

TOIMINNALLISTEN HÄIRIÖIDEN HOIDON JÄRJESTÄMINEN

TIIVISTELMÄ

Toiminnallisilla häiriöillä tarkoitetaan potilaiden toimintakykyä ja elämänlaatua haittaavia oireita ja oireyhtymiä, joiden syy ei perusteellisissa somaattisissa tai psykiatrisissa tutkimuksissa selviä. Toiminnalliset häiriöt kuormittavat potilaiden ja heidän läheistensä lisäksi myös koko terveydenhuoltojärjestelmää, ja niihin liittyvät aiheettomat tai haitalliset tutkimukset ja hoidot aiheuttavat huomattavia kuluja sekä altistavat potilaita komplikaatioille.

Toiminnalliset häiriöt ovat todellinen ongelma, potilaat eivät teeskentele oireitaan eikä heillä tavallisesti voida todeta psykiatrista häiriötä. Häiriöiden hoidon järjestäminen on maassamme yleensä huonosti sovittu tai sopimatta, ja potilaiden ohjautuminen on sattumanvaraista ja usein epätarkoituksenmukaista.

Työryhmä ehdottaa, että näiden potilaiden tutkimukset, hoito ja kuntoutus sovittaisiin ja järjestettäisiin sairaanhoitopiireittäin siten, että oireiston vaikeusaste (jota parhaiten kuvaa toimintakyvyn heikentymisen aste) määrittäisi hoidon porrastuksen. Hoidon porrastus edellyttäisi vielä tertiääritasoisten ”osaamiskeskusten” (työryhmä tai yksikkö, tai virtuaalinen poliklinikka) perustamista sairaanhoitopiireihin.

TOIMEKSIANTO

STM:n alkuperäinen, toiminnallisista häiriöistä kärsivien potilaiden HUS –hoitopolkuja pohtivalle työryhmällemme tullut yhteydenotto koski kroonisen väsymysoireyhtymän kiireettömän hoidon kriteereiden määrittämistä. Koska monien muidenkin toiminnallisten häiriöiden tutkimus-, hoito- ja kuntoutuskäytännöt ovat puutteellisesti sovitut tai järjestetyt, sovimme kaikkia toiminnallisia häiriöitä koskevan yleisen mallin kuvaamisesta. Koska kyseessä on suuri ja heterogeeninen potilasryhmä, jonka hoidon järjestämistä ensimmäistä kertaa kokonaisuutena pohditaan, jää moni keskeinen asia vielä tulevaisuudessa työstettäväksi. Muun muassa diagnostiikan perusteista, kriteereistä ja koodeista sopiminen on tärkeä, mutta tämän työn ulkopuolelle jäävä tehtävä. Lisäksi nyt käsitellään pelkästään aikuispotilaita, vaikka toiminnalliset häiriöt ovat myös lapsilla ja nuorilla tavallisia ja merkittäviä ongelmia.

MITÄ TOIMINNALLISET HÄIRIÖT OVAT

Yleislääkärin vastaanotolle tulevista potilaista on vähintään joko kolmannella joko käynnin syynä tai osana muuta oireistoa oireita, joille ei löydy selitystä. Valtaosa näistä toiminnallisiksi kutsutuista oireista hoidetaan perustasolla tai ne paranevat ilman hoitoa. Noin 3-5 % väestöstä, lapsista vanhuksiin, potee kuitenkin pitkittyneitä, toimintakykyä vaikeastikin rajoittavia häiriöitä ja oireyhtymiä, joiden syy jää epäselväksi erikoissairanhoidonkin tutkimusten jälkeenkin. Toiminnallisilla häiriöillä tarkoitetaan näitä selittämättömiä oireyhtymiä tai häiriöitä. Toiminnalliset häiriöt (functional disorders) –termin ohella käytetään kirjallisuudessa usein myös termiä MUS

(Medically unexplained symptoms) sekä lukuisia muita termejä, eikä kansainvälistä yhteisymmärrystä ole terminologian osalta saavutettu.

Osalle toiminnallisista häiriöistä on virallisissa tautiluokituksissa oma diagnoosinumeronsa, vaikka häiriöiden syy on avoin; tällaisia diagnooseja ovat esimerkiksi ärtynyt paksusuoli (K58) tai fibromyalgia (M79). Osassa häiriöistä diagnoosinumero tai yleisesti sovitut diagnostiset kriteerit puuttuvat. Näistä häiriöistä merkittävin lienee krooninen väsymysoireyhtymä silloin, kun väsymysoireiden syyksi ei voida osoittaa virusinfektiota. Tällöin käytetään ”epämääräisempiä” oirediagnooseja, esim. kroonisessa väsymyksessä R 53 tai ympäristöherkkydessä R68.8. Virusinfektion jälkeen ilmaantuva uupumusoireisto puolestaan koodataan G93.3.

Psykiatrisia diagnooseja (kuten somatoforminen häiriö tai dissosiativinen häiriö) käytetään silloin, kun oireiden alkamisen ja rasittavien elämäntapahtumien tai vaikeuksien välillä on osoitettavissa yhteys, ts. psykiatrisesti mielekäs mekanismi. Suurella osalla potilaista tällaista selvää mekanismia ei ole, tai ”rasittava elämäntapahtuma” on niin tavallinen –esimerkiksi työstressi- että sen psykiatrista merkitystä on vaikeata arvioida, mikäli potilas itse ei tunnista assosiaatiota.

Toisinaan selittämättömistä somaattisista oireista kärsivistä potilaista voidaan diagnosoida psykiatrinen häiriö kuten vakava masennustila tai psykoosisairaus, jonka katsotaan selittävän potilaan oireet. Tavallisempaa kuitenkin on, että psykiatrista diagnoosia ei voida asettaa, tai että psykiatrinen häiriö on mukana vaikeuttamassa oirekuvaa sitä kuitenkaan aiheuttamatta. Tulevassa ICD -11 tautiluokituksessa toiminnallisia häiriöitä kuvaa uusi diagnoosi ”Bodily distress disorder”, ja aikaisemmista psykiatrisista diagnooseista kuten neurastenia tai somatoforminen häiriö ollaan luopumassa.

Yllä kuvatulla tavalla sekavan kriteeristön ja diagnostisen käytännön vaihtelevuuden vuoksi luotettavia tietoja terveydenhuollon palveluiden käytöstä Suomessa ei useimmissa häiriöryhmissä ole käytettävissä. Tutkimus- ja kehittämistyön kannalta kansallisista diagnostisista käytännöistä sopiminen olisikin tarpeellista.

Myös patofysiologialtaan selvästi elimellisissä sairauksissa on usein mukana toiminnallisia piirteitä, jotka voivat näyttäytyä esim. sairauden oireiden selittämättömänä vaikeutumisenä tai toimintakyvyn suhteettomana heikentymisenä.

Taulukossa 1. on esitetty esimerkinomaisesti joitakin tavallisia toiminnallisia häiriöitä ja niitä erikoisaloja, joiden piirissä niitä tavallisimmin hoidetaan.

TAULUKKO 1. ESIMERKKEJÄ TOIMINNALLISTEN HÄIRIÖIDEN KIRJOSTA ERIKOISALOITTAIN

Erikoisala	Tavallisia toiminnallisia oireyhtymiä
Allergologia	Monikemikaaliherkkyys, sähköherkkyys
Anestesiologia	Kipuoireyhtymä
Gastroenterologia	Ärtynyt paksusuoli, toiminnallinen oksentelu
Gynekologia	Lantion kiputilat, PMS
Ihotaudit	Pruritus, toiminnallinen purpura
Infektiosairaudet	Krooninen väsymysoireyhtymä, krooninen keskushermostoborreliaosi
Kardiologia	Epätyypilliset rintakivut ja rytmihäiriöt, posturaalinen ortostaattinen takykardia
Keuhkosairaudet	Epätyypillinen astma, hyperventilaatio
Korva-nenä-kurkkutaudit	Toiminnallinen äänihuulisalpaus, toiminnallinen tinnitus, ääni- ja nielemishäiriöt tai globus
Leukakirurgia	Temporomandibulaarinivelen dysfunktio, epätyypilliset suun alueen kiputilat
Neurokirurgia	Lievän aivovamman epätyypilliset jälkitilat
Neurologia	Toiminnalliset kohtausoireet, halvaukset, vapina ja dystonia
Odontologia	Amalgaamioireyhtymä, kasvokivut
Ortopedia	Whiplash-oireet
Reumatologia	Fibromyalgia
Työlääkätiede	Ympäristöherkkyys, monikemikaaliherkkyys

Toiminnallisten häiriöiden mekanismit eivät ole tarkasti tiedossa, ja häiriöiden monimuotoisuus viittaa erilaisiin mekanismeihin. Nykykäsityksen mukaan somaattiset ja psykologiset ilmiöt kietoutuvat erottamattomalla ja monitekijäisellä tavalla toisiinsa. Osassa häiriöistä keskeinen mekanismi vaikuttaisi olevan elimistön hälytysjärjestelmien poikkeava herkistyminen oireita provosoiville tekijöille ja stressin säätelymekanismien häiriintyminen. Tähän liittyvät poikkeavat neurologiset, immunologiset, metaboliset, neuroendokrinologiset ja psykologiset vasteet ovat potilasryhmiä tutkittaessa todettavissa ja niissä löydökset poikkeavat usein terveistä henkilöistä. Sen sijaan yksittäisen potilaan kohdalla ei laboratoriotutkimuksilla tai esim. aivojen kuvantamisella voida osoittaa selvästi mihinkään sairauteen viittaavia löydöksiä. Elimelliset vasteet ovat kuitenkin selkeitä, ja perinteinen luokittelu ”psykkisiin” ja ”elimellisiin” sairauksiin ei siksi toiminnallisten häiriöiden osalta ole tarkoituksenmukaista.

Toiminnallisten häiriöiden mekanismeja ei tarkasti tunneta. Niille altistavat todennäköisesti mm. perinnölliset (geneettiset) tekijät, keskushermoston stressimekanismien muovautumiseen vaikuttavat varhaiset tapahtumat, persoonallisuudenpiirteet, psykologiset tulkinnat sekä ajankohtaiset kuormittavat stressitekijät (kuva 1.) Elimistön reagoitukynnyks ja oireiden kesto on yksilöllinen, siihen vaikuttavat erilaiset alttiustekijät sekä oireita laukaisevat tekijät.

KUVA 1. YMPÄRISTÖHERKKYYDEN JA MUIDEN TOIMINNALLISTEN HÄIRIÖIDEN MEKANISMIT (SAINIO M JA KARVALA K 2017)



Toiminnalliset häiriöt on yleiskäsite hyvin laajalle ja heterogeeniselle ryhmälle ilmiötä ja oireita, joiden luokittelu on toistaiseksi jäsentymätöntä. Eri erikoisaloilla kohdataan myös paljon toiminnallisista häiriöistä kärsiviä potilaita, joiden oireita on esitetty taulukossa 1.

Oirekirjo voi olla laaja. Varsinaisen ”ydinoireen” lisäksi potilailla on usein runsaasti muita, eri oireyhtymille yhteisiä oireita ja piirteitä. Tällaisia ovat mm. erilaiset kivut, kognitiiviset vaikeudet (kuten muistivaikeudet tai keskittymisen ja tarkkaavaisuuden vaikeudet, ”aivosumu”), masennus ja ahdistuneisuus, epämiellyttävä tai tuskallinen uupumus, univaikeudet sekä autonomisen hermoston toiminnan häiriöt. Niiden lisäksi potilailla saattaa olla laaja kirjo muita epäspesifejä oireita kuten aistiherkkyys, tinnitus, raajojen puutuminen, ruoansulatuselimistön oireita jne.

Vaikeissa toiminnallisissa häiriöissä esiintyvä oirekirjo (kognition häiriöt, kivut, uupumus, autonomisen hermoston toimintahäiriöt jne.) ovat tyypillisiä oireita myös monissa hyvin tunnetuissa sairaustiloissa kuten autoimmuunisairauksissa, endokrinologisissa sairauksissa, aivotulehdusten tai -vammojen jälkitiloissa jne. Tämän vuoksi häiriötä ei voida kutsua toiminnalliseksi, ennen kuin tunnetut muut sairaudet on riittävällä varmuudella suljettu pois. Potilasryhmä on todennäköisesti myös heterogeeninen siten, että osalle potilaista saattaa lisääntyvän tutkimustiedon kautta avautua uusia biologisia ja psykososiaalisia hoitomuotoja. On myös huomattava, että pieni osa epäselviksi

jäävistä toiminnalliselta vaikuttavista oireista liittyy toistaiseksi tunnistamattomiin, esim. ns. harvinaisiin sairauksiin. Lisäksi äskettäin on kuvattu sukuja, joissa on tunnistettuihin geeneihin liittyvä alttius vaikean elämäntilanteen tai stressin laukaisemalle autonomisen hermoston toimintahäiriöille, jotka näyttävät toiminnallisina oireina.

Vaikeampien toiminnallisten häiriöiden esiintyvyydestä suomalaisessa väestössä ei ole kattavaa tietoa. Esimerkiksi Britanniassa yksittäisten häiriöiden kuten kroonisen väsymysoireyhtymän (vallitsevuus 1-3%), fibromyalgian (1-5%) tai ärtyvän paksusuolen (5-11%) osalta on tietoa olemassa, mutta senkin luotettavuutta haittaa mm. diagnostisten kriteereiden vakiintumattomuus sekä se, että samalla potilaalla voi olla useita samanaikaisia oireyhtymiä (tai sama oireisto täyttää usean häiriön kriteerit).

Lievien häiriöiden ennuste on yleensä hyvä, mutta ennuste toimintakyvyn kuntoutumisen kannalta on sitä huonompi, mitä pidempään oireisto jatkuu. Tertiääritason yksiköissä hoidettavina olevilla, yli kaksi vuotta oireilleilla potilailla ennuste paranemisen näkökulmasta on huono, mutta toimintakyvyn ja elämänlaatuun voidaan silti kuntoutuksella ja hoidolla heilläkin vaikuttaa.

TOIMINNALLISET HÄIRIÖT NYKYISESSÄ HOITAJÄRJESTELMÄSSÄ

Suuri osa lievistä toiminnallisista oireista ja häiriöistä hoidetaan asianmukaisesti perusterveydenhuollossa, ja potilaat toipuvat niistä hyvin. Osalla potilasta oireet ovat kuitenkin erikoissairaanhoidossa tehtävää erotusdiagnostiikkaa ja hoitosuunnitelmaa edellyttäviä oireiston hälyttävien piirteiden, pitkittymisen tai niihin liittyvän merkittävän toimintakyvyn laskun vuoksi.

Toiminnallisen häiriön toteaminen edellyttää aina sitä, että muut häiriöt on riittävällä varmuudella poissuljettu. Erotusdiagnostiikan edellyttämät, joskus laajatkin somaattiset tutkimukset tulevat nykyisin terveydenhuoltojärjestelmässä tavallisesti hyvin tehdyksi. Sen sijaan tutkimusten lopettaminen ja oireiston toteaminen ja tunnistaminen toiminnalliseksi ei onnistu nykyisin yhtä hyvin. Lääkärin epävarmuus tai tiedon puute sekä potilaan huolestuneisuus ja tähän liittyvät toiveet lienevät tärkeimpiä syitä tähän.

Toiminnallisen häiriön tunnistaminen olisi kuitenkin kriittisen tärkeää iatrogeenisten haittojen välttämiseksi sekä hoidon ja kuntoutuksen onnistumisen kannalta. Kun riittävät tutkimukset on tehty, tulisi potilaalle asettaa oireen mukainen diagnoosi, perustella kuinka diagnoosiin päästiin, rohkaista potilasta tiedolla oireiston palautuvuudesta ja poistaa pelkoa vaikeasta sairaudesta. Diagnoosin oikealla tavalla kertominen on tärkeä osa toiminnallisten oireiden hoitoa, joka voi ratkaisevasti vähentää oireilua.

Häiriöryhmäkohtaisia tai toiminnallisiin häiriöihin yleisesti kohdistettuja näyttöön perustuvia hoitoja on olemassa, mutta niiden saatavuus on usein huonoa. Moniammatillisesti tarjottavat fysioterapeuttiset, toimintaterapeuttiset, psykososiaaliset ja farmakologiset hoidot ovat ulkomailla toiminnallisten häiriöiden hoitoon erikoistuneissa yksiköissä tavanomaisimmat menetelmät.

Toiminnallisten häiriöiden hoitoa ja hoitoketjuja on tavallisesti mietitty erikoisaloittain yksittäisten oireiden/oireyhtymien näkökulmasta, jolloin toiminnallisten häiriöiden hoidon kokonaisuus on

sairaanhoitopiireissä jäänyt sirpaleiseksi ja jäsentymättömäksi. Varsinkin vaikeimmin oireilevien potilaiden hoito ohjautuu usein sattumanvaraisesti eri erikoisalojen kesken. Käypä Hoito – suosituksia ei toiminnallisten häiriöiden hoitoa ohjaamassa ole, vaikka joissakin suosituksissa (esim. Kosteus- ja homevaurioista oireileva potilas; Kipu; Ylävatsavaivaisen potilaan tutkiminen ja hoito –suositukset) toiminnallisia oireita sivutaankin. Joidenkin yksittäisten häiriöryhmien kohdalla alueellisia hoitoketjuja tai organisaation sisäisiä käytäntöjä on satunnaisesti kuvattu (esim. HUS – alueella ärtyneen paksunsuolen hoitoketju tai TAYS:n ”Väsyneiden potilaiden” hoitokäytäntö), mutta yleensä näin ei ole.

Sovittujen yhteisten käytäntöjen, hoitoketjujen ja hoidon porrastuksen puuttumisen vuoksi potilaita tutkitaan ja hoidetaan paljon väärissä paikoissa tai turhaan, mikä aiheuttaa huomattavaa räsitystä ja kustannuksia sekä potilaalle että terveydenhuoltojärjestelmälle.

Potilaiden kokemuksia välittyy paitsi suorana palautteena, myös potilasjärjestöjen julkilausumista, nettikeskusteluista ja kanteluista. He kokevat tulevansa usein huonosti ymmärretyiksi tai kuulluiksi, tai kokevat että heidän vaikeitakaan oireitaan ei tunnuta otettavan julkisessa terveydenhuollossa vakavasti. Kun varsinkin vaikeammin oireilevat potilaat eivät koe saavansa apua julkisesta terveydenhuollosta, he altistuvat erilaisille vaihtoehdoille huonosti tutkituille ja mahdollisesti haitallisille hoidoille luontaislääketieteen tai uskomushoitojen piirissä.

Vaikka potilaiden toimintakyky saattaa olla vaikeasti alentunut, heillä on vaikeuksia saada esim. sairausvakuutuslain mukaisia etuuksia sen vuoksi, että oikeus/korvauskäytännön mukainen näyttö sairaudesta puuttuu. Toisaalta he saattavat saada esim. vammaispalvelun kautta lääketieteellisesti arvioituna liiallisia tai vammaisuutta lisääviä tukitoimia. Sairausvakuutusjärjestelmän mahdollisuudet kuntoutumisessa ja toimintakyvyn palauttamisessa olisi huomioitava, eikä ohjata potilasta pitkäaikaisille sairauslomille tai työkyvyttömyyseläkkeelle.

TOIMINNALLISTEN HÄIRIÖIDEN HOIDON JA KUNTOUTUKSEN JÄRJESTÄMINEN

Työterveyslaitos on äskettäin valmistellut STM:n pyytämän esityksen ympäristöherkkyyden hoidon ja kuntoutuksen järjestämiseksi Suomessa. Sen kirjoittajat (Markku Sainio ja Kirsti Karvala) kuuluvat myös tätä esitystä valmistelevaan työryhmään. Heidän esityksensä keskeiset kohdat soveltuvat myös muiden toiminnallisten häiriöiden hoidon järjestelyn pohjaksi. Lisäksi seuraavan esityksen pohjana ovat Tanskassa (Fink P), Saksassa (Schaefer R), Isossa-Britanniassa (NHS) ja Kanadassa (Sampalli T) käytössä olevat mallit, joihin työryhmässä on tutustuttu.

OSAAMISEN LISÄÄMINEN

Toiminnallisten häiriöiden tunnistaminen ja hoitaminen vaatii osaamista. Erikoissairaanhoidon tukea ja osaamista tarvitaan sitä enemmän mitä vaikeammista oireista on kyse. Yleisyyteensä ja merkittävyyteensä nähden perinteisessä lääkärikoulutuksessa ja erikoislääkärikoulutuksessa häiriöryhmään kiinnitetään liian vähän huomiota.

- Lääkäreiden kykyä tunnistaa oireet, sekä osaamista ja keinoja vuoropuheluun toiminnallisesta häiriöstä kärsivän potilaan kanssa tulisi parantaa.
- Tietoa tulisi olla lisää potilaita tukevilla ja hoitavilla sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisilla.
- Perinteisen koulutuksen lisäksi kansalliseksi laajenevaan Virtuaalisairaala 2.0:n Terveyskylä.fi: hin (internet –alusta) tulisi rakentaa kliinistä työtä tukeva informaatio/ koulutuspaketti toiminnallisista häiriöistä kokonaisuutena sekä tärkeimmistä yksittäisistä häiriöistä erikseen (esim. krooninen väsymysoireyhtymä, ympäristöherkkyys, konversiohäiriöt).
- Vuoropuhelua erikoisalojen, eri terveydenhuollon ammattilaisten sekä perustason ja erikoissairaanhoidon välillä pitää parantaa, sekä kehittää moniammatillista työskentelyä
- Vaikeita tapauksia varten tarvitaan erityisosaamisen lisäämistä esim. osaamisen keskittämällä sairaanhoitopiiriin/maakuntien erityispoliklinikoille.

HOITOMUOTOJEN SISÄLTÖJEN KEHITTÄMINEN

Hoidon ja kuntoutuksen tavoitteena on toimintakyvyn kohentaminen. Potilaan oma, aktiivinen rooli kuntoutumisessa on keskeinen. Hoitoon sitoutumisessa auttaa se, että välttämättömien somaattisten ja psykiatristen poissulkututkimusten jälkeen mahdollisimman pian pyritään diagnostisesta pohdiskelusta siirtymään toimintakyvyn kohentamiseen kuten muissakin pitkittyneissä tai kroonisissa sairauksissa. Myös kokemusasiantuntijoiden tukea pyritään hyödyntämään mahdollisimman varhain potilaiden hoitoon sitoutumisen ja osallisuuden tukemiseksi.

Useisiin eri toiminnallisiin häiriöihin (taulukko1) on eri erikoisaloilla kehitetty oireenmukaisia hoitomuotoja, joista on vaihtelevaa tutkimusnäyttöä. Yhteistä näille ovat hyvän ja luottamuksellisen hoitosuhteen synnyttäminen, elämäntapaan, ravitsemukseen liikuntaan jne. liittyvät hoito-ohjeet ja psykoedukaatio, fysioterapia, psykoterapia, toimintaterapia tai oireenmukainen lääkehoito. Potilaiden osallisuutta ja itsehoitoa rohkaistaan, ja varsinkin stressiä vähentäviä menetelmiä (esim. mindfulness) suositellaan

Varsinkin kognitiivinen psykoterapia on hyödyllistä oireiluun liittyvien haitallisten tulkintojen ja reagoitapojen kuntouttamisessa. Viime vuosina on kuvattu erityisesti toiminnallisiin häiriöihin kehitettyjä kognitiivisen terapian sovellutuksia, joista alustavat tulokset ovat rohkaisevia. Psykiatrisen diagnoosin puuttuminen ei saa olla este psykoterapian saamiselle. Myös

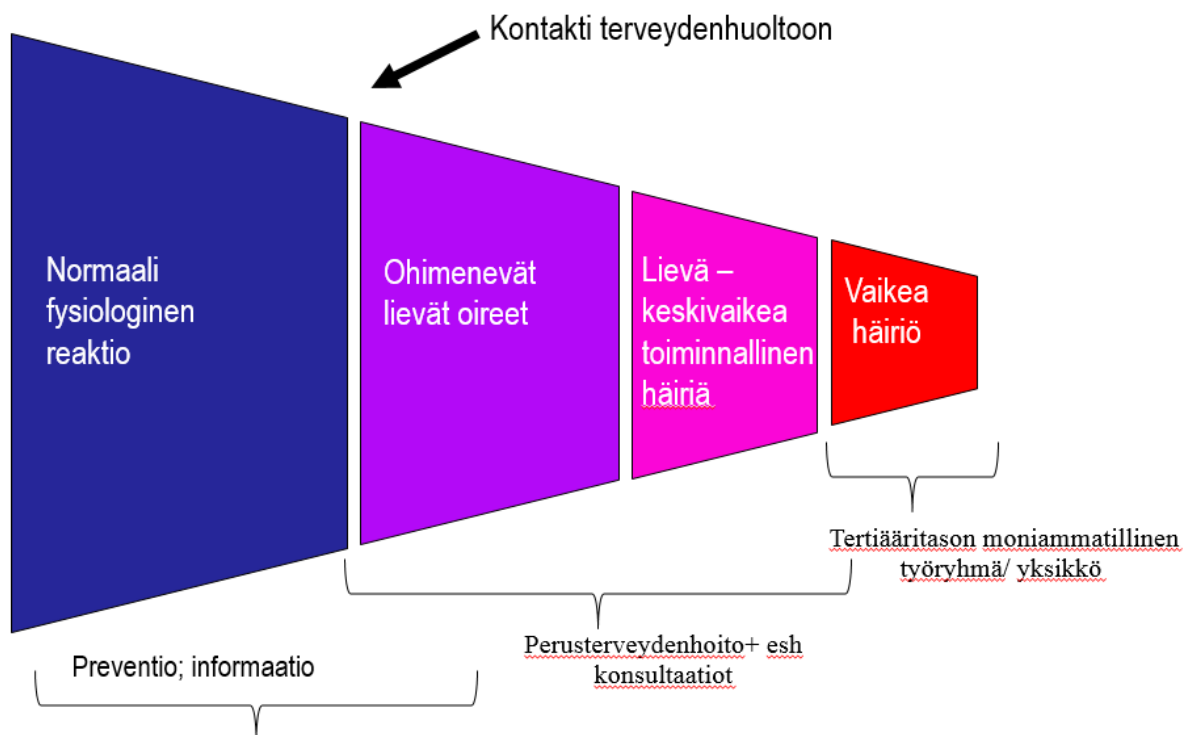
moniammatillisesta toimintakyvyn kohentamiseen keskittyvistä hoitomuodoista on todennäköisesti hyötyä.

Toiminnallisten häiriöiden näyttöön perustuvia hoitumuotoja on vaihtelevasti käytössä sairaanhoitopiireissä. Systemaattinen ja määrätietoinen hoitumuotojen käyttöönnotto ja evaluointi sekä uusien tutkimusmuotojen kehittäminen ja/tai tutkiminen on vähäistä ja tarvitsee kehittämistä.

HOIDON PORRASTUS

Hoidon porrastuksessa keskeinen tekijä on oireiston vaikeus, minkä tärkeimpänä mittarina on toimintakyvyn lasku (kuva 2). Perustasolla (Terveyskeskus/ SOTE –keskus/Työterveyshuolto) on kuitenkin keskeinen rooli paitsi lievempien häiriöiden tunnistamisessa ja hoidossa, myös vaikeista oireista kärsivien potilaiden kannattelevassa hoidossa erikoissairaanhoidon jälkeen. Lisäksi perustason tärkeä tehtävä on koordinoita monioireisten, eri erikoisalojen palveluihin lähetettävien/hakeutuvien potilaiden hoidon kokonaisuutta, jotta vältetään päällekkäiset, haitalliset tai tarpeettomat tutkimukset. Perustason kokeneilla yleislääkäreillä on myös tärkeä rooli kaikilla porrastuksen tasoilla. Konsultaatiot voivat siten toimia myös perustasolta sekundaari- ja tertiääritason suuntaan, ja yleislääkäri voisi olla myös tertiääritason erityisyksikön/ työryhmän jäsen.

KUVA 2. OIREISTON VAIKEUTEEN /TOIMINTAKYVYN LASKUUN PERUSTUVA HOIDON PORRASTUS (MALLI P. FINKIN MUKAAN)



LIEVÄT HÄIRIÖT

Lievän häiriön piirteitä: Oireisto on vastikään ilmaantunut. Toiminnallinen haitta on vähäinen. Potilas on huolissaan oireistaan, mutta välttämiskäyttäytyminen tai pelot eivät kavenna elämäpiiriä. Oireet tuntuvat lieventyvän oireenmukaisen hoidon ja huolia vähentävän informaation myötä.

Hoidon porrastus: yleislääkäri, työterveyslääkäri sekä perusterveydenhuollon tai työterveyshuollon psykologi.

Hoito: Oireiston rauhoittava ja normalisoiva analyysi, mielekäs, ymmärrettävä ja potilaan selviytymistä tukeva selitys oireenmuodostuksesta. Muiden samanaikaisten häiriöiden (esim. masennussairaus, ahdistuneisuus) diagnoosi ja hoito. Terveyskylä. fi, muut IT palvelut lääkärin ja potilaan apuna. Tarvittaessa oireenmukainen lääkehoito. Oireistosta toipumisen seuranta sovitusti; lääkäri/sairaanhoitaja.

KESKIVAIKEAT TOIMINNALLISET HÄIRIÖT

Keskivaikean häiriön piirteitä: oireisto on jatkunut viikkoja-kuukausia/ toiminnallinen haitta kohtalainen tai merkittävä: Vetäytyy jonkin verran kontakteista, harrastuksista, työkyky alentunut tai poissaoloja, Liikuntakyky, syöminen, nukkuminen, jne. heikentyneet, mutta selviytyy itsenäisesti. Kivut/muut jatkuvat oireet merkittäviä. Samanaikaisia psykiatrisia oireita kuten masennustila tai ahdistuneisuushäiriö. Potilas ja/tai omaiset eivät hyväksy oireiston toiminnallista luonnetta. Oireisto lisääntyy tai vaikeutuu. Ensimmäiset hoitoyritykset eivät tuota tulosta.

HOIDON PORRASTUS

Yleislääkäri, työterveyslääkäri, avohoidon erikoislääkäri tai sekundaaritason poliklinikat. Oireen määrittämisen erikoissalan erikoislääkärin konsultaatio joko perustasolla tai erikoissairaanhoidossa.

Sairaanhoitopiirien/ maakuntien sisällä suositellaan sovittavaksi erikoissairaanhoidon työnjaosta keskeisten häiriöryhmien (taulukko 2.) potilaiden hoitamiseksi. Erikoislääkärin tehtävänä on sulkea pois somaattinen sairaus ja varmistaa toiminnallisen häiriön diagnoosi sekä tehdä samalla päätös diagnostisten lisätutkimusten lopettamisesta. Hän kannustaa potilaita psykososiaaliseen arvioon ja poistaa oireisiin liittyviä pelkoja ja mahdollisia vääriä käsityksiä. Hän vastaa moniammatillisen hoito- ja kuntoutussuunnitelman ja siihen liittyvien lausuntojen laatimisesta tai tukee tässä perustason lääkäriä. Erikoislääkäri voi pyytää tertiääritason erityisyksikön konsultaatioapua.

Toiminnallisiin häiriöihin liittyvän kuntoutuksen, pitkien sairauslomien ja muiden merkittävien etuuksien tarpeen arvioiminen ja niihin liittyvien lausuntojen laatiminen tulee tapahtua julkisessa terveydenhuollossa, mieluiten erikoissairaanhoidossa tai erikoissairaanhoidon konsultaation tukemana.

Psykiatrin konsultaatio tai yhteinen vastaanotto somatiikan lääkärin kanssa on usein aiheellinen samanaikaisen psykiatrisen häiriön toteamiseksi tai poissulkemiseksi. Psykiatrin ja/tai psykologin arvio on myös tarpeen psykososiaalisia hoito- ja kuntoutusmuotoja (esim. nettiterapia, kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia tai sen sovellukset, mindfulness, kuvataideterapia ja perheterapia) tarvetta ja järjestämistä arvioitaessa. Mikäli toiminnallisen häiriön syynä vaikuttaa keskeisesti olevan psykiatrisen häiriö, hoidosta vastaa psykiatri somaattisten alojen konsultaatioiden tukemana.

HOITO / KUNTOUTUS

Jatkuvasti oireileva potilas tarvitsee säännöllisiä erikoislääkärin tai yleislääkärin tapaamisia. Vastaanotoilla arvioidaan mahdollisten lisä – ja tukihoidojen tarve, pyritään vähentämään oireiluun liittyviä pelkoja ja arvioimaan mahdollisten uusien oireiden merkitystä. Toiminnallisiin häiriöihin koulutettu perustason sairaanhoitaja olisi hyödyllinen depressio- tai unihoitajan tapaan. Ryhmähoidoista on ulkomailla saatu suotuisia kokemuksia, ja näiden kehittäminen kaikille hoidon porrastuksen tasoille olisi hyödyllistä.

Erytistyöntekijöiden (psykologi, neuropsykologi, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, puheterapeutti, ravitsemusterapeutti, sosiaalityöntekijä) palvelut toimintakykyä rajaavien oireiden perusteella. Oireenmukainen lääkehoito. Itsehoito (Terveyskylä.fi, Mielenterveystalo). Oireiden ja toimintakyvyn seuraaminen mittareilla yksilöllisesti tarpeen mukaan. Potilaan läheiset huomioiva perhetyöskentely. Kokemusasiantuntijoiden tuki.

VAIKEAT TOIMINNALLISET HÄIRIÖT

Vaikean häiriön piirteitä: oireisto jatkunut vähintään 6 kk tai vuosia. Toiminnallinen haitta on vaikea. Liikkuu vain vähän kodin ulkopuolella, tarvitsee arjessa toisten ihmisten apua esim. liikkumisessa. Oireisto (esim. kivut, uupuminen, lihaskipu) lamaava, jatkuva. Omaiset uupuneet tai sairastuneet. Psykiatriset oireet todennäköisiä. Useita epäonnistuneita hoitoyrityksiä eri erikoisaloilla tai hoitotahoilla. Potilas ei ole vastaanottavainen validoiville selityksille. Pitkiä sairauslomajaksoja, työkyky vakavasti uhattuna tai työkyvytön.

HOIDON PORRASTUS

Hoito- ja kuntoutussuunnitelma erikoissairaanhoidossa. Pitkäaikaisseuranta yleislääkärin vastaanotolla. Psykiatrin konsultaatio/yhteinen vastaanotto, jos epäily samanaikaisesta psykiatrisesta häiriöstä tai toivotaan arviota psykoterapian (esim. nettiterapia, kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia tai sen sovellukset, mindfulness, kuvataideterapia, perheterapia) tarpeesta. Erikoislääkäri konsultoi ja ohjaa tarvittaessa tertiääritason erityisyksikköön.

HOITO / KUNTOUTUS

Moniammatillinen somaattinen, psykologinen/psykiatrisen ja toiminnallinen arvio ja kuntoutus(suunnitelma). Kokemusasiantuntijan tuki. Toimintakyvyn ja oireiden seuraaminen strukturoiduilla mittareilla. Vaativat kuntoutusta tukevat lausunnot ja työkykyarvio. Ajokykyarvio. Ryhmäkuntoutukset/terapiat. Potilaan läheiset huomioiva perhetyöskentely.

TERTIÄÄRITASON ERITYISYKSIKÖT/ TYÖRYHMÄT

Sairaanhoitopiireihin/ maakuntatasolle ehdotetaan harkittavaksi vaikeimpien toiminnallisten häiriöiden hoitoon erikoistuneita yksiköitä tai työryhmiä. Toiminnallisten häiriöiden hoitoon erikoistuvien yksiköiden luontevin sijainti voisi olla esim. sairaanhoitopiirien kuntoutustutkimusyksiköissä. Kipupoliklinikoiden alueellista toimintaa ja toimintamallia voisi hyödyntää –kroonisista kipupotilaista suurella osalla on myös vaikeita toiminnallisia oireita.

Yksiköllä olisi käytettävissään keskeisten erikoisalojen erikoislääkäreiden sekä erityistyöntekijöiden osaaminen. Malli voisi eri alueilla toteutua eri tavalla, kevyimmillään virtuaalisena konsultaatiopoliklinikkana tai –työryhmänä. Erikoisalojen sisälle voidaan lisäksi tarvittaessa perustaa työryhmiä vaikeimpien häiriöryhmien diagnostiikkaa ja hoitoa varten (esim. HUS sisäilmapoliklinikka), jotka kuitenkin tekevät läheistä yhteistyötä kuntoutuspoliklinikkojen kanssa.

Tertiääritason yksiköllä on käytettävissään konsultoivat erikoislääkärit häiriöryhmän kannalta keskeisiltä erikoisaloilta (kivunhoito, korva-nenä-kurkkutaudit, neurologia, sisätaudit, kuntoutus ja geriatria, kardiologia, keuhkosairaudet, tukieliinkirurgia, iho- ja allergiasairaudet, infektiosairaudet, reumasairaudet, endokrinologia, gastroenterologia, urologia, yleissairaalapsykiatria, harvinaiset sairaudet). Kuntoutussuunnitelmien laatimiseen ja kuntoutusten toteuttamiseen osallistuvat tarvittaessa perehtyneet erityistyöntekijät (kliininen psykologi tai neuropsykologi, (psykofyysinen) fysioterapeutti, toimintaterapeutti, sosiaalityöntekijä ja puheterapeutti).

Tertiääritason yksikköjen tehtävänä on lisäksi ottaa käyttöön uusia näyttöön perustuvia toiminnallisten häiriöiden hoitomuotoja sekä tutkia ja kehittää niitä. Sen piirissä toimivat asiantuntijat osallistuvat toiminnallisiin häiriöihin liittyvään julkiseen keskusteluun ja tiedottamiseen.

VIRTUAALISAIRAALA 2.0: TERVEYSKYLÄ.FI

Suuri osa toiminnallisista häiriöistä kärsivistä potilaista hankkii tietoa internetistä. Sieltä saatava tieto on valitettavan usein vääristynyttä tai potilaiden oireilua tukevaa. Vastaavasti kuntoutumiseen tai toipumiseen tukevaa ja rohkaisevaa tietoa on vähemmän. Terveyskylä.fi:n Kuntoutustaloon ehdotetaan tuotettavaksi (esim. yhdessä HYKS:n, TTL:n, STM:n ja KELA:n kanssa) toiminnallisista häiriöistä oma sivusto, jossa olisi häiriöryhmittäin

- Potilaille suunnattu informaatio ja itsehoito-ohjeistus, mahdollisesti oirenavigaatio
- Ammattilaisille suunnattu informaationsivusto
- nettiterapiat

KIRJALLISUUTTA

Beyond Myalgic encephalomyelitis/ Chronic fatigue syndrome: redefining an illness. Institute of Medicine (IOM) 2015.

Budtz-Lilly A, Schröder A ym. Bodily Distress syndrome: A new diagnosis for functional disorders in primary care? BMC Family practice 2015.

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

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

Henningsen P ym. Management of functional somatic syndromes. The Lancet, 2007

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>

Pasternack I, Remahl A, Ahovuo-Saloranta A, Isojärvi J ja Mäkinen E. Krooninen väsymysoireyhtymä. Etiologia, diagnostiikka, hoito sekä kuntoutusinterventiot. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan raportteja 3, 2017. 978-952-284-023-3 (pdf)

Sainio M, Karvala K. Ympäristöherkkyyden hoidon ja kuntoutuksen järjestäminen Suomessa. Työterveyslaitos 2016

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. Deutsche Arzteblatt Int 109(47): 803–13.

Vos-Vromans DC, Smeets RJ ym. Multidisciplinary rehabilitation treatment versus cognitive behavioural therapy for patients with chronic fatigue syndrome: a randomized controlled trial. J Int Med 2016

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.

TYÖRYHMÄ

Leena-Maija Aaltonen, osastonylilääkäri,
Korva-, nenä- ja kurkkutaudit, HYKS

Benita Antas, psykologi, Psykiatrian
konsultaatiopoliklinikka, HYKS

Perttu Arkkila, osastonylilääkäri,
Endoskopiayksikkö, Gastroenterologia, HYKS

Eeva Dunderfelt-Lövegren, neuropsykologi,
Neurologian kuntoutustutkimusyksikkö, HYKS

Anna Eskola, apulaisyliääkäri, Psykiatrian
konsultaatiopoliklinikka, HYKS

Harri Hämäläinen, ylilääkäri, Fysiatrian
klinikka, HYKS

Tapani Hämäläinen, ylilääkäri,
Perusterveydenhuollon yksikkö, HYKS

Asko Järvinen, ylilääkäri, linjajohtaja
Infektiosairauksien linja, HYKS

Kirsi Karvala, ylilääkäri, Työterveyslaitos

Paula Kauppi, osastonylilääkäri,
Tulehdusyksikkö, Iho- ja allergiasairaala,
HYKS

Salla Koponen, erikoislääkäri, kliininen
opettaja, Psykiatrian konsultaatiopoliklinikka,
§HYKS

Liisamari Krüger, osastonylilääkäri, Fysiatria
ja kuntoutus, Hyvinkään sairaala

Tuitu Mikkonen, osastonlääkäri, Psykiatrian
konsultaatiopoliklinikka, HYKS

Sami Räsänen, apulaisyliääkäri, OYS

Mika Saarela, osastonlääkäri, Neurologian
klinikka, HYKS

Markku Sainio, ylilääkäri, Työterveyslaitos

Mikko Seppänen, osastonylilääkäri,
Harvinaiset sairauksien yksikkö, HYKS

Katinka Tuisku, osastonylilääkäri, Psykiatrian
konsultaatiopoliklinikka, HYKS

Risto Vataja, ylilääkäri, HYKS
Psykiatriakeskus (pj.)

Aarne Ylinen, osastonylilääkäri, Neurologian
klinikka, HYKS