

Työ- ja toimintakykyetuusien osaamiskeskus ja
Vakuutuslääketieteellinen yksikkö

18.5.2018

Sosiaali- ja terveysministeriö

Viitetieto STM010:00/2015

Sosiaali- ja terveysministeriön pyytämä lausunto toiminnallisten häiriöiden hoidon järjestämistä koskevaan luonnokseen

Kiitämme työryhmää toiminnallisten häiriöiden hoidon järjestämistä koskevan suunnitelman laatimisesta. Suunnitelma on erittäin tarpeellinen. Myös Kelassa on eri etuuksien käsittelyn yhteydessä nähty häiriöiden hoidon järjestämisessä puutteita.

Työryhmällä on ollut haastava tehtävä, mikä tulee paikoin esiin terminologisena kirjavuutena. Luonnosta on ollut valmistelemassa laaja joukko erikoissairaanhoidon asiantuntijoita. Koska kuitenkin merkittävä osa toiminnallisista häiriöistä ehdotetaan hoidettavaksi perusterveydenhuollon toimesta, kiinnittää yleislääketieteen sekä perusterveydenhuollon puuttuva edustus huomiota.

Häiriön vaikeusasteen määrittely (lievät, keskivaikeat, vaikeat) sen aiheuttaman toimintakyvyn heikkenemän perusteella on hyvä ajatus. Myös hoidon porrastus oireiston vaikeuden perusteella vaikuttaa selkeältä ja tuntuisi toimivalta, erityisesti sen jälkeen, kun potilaalla jo on toiminnallisen häiriön diagnoosi. Ennen diagnoosin asettamista hoidon porrastus voi kuitenkin osoittautua haasteelliseksi.

Valtaosa toiminnallisista häiriöistä kärsivistä potilaista hoidetaan perusterveydenhuollossa ja työterveyshuollossa. Näiden yksiköiden toimintaa tulisi tukea esimerkiksi kirjallisella ohjeistuksella, moniammatillisuuden mahdollistamisella, koulutuksella, sekä sujuvilla erikoissairaanhoidon konsultaatiomahdollisuuksilla. Luonnos ei juurikaan tuo näille yksiköille konkreettista tukea diagnoosin asettamisen helpottamiseksi.

Hoidon porrastus

Lievissä toiminnallisissa häiriöissä edellytetään varhaista diagnoosia perusterveydenhuollossa tai työterveyshuollossa. Kuitenkin häiriöön diagnosoinnin todetaan edellyttävän riittävää erotusdiagnoositiikkaa, jonka mahdollisuudet perusterveydenhuollossa ovat rajalliset. Monet toiminnallisista häiriöistä kärsivät potilaat ovat diagnostiikan suhteen vaativia, eikä toiminnallisen häiriön diagnoosi perusterveydenhuollon erotusdiagnostisia mahdollisuuksia käyttäen ole mahdollinen.

Perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon yksiköissä kohdataan potilas usein jo häiriön alkuvaiheessa, jolloin lievissä tapauksissa toipumisennuste olisi hyvä. Varhainen diagnostiikka, hoito ja kuntoutus todennäköisesti

parantaisi potilaiden ennustetta. Perusterveydenhuollon osaamista tunnistaa häiriön pitkittymisen suhteen riskissä olevat potilaat tulisi lisätä.

Keskivaikeiden toiminnallisten häiriöiden erotusdiagnostiikka vaatii usein erikoissairaanhoidon tutkimuksia. Jos potilaan hoito on hajaantunut useisiin erikoissairaanhoidon yksiköihin, voi yleislääkärillä tai työterveyslääkärillä usein olla paras kokonaiskäsitys potilaan hoidosta ja tehdyistä tutkimuksista. Hänen voi olla erikoissairaanhoidon yksittäisen erikoisalan lääkäriä helpompi asettaa toiminnallisen häiriön diagnoosi ja määritellä hoitolinjaus (tutkimusten lopettaminen, oireiston tunnistaminen ja toteaminen toiminnalliseksi). Perustason lääkärin laajaa kokonaisnäkemystä tilanteesta tulisi hyödyntää erityisesti, kun toiminnalliseen häiriöön liittyy pitkä sairausloma, merkittävien etuuksien tarpeen arviointi ja niihin liittyvien lausuntojen laatiminen. Yleisesti ottaen kuntoutuksen, pitkien sairauslomien ja muiden merkittävien etuuksien tarpeen arvioiminen ja niihin liittyvien lausuntojen laatiminen tulisi tapahtua julkisessa terveydenhuollossa. Sosiaaliturvan myöntämisen edellytysten määrittely tulisi käynnistää hyvissä ajoin ennen esimerkiksi sairaspäiväraha-oikeuden tai kuntoutustuen päättymistä.

Tertiääritason yksiköiden tai työryhmien perustaminen on erittäin tarpeellista. Vaikeista toiminnallisista häiriöistä kärsivillä potilailla on usein eri elinjärjestelmien toiminnallisia oireita, ja siten useiden eri erikoisalojen tutkimus- ja hoitajaksoja. Potilailla tulisi yhdenmukaisen hoitolinjauksen varmistamiseksi olla erikoissairaanhoidossa nimetty hoidosta vastaava yksikkö, joka konsultoi muita erikoisaloja tarpeen mukaan. Erikoissairaanhoidon tutkimus- tai diagnostinen prosessi ilman asetettua toiminnallisen häiriön diagnoosia ei mahdollista toiminnallisen häiriön hoidon ja kuntoutuksen aloitusta. Myös keskeneräinen eläke- tai muu etuus- tai oikeusprosessi on usein este toipumiselle.

Toiminnallisista häiriöistä kärsivän potilaan hoito on pitkäjänteistä ja aikaresurssia vaativaa, mikä on usein ristiriidassa terveydenhuollon tehostamistarpeiden kanssa. Erikoissairaanhoidon diagnostiikan päätyttyä potilaalle tulisi osoittaa jatkoseurannasta vastaava yksikkö. Potilaan pitkäaikaisseuranta toteutuu yleensä yleislääkärin tai työterveyslääkärin vastaanotolla. Seurannan tueksi tulisi kehittää toimintakyvyn ja oireiden seuraamista helpottavia strukturoituja mittareita.

Toiminnallisten häiriöiden hoito voi olla hoitotahoa henkisesti kuormittavaa, mihin tulisi kiinnittää huomiota. Kokemusperäisesti on tiedossa, että esimerkiksi kipupoliklinikoilla moniammatillinen työskentelytapa vähentää henkilökunnan kuormittumista.

Hoito ja kuntoutus

Toiminnallisissa häiriöissä hoidon ja kuntoutuksen raja on usein veteen piirretty. Toiminnallisissa häiriöissä hoito ja kuntoutus on tärkeää nivoa kokonaisuudeksi, jossa kuntoutus käynnistyy, kuntoutuksen palveluntuottajan ja hoitavan tahon yhteistyö toteutuu, ja hoito jatkuu saumattomasti yksilön tarpeiden mukaisesti.

Toiminnallisten häiriöiden näyttöön perustuvasta hoidosta ja hyvästä kuntoutuskäytännöstä tutkittua tietoa on vähän. Hoitoa/kuntoutusta pitäisi kehittää tutkitun tiedon valossa. Nykytiedon valossa hoidon ja kuntoutuksen tuloksellisuutta parantavat mm. moniammatillisuus, fysioterapeuttiset, toimintaterapeuttiset, psykososiaaliset ja farmakologiset hoidot. Myös potilaan omaiselle tai läheiselle tulisi tarjota tietoa potilaan sairaudesta, hoidosta ja kuntoutusmahdollisuuksista, ja siten sitouttaa hänet hoito- ja kuntoutusprosessiin mukaan. Vastuu toiminnallisten häiriöiden hoidon kehittämistä on hyvä antaa tertiäaritasen yksiköiden tai työryhmien tehtäväksi. Tässä on huomioitava kyseisten yksiköiden hoidon kehittämiseen tarvitsema resurssi.

Kela voi olla yhteistyössä toiminnallisten häiriöiden kuntoutusta kehitettäessä. Kela on käynnistämässä toiminnallisten häiriöiden kuntoutuksen kehittämiseen liittyvää esiselvitystä keskeisten toimijatahojen kanssa. Selvityksen tarkoituksena on mm. koota tietoa toiminnallisten häiriöiden hyvistä kuntoutuskäytännöistä ja kuntoutuksen kohderyhmästä. Jos on tarkoituksenmukaista, Kela on varautunut jatkamaan kuntoutuspalvelun suunnittelua sekä hoitoon saumattomasti liittyvän kuntoutuspalvelun kokeilemistä kehittämishankkeena.

Perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon tietämyksen lisääminen toiminnallisista häiriöistä on häiriön yleisyys huomioiden välttämätöntä. Koulutuksessa keskeistä on oireiston tunnistaminen ja toteaminen, toiminnallisen haitan arvioiminen (strukturoidut kyselyt/mittarit), hoidon ja kuntoutuksen keinot sekä merkitys sairausvakuutuslain mukaisten etuuksien näkökulmasta.

Kirjallisen materiaalin (koulutus, ohjeistus) tuottaminen esimerkiksi Virtuaalisairaala 2.0/Terveyskylä.fi –alustalle on kannatettava ajatus.

Yksittäisiä kommentteja luonnokseen

Kappale ”Hoitomuotojen sisällön kehittäminen”, ja lause: ”Psykiatrisen diagnoosin puuttuminen ei saa olla este psykoterapian saamiselle”.

Kelassa on vuonna 2017 laadittu ”Sovellusohje aikuisten mielenterveyden häiriöiden kuntoutukseen”, joka käsittelee myös kroonista väsymysoireyhtymää sairastavien potilaiden ohjaamista nykymuotoiseen

vaatimaan kuntoutukseen. Ohjeessa todetaan, että tietoa häiriön diagnostiikasta, luonnollisesta kulusta ja vaikuttavista kuntoutusmenetelmistä on niukasti. Jos krooninen väsymysoireyhtymä on yksi todetuista sairauksista, vaativan lääkinällisen kuntoutuksen tarve arvioidaan huomioiden samanaikaissairastavuus ja kokonaisterveydentila. Kuntoutusmenetelmät valitaan oireiden mukaan. Asteittain lisääntyvästä liikuntaharjoittelusta (graded exercise therapy, GET) ja kognitiivisesta psykoterapiasta on jonkin verran vaikuttavuusnäyttöä oireyhtymään liittyvän väsymyksen lievittämisessä.

Vaikka psykoterapiaan pääsyä ei tarvitse edeltää psykiatrinen diagnoosi, on lause ”Psykiatrisen diagnoosin puuttuminen ei saa olla este psykoterapian saamiselle” irrallinen. Psykoterapia on vaikuttava interventio jolla voi olla haittoakin, ja jonka tarve tulee tämän vuoksi aina olla arvioitu. Käyttöaihe voi olla myös vaikea toiminnallinen oire, jos näyttöä vaikuttavuudesta on, ja jos psykoterapeutteja on käytettävissä.

Kappale ”Mitä toiminnalliset häiriöt ovat”

Toiminnallisten häiriöiden tautiluokitus: olisiko syytä systemaattisesti todeta selvemmin, että osa toiminnallisista häiriöistä on WHO:n ICD-10 luokituksessa F-diagnooseja, ja osa muita koodeja. Jotkin toiminnalliset häiriöt sopivat parhaiten oirekoodien alle. Erikoisalalla, jolle toiminnallisesta häiriöstä kärsivä potilas tutkimuksiin ohjautuu, vaikutta diagnostisiin käytäntöihin. Järjestelmän kannalta toimintaa tulisi selkeyttää, tulossa oleva ICD-11 mahdollisesti selkeyttää tilannetta.

Taulukko 1.

Neuroborrelioosi tässä vaatisi lisäselvennystä. Neuroborrelioosin diagnostiikassa on tiedossa oleva hyvä kliininen käytäntö, jolloin diagnoosi tehdään taudin kliinisen kuvan, likvorin leukosytoosin, sekä PCR-menetelmällä osoitetun *Borrelia spirokeetan* olemassaolon perusteella. Valtaosa näistä potilaista paranee antibioottihoidolla hyvin, eikä diagnoosiin tuolloin liityn toiminnallisen häiriön piirteitä.

Ystävällisesti

Mikko Toivanen
osaamiskeskuksen päällikkö

Kirsi Vainiemi
vastaava ylilääkäri