



Työterveyslaitos | Arbetshälsöinstitutet
Finnish Institute of Occupational Health

Ympäristöherkkyyden hoidon ja kuntoutuksen järjestäminen Suomessa

Markku Sainio
Kirsi Karvala





Työterveyslaitos | Arbetshälsoinstitutet
Finnish Institute of Occupational Health

Ympäristöherkkyyden hoidon ja kuntoutuksen järjestäminen Suomessa

Markku Sainio & Kirsi Karvala

Työterveyslaitos

Helsinki



Työterveyslaitos

PL 40

00032 Työterveyslaitos

www.ttl.fi

© 2016 Työterveyslaitos ja kirjoittajat

Tämän teoksen osittainenkin kopiointi on tekijänoikeuslain (404/61, siihen myöhemmin tehtyine muutoksineen) mukaisesti kielletty ilman asianmukaista lupaa.

ISBN 978-952-261-887-0 (PDF)



SISÄLLYS

1	Toimeksianto	5
1.1	Toteuttajat	5
2	Mitä ympäristöherkkyys on	6
3	Ympäristöherkkyys potilaiden kokemana	8
4	Ympäristöherkkyyden yleisyys	9
5	Ympäristöherkkyyden tunnistuksen ja hoidon nykytila	10
6	Ympäristöherkkyyden hoitomahdollisuudet	11
7	Ympäristöherkkyyden hoitomallit ulkomailla - Århusin ja Nova Scotian malli	13
7.1	Århusin malli.....	13
7.1.1	Hoidon porrastus.....	14
7.1.2	Hoidon sisältö.....	14
7.1.3	Hoidon sisältö erikoisyksikössä (STreSS-malli).....	15
7.1.3	Sovellettavuus Suomeen.....	16
7.2	Nova Scotian malli.....	17
7.2.1	Hoidon peruseriaatteet.....	17
7.2.2	Hoidon sisältö.....	18
7.2.3	Toiminnan tuloksellisuuden seuranta	20
7.2.4	Sovellettavuus Suomeen.....	20
8	Ehdotus Suomen malliksi	22
8.1	Ympäristöherkkyyden hoidon porrastus.....	23
8.2	Tarvittavat toimet	25
8.2.1	Koulutus	25
8.2.2	Materiaalia lääkärille ja potilaalle ympäristöherkkyydestä.....	26
8.2.3	Hoidon varmistaminen sote-alueilla (maakunnat)	26
8.2.4	Erytisyksikön / -yksikköjen perustaminen.....	26



8.2.5 Työterveyshuollot työkyvyn tukijoina.....	27
8.2.6 Vertaistukijärjestöjen kuuleminen	27
8.2.7 Kehittäminen ja seuranta	27
8.2.8 Tutkimus.....	27
9 Viitteet	28



1 TOIMEKSIANTO

Ympäristöherkkyys voi aiheuttaa merkittävää kärsimystä ja haittaa. Useat suomalaiset ja eurooppalaiset tahot, mukaan lukien Euroopan parlamentti, ovat esittäneet, että ympäristöherkkyyteen tulisi kiinnittää aiempaa enemmän huomiota. Sosiaali- ja terveystministeriön ympäristöherkkyyden verkosto on todennut, että ympäristöherkkyyden tunnistusta terveydenhuollossa tulee parantaa ja hoitomalleja kehittää.

Sosiaali- ja terveystministeriön toimeksiannosta laadimme ehdotuksen ympäristöherkkyyden hoidon ja kuntoutuksen järjestämisestä Suomessa.

1.1 Toteuttajat

Markku Sainio, neurologian erikoislääkäri ja dosentti, ylilääkäri, Työterveyslaitos

Kirsi Karvala, LT, yleislääketieteen ja työterveyshuollon erikoislääkäri, työlääketieteen lisäkoulutus, ylilääkäri, Työterveyslaitos



2 MITÄ YMPÄRISTÖHERKKYYS ON

Ympäristöherkkyydessä potilas saa ympäristötekijöihin liittyen laaja-alaisia, haittaavia oireita, joita eivät selitä ympäristötekijöiden tunnetut fysikaaliset, toksikologiset tai allergologiset vaikutukset. Oireet ilmenevät ympäristötekijöiden tavanomaisilla altistumistasoilla. WHO:n asiantuntijaryhmän linjauksen (1996) mukaan tätä tulee nimittää ympäristöherkkyydeksi (idiopathic environmental intolerance, IEI), joka sisältää monikemikaaliherkkyyden, sähköherkkyyden ja muihin altisteisiin (mm. homeisiin) liittyvän ympäristöherkkyyden (IPCS 1996). Samoilla henkilöillä esiintyy ympäristöherkkyyttä eri tekijöille (kemikaalit, homeet, sähkö jne) (Palmquist ym., 2014).

Oireita on useasta elinjärjestelmästä. Ympäristöherkkyys on kehityttyään pitkäaikainen. Seurantatutkimuksissa osalla oireisto laajenee ja voimistuu, osalla se palautuu (Black ym., 2001; Edvardsson ym., 2008; Palmquist ym, käsikirjoitus 2016). Oireistosta voi seurata huomattavia elämäntapojen tai toimintakyvyn rajoituksia, esim. vaikeus käydä töissä tai osallistua päivittäisiin toimintoihin.

Viime vuosina ympäristöherkkyyden mekanismeja on opittu tuntemaan aikaisempaa paremmin (Sainio ja Karvala, käsikirjoitus lähetetty julkaistavaksi 2016). Potilaiden kuvaamia laaja-alaisia oireita eivät selitä ympäristötekijöiden tunnetut toksikologiset tai fysikaaliset vaikutukset, eikä kehity elinvaurioita tai pysyviä patofysiologisia muutoksia (Hetherington ja Battershill, 2013). Tällä hetkellä käsitys on, että oireisto on seurausta keskushermoston herkistymisestä, joka johtaa automaattiseen tarkkaavuuden kohdentamiseen vaaravihjeisiin, aistimusten vahvistumiseen (aistiherkkyys ja somatosensorinen amplifikaatio) ja suojamekanismien laukeamiseen tavallista herkemmin (Yunus, 2015; Dantoft ym., 2015; Frias, 2016). Keskushermoston herkistyminen aiheuttaa toiminnallisia oireita sekä johtaa automaattiseen että tietoiseen välttämiskäyttäytymiseen. Keskushermoston herkistymiselle on lukuisia altistavia, laukaisevia ja ylläpitäviä tekijöitä (Kuva 1).



Kuva 1. Ympäristöherkkyyden ja muiden toiminnallisten häiriöiden mekanismit.

Oirekuvaltaan ja -mekanismeiltaan ympäristöherkkyys kuuluu toiminnallisten häiriöiden ryhmään, kuten fibromyalgia, tensiopäänsärky, ärtynyt paksusuoli, toiminnallinen unettomuus ja krooninen väsymysoireyhtymä (Watanabe ym., 2003; Lacour ym., 2005; Bailer ym., 2005, Das-Munshi, 2007). Niille on tunnusomaista laaja-alaiset epäspesifiset oirekuvat, jotka aiheuttavat merkittävää haittaa, vaikka objektiiviset sairauslöydökset ovat vähäisiä. Toiminnalliset häiriöt ovat taustaltaan monitekijäisiä. Sekä ruumiilliset että henkiset osatekijät ovat aina mukana kuten muissakin sairauksissa. Ympäristöherkkyyteen liittyy myös merkittävä yhteiseiintyvyys psykiatristen, muiden toiminnallisten ja hengitystiesairauksien kanssa (Jason ym., 2001; Bornschein ym., 2002; Lacour ym., 2005; Eis ym., 2008).



3 YMPÄRISTÖHERKKYYS POTILAIEN KOKEMANA

Sisäilmasta oireilevien kuvauksia oireistaan on mm. Hengitysliiton julkaisussa *Sisäilmasta sairastuneiden selviytymisen ja syrjäytymisen kokemuksia* (Mäki ja Nokela, 2014) sekä Homepakolaiset ry:n verkkosivuilla otsikolla *Sisäilmasairaana polku*. Sähköherkkyydessä kuvataan samantlaisia haittoja (Hagström ym., 2015)

Oireilu johtaa arkielämän muutoksiin ja rajoituksiin, joillakin myös taloudellisiin vaikeuksiin. Useat kokevat, että heidän oireilunsa kyseenalaistetaan ja että he eivät saa tukea työnantajalta eivätkä terveydenhuollosta. Epävarmuus diagnoosista pahentaa tilannetta. Selviytymiskeinoja ovat laukaisevien tekijöiden välttäminen ja ympäristön saneeraus. Altisteiden välttäminen voi olla niin hankalaa, että arjesta selviäminen ja arkisten asioiden hoitaminen vie henkilön kaiken ajan ja huomion. Oireista palautuminen on hidasta, ja hyvin pienet määrät altisteita aiheuttavat voimakkaita ja pitkäkestoisia oirejaksoja siinä määrin, että normaali elämä rajoittuu huomattavasti. Vaikeasti oireileva ympäristöherkkä kärsii kroonistuneesta ja vakava-asteisesta herkistymistilasta, johon hän epäilee liittyvän muita kroonisia liitännäissairauksia ja elinvaurioita.



4 YMPÄRISTÖHERKKYYDEN YLEISYYS

Oireiluerkkyys tietyissä ympäristöissä on jatkumo lievästä sietokyvyn heikentymisestä (esim. tietyille hajuille) invalidisoivaan toimintakykyä heikentävään oireistoon. Sietokyvyn heikentymisen ja ympäristöherkkyyden raja on määrittelykysymys, mutta mitä enemmän oireiluun liittyy toimintakyvyn heikentymistä, sitä todennäköisemmin on kyse ympäristöherkkyydestä.

Ympäristötekijöistä oireita saavien määrä vaihtelee sen mukaan, miten sitä eri tutkimuksissa on kysytty ja missä väestöryhmässä tutkittu. Väestötutkimuksissa kemikaaliherkkyyden yleisyys vaihtelee 0.5-45% (Das-Munshi ym., 2007, Berg ym., 2008). Tanskalaisessa satunnaisesti valitussa väestöotoksessa 45% ilmoitti sietokyvyn heikentymisestä kemikaaleille, 27% sai oireita kemikaaleista, 3.3% oli joutunut tekemään muutoksia toimintaansa vapaa-ajalla tai töissä, ja 0.5% näissä molemmissa (Berg ym., 2008). Yleisyydestä Suomessa ei ole julkaistu lukuja, mutta julkaisemattomat havainnot ovat samansuuntaisia kuin Tanskassa ja muualla maailmassa.

Ympäristöherkkyydessä, johon liittyy toimintakyvyn rajoittuminen ja heikentyminen, on tarve ohjaus- ja tukitoimille. Oireistolle on tyypillistä laajeneminen ja kroonistuminen, joten tavoitteena on myös preventio ja varhainen puuttuminen. Arviota hoito- ja tukitoimenpiteitä vaativan ympäristöherkkyyden yleisyydestä ei ole. Tanskalaiseen tutkimukseen pohjautuen ainakin josain määrin heikentynyt toimintakyky on noin 3%:lla (joutunut tekemään muutoksia vapaa-ajalla tai töissä) ja sitä vaikeampi toimintakyvyn heikentyminen on 0,5 %:lla väestöstä (joutunut tekemään muutoksia sekä vapaa-ajalla että työssä) (Berg ym., 2008).



5 YMPÄRISTÖHERKKYYDEN TUNNISTUKSEN JA HOIDON NYKYTILA

Vuoden 2015 alusta ympäristöherkkyys lisättiin suomalaisen ICD-10-tautiluokitukseen oireistoa kuvailevalla nimikkeellä ”R68.81: Jatkuva tai toistuva poikkeuksellinen herkkyys ympäristön tavanomaisille tekijöille”. Uusi oirenimike selkeyttää ja yhtenäistää potilaan tilan määrittelyä sekä mahdollistaa tunnistus-, tutkimus- ja hoitokäytäntöjen ohjeistuksen ja esiintyvyyden seurannan. Tunnistuksen ja tuen mahdollistamiseksi on nyt laadittu ohjeet terveydenhuoltoon (Sainio ja Karvala, käsikirjoitus lähetetty julkaistavaksi 2016), jotka painottavat terveyden, työ- ja toimintakyvyn tukemista.

Tunnistuksen myötä tulee tarve määrittää toimet työ- ja toimintakyvyn tukemiseksi. Ympäristöherkkyydelle ei Suomessa toistaiseksi ole hoitopolkua millään tasolla. Suomessa tilanne on samanlainen myös useassa muussa toiminnallisessa häiriössä, joista osan tunnistus ja hoito on ohjeistettu paremmin (esim. fibromyalgia), ja osan heikommin (esim. krooninen väsymysoireyhtymä). Ympäristöherkkyyden ja muiden toiminnallisten häiriöiden hoidon osalta tilanne on pitkälti samanlainen myös muualla maailmassa.

Toiminnallisten häiriöiden hoidon ohjeistus on selvästi vaikeampaa kuin vakiintuneissa sairauksissa/häiriöissä. Sovittuja hoitoketjuja ei ole. Hoidon järjestelyissä on suuria alueellisia ja paikallisia eroja. Häiriöille ei ole spesifistä hoitoa tai vakiintunutta hoitokäytäntöä. Ei ole omia erityispoliklinikoita tai työryhmiä. Potilaat hajautuvat eri erikoisaloille sen mukaan, mitkä ovat pääasiallisia oireita. Erikoisaloilla etsitään spesifisiä sairauksia, ja kun niitä ei löydy, potilas ei saa selitystä oireilleen. Kun päädytään toiminnallisen häiriön diagnoosiin, potilaan saattaa olla sitä vaikea hyväksyä, eikä sellaista hoitoa ole välttämättä tarjolla, johon potilas voisi sitoutua, tai potilaat eivät ota vastaan tietynlaista hoitoa, kuten psykoterapiaa. Tämä on tunnusomaista vaikeasteisille toiminnallisille häiriöille. Hoitokäytäntöjen puute antaa tilaa tulkinnoille, turhille tutkimuksille ja näyttöön perustumattomille hoidoille. Ympäristöherkkyydessä terveydenhuollon järjestelmä voi ylläpitää potilaiden sairaanroolia määräämällä pitkille sairauslomille altistumisen välttämiseksi.



6 YMPÄRISTÖHERKKYYDEN HOITOMAHDOLLISUUDET

Ympäristöherkkyys on tunnistettavissa ja potilaita voidaan auttaa. Tieto oireiden monitekijäisestä luonteesta ja taustalla olevista fysiologisista mekanismeista lisää mahdollisuuksia hoito- ja tukitoimiin. Vaikka ympäristöherkkyydellä on taipumus kroonistua, ympäristöherkkyydessä ei kehity elinvaurioita tai pysyviä patofysiologisia muutoksia. Tieto oireiden palautuvuudesta on hoidon kannalta oleellista.

Ympäristöherkät raportoivat hyötyvänsä erilaisista hoidoista, kuten oireiden aiheuttajaksi epäiltyjen tekijöiden välttäminen ja elintapamuutokset, joiden oletetaan parantavan sietokykyä altisteille (Watanabe ym., 2003, Rubin ym., 2006, Hagström ym., 2013). Hyvin suunniteltuja, kontrolloituja tutkimuksia ei toistaiseksi kuitenkaan ole (NICNAS ja OCSEH, 2010).

Koska ympäristöherkkyyden oireisto ja taustamekanismit ovat samankaltaisia kuin toiminnallisissa häiriöissä, on todennäköistä, että niissä vaikuttaviksi todettuja hoitokeinoja voidaan hyödyntää myös ympäristöherkkyyden hoidossa.

Toiminnallisten häiriöiden hoitoon on kehitetty hoitomalleja, mm. Tanskassa ja Iso-Britanniassa, joissa on hoito ja sen porrastus ohjeistettu terveydenhuollon eri tasoilla (Danish College of General Practitioners 2013; National Health Service 2014). Tanskan Århusissa kehitetyssä toimintamallissa hoidetaan myös ympäristöherkkiä (Fink ja Rosendahl, 2015). Tanskan ja Ison-Britannian hoitomallit pohjautuvat ymmärrykseen oireiston palautuvasta psykofysiologisesta luonteesta. Toiminnallisissa häiriöissä oleellinen osa hoitoa perustuu psykologisiin teorioihin ihmisen mielen rakentumisesta ja toiminnasta (Fink ja Rosendahl, 2015). Kognitiiviset käyttäytymisterapiat on todettu vaikuttaviksi toiminnallisten oireiden ja häiriöiden hoidossa, joten niitä voidaan hyödyntää myös ympäristöherkkyyden hoidossa (van Dessel ym., 2014). Kognitiiviseen käyttäytymisterapian periaatteita voi hyödyntää lääkärin vastaanotolla tai potilas voidaan ohjata kognitiivista viitekehystä käyttävän psykologin tai muun terapeutin vastaanotolle.

Kanadan Nova Scotiassa on ympäristöherkkyyspotilaille kehitetty kuntoutusmalli, jota on sittemmin hyödynnetty erilaisten kroonisten tilojen ja toiminnallisten häiriöiden hoidossa. Kanadalaisen hoitomallin toimet kohdistuvat potilaan tarpeisiin ja toimintakyvyn rajoituksiin, eivätkä edellytä sairauden diagnoosia. Hoitomallin tavoite on parantaa työ- ja toimintakykyä tukien sairauden hallintaa ja sen kanssa pärjäämistä. Keskiössä on kuntouttava yksikkö, joka hyödyntää erilaisia hoitoja tilanteen mukaan, ml. psykologista stressiä vähentäviä käyttäytymisterapioita (Sampalli ym., 2009). Yksikkö on integroitunut terveydenhuoltojärjestelmään ja se tekee



yhteistyötä muiden hoitotahojen kanssa. Toimintamallin kehittäjät ovat julkaisseet tuloksia hoidon vaikuttavuudesta (Fox ym., 2008; 2010; Sampalli ym., 2012).

Oireilijalle altistumisen välttäminen on luonnollisin keino helpottaa oireitaan, mutta ympäristö-altisteiden välttäminen ja altistumiselta suojautumistoimet eivät kohdistu keskushermoston herkistymisen vähentämiseen. Mikäli keskushermoston herkistymistä ei saada vähennettyä, hermoston reaktiivisuus voi automaattisesti edetä siten, että oireet laukeavat yhä helpommin ja yhä useammasta tekijästä.

Ympäristöherkkyyden hoitoon ei Suomessa ole yhtenäisiä hoitosuosituksia, joten tietoon perustuvia hoitomalleja tarvitaan.



7 YMPÄRISTÖHERKKYYDEN HOITOMALLIT ULKOMAILLA - ÅRHUSIN JA NOVA SCOTIAN MALLI

Ympäristöherkkyyden hoidon toteuttamiseksi esitetään seuraavassa kaksi toimintamallia, Århusin ja Nova Scotian malli, jotka on osoitettu toimiviksi ja tuloksellisiksi. Nova Scotiassa on kehitetty hoitomalli ympäristöherkkyyteen, jolla kuntoutetaan nykyään myös erilaisia kroonisia oireyhtymiä ja toiminnallisia häiriöitä. Århusin toimintamalli on kehitetty toiminnallisiin häiriöihin, mukaan lukien ympäristöherkkyyteen.

Molemmissa toimintamalleissa erityisyksikössä hoidetaan ympäristöherkät, joilla on vaikea-asteinen toimintakyvyn häiriö ja rajoitukset. Århusin mallissa painotus on aikaisessa tunnistuksessa ja interventioissa jo perustasolla, jota tuetaan erityistason konsultaatioin. Århusin lähestymistapa vastaa toiminnallisten häiriöiden ohjeistusta Saksassa (Schaefer ym., 2012) ja Iso-Britanniassa (National Health Service 2014).

7.1 Århusin malli

Toiminnallisten häiriöiden ja psykosomaatiikan tutkimuskeskus (The Research Clinic for Functional Disorders and Psychosomatics) perustettiin vuonna 1999 Århusin kunnan viranomaisten ja Århusin yliopistollisen sairaalan aloitteesta. Laitos on osa Århusin yliopistollisen sairaalan neurokeskusta ja se on yhteydessä Århusin yliopistoon. Kliinisen ja tutkimuskokemuksen sekä näyttöön hoidon vaikuttavuudesta perustuen tutkimuskeskuksessa kehitettiin toiminnallisten häiriöiden tunnistuksen ja hoidon kolmiportainen malli. Mallin tavoitteena on lisätä tunnistusta ja vaikuttavan hoidon saatavuutta kaikilla terveydenhuollon tasoilla. Hoitomalli on kuvattu yksityiskohtaisesti oppikirjassa (Fink ja Rosendahl, 2015) ja internetistä vapaasti saatavilla olevassa materiaalissa (Danish College of General Practitioners 2013). Materiaalissa on annettu ohjeet kroonisista toiminnallisista oireista kärsivien potilaiden hoitoon, ml. tavoitteiden asettelu, somaattiset ja psyykkiset tutkimukset ja hoidot, psyykinen tuki ja vuorovaikutus, hallinnolliset toimet. Alun perin hoitomalli suunniteltiin perusterveydenhuoltoon, mutta nykyversiossaan malli soveltuu käytettäväksi kaikilla terveydenhuollon tasoilla.

Vaikeimpien toiminnallisten häiriöiden hoitoon on Århusin yliopistosairaalassa erikoisyksikkö (The Research Clinic for Functional Disorders and Psychosomatics) neurokeskuksen yhteydessä, jossa on hoidettu potilaita vuodesta 2005 lähtien. Vuonna 2011 keskus vastaanotti 514 lähetettyä ja otti hoitoon 215 potilasta. Yksikössä hoidetaan potilaita mm. seuraavilla diagnooseilla:



fibromyalgia, krooninen väsymysoireyhtymä, kaularangan piiskaniskuvamman jälkitila, CRPS-oireyhtymä, ympäristöherkkyys (sähköherkkyys, krooninen sisäilmaoireilu ja monikemikaaliherkkyys), lantion seudun kiputilat, pseudoepileptiset kohtaukset, tensionpäänsärky, ärtyvä paksusuoli ja somatisaatio. Tämä yksikkö on ensimmäisiä maailmassa, jossa hoidetaan pelkästään toiminnallisia häiriöitä, jonka vuoksi se toimii esimerkkinä lääketieteelliseen tutkimukseen ja kokemukseen perustuvasta mallista.

7.1.1 Hoidon porrastus

TOIMINNALLISET OIREET JA LIEVÄT TOIMINNALLISET HÄIRIÖT

Hoidetaan yleislääkärin tai työterveyslääkärin vastaanotolla. Oireiden normalisointi (oireet tavanomaisena kehon ja mielen reagoititapana), validoivat selitykset (potilaalle mielekäs, ymmärrettävä ja hänen selviytymistään vahvistava selitys oireenmuodostuksesta), biopsykososiiaalinen lähestymistapa.

KESKIVAIKEAT TOIMINNALLISET HÄIRIÖT

Hoidetaan yleislääkärin tai työterveyslääkärin vastaanotolla. Validoivat selitykset ja TERM-malli (The Extended Reattribution and Management model, Oireiden uudelleentulkinta ja hallinta). Harkitse keskusteluapua ja säännöllisiä tapaamisia. Monimutkaisissa tapauksissa tee yhteistyötä erikoislääkärin kanssa, joka vastaa arviosta, hoitosuunnitelmasta ja ohjauksesta.

VAIKEAT TOIMINNALLISET HÄIRIÖT

Hoidetaan erikoissairaanhoidon yksikössä. Monimutkaisissa tapauksissa tarvitaan monitieteellistä (useiden erikoisalojen välistä) hoitoa. Muissa tapauksissa yleislääkärin ja erikoislääkärin yhteistyössä toteutuva hoito. Kognitiivisbehavioraalinen terapia ja ohjattu asteittainen etenevä toimintakyvyn lisääminen ja välttämistarpeen vähentäminen. Harkitse lääkehoitoa.

7.1.2 Hoidon sisältö

Yleislääkärille kuuluvat tehtävät:

- Arvio, diagnosointi ja erotusdiagnostiikka oireiden alkuvaiheessa
- Lievien ja keskivaikeiden toiminnallisten häiriöiden hoito TERM-hoitomallin mukaisesti (ks. alla)
- Koordinoiva rooli vaikeissa toiminnallisissa häiriöissä, joissa riskinä ovat potilaalle haitalliset toistuvat somaattiset tutkimus- ja hoitokierteet
- Suurimmalla osalla potilaista lääkärin käynnin syynä olleet toiminnalliset oireet väistyvät 2 viikossa käynnistä. Jos oireet jatkuvat yli 2 viikkoa, potilas tulisi tutkia tarkemmin.



- Toiminnallinen häiriö ja tarkemmin määritelty fyysinen sairaus, tai psykiatrinen häiriö (masennus- ja ahdistushäiriöt) esiintyvät usein yhtä aikaa eivätkä poissulje toisiansa.

Oireiden uudelleentulkinta ja hallinta –hoitomalli (The Extended Reattribution and Management model, TERM)

Ensimmäinen vaihe –luodaan ymmärrys ja biopsykososiaalinen lähestymistapa

- Selvitä oirehistoria
- Selvitä onko merkkejä tunne-elämän ongelmista
- Kysy ahdistus- ja masennusoireista
- Selvitä ulkoiset kuormitus- ja stressitekijät
- Kysy toimintakyvystä
- Kartoita potilaan oma sairauskäsitys
- Kartoita potilaan suhtautuminen arvioon ja hoitoon
- Tee kohdennettu kliininen tutkimus ja kliiniset poissulkutestit jos aihetta

Potilaan tilan tutkiminen

- Käy läpi potilaan lääketieteellinen historia
- Käy potilaan kanssa keskustellen läpi oireiden kulkua tähän saakka
- Rohkaise potilasta ottamaan aktiivinen rooli hoidon etenemisessä
- Yhteissuunnitelma jatkohoidosta
- Harkitse perheyhteistyötä

Kognitiiviseen terapiaan perustuva hoito

- Tee diagnoosi ja kerro siitä
- Psykoedukaatio
- Tutki potilaan ajatuksia ja uskomuksia
- Vaihtoehtoinen selitysmalli ja ymmärrys käyttäytymisestä, sairausahdistuksen ja epätar-koituksenmukaisen käyttäytymisen vähentäminen.
- Tavoitteet
- Ongelmanratkaisu
- Uusiutumisen ehkäisy

7.1.3 Hoidon sisältö erikoisyksikössä (STreSS-malli)

Vaikeita toiminnallisia häiriöitä hoidetaan Århusin yliopistosairaalan erikoisyksikössä, jossa hoitoa toteutetaan STreSS-hoitomallin mukaisesti (specialised treatment for severe bodily distress syndromes). Malli perustuu kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan. Hoito on ryhmämuotoista ja se on jaettu moduuleihin (kuva 2). Tällä hetkellä ryhmiä vetävät psykiatrit, joilla on erityisosaamista toiminnallisista häiriöistä.

**Specialised Treatment for Severe Bodily Distress Syndromes (STreSS)**

Module	Week	Content and Objectives
1 st Module	1	Introduction to STreSS <i>Objectives:</i> Enhancing motivation to deal with painful and disabling bodily symptoms. Full acknowledgement of patients' suffering. Introduction to cognitive behavioural therapy. Introduction of group members.
2 nd Module	2	Bodily symptoms and their interpretation <i>Objectives:</i> Registration and differentiation of bodily symptoms. Challenging inflexible symptom attributions.
3 rd Module	3	Illness perceptions. Stress response. Treatment goals. <i>Objectives:</i> Diagnostic labels for and subtypes of bodily distress syndromes. Biological, psychological and social factors contributing to the development and maintenance of bodily distress. Impact of negative illness perceptions. Defining individual treatment goals for each patient.
4 th Module	4	Negative automatic thoughts and dysfunctional behaviours <i>Objectives:</i> (Re-)Connecting bodily symptoms with emotions, thoughts and behaviours. For each patient, identification of perpetuating factors (thoughts and behaviours) that contribute to disability.
5 th Module	6	Cognitive distortions and emotional awareness <i>Objectives:</i> Ongoing work with the connection of bodily symptoms, emotions, thoughts and behaviours. Identification of cognitive distortions. Construction of alternative responses. Enhancing emotional awareness.
6 th Module	8	From illness behaviour to health behaviour I <i>Objectives:</i> Ongoing work with the connection of bodily symptoms, emotions and behaviours. Looking back: connecting life events and bodily distress. Looking forward: boosting pleasurable activities.
7 th Module	10	From illness behaviour to health behaviour II <i>Objectives:</i> Restoring sleep, balanced diet, and physical exercise. Evaluating social network and interpersonal relationships. Evaluating work status. Revision and adjustment of individual treatment goals.
8 th Module	12	Becoming your own therapist. Relapse prevention <i>Objectives:</i> Adaption of life-style to improved functioning. Recapitulation of dysfunctional thoughts and behaviours, and construction of alternative beliefs. Providing problem solving skills. Drawing up individual treatment manual for possible relapse.
9 th Module	16	How to maintain learned skills and coping strategies <i>Objectives:</i> Review of concepts taught and skills learned in the STreSS programme. Definition of individual goals for the next 3 months. Recapitulation and farewell.

Each module consists of 3.5 hours. Treatment is delivered by 2 therapists in groups of 9 patients. Each patient is allocated a contact therapist who is primarily responsible for his or her treatment. The treatment manual is available at www.functionaldisorders.dk

Kuva 2. Århusin erikoisyksikön kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuva hoito-ohjelma (STreSS-hoitomalli).

7.1.3 Sovellettavuus Suomeen

Århusin mallissa lähtökohta on toiminnallisen häiriön 'positiivinen diagnosointi' ja toimien porastus häiriön vaikeusasteen perusteella. 'Positiivinen diagnosointi' tarkoittaa, että toiminnalliset häiriöt tunnistetaan aktiivisesti, ja tarjotaan hoitoja, jotka perustuvat tähänhetkiseen tietoon



häiriöiden mekanismeista. Tilan tunnistaminen ICD-11-tautiluokituksen uuden ”Bodily distress syndrome” –koodin ja määritelmän avulla tulee yhtenäistämään tunnistamisen ja hoidon kansainvälisiä käytäntöjä. Hoitomalli ja sen periaatteet ovat samat kaikille toiminnallisille häiriöille, ja esimerkiksi Iso-Britanniassa ja Saksassa on terveydenhuollon toimijoille jo annettu ohjeistukset toiminnallisten häiriöiden hoidosta. Suomessakin on tarve luoda hoitopolut toiminnallisten häiriöiden tunnistukseen ja hoitoon. Århusissa ympäristöherkkiä hoidetaan kyseisellä hoidon porrastuksella ja hoidolla, joten sitä voidaan tähän kohderyhmään Suomessakin soveltaa. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon toimijat on ohjeistettavissa hoitomallin toteutuksesta. STRESS-hoitomalli vaatii erityisosaamista toiminnallisten häiriöiden hoidosta, ja ryhmämuotoinen kuntoutustapa riittävästi potilasvirtaa. Toisaalta hoito on toteutettavissa missä tahansa terveydenhuollon yksikössä.

7.2 Nova Scotian malli

Nova Scotiassa, Kanadassa syntyi tarve toiminnan kehittämiseksi, kun todettiin, että hankalasti diagnosoitavista oireyhtymistä kärsivien, kuten ympäristösairaiden, terveydenhoito on järjestäytymätöntä eikä tue toiminta- ja työkyvyn säilymistä. Tällaiset häiriöt aiheuttavat runsasta terveyspalvelujen ja yhteiskunnan resurssien kulutusta. Tämän potilasryhmän terveydenhuoltoa ja kuntoutumista lähdettiin tehostamaan kokoamalla hoidon koordinaatio ja asiantuntemus yhteen yksikköön, joka on osa julkista terveydenhuoltoa. Toiminnan tavoite on potilaiden työ- ja toimintakyvyn kuntouttaminen mahdollisimman hyväksi.

Kuvattu hoitomalli, Integrated Chronic Care Services (ICCS), toteutetaan yhdessä erityisyksikössä (ICCS:n verkkosivut). Hoitomallin lähtökohtana on ymmärrys siitä, että oireiston taustalla on lukuisia terveyttä heikentäviä tekijöitä, mukaan lukien fyysisiä, psykologisia, sosiaalisia ja ympäristötekijöitä, joiden vaikutus oirekuvaan vaihtelee yksilöstä toiseen ja samalla yksilöllä eri ajankohtina. Koska tila on monitekijäinen, tarvitaan monialaista hoitoa ja kuntoutusta.

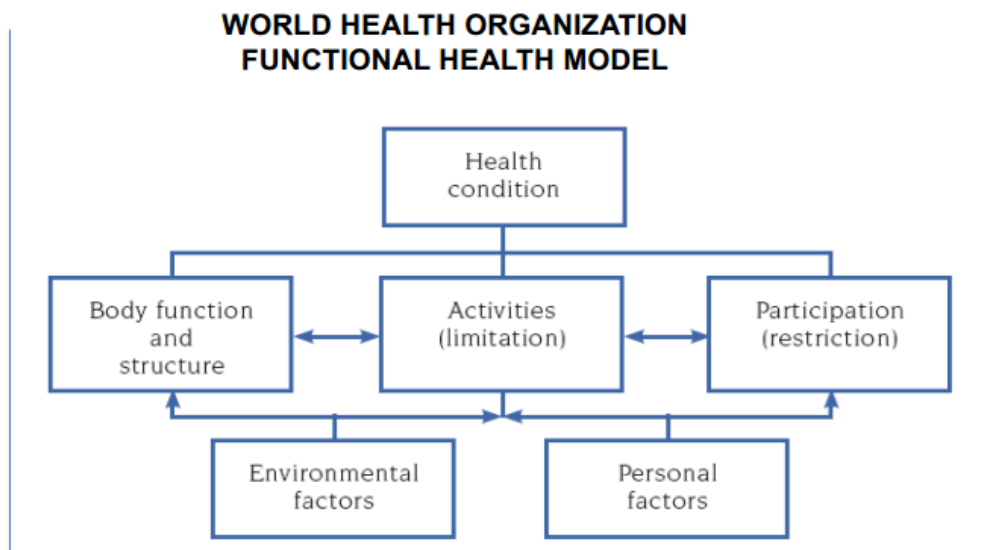
Hoito tähtää siihen, että sairastunut henkilö pystyy itse hallitsemaan sairautensa. Sairastunut saa apua sairauden hallintaan ja sairauden kanssa pärjäämiseen, erilaisia hoitoja tilanteensa mukaan ja apua työtilanteensa järjestelyyn ja soveltuvan toimintaympäristön luomiseen. ICCS toimii yhteistyössä potilaan oman lääkärin kanssa ja ohjaa tarvittaessa lääketieteellisiin tutkimuksiin ja hoitoihin. ICCS auttaa ratkaisemaan käytännön ongelmia työpaikkojen kanssa työssä jatkamisen mahdollistamiseksi.

7.2.1 Hoidon peruseriaatteet

- Asiakaslähtöisyys – Tuetaan asiakkaan tavoitteita

- Tuloksellisuus – Tehdään asioita, jotka toimivat. Toimivuutta mitataan, seurataan ja siitä raportoidaan.
- Tarveperusteisuus – Hoito ja kuntoutus suunnitelma tähtää yksilön hyvinvoinnin, elämänlaadun ja toimintakyvyn parantamiseen. Hoidon kohteena ei ole diagnoosi vaan ihminen.

Toiminta perustuu siihen, että kroonisten sairauksien seurauksia hallitaan paremmin, kun potilaita tuetaan kokonaisvaltaisesti. Hoito ja tuki kohdistuvat yksilön fyysisiin ja psykososiaalisiin tarpeisiin eikä sairauksiin. Tavoite on parantaa toimintakyvyn eri osa-alueita, jotka on kuvattu WHO:n ICF-toimintakykymallissa (kuva 3). Hoitotiimi auttaa potilasta siirtymään kohti terveydentilansa itsenäistä hallintaa. Potilas saa keinoja ja tekniikoita, jotka mahdollistavat elämänlaadun ja toimintakyvyn paranemisen. Potilas määrittelee itse hoitonsa tavoitteet sekä osallistuu oman hoitonsa suunnitteluun ja toteuttamiseen. Pää tavoitteita ovat kyky tehdä töitä, suoriutuu kotitöistä ja mahdollisuus vapaa-ajan toimintaan.



Kuva 3. Toimintakyvyn ICF-malli (International Classification of Functioning, Disability and Health), WHO 2001.

7.2.2 Hoidon sisältö

Hoito alkaa kokonaisvaltaisesta terveyden arvioinnista, missä kartoitetaan mm. fyysiset, kognitiiviset ja psyykkiset oireet, työkyky, ympäristötekijät ja selviytymiskeinot. Lääkärin arvion perus-



teella arvioidaan lääketieteellisen hoidon tarve ja perusteet. Keskuksessa käytetään useita kyselylomakkeita (mm. Environmental Medicine Questionnaire, European Academy of Environmental Medicine) ja mittareita sekä tehdään myös hajuherkkyyden testausta tuoksuilla (esim. ppykinhuuhteluaine).

Hoitotiimi työskentelee potilaan kanssa ja tekee potilaalle yksilöllisen hoitosuunnitelman. Potilaalla on oma hoidon koordinoija ja moniammatillinen tiimi, jossa on lääkäreitä, fysioterapeutti työhönvalmentaja/toimintaterapeutti, sairaanhoitajia, psykologi, psykoterapeutti ja ravintoterapeutti. Hoitovaiheessa annetaan hoitoa ja opetetaan, miten hallita oireitaan. Hoidon tärkein päämäärä on auttaa potilasta siirtymään kohti oman terveydentilansa itsenäistä hallintaa. Oman lääkärin jatkohoitoon ja seurantaan voi siirtyä hoitomallin eri vaiheista.

Hoito on yksilöllistä ja kokonaisvaltaista tukien potilaiden toimintakyvyn parantumista ja elämänlaadun kohentumista. Sen laatu (hoitomodulit) ja kesto riippuu potilaan tilasta ja tarpeesta (Sampalli ym., 2012). Koko kuntoutusjakson ajan pidetään yhteyttä omaan lääkäriin ("family physician").

Perheenjäsenet ovat mukana toimien suunnittelussa ja saavat toimenpiteiden tarpeellisuudesta tietoa suoraan hoitotiimiltä. Työpaikkojen kanssa tehdään aktiivista yhteistyötä. Potilasta kannustetaan ottamaan vastuu siitä, että hän tuo esille omat tarpeensa ja keskustelee työnantajansa ja työtovereidensa kanssa. Tavoitteena työpaikalla on realistiin odotuksiin perustuva ongelmaratkaisu ja toteuttamiskelpoiset suunnitelmat.

Keskuksen tarjoamia hoitoja (ICCS-verkkosivujen mukaan):

- Ympäristöherkkyyksien arviointi ja hoito
- Lääkkeiden sietokyvyttömyyden hallinta
- Työ- ja toimintaterapeuttiset interventiot
- Eliminaatiodieetti, ruoka-aineherkkyyksien hallinta ja muut dieetti-interventiot
- Aisti-informaation integraatiohäiriöiden hoito
- Psykoterapia
- Mindfulness-pohjaiset interventiot
- Allergian siedätyshoito
- Suonensisäiset ravinteet (väsymyksen ja kivun hoitoon)

Elämäntapamuutoksiin tähtäävät ryhmämuotoiset hoidot:

- Mindfulness-pohjaiset interventiot
- Ohjattu fyysinen harjoittelu ja energian hallinnan strategiat
- Ruoka-aineherkkyyksien hallinta
- Biofeedback-lähestymistavat



- Terveellisten elämäntapojen opetus

Muut tukimuodot:

- Työhön paluun tukeminen ja työjärjestelyt
- Tuetaan perheenjäsenten tiedonsaantia

7.2.3 Toiminnan tuloksellisuuden seuranta

ICCS toimintamallin kehittäjät ovat julkaisseet tuloksia hoidon vaikuttavuudesta (Fox ym., 2008; 2010; Sampalli ym., 2012). Vaikutuksia seurataan neljällä osa-alueella: prosessin toteutuminen, terveydenhuollon kulut, terveys ja potilaiden ja palvelun tuottajan tyytyväisyys (taulukko 1). Toimintamallia ja sen eri kuntoutustoimia kehitetään eri osa-alueiden tulosten perusteella.

Taulukko 1. Toimintamallin eri osa-alueet ja niiden seurantamittarit

Prosessin toteutuminen	Uusien potilaiden ja läheteiden määrä, potilasvirta, odotusajat, ohjelman osa-alueiden käyttöaste, tapaamisajoilta poisjäänti ja peruutukset
Terveydenhuollon kulut	Terveyspalvelujen käyttö, läheteet erikoissairaanhoidon, käynnit päivystyksessä, työkyvyttömyys ja työhön paluu
Terveys	Canadian Occupational Performance Measure, Stanford Health Assessment Questionnaire, SF-12 – toimintakyky- ja hyvinvointikysely, hoitospesifiset muuttujat
Potilaiden ja palvelun tuottajan kokemukset	Patients Assessment Chronic Illness Care, Hopes and Needs, haastattelut ja tyytyväisyys, Stanford Self-Efficacy for Managing Chronic Disease, lähettävän lääkärin tyytyväisyys

7.2.4 Sovellettavuus Suomeen

Nova Scotian mallissa on Suomeen soveltuvia elementtejä. Hyvää on se, että hoito keskittyy työ- ja toimintakyvyn parantamiseen sekä se, että huomioidaan kaikki terveyttä edistävät ja



toimintakykyä rajoittavat tekijät. Potilas on aktiivinen toimija hoitonsa ja kuntoutuksensa suunnittelussa ja toteutuksessa. Kuntoutumisen tukena on hoidon koordinaattori ja monialainen tiimi, joka toimii tiiviissä yhteistyössä oman lääkärin (family physician) kanssa. Vertaistuki- ja kokemusasiantuntijoiden mukanaolo helpottaa potilaiden sitoutumista hoitoon. Lähestymistavassa, jonka keskiössä on potilaan hyvinvoinnin kokonaisvaltainen parantaminen, ei ole tarvetta keskittyä oirekuvan syntymekanismeihin. Tämä edesauttaa erityisesti potilaiden, joiden toimintakyky on vaikea-asteisesti rajoittunut, sitoutumista kuntoutusprosessiin. Tarjotut hoitomenetelmät ovat terveysvalmennusta, joka hyödyntää ymmärrystä mielen ja kehon saumattomasta yhteistoiminnasta.

Hoitomallissa tarjotaan myös hoitoja (mm. suonensisäiset ravinteet), jotka ovat tieteellisesti epävarmalla pohjalla ja joiden haitattomuudesta ei ole varmuutta. Suomen terveydenhuollossa on eettistä toteuttaa vain sellaisia hoitoja, jotka ovat lääketieteellisen tiedon ja kokemuksen perusteella vaikuttavia ja tarkoituksenmukaisia.

Verrattuna Århusin malliin Nova Scotian mallin hoito- ja kuntoutustoimissa on paljon samoja elementtejä. Molemmissa malleissa pyritään edistämään terveyttä ja parantamaan toimintakykyä. Molemmissa malleissa vahvistetaan potilaiden toimintakykyä hyödyntämällä tulkintaan ja käyttäytymiseen vaikuttavia menetelmiä, mm. erilaisia psykoterapioita. Nova Scotian mallissa ei tuoda esille oireiston syntymekanismeja ja otetaan huomioon potilaiden tarve saneerata ja välttää oireilua aiheuttavia ympäristötekijöitä. Århusin mallissa taas on lähtökohtana lääketieteellinen käsitys häiriön taustalla olevista mekanismeista ja näyttö hoitotoimien vaikuttavuudesta. Nova Scotian malli kuvaa pelkästään erityisyksikön toimintaa, kun taas Århusin mallissa on ohjeet tunnistukseen ja hoitoon terveydenhuollon eri tasoille.



8 EHDOTUS SUOMEN MALLIKSI

Ehdotettu ympäristöherkkyyden hoito- ja kuntoutusmalli perustuu sekä Århusin että Nova Scotian hoitomalleihin, jotka soveltuvat ympäristöherkkyyden lisäksi myös muiden toiminnallisten häiriöiden hoitoon. Olemme pyrkineet hyödyntämään kyseisistä malleista Suomeen soveltuvat piirteet.

Suomeen tarvitaan toimintamalli kaikille terveydenhuollon tasoille samoin kuin Århusin mallissa, jollaisista on ohjeita myös Iso-Britannian ja Saksan terveydenhuolloille. Ympäristöherkkyydessä, kuten muissakin toiminnallisissa häiriöissä, tulee hoidon ja kuntoutuksen kohdentua toimintakyvyn kohentumiseen. Kuntoutusmalli tulee rakentaa siten, että potilaalla on aktiivinen rooli, kuten Nova Scotian mallissa. Tästä mallista tulee hyödyntää se, miten toteutus onnistuu siten, että potilaat voivat hyväksyä hoidon ja sen perusteet sekä sitoutua hoitoon ja kuntoutukseen. Århusin mallin mukaisesti tunnistus- ja tukitoimia voi toteuttaa terveydenhuollon kaikilla eri tasoilla. Suurin osa potilaista on hoidettavissa perusterveydenhuollossa (mukaan lukien työterveyshuolto), jossa on mahdollisuudet pitkään hoitosuhteeseen. Luottamuksellinen ja empaattinen potilas-lääkärisuhde tukee potilasta toimintakyvyn kohentumiseen tähtäävissä toimissa ja vahvistaa potilaan uskoa tervehtymiseen. Potilasta voidaan tukea ja hänen huoltaan vähentää antamalla tietoa oireiden synnystä ja niitä ylläpitävistä mekanismeista. Osa potilaista tulee oireettomiksi, joten kaikille on annettava viesti, että oireita voidaan ainakin helpottaa. Oireiluerkkyyden purkamisen on pitkäaikainen prosessi, jossa väliaikaisia ratkaisuja saattavat olla erilaiset työjärjestelyt tai ammatillisen kuntoutuksen vaihtoehdot. Työkyvyn tukemisessa yhteistyö työterveyshuollon kanssa auttaa selvittämään mahdollisuudet työolosuhteisiin, joissa oireita on vähemmän. Tavoite on, että pystyy elämään normaalissa elinympäristössä.

Toipumiselle keskeistä on potilaan sitoutuminen aktiivisena toimijana kuntoutustoimiinsa, joita terveydenhuollon tulee tukea. Potilaat hyötyvät lukuisista terveyttä ja hyvinvointia edistävästä toimista, joilla on hermoston reaktiivisuutta vähentävä vaikutus, kuten liikunta, riittävä uni, mieluisat harrastukset jne. Alussa tavoitteena on sairauden kanssa pärjääminen, myöhemmin tavoite on oireiluerkkyyden väheneminen ja vähitellen oireettomuus.

Ympäristöherkkyys tulee tunnistaa terveydenhuollon eri yksiköissä. Tunnistus on vastaavaa kuin Århusin mallin ”positiivinen diagnosointi”. Fibromyalgiapotilaita on helpottanut, kun oireisto on lääketieteellisesti tunnustettu ja sille on nimi, joten saman voi olettaa toteutuvan myös ympäristöherkkyydessä. Ympäristöherkkyyden tunnistusta edesauttaa oma nimike suomalaisessa ICD-10-tautiluokituksessa, R68.81, jonka käytöstä on tulossa ohjeistus lääkäreille (Karvala ym., käsikirjoitus lähetetään julkaistavaksi 2017).



Tunnistavan tahon tulee antaa potilaalle tietoa ympäristöherkkyydestä ja oireiden fysiologisesta luonteesta tukeutuen biopsykososiaaliseen selitysmalliin. Konfrontaatiota potilaan kanssa oireiden syistä ja mekanismeista tulee välttää. Potilaan muutosvalmius vaikuttaa kykyyn vastaanottaa hoitoa, ja hoidossa tulee edetä siinä tahdissa, johon potilaalla on valmiutta. Terveyttä edistävät toimet ("terveysvalmennus") voidaan käynnistää välittömästi. Potilas tulee pitää aktiivisessa seurannassa. Suurin osa potilaista on hoidettavissa perusterveydenhuollossa a.o. porrastuksen mukaisesti.

Suomeen tarvitaan toiminnallisten häiriöiden hoitoon erikoistunut yksikkö / yksiköitä, jotka hoitaisivat muiden toiminnallisten häiriöiden ohella myös ympäristöherkkiä, joiden toimintakyky on vaikea-asteisesti alentunut. Århusin mallissa erityisyksikkö sijaitsee yliopistosairaalan neurotieteiden yksikössä ja Nova Scotian mallissa se sijaitsee perusterveydenhuollon yhteydessä.

8.1 Ympäristöherkkyyden hoidon porrastus

Hoidon tarve luokitellaan sen perusteella, miten paljon oireisto rajoittaa normaalia elämää ja toimintakykyä. Porrastus on modifioitu Århusin mallista.

1. LIEVÄ TOIMINTAKYVYN HEIKENTYMINEN

Tunnistus

- Kaikilla terveydenhuollon tasoilla
- Lievät tai keskivaikeat oireet
- Toimintakyky on heikentynyt lievästä keskivaikeaan – fyysinen, sosiaalinen ja emotionaalinen
- Taustalla ei ole epäonnistuneita hoitoyrityksiä
- Mahdollinen samanaikainen psyykinen sairaus ei ole pääasiallinen tekijä oirekuvassa
- Potilas on vastaanottavainen ohjatulle oireiston itsehoidolle

Hoito

- Hoidetaan yleislääkärin tai työterveyslääkärin vastaanotolla.
- Samanaikaisten sairauksien optimaalinen hoito.
- Oireiden normalisointi (oireet tavanomaisena kehon ja mielen reagoititapana)
- Validoivat selitykset (potilaalle mielekäs, ymmärrettävä ja hänen selviytymistään vahvistava selitys oireenmuodostuksesta)
 - biopsykososiaalinen selitysmalli (mieli, keho ja ympäristö ovat vuorovaikutuksessa keskenään)
- Harkitse oireita helpottavia hoitoja (lääkehoito, fysioterapia jne.)



2. KESKIVAIKEA TOIMINTAKYVYN HEIKENTYMINEN

Tunnistus

- Kaikilla terveydenhuollon tasoilla
- Keskivaikeat oireet
- Keskivaikea toimintakyvyn heikentyminen – fyysinen, sosiaalinen ja emotionaalinen
- Taustalla voi olla epäonnistuneita hoitoyrityksiä
- Samanaikaista masennusta ja ahdistuneisuutta

Hoito

- Hoidetaan yleislääkärin tai työterveyslääkärin vastaanotolla.
- Samanaikaisten sairauksien optimaalinen hoito.
- Validoivat selitykset (potilaalle mielekäs, ymmärrettävä ja hänen selviytymistään vahvistava selitys oireenmuodostuksesta)
 - biopsykososiaalinen selitysmalli (mieli, keho ja ympäristö ovat vuorovaikutuksessa keskenään)
- Menetelmiä oireiden hallitsemiseksi (taulukko 2)
- Harkitse keskusteluapua ja säännöllisiä tapaamisia.
- Monimutkaisissa tapauksissa tee yhteistyötä lääkärin kanssa, jolla on erityisosaamista toiminnallisten häiriöiden hoidosta.
- Harkitse oireita helpottavia hoitoja (lääkehoito, fysioterapia jne.)

Taulukko 2. Ympäristöherkkyyden hoidossa hyödynnettävissä olevat kognitiivisbehavioraaliset menetelmät

1. Potilaan nykyisten ajatusten, tulkinnan, toimintamallien ja reaktioiden tarkastelu
2. Luodaan vaihtoehtoinen selitysmalli ja ymmärrys käyttäytymisestä.
 - annetaan tietoa ilmiöstä ja oireiden fysiologisesta selitysmallista
 - tunnistetaan hyvinvointiin vaikuttavat tilannesidonnaiset tekijät, tunnetilat ja altistumiseen liittyvän vaaran kokemus
 - harjoitellaan käytännössä havaitsemaan tunteiden ja reaktioiden yhteyksiä
3. Sairausahdistuksen ja epätarkoituksenmukaisen käyttäytymisen vähentäminen.
4. Potilaan omien tavoitteiden määrittely
5. Ongelmanratkaisukeinojen vahvistaminen, harjoitukset
 - rentoutusharjoitukset
 - stressinhallintakeinot
 - välttämiskäyttäytymisen hallinta ja vähentäminen
6. Uusiutumisen ehkäisy



3. VAIKEA TOIMINTAKYVYN HEIKENTYMINEN

Tunnistus

- Kaikilla terveydenhuollon tasoilla
- Keskivaikeat tai vaikeat oireet
- Vaikea toimintakyvyn heikentyminen – fyysinen, sosiaalinen ja emotionaalinen
- Taustalla epäonnistuneita hoitoyrityksiä
- Samanaikainen merkittävä somaattinen tai psyykinen sairaus
- Sosiaalinen ympäristön moninaisia ongelmia
- Vaikeus sitoutua hoitoon

Hoito

- Hoidetaan
 - joko perusterveydenhuollossa tai työterveyshuollossa (samoin kuin monimutkaiset keskivaikeat toiminnalliset häiriöt)
 - tai toiminnallisten häiriöiden hoitoon erikoistuneessa yksikössä (joka sijaitsee joko erikoissairaanhoidossa, perusterveydenhuollossa tai muussa erityisyksikössä)
- Monimutkaisissa tapauksissa lääketieteen eri erikoisalojen ja muiden terveydenhuollon toimijoiden monialainen hoito.
- Muissa tapauksissa yleislääkärin ja erikoislääkärin yhteistyössä toteutuva hoito.
- Samanaikaisten sairauksien optimaalinen hoito.
- Yksilö- tai ryhmämuotoinen kognitiivinen käyttäytymisterapia ja ohjattu asteittainen etenevä toimintakyvyn lisääminen ja välttämistarpeen vähentäminen.
- Harkitse oireita helpottavia hoitoja (lääkehoito, fysioterapia jne.)

8.2 Tarvittavat toimet

8.2.1 Koulutus

Terveydenhuollon kaikki tasot tarvitsevat koulutusta ympäristöherkkyydestä. Toiminnallisten häiriöiden, kuten ympäristöherkkyyden, tunnistus, psykofyysisten mekanismien ja tukitoimien opetuksen tulisi kuulua kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten peruskoulutukseen. Myös motivoivan haastattelun ja vuorovaikutustaitojen opetusta tulisi lisätä.

Osaamisen lisäämistä tarvitaan myös keskeisimmillä ympäristöherkkyydenpotilaita kohtaavilla erikoisaloilla, kuten yleislääketiede, työterveyshuolto ja psykiatria. Tarvitaan myös erityisosaamista konsultoiville tahoille ja yksiköihin, joissa hoidetaan potilaita, joilla on keskivaikea tai vaikea toimintakyvyn heikentyminen.



8.2.2 Materiaalia lääkärille ja potilaalle ympäristöherkkyydestä

Tarvitaan materiaalia, jonka avulla voidaan yhdessä potilaan kanssa käydä läpi biopsykosiaalinen viitekehys, johon hoito perustuu. Potilaat tarvitsevat tietoa ja itsehoito-ohjeita. Lääkärit tarvitsevat tietoa ympäristöherkkyydestä ja muista toiminnallisista häiriöistä sekä niiden hoidosta. Käyttökelpoista materiaalia englannin kielellä on saatavissa Århusin ja Nova Scotian toimintamallista sekä muista toiminnallisten häiriöiden hoito-ohjeista.

8.2.3 Hoidon varmistaminen sote-alueilla (maakunnat)

Tulevien sote-alueiden tulee varmistaa, että alueella on saatavissa hoitoa toiminnallisiin häiriöihin. Tämä toteutuu esim. rakentamalla erityisosajien verkosto, joka tarjoaa tukea terveydenhuoltoon toiminnallisten häiriöiden diagnosoimiseen, hoitoon ja kuntoutukseen. Sote-alueiden tulee suunnitella toiminnallisten häiriöiden hoitopolut ja hoidon porrastus, ja miten ne toteutetaan käytännössä.

8.2.4 Erityisyksikön / -yksikköjen perustaminen

Erityisyksiköitä tarvitaan potilaille, joilla on vaikea toimintakyvyn heikentyminen. Yksiköt voisivat toimia esimerkiksi yliopistosairaaloiden (5 kpl) yhteydessä. Kuntoutusyksiköt tai neurologiset yksiköt voisivat olla luontevia sijoituspaikkoja. Yksikön sijainti muussa kuin psykiatrisessa yksikössä voi helpottaa potilaiden sitoutumista hoitoon. Kuntoutuksen, hoidon ja tuen tulee olla moniammatillista. Ydintiimillä tulisi olla lääketieteellistä, psykologista, terveyden edistämisen ja työhön valmentamisen osaamista. Koska samanaikaiset psyykkiset häiriöt ovat tavallisia, on psykiatrinen osaaminen ja konsultaatiomahdollisuus varmistettava.

Mikäli erityisyksikkö perustetaan, sitä tulisi pilotoida. Pilotointiin mahdollisia tahoja ovat HYKSin neurologian kuntoutusyksikkö, perusterveydenhuolto Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveysviraston alaisuudessa tai jokin muu palveluntuottaja.

Hoidon sisältö erityisyksikössä pitää suunnitella ottaen huomioon hyvät puolet sekä Århusin että Nova Scotian mallista ja soveltaa ne Suomeen. Tavoitteena on luoda kokonaisvaltainen ratkaisukeskeinen toimintakyvyn parantamiseen tähtäävä hoitomalli. Suomessa on hiljattain noussut esille tarve kehittää vaikeiden toiminnallisten häiriöiden hoitoa. Tällä hetkellä HYKSissä pohditaan erityisyksikön perustamista, jossa hoidettaisiin myös ympäristöherkkyyspotilaita.



8.2.5 Työterveyshuollot työkyvyn tukijoina

Suomessa on kaikilla työpaikoilla lakisääteinen työterveyshuolto, jonka tehtäviin kuuluu työkyvyn tukeminen. Työterveyshuollolla on vakiintuneet käytännöt yhteistyössä työpaikan kanssa tukea työntekijöitä, joiden työ- ja toimintakyky on heikentynyt. Siten terveydenhuollon yhteydet työpaikalle ovat jo olemassa. Toiminnallisten häiriöiden hoitopolkujen suunnitelmiin tulee sisällyttää työterveyshuollon rooli työkyvyn tukijana.

Työterveyshuolloilla on myös työterveyshuoltosopimuksesta riippuen mahdollisuus osallistua tai toteuttaa hoito- ja kuntoutustoimia. Työterveyslääkäri ja -hoitaja voivat tarvittaessa hyödyntää myös muita asiantuntijoita (työterveyspsykologit, työfysioterapeutit, sosiaalityöntekijät).

Työttömien, epätyypillisissä työsuhteissa olevien (mm. freelancerit), ja muiden työelämän tai työterveyshuollon ulkopuolella olevien osalta tulee suunnitella, miten saman tyyppisiä työkykyä tukevien työhön paluun ja työssä jatkamisen mahdollistavia toimia voidaan toteuttaa.

8.2.6 Vertaistukijärjestöjen kuuleminen

Ehdotamme, että potilasjärjestöjen edustajia kuullaan hoitomallin suunnittelussa.

8.2.7 Kehittäminen ja seuranta

Vaikuttavien hoitojen ja tukitoimien kehittämisen tulee olla jatkuva prosessi kuten Nova Scotian mallissa. Tavoiteltavaa olisi systemaattinen seuranta, josta syntyy laadun ja kustannusvaikutavuuden indikaattoreita.

8.2.8 Tutkimus

Toimintaa tukemaan tarvitaan tutkimusta. Päämäärätietoinen tiedon ja tutkimuksen tuottaminen onnistuu parhaiten, jos sille osoitettaisiin oma professuuri lääketieteelliselle yliopistoklinikalle. Tämä taho voisi koordinoida kliinisten hoitokäytäntöjen parantamiseen tähtäävää tutkimusta ja myös terveydenhuollon koulutusta. Tätä voisi pilotoida määräaikaaisesti osana erityisyksikön pystyttämistä.



9 VIITTEET

Bailer J, Witthöft M, Paul C, Bayerl C, Rist F (2005). Evidence for overlap between idiopathic environmental intolerance and somatoform disorders. *Psychosom Med* 67(6):921-9.

Berg ND, Linneberg A, Dirksen A, Elberling J (2008). Prevalence of self-reported symptoms and consequences related to inhalation of airborne chemicals in a Danish general population. *Int Arch Occup Environ Health* 81(7):881-7.

Black DW, Okiishi C, Schlosser S (2001). The Iowa follow-up of chemically sensitive persons. *Ann N Y Acad Sci* 933:48-56.

Bornschein S, Hausteiner C, Zilker T, Förstl H (2002). Psychiatric and somatic disorders and multiple chemical sensitivity (MCS) in 264 'environmental patients'. *Psychol Med* 32(8):1387-94.

Dantoft TM, Andersson L, Nordin S, Skovbjerg S (2015). Chemical intolerance. *Curr Rheumatol Rev* 11(2):167-84.

Das-Munshi J, Rubin GJ, Wessely S (2007). Multiple chemical sensitivities: review. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 15(4):274-80.

Edvardsson B, Stenberg B, Bergdahl J, Eriksson N, Lindén G, Widman L (2008). Medical and social prognoses of non-specific building-related symptoms (Sick Building Syndrome): a follow-up study of patients previously referred to hospital. *Int Arch Occup Environ Health* 81(7):805-12.

Eis D, Helm D, Mühlinghaus T, Birkner N, Dietel A, Eikmann T, Gieler U, Herr C, Lacour M, Nowak D, Pedrosa Gil F, Podoll K, Renner B, Andreas Wiesmüller G, Worm M (2008). The German Multicentre Study on Multiple Chemical Sensitivity (MCS). *Int J Hyg Environ Health*;211(5-6):658-81.

Fink P, Rosendal M (Eds.) (2015). *Functional Disorders and Medically Unexplained Symptoms*. Aarhus University Press, Aarhus.

Fox R, Sampalli T, Fox J (2008). Measuring health outcomes of a multidisciplinary care approach in individuals with chronic environmental conditions using an abbreviated symptoms questionnaire. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*.

Fox R, Sampalli T, Fox J (2010). A proposed model of care management for complex chronic conditions based on the multidisciplinary care management of patients with Multiple Chemical Sensitivity., *Health Management*, (Ed.), ISBN: 978-953-307-120-6, Sciyo.

Frias A (2015). Idiopathic environmental intolerance: A comprehensive and up-to-date review of the literature *CNS* 1:6-12.



Functional disorders. Clinical guidelines for general practice. Danish College of General Practitioners 2014. http://funktionellelidelser.dk/fileadmin/www.funktionellelidelser.au.dk/Publikationer/Clinical_guideline_for_general_practice_Functional_disorders.pdf

Hagström M, Auranen J, Ekman R (2013). Electromagnetic hypersensitive Finns: Symptoms, perceived sources and treatments, a questionnaire study. *Pathophysiology* 20(2): 117-122.

Hetherington L, Battershill J (2013). Review of evidence for a toxicological mechanism of idiopathic environmental intolerance. *Hum Exp Toxicol* 32(1):3-17.

ICCS:n verkkosivut <http://www.cdha.nshealth.ca/integrated-chronic-care-service-iccs>

International Program on Chemical Safety (IPCS) (1996). Conclusions and recommendations of a workshop on Multiple Chemical Sensitivities (MCS). *Regul Toxicol Pharmacol* 24:188-9.

Jason LA, Taylor RR, Kennedy CL (2001). Chronic fatigue syndrome, fibromyalgia, and multiple chemical sensitivities in a community-based sample of persons with chronic fatigue syndrome-like symptoms. *Psychosom Med* 62:655-63.

Karvala K, Pekkanen J, Kauppi P, Salminen E, Tuisku K, Hublin C, Sainio M (2017). Miten tunnistan ympäristöherkkyyden. *Suomen Lääkärilehti*. Käsikirjoitus lähetetty julkaistavaksi.

Lacour M, Zunder T, Schmidtke K, Vaith P, Scheidt C (2005). Multiple chemical sensitivity syndrome (MCS)--suggestions for an extension of the U.S. MCS-case definition. *Int J Hyg Environ Health* 208(3):141-51.

Mäki S, Nokela K (2014). Sisäilmasta sairastuneiden selviytymisen ja syrjäytymisen kokemuksia. Hengitysliiton julkaisuja 23/2014. http://www.e-julkaisu.fi/hengitysliitto/julkaisu_sisailmasta_sair/

Medically Unexplained Symptoms/Functional Symptoms. Positive Practice Guide. National Health Service 2014. <https://www.uea.ac.uk/documents/246046/11991919/medically-unexplained-symptoms-positive-practice-guide-.pdf/ac806084-4058-4a2f-89f9-17d04eff6a3b>

NICNAS, OCSEH (2010). A Scientific Review of Multiple Chemical Sensitivity: Identifying Key Research Needs. Report prepared by the National Industrial Chemicals Notification and Assessment Scheme (NICNAS) and the Office of Chemical Safety and Environmental Health (OCSEH). Saatavilla verkossa: https://www.nicnas.gov.au/_data/assets/word_doc/0015/17223/MCS-Final-Report-for-publication-November-2010-hardcopy-version.docx.

Palmquist, E., Claeson, A.-S., Neely, G., Stenberg, B., & Nordin, S. (2014). Overlap in prevalence between various types of environmental intolerance. *International Journal of Hygiene and Environmental Health*, 217(4-5), 427-34.

Palmquist, E., Neely, G., Stenberg, B., & Nordin, S. (2016). Who recovers from environmental intolerance? Manuscript in preparation.



Rubin GJ, Das Munshi J, Wessely S (2006). A systematic review of treatments for electromagnetic hypersensitivity. *Psychother Psychosom* 75(1): 12-18.

Sainio M, Karvala K. *Sisäilma ja ympäristöherkkyys*. 2016. Suomen Lääkärilehti. Käsikirjoitus lähetetty julkaistavaksi.

Sampalli T, Fox RA, Dickson R, Fox J (2012). Proposed model of integrated care to improve health outcomes for individuals with multimorbidities. *Patient Prefer Adherence* 6:757-64.

Schaefert R, Hausteiner-Wiehle C, Häuser W, Ronel J, Herrmann M, Henningsen P (2012). Clinical Practice Guideline: Non-specific, functional and somatoform bodily complaints. *Dtsch Arztebl Int* 109(47): 803-13.

Tara Sampalli, Elizabeth Berlasso, Roy Fox and Mark Petter (2009). A controlled study of the effect of a mindfulness-based stress reduction technique in women with multiple chemical sensitivity, chronic fatigue syndrome and fibromyalgia. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*.

van Dessel N, den Boeft M, van der Wouden JC, Kleinstäuber M, Leone SS, Terluin B, Numans ME, van der Horst HE, van Marwijk H (2014). Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 11:CD011142.

Watanabe M, Tonori H, Aizawa Y (2003). Multiple chemical sensitivity and idiopathic environmental intolerance (part two). *Environ Health Prev Med* 7(6): 273-282.

Watanabe M; Tonori H, Aizawa Y (2003). Multiple chemical sensitivity and idiopathic environmental intolerance (part two). *Environ Health Prev Med* 7(6):273-282.

Yunus MB (2015). Editorial review: an update on central sensitivity syndromes and the issues of nosology and psychobiology. *Curr Rheumatol Rev*. 11(2):70-85.

Työterveyslaitos
Arbetshälsainstitutet
Finnish Institute of Occupational Health

PL 40, 00032 Työterveyslaitos

www.ttl.fi

ISBN 978-952-261-887-0 (PDF)