know about pain: a qualitative study. J Pain Symptom Manage [Internet]. 2008;35(2):177-87. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.03.011>
4. Bennett MI, Eisenberg E, Ahmedzai SH, Bhaskar A, O'Brien T, Mercadante S, et al. Standards for the management of cancer-related pain across Europe-A position paper from the EFIC Task Force on Cancer Pain. Eur J Pain [Internet]. 2019;23(4):660-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/ejp.1346>
5. Bennett MI, Eisenberg E, Ahmedzai SH, Bhaskar A, O'Brien T, Mercadante S, et al. Standards for the management of cancer-related pain across Europe-A position paper from the EFIC Task Force on Cancer Pain. Eur J Pain [Internet]. 2019;23(4):660-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/ejp.1346>
6. Bennett MI, Kaasa S, Barke A, Korwisi B, Rief W, Treede R-D, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic cancer-related pain: Chronic cancer-related pain. Pain [Internet]. 2019;160(1):38-44. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001363>
7. Bennett MI. Mechanism-based cancer-pain therapy. Pain [Internet]. 2017;158(1):S74-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000825>
8. Boland EG, Ahmedzai SH. Persistent pain in cancer survivors. Curr Opin Support Palliat Care [Internet]. 2017;11(3):181-90. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/spc.0000000000000292>
9. Bondesson E, Larrosa Pardo F, Stigmar K, Ringqvist Å, Petersson IF, Jöud A, Schelin ME. Comorbidity between pain and mental illness-evidence of a bidirectional relationship. European Journal of Pain. 2018 Aug;22(7):1304-11.
10. Breivik H, Cherny N, Collett B, de Conno F, Filbet M, Foubert AJ, et al. Cancer-related pain: a pan-European survey of prevalence, treatment, and patient attitudes. Ann Oncol [Internet]. 2009;20(8):1420-33. Available from: <http://dx.doi.org/10.1093/annonc/mdp001>
11. Bruehl S. Complex regional pain syndrome. BMJ [Internet]. 2015;351:h2730. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.h2730>
12. Buse DC, Manack AN, Fanning KM, Serrano D, Reed ML, Turkel CC, et al. Chronic migraine prevalence, disability, and sociodemographic factors: results from the American Migraine Prevalence and Prevention Study. Headache [Internet]. 2012;52(10):1456-70. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1526-4610.2012.02223.x>
13. Butler S, Landmark T, Glette M, Borchgrevink P, Woodhouse A. Chronic widespread pain-the need for a standard definition. Pain [Internet]. 2016;157(3):541-3. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000417>
14. Carville S, Padhi S, Reason T, Underwood M, on behalf of the Guideline Development Group. Diagnosis and management of headaches in young people and adults: summary of NICE guidance. BMJ [Internet]. 2012;345(sep19 1):e5765-e5765. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e5765>
15. Chapman CR, Vierck CJ. The transition of acute postoperative pain to chronic pain: An integrative overview of research on mechanisms. J Pain [Internet]. 2017;18(4):359.e1-359.e38. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpain.2016.11.004>
16. Choung RS, Locke GR 3rd. Epidemiology of IBS. Gastroenterol Clin North Am [Internet]. 2011;40(1):1-10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gtc.2010.12.006>
17. Classification of Chronic Pain, Second Edition (Revised) [Internet]. International Association for the Study of Pain (IASP). International Association for the Study of Pain; 2021 [cited 2023 Nov 7]. Available from: <https://www.iasp-pain.org/publications/free-ebooks/classification-of-chronic-pain-second-edition-revised/>
18. Clauw DJ. Fibromyalgia and related conditions. Mayo Clin Proc [Internet]. 2015;90(5):680-92. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mayocp.2015.03.014>
19. corporate-body. RTD:Directorate-General for Research, Innovation. Scoping study on evidence to tackle high-burden under-researched medical conditions: Discussion paper. Publications Office of the European Union; 2023.
20. Cui C-X, Liu H-Y, Yue N, Du Y-R, Che L-M, Yu J-S. Research progress on the mechanism of chronic neuropathic pain. IBRO Neurosci Rep [Internet]. 2023;14:80-5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ibneur.2022.12.007>
21. De Heer EW, Ten Have M, Van Marwijk HW, Dekker J, De Graaf R, Beekman AT, Van Der Feltz-Cornelis CM. Pain as a risk factor for common mental disorders. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2: a longitudinal, population-based study. Pain. 2018 Apr 1;159(4):712-8.
22. de Mos M, de Bruijn AGJ, Huygen FJPM, Dieleman JP, Stricker BHC, Sturkenboom MCJM. The incidence of complex regional pain syndrome: a population-based study. Pain [Internet]. 2007;129(1-2):12-20. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2006.09.008>
23. De Ruddere L, Craig KD. Understanding stigma and chronic pain: a state-of-the-art review. Pain [Internet]. 2016;157(8):1607-10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000512>
24. Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. gastroenterology. Apr. 2006;130:1377-90.
25. Eccleston C, Wells C, Morlion B, editors. European Pain Management. London: Oxford University Press; 2017.
26. Fallon M, Giusti R, Aielli F, Hoskin P, Rolke R, Sharma M, Ripamonti CI. Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. Annals of Oncology. 2018 Oct 1;29:iv166-91.
27. Ferreira ML, De Luca K, Haile LM, Steinmetz JD, Culbreth GT, Cross M, et al. Global, regional, and national burden of low back pain, 1990-2020, its attributable risk factors, and projections to 2050: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. The Lancet Rheumatology. 2023;5:e316-329
28. Finnerup NB, Attal N, Haroutounian S, McNicol E, Baron R, Dworkin RH, et al. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta-analysis. Lancet Neurol [Internet]. 2015;14(2):162-73. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422\(14\)70251-0](http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(14)70251-0)
29. Fitzcharles M-A, Cohen SP, Clauw DJ, Littlejohn G, Usui C, Häuser W. Nociceptive pain: towards an understanding of prevalent pain conditions. Lancet [Internet]. 2021;397(10289):2098-110. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00392-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00392-5)
30. Flor H. Phantom-limb pain: characteristics, causes, and treatment. Lancet Neurol [Internet]. 2002;1(3):182-9. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422\(02\)00074-1](http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(02)00074-1)
31. Gibbins J, Bhatia R, Forbes K, Reid CM. What do patients with advanced incurable cancer want from the management of their pain? A qualitative study. Palliat Med [Internet]. 2014;28(1):71-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/0269216313486310>
32. Glare P, Aubrey KR, Myles PS. Transition from acute to chronic pain after surgery. Lancet [Internet]. 2019;393(10180):1537-46. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30352-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30352-6)
33. Govaerts RL, Tassignon B, Ghillebert J, et al. Prevalence and incidence of work-related musculoskeletal disorders in secondary industries of 21st century Europe: a systematic review and meta-analysis. BMC Musculoskelet Disord 22, 751 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12891-021-04615-9>
34. Graf N, Geißler K, Meißner W, Guntinas-Lichius O. A prospective cohort register-based study of chronic postsurgical pain and long-term use of pain medication after otorhinolaryngological surgery. Sci Rep [Internet]. 2021;11(1):5215. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/s41598-021-84788-4>
35. Gylfadottir SS, Christensen DH, Nicolaisen SK, et al. Diabetic polyneuropathy and pain, prevalence, and patient characteristics: a cross-sectional questionnaire study of 5,514 patients with recently diagnosed type 2 diabetes. Pain. 2020;161(3):574-583. doi:10.1097/j.pain.0000000000001744

36. Harden RN, Oaklander AL, Burton AW, Perez RSGM, Richardson K, Swan M, et al. Complex regional pain syndrome: practical diagnostic and treatment guidelines, 4th edition. *Pain Med* [Internet]. 2013;14(2):180–229. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/pme.12033>
37. Hart RP, Wade JB, Martelli MF. Cognitive impairment in patients with chronic pain: The significance of stress. *Curr Pain Headache Rep* [Internet]. 2003;7(2):116–26. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s11916-003-0021-5>
38. Häuser W, Ablin J, Fitzcharles M-A, Littlejohn G, Luciano JV, Usui C, et al. Fibromyalgia. *Nat Rev Dis Primers* [Internet]. 2015;1(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/nrdp.2015.22>
39. Henschke N, Kamper SJ, Maher CG. The epidemiology and economic consequences of pain. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2015;90(1):139–47. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mayocp.2014.09.010>
40. Hoffmann RG, Kotchen JM, Kotchen TA, Cowley T, Dasgupta M, Cowley AW. Temporomandibular disorders and associated clinical comorbidities. *Clin J Pain* [Internet]. 2011;27(3):268–74. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/ajp.0b013e31820215f5>
41. Hoy D, March L, Brooks P, Blyth F, Woolf A, Bain C, Williams G, Smith E, Vos T, Barendregt J, Murray C. The global burden of low back pain: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. *Annals of the rheumatic diseases*. 2014 Jun 1;73(6):968–74.
42. IASP announces revised definition of pain [Internet]. International Association for the Study of Pain (IASP). International Association for the Study of Pain; 2020 [cited 2023 Nov 15]. Available from: <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/>
43. ICD-11 [Internet]. Who.int. [cited 2023 Nov 7]. Available from: <https://icd.who.int/en/>
44. Jensen RK, Kongsted A, Kjaer P, Koes B. Diagnosis and treatment of sciatica. *BMJ* [Internet]. 2019;16273. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.l6273>
45. Johansen A, Romundstad L, Nielsen CS, Schirmer H, Stubhaug A. Persistent postsurgical pain in a general population: Prevalence and predictors in the Tromsø study. *Pain* [Internet]. 2012;153(7):1390–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2012.02.018>
46. Kapos FP, Exposto FG, Oyarzo JF, Durham J. Temporomandibular disorders: a review of current concepts in aetiology, diagnosis and management. *Oral Surg* [Internet]. 2020;13(4):321–34. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/ors.12473>
47. Kim DJ, Mirmina J, Narine S, Wachtel J, Carbajal JM, Fox H, Cáceda R. Altered physical pain processing in different psychiatric conditions. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2022 Feb 1;133:104510.
48. Kingsbury SR, Gross HJ, Isherwood G, Conaghan PG. Osteoarthritis in Europe: impact on health status, work productivity and use of pharmacotherapies in five European countries. *Rheumatology (Oxford)* [Internet]. 2014;53(5):937–47. Available from: <http://dx.doi.org/10.1093/rheumatology/ket463>
49. Kohrt BA, Griffith JL, Patel V. Chronic pain and mental health: integrated solutions for global problems. *Pain*. 2018 Sep;159(Suppl 1):S85.
50. Konstantinou K, Dunn KM, Ogollah R, Vogel S, Hay EM. the ATLAS study research team. Characteristics of patients with low back and leg pain seeking treatment in primary care: baseline results from the ATLAS cohort study. *BMC musculoskeletal disorders*. 2015;16:1–1.
51. Lu SR, Fuh JL, Chen WT, Juang KD, Wang SJ. Chronic daily headache in Taipei, Taiwan: prevalence, follow-up and outcome predictors. *Cephalalgia* [Internet]. 2001;21(10):980–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1468-2982.2001.00294.x>
52. Maixner W, Fillingim RB, Williams DA, Smith SB, Slade GD. Overlapping Chronic Pain Conditions: Implications for Diagnosis and Classification. *J Pain*. 2016;17(9 Suppl):T93–T107. doi:10.1016/j.jpain.2016.06.002
53. Maixner W, Fillingim RB, Williams DA, Smith SB, Slade GD. Overlapping chronic pain conditions: Implications for diagnosis and classification. *J Pain* [Internet]. 2016;17(9):T93–107. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpain.2016.06.002>
54. Mäntyselkä PT, Kumpusalo EA, Ahonen RS, Takala JK. Direct and indirect costs of managing patients with musculoskeletal pain-challenge for health care. *Eur J Pain* [Internet]. 2002;6(2):141–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1053/eujp.2001.0311>
55. Marinus J, Moseley GL, Birklein F, Baron R, Maihöfner C, Kingery WS, et al. Clinical features and pathophysiology of complex regional pain syndrome. *Lancet Neurol* [Internet]. 2011;10(7):637–48. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422\(11\)70106-5](http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(11)70106-5)
56. Measuring pain in the clinic [Internet]. European Pain Federation. 2022 [cited 2023 Nov 7]. Available from: <https://europeanpainfederation.eu/measuring-pain-in-the-clinic/>
57. Mick G, Hans G. Postherpetic neuralgia in Europe: the scale of the problem and outlook for the future. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*. 2013 Dec 1;4(4):102–8.
58. Mick G, Hans G. Postherpetic neuralgia in Europe: The scale of the problem and outlook for the future. *J Clin Gerontol Geriatr* [Internet]. 2013;4(4):102–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcgg.2013.03.001>
59. Mitsikostas D-D, Moka E, Orrillo E, Aurilio C, Vadalouca A, Paladini A, et al. Neuropathic pain in neurologic disorders: A narrative review. *Cureus* [Internet]. 2022; Available from: <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.22419>
60. Musculoskeletal health [Internet]. Who.int. [cited 2023 Dec 4]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>
61. Musculoskeletal health [Internet]. Who.int. [cited 2023 Nov 7]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>
62. Natoli JL, Manack A, Dean B, Butler Q, Turkel CC, Stovner L, et al. Global prevalence of chronic migraine: a systematic review. *Cephalalgia* [Internet]. 2010;30(5):599–609. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-2982.2009.01941.x>
63. Nicholas M, Vlaeyen JWS, Rief W, Barke A, Aziz Q, Benoliel R, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic primary pain. *Pain* [Internet]. 2019;160(1):28–37. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001390>
64. Onwumere J, Stubbs B, Stirling M, Shiers D, Gaughran F, Rice AS, de C Williams AC, Scott W. Pain management in people with severe mental illness: an agenda for progress. *Pain*. 2022 Sep 1;163(9):1653–60
65. Paice JA. Chronic treatment-related pain in cancer survivors. *Pain* [Internet]. 2011;152(3 Suppl):S84–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2010.10.010>
66. Pain Alliance EU. Pain and stigma survey [Internet]. Pain Alliance Europe. 2019 [cited 2024 Feb 21]. Available from: <https://pae-eu.eu/pain-and-stigma-survey/>
67. Peery AF, Dellon ES, Lund J, Crockett SD, McGowan CE, Bulsiewicz WJ, et al. Burden of gastrointestinal disease in the United States: 2012 update. *Gastroenterology* [Internet]. 2012;143(5):1179–1187.e3. Available from: <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2012.08.002>
68. Peng K-P, Oppermann T. Orofacial pain disorders: An overview and diagnostic approach. *Cephalalgia Rep* [Internet]. 2022;5:251581632210973. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/25158163221097349>
69. Perrot S, Cohen M, Barke A, Korwisi B, Rief W, Treede R-D, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic secondary musculoskeletal pain. *Pain* [Internet]. 2019;160(1):77–82. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001389>
70. Phillips CJ. The cost and burden of chronic pain. *Rev Pain* [Internet]. 2009;3(1):2–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/204946370900300102>
71. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises: Concepts, challenges, and compromises. *Pain* [Internet]. 2020;161(9):1976–82. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>
72. Riedl A, Schmidtman M, Stengel A, Goebel M, Wisser A-S, Klapp BF, et al. Somatic comorbidities of irritable bowel syndrome: a systematic analysis. *J Psychosom Res* [Internet]. 2008;64(6):573–82. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.02.021>
73. Romero-Reyes M, Uyanik JM. Orofacial pain management: current perspectives. *Journal of pain research*. 2014 Feb 21:99–115.
74. Schaefer R, Hausteiner-Wiehle C, Häuser W, Ronel J, Herrmann M, Henningsen P. Non-specific, functional, and somatoform bodily complaints. *Dtsch Arztebl Int* [Internet]. 2012;109(47):803–13. Available from: <http://dx.doi.org/10.3238/arztebl.2012.0803>
75. Scholz J, Finnerup NB, Attal N, Aziz Q, Baron R, Bennett MI, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic neuropathic pain. *Pain* [Internet]. 2019;160(1):53–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001365>
76. Schug SA, Lavand'homme P, Barke A, Korwisi B, Rief W, Treede R-D, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic postsurgical or posttraumatic pain: Chronic postsurgical or posttraumatic pain. *Pain* [Internet]. 2019;160(1):45–52. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001413>

77. Schwartz BS, Stewart WF, Simon D, Lipton RB. Epidemiology of tension-type headache. JAMA [Internet]. 1998;279(5):381-3. Available from: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.279.5.381>
78. Seretny M, Currie GL, Sena ES, Ramnarine S, Grant R, MacLeod MR, et al. Incidence, prevalence, and predictors of chemotherapy-induced peripheral neuropathy: A systematic review and meta-analysis. Pain [Internet]. 2014;155(12):2461-70. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2014.09.020>
79. Silva MAG, Pantoja LLQ, Dutra-Horstmann KL, Valladares-Neto J, Wolff FL, Porporatti AL, et al. Prevalence of degenerative disease in temporomandibular disorder patients with disc displacement: A systematic review and meta-analysis. J Craniomaxillofac Surg [Internet]. 2020;48(10):942-55. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcms.2020.08.004>
80. Small C, Laycock H. Acute postoperative pain management: Acute postoperative pain management. Br J Surg [Internet]. 2020;107(2):e70-80. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/bjs.11477>
81. Stubbs B, Eggermont L, Mitchell AJ, De Hert M, Correll CU, Soundy A, Rosenbaum S, Vancampfort D. The prevalence of pain in bipolar disorder: a systematic review and large-scale meta-analysis. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2015 Feb;131(2):75-88
82. Stubbs B, Gardner-Sood P, Smith S, Ismail K, Greenwood K, Patel A, Farmer R, Gaughran F. Pain is independently associated with reduced health related quality of life in people with psychosis. Psychiatry research. 2015 Dec 15;230(2):585-91.
83. Stubbs B, Mitchell AJ, De Hert M, Correll CU, Soundy A, Stroobants M, Vancampfort D. The prevalence and moderators of clinical pain in people with schizophrenia: a systematic review and large scale meta-analysis. Schizophrenia research. 2014 Dec 1;160(1-3):1-8.
84. Tanaka E, Detamore MS, Mercuri LG. Degenerative disorders of the temporomandibular joint: etiology, diagnosis, and treatment. J Dent Res [Internet]. 2008;87(4):296-307. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/154405910808700406>
85. Terminology [Internet]. International Association for the Study of Pain (IASP). International Association for the Study of Pain; 2021 [cited 2023 Nov 7]. Available from: <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/>
86. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). Cephalalgia 2013;33:629-808. 2013;33:629-808.
87. The Societal Impact of Pain (SIP), Barke A, Cano Palomares A, Cameron P, Forget P, Ryan D, et al. Why do we need to implement the ICD-11? When pain science and practice meet policies. Eur J Pain [Internet]. 2022;26(9):2003-5. Available from: <https://europeanpainfederation.eu/wp-content/uploads/2023/03/European-Journal-of-Pain-2022-Why-do-we-need-to-implement-the-ICD%E2%80%9011-When-pain-science-and-practice-meet-policies.pdf>
88. Treede R-D, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11): The IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). Pain [Internet]. 2019;160(1):19-27. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001384>
89. Truini A, Spallone V, Morganti R, Tamburin S, Zanette G, Schenone A, et al. A cross-sectional study investigating frequency and features of definitely diagnosed diabetic painful polyneuropathy. Pain [Internet]. 2018;159(12):2658-66. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001378>
90. Understanding the cause of pain, what to expect during treatments combined with personalised pain management techniques are of patient preference. Bender et al; 2008.
91. Valesan LF, Da-Cas CD, Réus JC, Denardin ACS, Garanhani RR, Bonotto D, et al. Prevalence of temporomandibular joint disorders: a systematic review and meta-analysis. Clin Oral Investig [Internet]. 2021;25(2):441-53. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s00784-020-03710-w>
92. van Hecke O, Austin SK, Khan RA, Smith BH, Torrance N. Neuropathic pain in the general population: A systematic review of epidemiological studies. Pain [Internet]. 2014;155(4):654-62. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2013.11.013>
93. Veves A, Backonja M, Malik RA. Painful diabetic neuropathy: epidemiology, natural history, early diagnosis, and treatment options. Pain Med [Internet]. 2008;9(6):660-74. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1526-4637.2007.00347.x>
94. Visceral pain [Internet]. International Association for the Study of Pain (IASP). International Association for the Study of Pain; 2021 [cited 2023 Nov 7]. Available from: <https://www.iasp-pain.org/advocacy/global-year/visceral-pain/>

95. Volpi, A., Gross, G., Hercogova, J. et al. Current Management of Herpes Zoster. Am J Clin Dermatol 6, 317-325 (2005). <https://doi.org/10.2165/00128071-200506050-00005>
96. Vos T, Lim SS, Abbafati C, Abbas KM, Abbasi M, Abbasifard M, et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The lancet. 2020;396:1204-22.
97. Weir PT, Harlan GA, Nkoy FL, Jones SS, Hegmann KT, Gren LH, et al. The incidence of fibromyalgia and its associated comorbidities: a population-based retrospective cohort study based on International Classification of Diseases, 9th Revision codes: A population-based retrospective cohort study based on international classification of diseases, 9th revision codes. J Clin Rheumatol [Internet]. 2006;12(3):124-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/01.rhu.0000221817.46231.18>
98. What is Chronic Primary Pain? [Internet]. European Pain Federation. 2023 [cited 2023 Nov 7]. Available from: <https://europeanpainfederation.eu/what-is-chronic-primary-pain/>
99. What is CRPS? [Internet]. European Pain Federation. 2023 [cited 2024 May 7]. Available from: <https://crps.europeanpainfederation.eu/what-is-crps/>



European Pain Federation EFIC®, Rue de Londres - Londenstraat 18, B1050 Bryssel. Avoimuusrekisteri nro. 3510244568-04

SIP-foorumi (Societal Impact of Pain) eli kivun yhteiskunnallista vaikutusta koskeva foorumi on Euroopan kipuliiton EFIC:n ja Pain Alliance Europen (PAE) johtama sidosryhmien välinen kumppanuushanke, jonka tavoitteena on lisätä tietoisuutta kivusta ja muuttaa kipupolitiikkaa. SIP-foorumin tieteellisistä puitteista vastaa EFIC, ja molemmat osapuolet määrittelevät hankkeen strategisen suunnan. Lääkeyhtiöt Grünenthal GmbH ja GSK ovat SIP-foorumin pääsponsorit.