

13th World Congress of Pain Satellite symposium:
Moving the Pain Education Agenda Forward

Hoidetaanko koirasi kipua paremmin kuin omaasi?

Toronto, Kanada 26.–27.8.2010

Ensimmäinen kansainvälinen kipukoulutuksen symposium järjestettiin Torontossa, Kanadassa 26.–27.8.2010. Ajankohta oli valittu siten että kokous toimi muutamaa päivää myöhemmin Montrealissa olevan 13. kivun maailmakongressin satelliittina. Paikalle oli saapunut yli 90 osanottajaa 16 maasta. Kokouksen puheenjohtaja ja pääideologi oli kipukoulutuksen asiantuntija Lawrence S. Bloomberg -tiedekunnan emerita-professori Judy Watt-Watson. Suurin osa osallistujista oli Pohjois-Amerikasta, Skandinavian edustus jäi kahteen henkilöön (toinen heistä Norjasta). Useimmat osallistajat jatkoivat Montrealissa pidettävään IASP:n kokoukseen, vaikka yhdessä näistä kahdesta kokouksesta tuli varsin pitkä poissaolo töistä lukukauden juuri alkaessa. Opiskelijoiden paluu olikin aistittavissa Toronton yliopiston laajalla kampuksella, vaikka 75 000 opiskelijaa maastoutui-kin hyvin neljän miljoonan asukkaan kaupunkiin.

Koulutussymposium oli saanut alkunsa muutaman innostuneen kouluttajan aloitteesta. Tarkoituksena on saada perustetuksi IASP:n uusi special interest group (SIG) ja siinä myöhemmin onnistuttiinkin. Tähän vaadittavien nimikirjoitusten lista täyttyi nopeasti. Tällaiselle viralliselle työryhmälle on tarvetta, sillä kaikki kipuopetusta koskevat tutkimukset ja selvitykset osoittavat sen olevan varsin puutteellista. Judy Watt-Watson työtovereineen oli tehnyt selvityksen kanadalaisten terveydenhuoltoalan oppilaitosten ilmoittamista kipukoulutukseen käytetyistä tunteista. Tulos oli murskaava vaikka onkin muistettava, että suurin osa opetuksesta on integroitu muun opetuksen joukkoon ja tunteja on vaikea täsmällisesti erotella (Taulukko 1). Valitettavasti kysymys ei ole vain tunteista vaan myös kivunhoidon pätevyysvaatimuksista, joita ei ole määritetty. Lehdistö ihastui siihen ja Judyn esityksessään siteeraaman artikkelin otsikon kysymyksen esit-

ti moni muukin: ”Hoidetaanko lemmikkien kipua paremmin kuin isäntien?”

Puutteellinen kivunhoidon koulutus

Professori Barry Sessle Torontosta pohti esityksessään, että kipututkijatkin saattavat olla syyllisiä puutteelliseksi koettuun kivunhoitoon. Kipututkimus edistyy vauhdilla reseptorien tasolla sekä kivuntamisen, kipukäyttäytymisen, psykologien ja farmakologian alalla, mutta koulutuksen puute on yleismaailmallinen ongelma. Kokouksen varapuheenjohtaja, tri Eloise Carr Bornemouthista, Englannista oli tehnyt pikaisen laskelman IASP:n vuoden 2010 kongressiabstrakteista. Näistä 1951 abstraktista kokonaista 11 käsitteli kivunhoidon koulutusta (=0,0007 %) eikä niistä ainoakaan ollut Euroopasta (3 Pohjois-Amerikasta, 1 Australiasta ja loput kehittyvistä maista). Tämä ei valitettavasti ole sattumaa eikä se liittynyt satelliittisymposio-

siumiimme lähetettyjen abstraktien määrään, sillä sama suuntaus on ollut havaittavissa aiemmissakin IASP:n kongresseissa.

Eri selvitysten mukaan 20–30 % väestöstä kärsii kroonisesta kivusta ja väestön ikääntymisen myötä ongelman odotetaan pahenevan. Puutteellisen hoidon osatekijöiksi voidaan nimetä vähäinen tietoisuus kivusta ja sen sosioekonomisista seurauksista, terveydenhuollon henkilökunnan riittämätön tietopohja, potilaiden vaikeus saada oikea-aikaista hoitoa koviin kipuihinsa sekä kipututkijoiden suhteellisen vähäinen määrä sekä heidän kohtaamansa rahoitusvaikeudet. Väestön ikääntyminen luo tarpeita teollisuusmaissa, mutta tilanne kehittyvissä maissa on vielä pahempi. Vaikka IASP on stipendien ym. tuen avulla pyrkinyt auttamaan kehittyvien maiden opiskelijoita, koulutuksen saatavuus on silti IASP:n vuonna 2007 tekemässä selvityksessä nimetty 91 % vastauksessa näiden maiden suurimmaksi ongelmaksi. Pulaa on myös kipulääkkeistä ja rahasta ostaa niitä, vaikka morfiinigramman hinta kuulosti suomalaisen korviin hyvin alhaiselta.

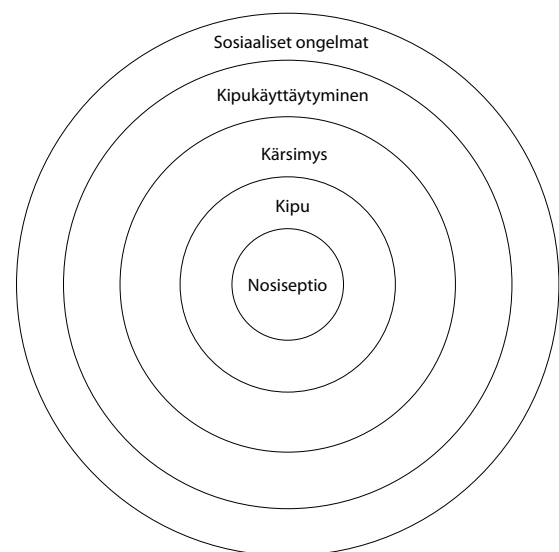
Tässäpä on suuri määrä ongelmia, joihin lähdimme hakemaan vastauksia kaksipäiväisessä symposiumissamme. Yliopistotasoisien koulutuksen osatekijöitä ovat tutkimuksen avulla saatu näyttö, taidot ja asenteet sekä kyky asettaa asiat oikeisiin yhteyksiinsä (tieto /uskomukset, kulttuuri /yhteiskunta). Kaikkea on vaikea korjata yhdellä kertaa, joten monissa puheenvuoroissa korostui tarve keskittyä pätevyyteen ja käytännön sovelutuksiin tiedonlisäyksen sijasta. Opetusohjelmat ovat tiukasti säädeltyjä, mutta opettajilla on mahdollisuus vaikuttaa omaan opetukseensa painottamalla tehokkaiksi todettuja tai kokeilemalla innovatiivisia opetusmenetelmiä. Tässä esteen usein muodostaa oppilaitosten vallitseva kulttuuri. Tri Emma Briggs, Eloise Carrin tutkimusryhmän jäsen, esitteli Britanniassa tehtyä selvitystä käytetyistä opetusmuodoista. Kipuopetuksen määrä ja tuntien jakautuminen on hyvin samanlainen kuin Kanadassa tehdyssä selvityksessä ja perinteinen luen-

to-opetus on tavallisinta (87,8 %, potilastapaukset 78,4 %). Ongelmalähtöistä oppimista käytetään 41,8 % ja sähköistä oppimista 39,2 % oppilaitoksista. Suurin osa opetuksesta käsittelee neurofysiologiaa ja parhaiten määritellyt pätevyysvaatimukset on Englannissakin asetettu eläinlääkäreille...

Kipukoulutusmallit

Symposiumin kiinnostavinta antia olivat abstraktien esittelemät kipukoulutusmallit. Sähköisiä oppimisalustoja on markkinoilla useita ja ne periaatteessa sopivatkin hyvin itseohjautuville oppijoille ja olemassa olevan ammattitaidon ylläpitämiseen. Vaikka ohjelmistoja mainostettiin interaktiivisiksi, oppija on samassa asemassa kuin tietokonepelin pelaaja eli opettajaa ei ohjelmiin kuulu ja opiskelu on aika yksinäistä. Tri Philip Siddallin, IASP:n kiputyöryhmän puheenjohtajan, esittämä etäopiskeluun perustuva kivunhoidon Masterkoulutusohjelma oli askel tästä eteenpäin. Koulutusohjelman korkea hinta varmasti kasvattaa opiskelijoiden motivaatiota, sillä kahden viikon lähiopetusta lukuun ottamatta koko kaksivuotinen koulutus suoritetaan sähköistä oppimisalustaa käyttäen. Innovatiivisena mallina esiteltiin myös kroonista kipua sairastavien potilaiden koulutusta.

Vuorovaikutuskoulutus tuli esiin monessa puheenvuorossa: ”Kipu tuntuu elimistössä, kärsimys on koko ihmisen ongelma” (Kuva 1). Koska krooninen kipu ja masennus usein kulkevat yhdessä, haastavaa käyttäytymistä saatetaan tavata kipupotilailla yleisemmin kuin väestöllä keskimäärin. Tämä saattaa viedä harhateille, jollei lääkrillä ole



Kuva 1. Tri Roman Joveyn esittämä kaavio kivun ja kärsimyksen suhteista.

Taulukko 1. Kanadalaisten oppilaitosten ilmoittamat kipukoulutukseen käytetyt tunnit (Watt-Watson ym. 2009).

Koulutusohjelma	Tuntia (keskiarvo)	Vaihteluväli
Hammaslääketiede	15	0–24
Lääketiede	16	0–38
Hoitotiede	31	0–109
Fysioterapia	41	18–69
Eläinlääketiede	87	27–200

keinoja arvioida potilaan selviytymiseen liittyviä asioita. Tri Roman Jovey esitteli perusterveydenhuoltoon kehittämänsä kouluttajasairaanhoidajiin perustuvan ohjelmansa. Siinä hoitaja seuraa yksittäisen terveyskeskuslääkärin työskentelyä ja auttaa häntä ottamaan erilaiset kipumittarit osaksi työhön. Ohjelma kuulosti hienolta ja opiskelijalähtöiseltä, mutta ongelmiakin oli. Potilaita saatettiin varata päivälle liian monta, hoitajalle ei ollut omaa työtilaa, lääkäri oli liian kiireinen ottaakseen vastaan palautetta. Hienoa ohjelmassa oli, että koulutajat seurasivat opitun siirtymistä käyttöön. Mittarit jäivät osaksi päivittäistä työtä, potilaalle koitua hyötyä ei vielä pystytty osoittamaan.

Posterit

Posterinäyttely oli sijoitettu samaan aulaan kahvitarjoilun kanssa ja aikaa oli varattu verkostoitumiselle ja posterikerroille. Postereista 7/25 käsitteli erilaisia perusopetuksessa käytettyjä moniammatillisen koulutuksen malleja. Posterit olivat tasoltaan vaihtelevia, mutta tulokset olivat pääsääntöisesti rohkaisevia. On tärkeää totuttaa opiskelijoita moniammatilliseen päätöksentekoon jo varhaisessa vaiheessa. Tämä on tärkeää etenkin lääkäreille, jotka oppivat ottamaan johdon käsiinsä ja tekemään päätöksiä yksin. Hoitohenkilökunta taas op-

pii työskentelemään ja päättämään asioita ryhmässä. Oman ammatillisen roolin lisäksi on hyvä oppia ymmärtämään muitakin päätöksentekotapoja ja ammatillisia kulttuureja^{1,2}.

Kokonaisuutena symposiumista jäi positiivinen kuva. Osallistujia oli juuri sen verran, että kotoisa ilmapiiri säilyi. Tuttuuden tunnetta lisäsi nimilappu, johon oli suurella fontilla tulostettu etunimi ja sukunimi näkyi selvästi pienempänä. Kaikki tunsivat jonkun, joka puolestaan esitteli omille uusille ja vanhoille tutuilleen. Kaikkien kivun hoitoon liittyvien ammattikuntien edustajia oli paikalla ja koska kaikkien osaamista hyödynnettiin, saimme todellista moniammatillista kipukoulutusta. □

Viitteet

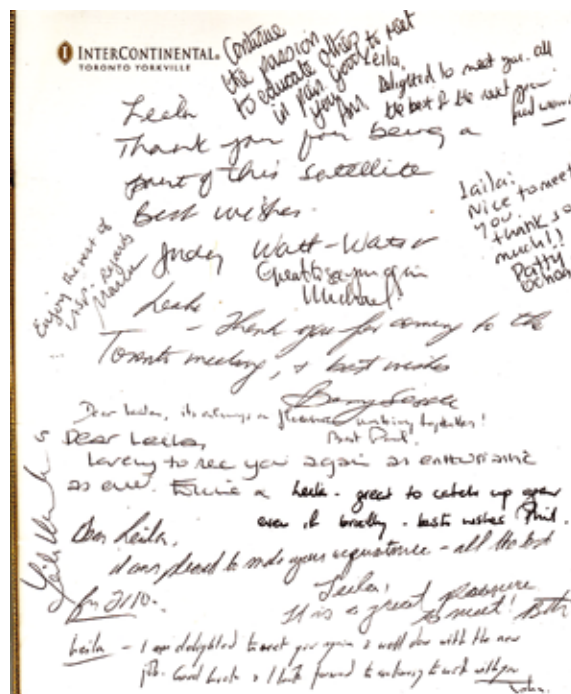
1. Hall P. Interprofessional teamwork: professional cultures as barriers. Journal of Interprofessional Care 2005;May, Supplement 1: 188-96.
2. Clark PG. What would a theory of interprofessional education look like? Some suggestions for developing a theoretical framework for teamwork training. Journal of Interprofessional Care 2006; 20: 577-89.

Leila Niemi-Murola

LKT, erikoislääkäri, kliininen opettaja
Anestesiologian ja tehohoidon klinikka

HY, HYKS

leila.niemi-murola[a]hus.fi



Illallisen ruokalista oli niin hieno, että halusin säilyttää sen. Tri German Ochoa piti ajatusta hyvänä ja keräsi itselleen ja minulle myös kaikkien osallistujien nimikirjoitukset.