

Kysymyksiä Terveys- ja Hyvinvoinninlaitokselle sisäilmasairaiden asemasta (28.10.2011).

SI SÄILMASTA SAIRASTUNEIDEN ONGELMAT KULMI NOI TUVAT MI ELESTÄMME SEURAAVI IIN PÄÄKOHTI IIN

6 akuuttia osa-aluetta:

1. Hätmajoitus

Pahasti sairastuneet eivät löydä enää itselleen sopivaa asuntoa/muita tiloja. Terve asunto on sairastuneella verrattavissa lääkehoitoon. Nyt sairastuneita elää vailla sopivia sisätiloja joko ulkona (mm. teltta, parveke) tai altistuen sisätiloissa koko ajan lisää, mikä johtaa pysyvään sairauden pahenemiseen. STM ei ole reagoinut tilanteeseen avunpyynnöistä huolimatta.

2. Ammattitautilaki/muu korvattavuus

Lakia rikotaan jatkuvasti koska työnantajan velvollisuus on järjestää hyvät työtilat. Työnantajan laiminlyönnit tekevät ihmisestä työpaikkakyvyttömän ja myös asuinpaikkakyvyttömän ja tämän jälkeen ihminen hylätään. Sairastumista ei virallisesti ole, ellei satu sairastumaan astmaan (vain pieni osa sairastuneista kärsii astmasta), ja astmankin hoidossa ja korvattavuudessa on vakavia puutteita. Muut oireet jäävät huomiotta, sillä sisäilmasta sairastuneiden koko oirekuvaa/sairastumista ei käsitellä. Sairastunut on lainsuojaton.

Sama tilanne on ylipäänsä mm. rakentamisessa; esim. rakentajan laiminlyönnit voivat sairastuttaa ihmisen, joka sitten itse joutuu kantamaan sairastumisensa seuraukset, kukaan ei kanna vastuuta sairastumisista ja kaiken lisäksi sairautta ei ole edes virallistettu, joten tässä kohdin sairastunut putoaa "hyvinvointivaltiossa" kaiken avun ja korvauksien ulkopuolelle. Myöskin taloudelliset kustannukset uusienkin hometalojen ostamisesta kaatuvat usein ostajan, ei rakentajan, vastuulle.

3. Viranomaisten tiedon ja toiminnan puute

Järjestelmiä sairastuneiden auttamiseksi ei ole. Ruohonjuuritasolla viranomaisilla ei ole tietoa ja osaamista asiasta. Sairastuneet kokevat ongelmia kaikkien viranomaistahojen kanssa. Sairastuneiden pömpöttelu paikasta toiseen on säännönmukaista. Puutteita on mm. sosiaaliviranomaisten ja terveydensuojeluviranomaisten toiminnassa. Laki ei toteudu sisäilmasta sairastuneen kohdalla, vaan hän putoaa järjestelmän ulkopuolelle apua hakiessaan.

4. Lääkäreiden tietämättömyys

Lääkäreiden tietämys sisäilman aiheuttamista oireista ja sairauksista on Suomessa auttamattomasti ajastaan jäljessä. Sairastuneet jäävät ilman diagnoosia ja hoitoa. Oireilevia ei osata diagnosoida ja varoittaa silloin, kun vakavat sairastumiset olisivat vielä estettävissä. Ongelman ennaltaehkäisy puuttuu täysin. Muita kuin keuhko-oireita ei osata liittää sisäilmaongelmiin, vaikka suurin osa sisäilmasta sairastuneista kärsii voimakkaista yleisoireista. Seurauksena on se, että sairastuneet jäävät ilman hoitoa, asianmukaisia todistuksia, korvauksia ja aputoimenpiteitä ja uusia sairastumisia tulee koko ajan lisää. Lisäksi sisäilmasta sairastuneiden leimaaminen psyykkisesti oireileviksi on edelleen valitettavan yleistä.

5. Ongelma on pinnan alla

Suomessa ei ole kartoitettu sisäilmasta sairastuneiden todellista määrää. Tämän seurauksena kaikki asianmukaiset toimintaohjelmat puuttuvat niin seurausten kuin ennaltaehkäisyynkin osalta.

6. Tutkimus ei ole ajantasalla

Oleellisia tutkimuksia ei tehdä ja kansainvälistä tutkimustietoa ei hyödynnetä. Tehtävät tutkimukset ovat monelta osin ammattitaidottomia/tehottomia. Tutkimukseen laitettut rahat eivät ole tuoneet muutosta sairastuneiden tilanteeseen viimeisten 20 vuoden aikana. Osa tutkimuksista on suoranaisesti tehty väärin.

TARKEMPIA KYSYMYKSIÄ JA ONGELMAKOHTIA:

Miksi Suomessa ei ole kartoitettu sisäilmasta sairastuneiden todellista määrää? Onko STM:llä/THL:lla suunnitelmia tällaista kartoitusta varten?

Miksi ei ole kartoitettu sisäilmasta sairastuneiden asunnottomien määrää ja avuntarvetta? Onko STM:llä/THL:lla suunnitelmia tällaisen kartoituksen tekemiseksi? Jos ei ole, niin miksi ei?

Millaisin tutkimuksin Suomessa on selvitelty muiden kuin keuhko-oireiden osuutta sisäilmasairastumisiin? Tällä hetkellä mm. neurologiset oireet, nivelvauriot ja vakavat, elämää rajoittavat yliherkistymiset erilaisille kemiallisille yhdisteille jäävät huomiotta, vaikka kansainvälistä tutkimustietoa on aiheesta saatavilla.

Millaisia toimenpiteitä STM/THL ehdottaa tilanteen parantamiseksi? Kuinka STM/THL perustelee, että tämä tutkimustieto ei ole Suomessa käytössä ja johda toimenpiteisiin käytännön tasolla?

Kansainvälistä tutkimustietoa (ks. mm <http://homepakolaiset.fi/tutkimustietoa.html> sekä liitteet tämän tiedoston lopusta) sisäilma-altisteiden haitoista niin terveydellisellä kuin sosiaalisellakin tasolla on runsaasti saatavilla. Altistumisen seurauksena ihmisiä sairastuu vakavasti ja pysyvästi, osa niin pahoin, että sopivaa sisätilaa ei välttämättä enää heille löydy tavallisista asunnoista ja moni sairastunut myös muuttuu ns. työpaikkakyvyttömäksi. Tutkimuksissa on osoitettu näiden ihmismäärien olevan huomattavan suuria ja kasvavan kiihtyvällä vauhdilla.

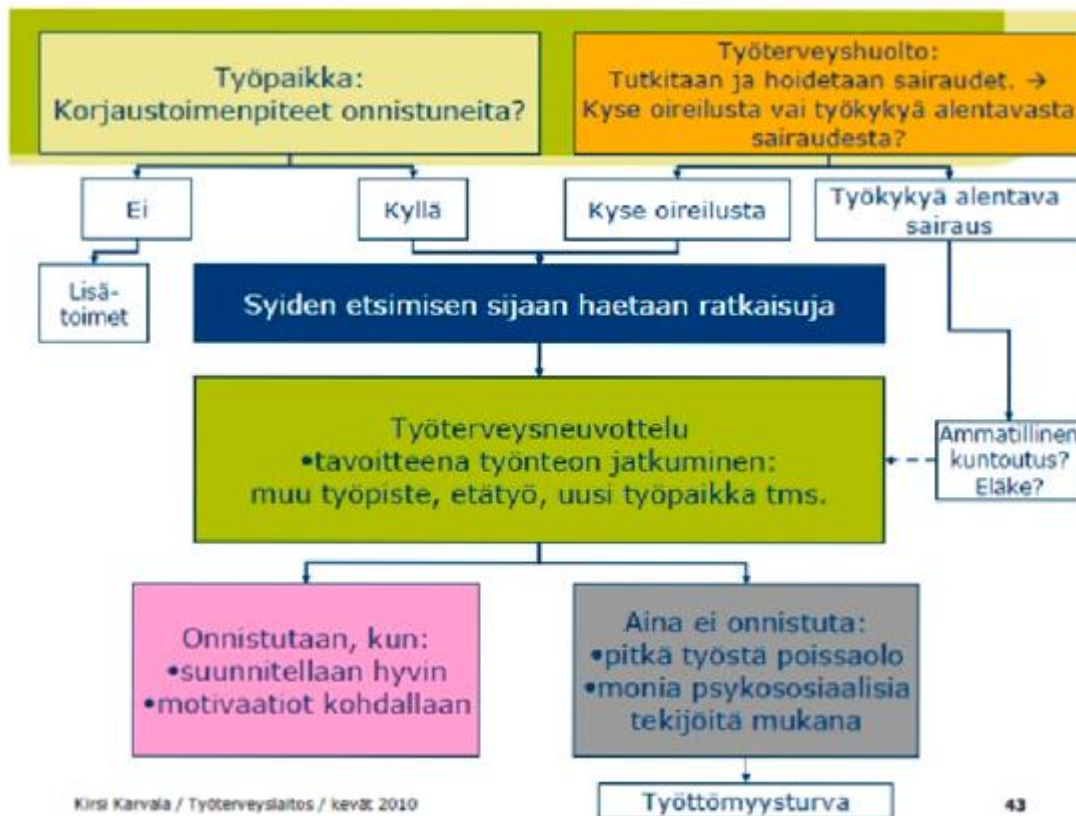
Millaisin käytännön toimin tilanteeseen aiotaan puuttua?

Ketkä ovat keskeiset vastuussa olevat henkilöt tilanteen huomioimisessa?

Kuka on vastuussa siitä, että tilanteeseen ei ole reagoitu ja sairastuneiden kohdalla mm. perustuslaki ei maassamme toteudu?

Tällä hetkellä tilanne sisäilmasta sairastuneiden kohdalla maassamme on se, että ne sairastuneet, jotka eivät kykene löytämään sisäilmaltaan sopivaa työpaikkaa, päätyvät pääosin työttömyyskortistoon (ks. KAAVIO alla) vaikka olisivat sairastuneet työpaikallaan. Työkykyä alentavaa sairautta ei sisäilmasta sairastuneella usein todeta (sillä ei ole otettu käyttöön tutkimusmenetelmiä, diagnooseja eikä edes koulutettu lääkäreitä yhdistämään muita kuin keuhko-oireita sisäilmasairastumiseen, vaikka yleisoireet olisivat rajuja).

Millaisin toimin STM/THL pyrkii edistämään sitä, että sisäilmasta sairastuneet saisivat asianmukaisen diagnoosin ja heidät luokiteltaisiin totuuden mukaisesti sairastuneiksi ja heitä koskisivat kuten muitakin sairaita mahdollisuudet mm. kuntoutukseen, uudelleen koulutukseen sekä etätyömahdollisuuksien kehittämiseen?



Huomioitavaa ylläolevasta kaaviosta: Työkykyä alentava sairaus -reitti on sisäilmasta sairastuneen kohdalla poissuljettu mm. seuraavista syistä:

- Sisäilmasta sairastuneita ei diagnosoida oikein (maassamme ei edes harjoiteta tutkimusta sisäilmaongelmien ja niiden todellisten terveyshaittojen yhteydestä ja näin ollen sairaita ei edes luokitella sairaksi, lääkäreiden tietämys aiheesta on ajastaan jäljessä)
- Sisäilmaongelmien todentamisessa on aukkoja: mm. toksisuutta ei huomioida ja mikrobin raja-arvot on asetettu korkeammalle, kuin tieteellisin perustein olisi aiheellista.

THL ja TTL

Toxtest-hanke:

- Onko näytteidenottoaikoissa oleville henkilöille tehty oirekyselyt näytteiden keräyksen ajankohdaksi?
- Onko varmistettu, että oirekohteiden toksisuuskäytännöt on otettu siitä tilasta, jossa altistuneen tiedetään henkilön sairastuneen, eikä pelkästään esim. samasta rakennuksesta?"
- Onko totta, että toksiiniäytettä on kerätty imurilla, jonka imuripussista toksiinit pääsevät pienen kokonsa vuoksi läpi ja että tämä imuri on todettu toksiinien keräämisessä tehottomaksi jo 90-luvulla? Miksi tällaista imuria on käytetty?
- Millaisia tuloksia toxtest-hanke on tuottanut toksiinimittausmenetelmien tehokkuudesta?
- Kuka on vastuussa tutkimusrahojen käytöstä, jos tutkimuksessa käytetään tehottomia menetelmiä ja tuloksia ei synny?

Onko STM/TTL/THL hakenut tutkimusrahoja toksiinien ja terveyshaittojen yhteyden tutkimiseksi? Jos ei, niin miksi ei? Onko vastaavasti haettu rahoitusta sen kartoittamiseksi, mitä oireita ja sairauksia esiintyy toksisissa tiloissa ja kuinka nämä sairaudet/oireet korreloivat toksisuuden kanssa? Jos ei, niin miksi ei?

Miksi THL/STM ei tutki sisäilmasta oireilevien oireita laajasti (muut kuin keuhko-oireet) ja niiden yhteyttä eri sisäilman myrkkyihin kuten eri mikrobitoksiineihin ja VOC-päästöihin?

LÄÄKÄRITOIMINTA

Miksi STM/THL ei velvoita lääkäreitä ottamaan vastaan koulutusta sisäilmasairastumisista?

Kuka on vastuussa siitä, että sairastuneet jäävät vaille asianmukaista hoitoa ja vakavasti sairastuneita tulee koko ajan lisää, kun oireita ei diagnosoida ajoissa?

Kuka on vastuussa silloin, kun lääkäri on neuvonut oireista huolimatta jatkamaan työskentelyä/asumista oireita aiheuttavissa tiloissa ja tästä on seurannut vakava pysyvä sairastuminen/kuolema?

Miksi lääketieteellisen tiedekunnan opintoihin ei kuulu perusopintoja sisäilmaongelmista (nykytietämyksen tasoisia)?

Mm. Genuisin (2010) ja De Lucan (2011) laajoista kokoomatutkimuksista selviää, että erilaiset ympäristösairaudet lisääntyvät koko ajan ja että altistuksen välttäminen on niihin ainoa toimiva hoitomuoto.

Kuka on vastuussa siitä, että STM ei reagoi tilanteeseen? Kuka on vastuussa uusista sairastumisista, joita tulee koko ajan lisää? Kenen vastuulla ennaltaehkäisy olisi?

Miksi sisäilmasta sairastuneiden todellista määrää ei ole Suomessa edelleenkään kartoitettu? (ts. kartoittamalla oikeasti sairastuneet ja oireilevat, ei vain astmaseulan läpäissyt osa, joka on sairastuneista vain murto-osa).

Kyse ei ole pelkästään mikrobeista ja niiden myrkyistä, vaan sairastumisessa oleellisena tekijänä ovat uudet rakennusmateriaalit ja niiden erittämät myrkyt. Tutkimuksessa Prevalence of Plastic Additives in Indoor air related to Newly Diagnosed asthma (Indoor Air and Built Environment October 2008 2008 17: 455-459) todetaan, että sisäilmaoireilu ("uusi astma") on lisääntynyt samaan aikaan kun on alettu käyttää lattiamateriaaleja, joihin on lisätty muoveja.

Miksi näitä kastuneiden rakennusten materiaalien erittämiä myrkyjä ei ole huomioitu tutkimuksissa ja diagnostiikassa?

"It is noteworthy that the prevalence of asthma has increased in Finland during the same period that plastic additives were increasingly used in flooring materials"

DIAGNOOSI NUMERO

Suurin epäkohta on, että kaikkia muita paitsi astmaa pidetään oireina ja oireita ei lasketa sairaudeksi (Oireita ei myöskään yhdistetä sisäilmaoireiluun, vaikka aiheesta on olemassa runsaasti tutkittua tietoa). Sairastuneiden kohdalla vedotaan siihen, että kyseessä on vain oireilu, mutta kuitenkin ei tutkita, onko taustalla elimellistä sairautta. Diagnostiikka perustuu siihen, että poissuljetaan astma ja jos tätä ei ole, ihminen todetaan terveeksi tai oireet somatisoinniksi.

Mihin logiikkaan ja tieteelliseen faktaan tämä toimintamalli perustuu?

Miksi home- ja kosteusvaurioiden hoidossa käytetään tavallisesti vain keuhkolääkäreitä?

Miksi Helsingin Iho- ja allergiasairaalan sisäilmapoliklinikka lopetettiin, vaikka potilasmäärät olivat vahvassa kasvussa, ja muutettiin se keuhko-osastoksi, jolla huomioidaan vain keuhko-oireilu?

Missä tutkitaan sisäilmasta sairastuneiden muita kuin keuhko-oireita?

Diagnoseja joita käytössä ja hyväksytyt, WHO ja esimerkinomaisesti muutamat maat:

Saksassa ja Itävallassa on MCS:lle virallistettu diagnoosinumeroksi T78.4 ja Japanissa T65.9. Ruotsissa on käytössä R06.8. (T78.4 tarkoittaa määrittelemätöntä allergiaa, T65.9 määrittelemättömän aineen myrkyvaikutusta, R06.8 määrittelemätöntä hengityksen poikkeavuutta). Online WHO diagnoosit: <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>

T78 Adverse effects, not elsewhere classified Note: This category is to be used as the primary code to identify the effects, not elsewhere classifiable, of unknown, undetermined or ill-defined causes. For multiple coding purposes this category may be used as an additional code to identify the effects of conditions classified elsewhere.

T78.4 Allergy, unspecified Allergic reaction NOS
Hypersensitivity NOS
Idiosyncrasy NOS

(T51-T65) Toxic effects of substances chiefly nonmedicinal as to source

T65 Toxic effect of other and unspecified substances
T65.9 Toxic effect of unspecified substance Poisoning NOS

Suomen diagnoosilistalta löytyy:
Anafylaktinen reaktio T78, Määrittämätön allergia T78.4

Eli Suomen lääkärit voisivat käyttää diagnoosia T65.9, T78.4 sekä J68.- Respiratory conditions due to inhalation of chemicals, gases, fumes and vapours

Typical examples:

Chlorine, Ammonia, Formaldehyde, Cadmium, Cobalt, Mercury, Ozone, Sulphur dioxide, (sulphuric acid), Nitrogen oxide, Phosgene, Acetaldehyde, Nickel carbonyl, Paraquat. (Ilistassa olevia aineita löytyy home- ja kosteusvaurioituneista rakennuksista).

Miksi STM/THL ei kouluta lääkäreitä käyttämään näitä diagnooseja? Kuinka STM/THL perustelee, että kyseessä ei ole laaja-alainen hoitovirhe/hoidon ja diagnosoinnin laiminlyönti, kun olemassaolevia diagnooseja ei käytetä?

Hyvä aloitussivu WHO:n diagnooseihin: The WHO Family of International Classifications
<http://apps.who.int/classifications/en/>

Lisätietoa: Chemical Sensivity Network [http://www.csn-deutschland.de/blog/en/mcs-%E2%80%93-multiple-](http://www.csn-deutschland.de/blog/en/mcs-%E2%80%93-multiple-chemical-sensitivity-recognized-as-physical-disease-at-icd-10-in-japan/)

[chemical-sensitivity-recognized-as-physical-disease-at-icd-10-in-japan/](http://www.csn-deutschland.de/blog/en/mcs-%E2%80%93-multiple-chemical-sensitivity-recognized-as-physical-disease-at-icd-10-in-japan/)

INTERNATIONAL STATISTICAL CLASSIFICATION OF DISEASES AND RELATED HEALTH PROBLEMS (ICD-10) IN OCCUPATIONAL HEALTH

Antti Karjalainen, Finnish Institute of Occupational Health

World Health Organization, Geneva, 1999

(Tämä julkaisu ei sisältänyt japanin koodia T65.9, mutta se löytyy WHO:n netissä olevasta)

http://www.who.int/occupational_health/publications/en/oehicd10.pdf

Joitain diagnooseja ylläolevasta tiedostosta:

A.9.3 Toxic and irritative respiratory diseases

Toxic and irritative compounds cause harm through different mechanisms and the extent of the injury can vary widely. (s.31)

J68.- Respiratory conditions due to inhalation of chemicals, gases, fumes and vapours Typical examples:

Chlorine, Ammonia, Formaldehyde, Cadmium, Cobalt, Mercury, Ozone, Sulphur dioxide, (sulphuric acid), Nitrogen oxide, Phosgene, Acetaldehyde, Nickel carbonyl, Paraquat

A.15 Injury, poisoning and certain other consequences of external causes (S00-T98)

Pitkäaikainen jatkuva työperäinen liuotinaltistuminen tai akuutit myrkytykset voivat aiheuttaa pysyviä aivotoiminnan häiriöitä. Liuotinaivosairaus (ICD-10: G92 toksinen aivosairaus) ilmenee kognitiivisin ja psyykkisin oirein ja löydöksin. Tyypillisimmät oireet ovat muistin ja keskittymisen vaikeudet, ärtyneisyys ja masentuneisuus.

http://www.ttl.fi/fi/terveys_ja_tyokyky/ammattitaudit/esimerkkeja_ammattitaudeista/liuotinaivosairaudet/Sivut/default.aspx

Kosteusvaurioituneissa rakennuksissa ilmaan erittyy monia liuottimia ja myrkkijä ja tutkimusten mukaan kosteus lisää materiaalien päästöjä huomattavasti. Tämä seikka ilmeisesti aiheuttaa jonkin asteisen "liuotinaivosairauden" puhkeamisen osalle homesairastuneista (niille, jotka olleet tiloissa, joissa määrät liimat höyrystyvät kostean betonin päältä muovimatonta ym), koska monet sairastuneet oireilevat samantyyppisille aineille, mitkä lasketaan liuotinaivosairauden laukaiseviksi aineiksi ja niihin liittyviin ammatteihin: liimat, parkettilakat, painomuste, klooriyhdisteet, pesuaineet, hajusteet, ym. Nykykäytännön mukaan oireilevat ohjataan kortistoon, vaikka kyse on "liuottimien" kaltaisten myrkkijä ja homeiden erittämien myrkkijä laukaisemasta sairaudesta, joka kuuluu useamman ammattitaudin alle (liuotinaivosairaus, ODS, RADS, Alveoliitti, Astmat). Home- ja kosteusvaurioituneissa tiloissa on hyvin

erilaisia kombinaatioita biologisia, kemiallisia ja fysikaalisia tekijöitä ja näiden yhteisvaikutuksesta sairaus ilmenee eri lailla riippuen kyseisen tilan "cocktailista". Mm. Genuisin kokoomatutkimuksesta selviää hyvin myös se, että monen ns. homesairaana oireet ovat samoja kuin kemiallisille aseille altistuneilla sotilailta. Kemiallisille aseille altistuneilta sotilailta on löydetty konkreettisia muutoksia aivojen verenkierrossa (mm. hippokampuksen verenkierron pysyvä voimistuminen).

Miten STM/THL on huomionnut nämä seikat ja millaisia toimenpiteitä aiotaan tehdä homesairastuneiden auttamiseksi liittyen yllä mainittuun?

Miksi homesairastuneilta ei tutkita elimistön myrkkypitoisuutta (esim. raskasmetallit ja muovinpehmennäaineet), kun näitä aineita kuitenkin erittyy "hometalojen" ilmaan?

Miksi Suomessa ei tutkita aivomuutoksia vakavasti herkistyneiltä homesairastuneilta, kun tällaisia pysyviä aivotuominnan muutoksia on havaittu nimenomaan yliherkkyysiin sairastuneilla ja tiedetään, että sekä biologiset altisteet (mm. homeet) ja erilaiset kemikaali-altistukset (mm. hometaloissa) voivat näitä aivomuutoksia aiheuttaa?

Miksi oireita väitetään somatisoinniksi tai oireiden kokemisen häiriöksi suorittamatta kunnan tutkimuksia?

Onko tarkoitus viivästyttää ongelman tunnistamista antamalla vaikutelma, että kyse on oireilusta, eikä sairaudesta? Jos ei ole, miksi sairautta ei tutkita niillä menetelmillä, joita on olemassa ja ylläkin mainittu?

Miksi Suomi ei huomioi tässä aiheessa tieteellistä tutkimusaineistoa kuten monissa muissa maissa on tehty? Kuka jarruttaa näiden asioiden etenemistä Suomessa? Kenen vastuulla loppukädessä on tämä sisäilmasta sairastuneiden jättäminen ilman hoitoa, apua, diagnosointia ja korvausta sairastumisista eli perustuslain vastaisesti heitteille?

Kuka ja miten on vastuussa niiden ihmisten tilanteesta, jotka ovat sairastuneet opiskelupaikoissa tai kotonaan? Tällä hetkellä toimeentulon näille ihmisille maksaa työttömyyskortisto (jos kulloinkin työvoimatoimisto ymmärtää ja sallii sen, ettei kyseinen ihminen kykene töihin. Hyväksytyt menetelmät näyttävät olevan, että näille ihmisille ei tarjota töitä, vaan myönnetään hiljaa ja rauhassa työttömyysturva). Myös työpaikoilla sairastuneet ajautuvat lopulta työttömyyskortistoon, sillä muita kanavia ei käytännössä ole, ellei satu sairastumaan astmaan ja läpäisemään astmaseulaa.

Hyväksyykö STM/THL siis tämän menettelyn, että sairastuneet ovat virallisesti terveitä ja heidän paikkansa on työttömyyskortistossa?

Miksi PEF-puhalluksia tarjotaan samaisille ihmisille, jotka kertovat täysin toisenlaisesta sisäilmaongelmiin liittyvästä oirekuvasta? Miksi muita oireita ei huomioida? Miksi muita oireita ei kartoteta ja tehdä tutkimusta niiden yhteydestä sisäilmaongelmiin?

Kuka pitää yllä myyttiä psyykkisen oireilun liittymisestä "homesairastumisiin" vaikka tieteellinen todistusaineisto kertoo aivan muuta?

Kuka on vastuussa lääkäreiden ja tutkijoiden työn tasosta? Edellytetäänkö asiantuntijalääkäreiltä oman alansa tieteellisen tutkimuksen seuraamista? Onko lääkäreiden toiminnalla minkäänlaista laadunvalvontaa? Kuka laadunvalvonnasta vastaa? Kuka vastaa STM:n, THL:n ja TTL:n lääkäreiden ja tutkijoiden asiantuntemuksen tasosta?

Miksi edelleen puhutaan siedätyshoidosta, vaikka myrkytykseen ei auta siedätys, vaan pahentaa sitä?

Miksi valtio ei järjestä "lääkehoitoa" eli puhtaita työtiloja ja asuntoa niitä sairaudenhoitoon tarvitseville sairastuneille, sillä tieteellisen tutkimuksen mukaan altistumisen välttäminen on tehokkainta hoitoa?

Miksi sisäilmasta sairastuneiden kohdalla vaaditaan niin tarkkaa syy-yhteyden toteamista vrt. esim. melun aiheuttamat kuulovauriot?

Kuka vastaa ammattitaitilain muuttamisesta asianmukaiselle tasolle?

Kuka vastustaa ja on vastustanut toistakymmentä vuotta sitä, että home- ja kosteusvaurioista sairastuneet pääsisivät ammattitaitilain piiriin kuten muut sairastuneet?

Kuka ja missä on tutkittu, että astmalääke auttaa kaikkiin homesairauksiin? Miksi vain se korvataan? Miksi sallitaan astmalääkettä tarjottavan myös niille sairastuneille, jotka eivät kärsi keuhko-oireista, ja ihmisille kirjoitetaan "terveen paperit", jos he eivät suostu tätä lääkitystä käyttämään?

Mihin tutkimustietoon perustuu se, että ammattiastman kohdalla ei korvata yli vuoden pituisia eläkkeitä ja sairauslomaa? Kuinka STM perustelee sen, että sairastunut saa eläkkeen vain vuodeksi?

Millaisia suunnitelmia on Majvik 2:n päivittämiseksi?

TOIMINNALLISET SOMAATTISET OIREET ILMAN RAKENTEELLISTA VAURIOTA. LÄÄKÄRIPÄIVILTÄ VUODELTA 2011 (kursivoinnit Homepakolaisten):

"Selittämättömillä oireilla tarkoitetaan voimakkuudeltaan vaihtelevia, pitkäaikaisia ruumiillisia oireita,

jotka aiheuttavat usein toimintakyvyn alenemista, mutta joille ei löydy selvää orgaanista syytä. Fyysisesti selittämättömistä oireista kärsii 20–50 % perusterveydenhuollon ja kolmannes erikoisalujen poliklinikoiden potilaista.

Tähän mennessä aiheen määrittely ei ole ollut yhtenäistä. Orgaanisesti selittämättömät oireet voidaan jakaa esimerkiksi oireiden tyypin mukaan kolmeen eri kategoriaan: 1) kipu lokalisoituna eri puolille elimistöä, 2) toiminnalliset häiriöt eri elinsysteemeissä, 3) väsymys ja uupumus.

Oireiden määrän mukaan vastaava jako voidaan tehdä monioireiseen (useita oireita tavallisesti useista elinsysteemeistä) vs. mono-symptomaattiseen.

Psykosomaatiikan tutkijoiden mukaan orgaanisesti selittämättömät oireet voidaan puolestaan jakaa somatoformisiin häiriöihin (ICD 10: F45 Elimellisoireiset [somatoformiset] häiriöt) tai funktionaalisiin somaattisiin syndroomiin (Taulukko 1).

Taulukko 1. Elimellisoireiset somatoformiset häiriöt ja funktionaaliset somaattiset syndroomat.

F45 Elimellisoireiset (somatoformiset) häiriöt

- F45.0 Somatisaatiohäiriö
- F45.1 Erilaistumaton elimellisoireinen (somatoforminen) häiriö
- F45.2 Hypokondrinen häiriö
- F45.3 Elimellisoireinen (somatoforminen) autonominen toimintahäiriö
- F45.30 sydän- ja verenkiertoelimistö
- F45.31 ylempi ruuansulatuskanava
- F45.32 alempi ruuansulatuskanava
- F45.33 hengityselimistö
- F45.34 virtsa- ja sukuelimet
- F45.38; muu elin tai elinjärjestelmä
- F45.39 usean tai määrittämättömän elimen oire
- F45.4 Pitkäaikainen kipuoireyhtymä
- F45.8 Muu elimellisoireinen (somatoforminen) häiriö
- F45.9 Määrittämätön elimellisoireinen (somatoforminen) häiriö

Funktionaaliset somaattiset syndroomat

- Gastroenterologia – ärtyvän suolen oireyhtymä
- Reumatologia – fibromyalgia
- Ortopedia – krooninen alaselkäkipu
- Kardiologia – "atyyppinen" rintakipu
- Infektiosairaudet – krooninen väsymysoireyhtymä
- Kuuhkosairaudet – hyperventilaatio
- Gynekologia – "chronic pelvic pain"
- Ympäristö lääketiede – "multiple chemical sensitivity syndrome"
- Neurologia – jännityspäänsärky

Nykytietämyksen mukaan toiminnallisten somaattisten oireiden taustalla ajatellaan olevan oireiden kokemisen toiminnallinen häiriö aivoissa. Potilaiden kanssa käytettäväksi suositeltavaksi suomenkieliseksi nimitykseksi on esitetty "toiminnallinen oire" -termiä, koska se sisältää viestin, että potilaan elimistössä ei ole rakenteellista, korjaantumaton vauriota, vaikka oireet sinällään ovat potilaalle todellisia.

Toiminnalliset somaattiset oireet ovat usein pitkäaikaisia, ja harva potilas tulee oireettomaksi. Toisaalta esimerkiksi jopa 2/3:lla kroonisesta väsymysoireyhtymästä kärsivistä potilaista oireet olivat lieventyneet runsaan kolmen vuoden seurannan jälkeen. Pitkäaikaisseurannoissa vain noin 3 - 5 %:ssa tapauksista alun perin toiminnallisiksi diagnosoitujen oireiden aiheuttajaksi on paljastunut myöhemmin somaattinen sairaus.

Eli nyt pidetään ylläolevia sairauksia oireiden kokemisen häiriönä aivoissa ja lasketaan, että nämä ovat oireita ilman rakenteellista vauriota. Tämä ei pidä paikkaansa ja on vastoin aiheesta olemassa olevaa tutkimustietoa. (Ks. alla mm. De Luca, Orriols, Genuis, Anyanwu)

Miksi Suomessa v. 2011 sallitaan tällaisen tiedon levittäminen?

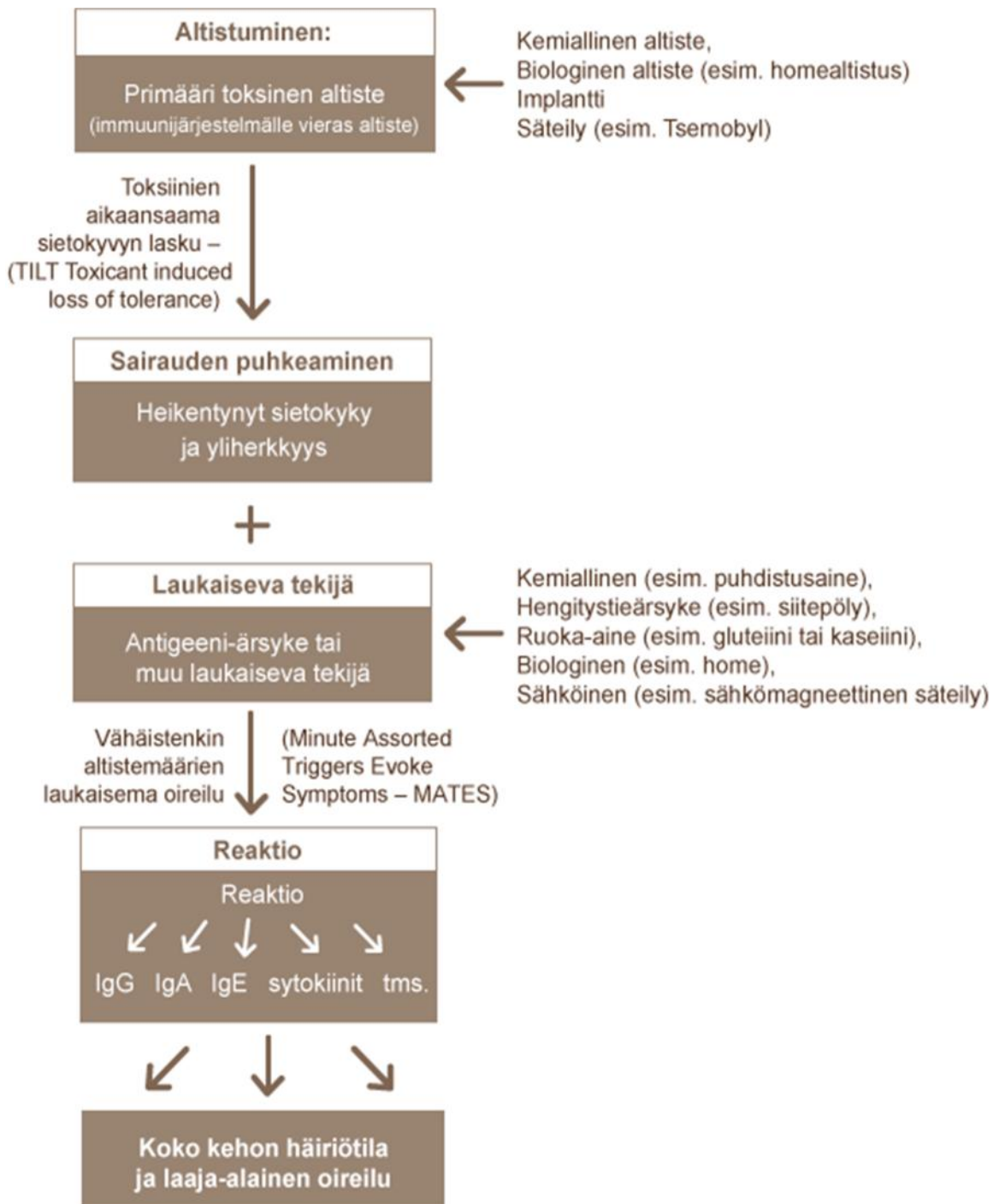
Somaattinen sairaus näiden oireiden taustalta ei tietenkään paljastu koska tätä ei Suomessa tutkita.

Kuinka STM/THL perustelee, ettei kyseessä ole tietoinen toiminta sairastuneiden pitämiseksi vain "oireilevina" sen sijaan, että myönnettäisi kyseessä olevan elimellisen pysyvän sairauden? Jos toiminta ei ole tarkoitushakuista, miksi STM/THL ei huomioi

tieteellistä todistusaineistoa?

Tarkennamme:

Useissa tutkimuksissa (näitä löytyy mm. Genuisin kokoomatutkimuksesta vuodelta 2010) on todettu kosteusvauriotalojen mikrobitoroksiinien olevan yksi syy immuunijärjestelmän häiriintymiseen pysyvästi niin, että ihminen alkaa oireilla vakavasti laajalle skaalalle erilaisia kemiallisia yhdisteitä (ks. Kaavio alla, lähde Genuis 2010) sisältäen myös homeet. Tilasta käytetään yhtenä nimityksenä nimeä MCS, Multiple Chemical Sensitivity, monikemikaaliyliherkkyys. Suuri osa home- ja kosteusvauriotalojen myrkyille altistuneista reagoi enemmän tai vähemmän voimakkaasti hyvin monille altisteille. Pahimmillaan kyse on koko normaalin elämän romahduttavasta immuunijärjestelmän häiriintymisestä.



Tutkimuslöydöksiä MCS:stä:

Tutkimuksen (De Luca et al. 2010) mukaan MCS:ssä on kyse elimistön puolustusjärjestelmän vakavista ja monimuotoisista toimintahäiriöistä. Löydösten pohjalta todetaan, että MCS:lle on tunnusomaista

joukko biokemiallisia ja immunologisia häiriöitä. Lisäksi tutkimuksessa todetaan, että havaitut metaboliset ja immunologiset parametrit pitäisi ottaa harkintaan sekä MCS:n biologiseksi määrittelyksi, että sen diagnosoimiseksi.

Tutkimuksessa (Orriols et al. 2009) selvitettiin voidaanko MCS-potilailla havaita muutoksia aivojen SPECT-kuvauksessa kemikaalialtistuksen jälkeen verrattuna terveisiin verrokkeihin. Tutkimuksessa havaittiin, että terveille turvallista pitoisuutta vastaava kemikaalialtistus aiheuttaa muutoksia MCS-potilaiden aivotoiminnassa, mikä viittaa sairauden neurogeeniseen alkuperään. MCS-potilaat osoittivat neurokognitiivista heikkenemistä kemikaalialtistuksen jälkeen.

Tutkimuksen (Kimata 2004) mukaan plasmatasot SP (substanssi P), VIP (vasoactive intestinal peptide) ja NGF (hermokasvutekijä) ovat merkittävästi koholla MCS-potilailla verrattuna terveisiin kontrolleihin. VOC-altistuksella ei ollut vaikutusta terveitten verrokkien plasmatasoihin (SP, VIP, NGF ja histamiini), kun taas MCS-potilailla VOC-altistus edelleen nosti kyseisiä plasmatasoja merkittävästi. Tulokset indikoivat, että MCS-potilaat saattavat kärsiä neurogeenisestä tulehduksesta, joka pahentuu VOC-altistuksessa.

MCS:stä on myös paljon muita tutkimuslöydöksiä kuin edellä mainitut tutkimukset. Löydöksiä on käsitelty laajemmin review-artikkelissa (Genuis 2010), joka tekee yhteenvedon MCS-tutkimuksen nykytilasta ja löydöksistä. Lisäksi artikkeli (Pall 2009) tekee laajan katsauksen MCS:n toksikologisesta luonteesta ja sitä tukevista tutkimuksista.

Pallin artikkelissa (2009) osio 92.1 Introduction to multiple chemical sensitivity (MCS): yleisimmät mcs:n oireet voidaan kuvata keskushermoston (CNS) muutoksina ja samasta osiosta löytyy myös viittauksia useampiin kuvannustutkimuksiin, joissa on havaittu muutoksia keskushermostossa.

Persianlahden sodan kemiallisille aseille altistuneilla sotilailla on löydetty muutoksia aivojen verenkierrossa (Li X 2011). Hippokampuksen verenkierto on osalla Gulf War Syndroomasta kärsivistä muuttunut ja muutokset ovat pysyviä ja eteneviä vielä 20 vuotta altistumisen jälkeen. Kemiallisille aseille altistuneiden sotilaiden oireiden on havaittu olevan samankaltaisia muiden yliherkkyyksiin sairastuneiden kanssa (Genuis 2010) ja homeiden toksiinit ovat yksi yliherkkyyssairauksien aiheuttajista (mm. Genuis 2010).

Kosteusvauriomikrobien toksiineista on kehitetty sodankäyntiin biologisiakin aseita, joten kyseessä ovat kovat myrkyt, joiden terveysvaikutusten piilottelun ei pitäisi kuulua modernin sivistysvaltion arvoihin.

Lähteet:

De Luca C, Scordo MG, Cesareo E, Pastore S, Mariani S, Maiani G, Stancato A, Loreti B, Valacchi G, Lubrano C, Raskovic D, De Padova L, Genovesi G, Korkina LG. Biological definition of multiple chemical sensitivity from redox state and cytokine profiling and not from polymorphisms of xenobiotic-metabolizing enzymes. *Toxicol Appl Pharmacol*. 2010 Nov 1;248(3):285-92. Epub 2010 Apr 27.

(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20430047>)

De Luca C, Raskovic D, Pacifico V, Thai JC, Korkina L. The search for reliable biomarkers of disease in multiple chemical sensitivity and other environmental intolerances. *Int J Environ Res Public Health*. 2011 Jul;8(7):2770-97. Epub 2011 Jul 1.

Orriols R, Costa R, Cuberas G, Jacas C, Castell J, Sunyer J. Brain dysfunction in multiple chemical sensitivity. *J Neurol Sci*. 2009 Dec 15;287(1-2):72-8. Epub 2009 Oct 3.

(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19801154>)

Kimata H. Effect of exposure to volatile organic compounds on plasma levels of neuropeptides, nerve growth factor and histamine in patients with self-reported multiple chemical sensitivity. *Int J Hyg Environ Health*. 2004 Feb;207(2):159-63.

(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15031958>)

Genuis SJ. Sensitivity-related illness: the escalating pandemic of allergy, food intolerance and chemical sensitivity. *Sci Total Environ*. 2010 Nov 15;408(24):6047-61.

(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20920818>)

Pall ML. Multiple chemical sensitivity: toxicological questions and mechanisms (part eight, chapter 92). In: Ballantyne B, Marrs TC, Syversen T, editors. *General and applied toxicology*, 3rd Edition. New Jersey: Wiley; 2009.

Li X, Spence JS, Buhner DM, Hart J Jr, Cullum CM, Biggs MM, Hester AL, Odegard TN, Carmack PS, Briggs RW, Haley RW: Hippocampal Dysfunction in Gulf War Veterans: Investigation with ASL Perfusion MR Imaging and Physostigmine Challenge. Departments of Radiology, Division of Neuroradiology, Internal Medicine, Clinical Sciences, Psychiatry, and Neurology, University of Texas Southwestern Medical Center, 5323 Harry Hines Blvd, Dallas, TX 75390-8874; School of Behavioral and Brain Sciences and Center for Brain Health, University of Texas at Dallas, Dallas, Tex; Department of Psychology, University of Texas at Arlington, Arlington, Tex. 2011.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21914840> ja

http://www.healthimaging.com/index.php?option=com_articles&article=29479&publication=8&view=portals

The validity of the environmental neurotoxic effects of toxigenic molds and mycotoxins.
Ebere C. Anyanwu.

The Internet Journal of Toxicology 2008 Volume 5 Number 2

http://www.ispub.com/journal/the_internet_journal_of_toxicology/volume_5_number_2_40/article_printable/the_validity_of_the_environmental_neurotoxic_effects_of_toxigenic_molds_and_mycotoxins.html

Artikkeli toksiineja tuottavien homeiden ja mykotoksiinien neurotoksisista vaikutuksista. Artikkelista selviää, että altistuminen toksiineja tuottaville homeille voi aiheuttaa monenlaisia neurologisia, kognitiivisia ja emotionaalisia oireita, joista osa voi myös aiheuttaa pysyviä vaurioita elimistössä ja sen toiminnoissa. Poimintoja artikkelista:

Homealtistuksen on tutkimuksissa todettu aiheuttavan fyysisiä, neurologisia, kognitiivisia ja emotionaalisia oireita. Yleisimmät altistuksesta seuraavat oireet ovat päänsärky, erilaiset kivut, nenäverenvuoto, kuumeilu, yskä, muistihäiriöt, masennus, mielialan vaihtelut, unihäiriöt, ahdistuneisuus, krooninen väsymys, huimaus/pyöräytys ja joissain tapauksissa sairaskohtaukset. Pitkäaikainen altistuminen sisäilman toksiineja tuottaville homeille voi johtaa mm. allergioihin, astmaan, yliherkistymisiin ja limakalvojen ärsyyntymiseen. Tutkimuksissa on havaittu ylempiä hengitystieoireita 80%:lla sairastuneista, alempia hengitystieoireita 94%:lla, yleisoireita 74%:lla ja neurokognitiivisia oireita 84%:lla sairastuneista.

Tutkimuksissa on löydetty yli 80%:lla homeille altistuneista muutoksia elimistön T- ja B-soluissa. Lisäksi altistuneilla on havaittu verrokkiryhmiin verrattuna epätavallisia IgE, IgM ja IgA -tasoja. Yleinen, elimistön puolustusjärjestelmän häiriintymiseen liittyvä liittyvä löydös toksisille homeille altistuneilla on elimistön luontaisten tappajasolujen epänormaali aktiivisuus. Hyvin pieninäkin määrinä mykotoksiinien aiheuttama epätavallinen NK-aktiivisuus voi aiheuttaa mm. kudonvaurioita, masennusta, stressiä, pahanlaatuisia muutoksia, kroonista väsymystä ja sen on todettu myös aiheuttavan kokeellista autoimmuunienkefaliittia (experimental allergic encephalomyelitis, toim huom: altistetuilla eläimillä aikaansaatu autoimmuunisairaus, jossa autoimmuunireaktioiden kautta syntyy keskushermoston demyelinaatiota ja neurologisia oireita. Sairaudella on vastavuuksia Multipple Skleroosin eli MS-taudin- kanssa).

Neuropsykologisissa testeissä todettiin sairastuneilla heikentymistä kognitiivisten tehtävien suorittamisessa. Tämänkaltaisten heikentymisten voimakkuus korreloi homealtistuksen voimakkuuden kanssa. Homeiden on todettu aiheuttavan heikentymistä mm. silmän ja käden yhteiskoordinaatiossa, reaktioajassa, näkökentässä, tasapainossa, keskittymiskyvyssä, lähimuistissa ja värien näkökyvyssä. Neurokognitiivisia oireita löydettiin 84%:lla altistuneista. Monet sairastuneista kärsivät akuutista stressistä, keskittymis- ja sopeutumisvaikeuksista sekä postraumaattisista stressireaktioista.

Homeiden aiheuttamat oireet voivat tulla joko heti altistuksen tapahduttua tai viiveellä. Oireet voivat olla ohimeneviä tai pysyviä, ne voivat johtaa pysyviin vaurioihin ja niillä voi olla jopa hengenvaarallisia vaikutuksia. Näköhermon demyelisoiva tulehdus on esimerkki mykotoksiinien aiheuttamasta neurologisesta pysyvästä haitasta (demyelisoiva eli hermoimpulssin kulkuun tarvittavaa myeliinituppea tuhoava toim. huom.). Monet toksiineja tuottavien homeiden aiheuttamista immunologisista ja neurologisista terveyshaitoista ovat erittäin vaikeasti hoidettavia, erityisesti keskus- ja ääreishermoston demyelisaatio.

Verikokeissa altistuneiden ja altistumattomien välillä löytyi huomattavia eroja mm. kreatiniini-, virtsa-happo-, fosfori-, alkalinen fosfataasi-, ASAT-, trijodityroniini- (T3), lymfosyytti-, IgG- ja IgA -immunoglobuliinitasoissa sekä kolesteroliarvoissa ja eriteltyjen valkosolujen määrissä. Nämä poikkeamat olivat yhteydessä erilaisten munuaisten toimintahäiriöiden kanssa ja niillä havaittiin myös vahva yhteys kroonisten sienien- ja infektioiden ja epänormaalien munuaisindikaattorien kanssa.

Toksiineja tuottaville homeille altistuneilla on myös havaittu puutoksia B-12 -vitamiinitasoissa, ja on mahdollista, että mykotoksiinien vaikutus ns. yhden-hiilen siirtoon (aminohappo- ja nukleiinihappoaineenvaihdunnassa toim. huom.) voi johtaa neuropatologisiin oireisiin.

Toksiineilla on myös karsinogeenisiä (syöpää aiheuttavia) vaikutuksia. Esim. Penicilliumintuottama okratoksiini A saattaa aiheuttaa virtsatie syöpiä ja munuaisvaurioita. Trikotekeenit ovat immunosuppressiivisia (kehon puolustustasoa laskevia toim. huom.) ja zearaleonilla on todettu estrogeeni vaikutuksia eläimiin ja ihmisiin. Stachybotryksen tuottama satratoksiini H on äärimmäisen myrkyllinen toksini, jonka on eläinkokeissa todettu aiheuttavan mm. keskenmenoja ja joka suurina annoksina, tai pitkäaikaisessa matalassakin altistuksessa, voi olla tappava.

Sensitivity-related illness: the escalating pandemic of allergy, food intolerance and chemical sensitivity. Genuis SJ.
Sci Total Environ. 2010 Nov 15; 408(24):6047-61.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20920818>

Yhteenveto erilaisten yliherkkyyssairauksien nykytilasta ja löydöksistä. Tutkimuksissa on havaittu, että allergiat ja yliherkkyyssairaudet ovat lisääntyneet voimakkaasti kahden viimeisen vuosikymmenen aikana. Voimakkaat kemialliset altistukset ja altistuminen homeille ja mykotoksiineille ovat tavallisimpia yliherkkyyssairauksien aiheuttajia (SRI, Sensitivity related illness). Yliherkkyyssairaus voi puhjeta aikaisemmin täysin terveelle ihmiselle, eikä sairastumiselle ole löydetty geneettistä pohjaa. Erilaisissa kemiallisissa onnettomuuksissa, kuten Intian Bhopalin kemikaalikatastrofissa ja kemiallisille aseille altistuneilla sotilailla, on havaittu samankaltaisia oireita ja sairauksia kuin muilla yliherkkyyksiin sairastuneilla.

Miksi Suomessa ei tutkita em. löydöksiä sisäilmasta sairastuneiden kohdalla?

Miksi tutkimustietoa ei hyödynnetä vaan väitetään tutkimustiedon vastaisesti oireilun olevan psyykkistä tai somatisointiperäistä?

Eikö tässä voida puhua tiedon vääristelystä? Mikä on ministeriön vastuu tietojensa ajanmukaistamisesta? Kuinka STM/THL selittää sen, että esim. Itävallassa ja Saksassa yliherkkyyssairaudet ovat virallistettuja sairauksia, mutta Suomessa väitetään, ettei tietoa ole tarpeeksi? Onko STM/THL siis sitä mieltä, että mm. Ruotsi, Saksa, Japani ja Itävalta ovat tehneet diagnoosipäätöksensä epätieteellisin perustein? Jos ei ole, miksi tätä tietoa ei Suomessa oteta käyttöön?

Miksi Suomessa ei tutkita kosteusvauriomyrkköjen aiheuttamia aivo- ja keskushermostomuutoksia?

Mitä STM/THL tekee sen estämiseksi, että home- ja kosteusvaurioista sairastuneiden leimaaminen psyykkisesti häiriintyneiksi lopetetaan? Tiedossamme on, että esim. Hki:n iho- ja allergiasairaalassa potilaita on järjestelmällisesti uhkailtu psyykkisellä pakkohoidolla heidän kuvatessaan neurologisia ja neurokognitiivisia oireita liittyen kosteusvauriomyrkyille altistumiseen. Mitä STM/THL aikoo tehdä näiden räikeiden epäkohtien korjaamiseksi ja kuinka nämä tapaukset aiotaan hyvittää ne kokeneille ihmisille?

Genuisin kokoomatutkimuksesta selviää, että erilaiset allergiat ja yliherkkyyssairaudet yleistyvät kasvavalla vauhdilla. Ottaen huomioon, että STM/THL ei huomioi alan tieteellistä näyttöä, ei kouluta lääkäreitä ja jättää sairastuneet huomiotta, kuinka STM/THL perustelee, että olisi huolehtinut ennaltaehkäisevästä terveydenhuollosta? Jos STM/THL ei ole pyynnöistä huolimatta huolehtinut ennaltaehkäisystä em. sairauksien osalta ja antaa ongelman kasvaa jatkuvasti, kuka on vastuussa uusista sairaustapauksista?

Kysymys seuraavasta vuoden 2003 selvityksestä:

(Selvitys homevauriokorjausten rahoitustuesta ja homevaurioiden vastuukysymyksistä, STM 2003:9)
Tiivistelmä (kursivoinnit Homepakolaisten):

"Sosiaali- ja terveysministeriö sekä ympäristöministeriö asettivat 22.10.2002 selvityshenkilöiksi johtava lakimies Helena Kinnusen Suomen Kiinteistöliitosta ja ylitarkastaja Marja Kostiaisen Valtion Asuntorahastosta laatimaan ehdotuksen toimenpiteistä, joilla voidaan auttaa homevaurioista johtuvien asuntojen terveysongelmien vuoksi hädänalaiseen tilanteeseen joutuneita perheitä ja yksilöitä." (s. 2)

"Selvityksen tavoitteeksi asetettiin joko kehittää olemassa olevia järjestelmiä ja lainsäädäntöä tai luoda uusia järjestelyjä, joilla autetaan kaikkein vaikeimmassa asemassa olevia asumisterveysongelmista kärsiviä." (s. 2) "Selvitys jakautuu kahteen itsenäiseen osioon, joissa ensimmäisessä käsitellään homevaurioihin liittyviä vastuukysymyksiä ja arvioidaan niiden toimivuutta ja toisessa käsitellään homevaurioista aiheutuvien taloudellisten rasitusten suuruutta ja olemassa olevaa avustusjärjestelmää sekä arvioidaan sen toimivuutta." (s. 2)

"Yksittäiselle ruokakunnalle kosteus- ja homevaurio saattaa aiheuttaa huomattaviakin kustannuksia esimerkiksi lisääntyneiden sairausmenojen, vaurioiden tutkimus-, suunnittelu- ja korjauskustannusten sekä mahdollisesti irtaimiston uusimiskustannusten muodossa. Homevaurioihin liittyy myös terveydellisiä ja mielenterveydellisiä riskejä." (s. 2)

"Selvityshenkilöt eivät esitä uuden rahaston perustamista, vaan esittävät olemassa olevien järjestelmien hyödyntämistä ja kehittämistä ongelman ratkaisemiseksi. Selvityksessä on myös lähdetty siitä, että koulutuksella, tiedotuksella ja viranomaistoiminnan jäämäköitymisellä pyritään estämään tulevien kosteus- ja homevauriotapausten synty ja helpotetaan ongelmien ratkaisua." (s. 2)

On kulunut lähes 10 vuotta selvityksen valmistumisesta, ja me olemme edelleen ilman yhteiskunnan apua mm. asumisjärjestelyjen kanssa, eikä tilannettamme ole edes ymmärretty niillä monilla viranomaistahoilla, joihin olemme olleet yhteydessä.

Kysymys Millaisia toimenpiteitä koulutuksen, tiedotuksen ja viranomaistoiminnan jämäköittämisestä on konkreettisesti STM:ssä/THL:ssä selvityksen jälkeen tehty? Kuka on vastuussa siitä, että ihmisiä jää järjestelmällisesti vaille apua ja elää täysin epäinhimillisissä olosuhteissa?

1.4. Terveystieteiden tutkimus

1.4.1 Potilaan oikeuksista (Potilaslaki)

"Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Potilasta on kohdeltava ihmisarvoa loukkaamatta sekä hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioittaen. Mahdollisuuksien mukaan on hoidossa ja kohtelussa otettava aina huomioon potilaan äidinkieli sekä hänen yksilölliset tarpeensa ja kulttuurinsa. Terveyden- ja sairaanhoitoa toteutettaessa on tarvittaessa laadittava tutkimuksia, hoitoa, lääkinnällistä kuntoutusta tai muu vastaava suunnitelma." (s. 13)

"Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy tietystä hoidosta tai toimenpiteestä, on häntä mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla." (s. 14)

Sisäilmasta sairastuneet jäävät vaille kunnon hoitoa ja usein oireet leimataan psyykkisiksi. Pahasti sairastuneille ei ole tällä hetkellä sairaalatilaa, jossa he pystyisivät asioimaan. Lääkäreiden asiantuntemattomuus on enemmän sääntö kuin poikkeus ja sairastuneet jäävät vaille asianmukaista hoitoa ja todistuksia. Potilaslaki ei näin ollen sisäilmasta sairastuneiden kohdalla toteudu eikä tilanteeseen ole tullut parannusta viimeisten parinkymmenen vuoden aikana huolimatta lukuisista kirjallisista kysymyksistä ja erilaisista aloitteista, joita eduskunnassa on aiheesta tehty. Maamme kosteusvaurio-ongelmasta ja sisäilmasta sairastuneiden tilanteesta on viimeisten 16 vuoden aikana tehty eduskunnassa 152 laki-, toimenpide-, toivomus- ja talousarvioaloitetta sekä esitetty kirjallisia kysymyksiä ministeriöille:

<http://www.riksdagen.fi>

Kuinka STM/THL perustelee, että kyse ei ole tietoisesta ongelman ohittamisesta ja tietoisesta lain rikkomisesta, kun ongelma kuitenkin on koko ajan tiedetty?

Lähde: Sosiaaliturvaopas pitkäaikaissairaille ja vammaisille 2011 -verkkójulkaisu järjestöjen työntekijöille
Järjestöjen sosiaaliturvaopas pitkäaikaissairaille ja vammaisille on 13 järjestön yhdessä tuottama opas.
<http://www.sosiaaliturvaopas.fi>

VAMMAISUUDESTA

YK:n vammaisten henkilöiden oikeuksia koskevan yleissopimuksen 1 artiklan toinen kappale:

"Vammaisiin henkilöihin kuuluvat ne, joilla on sellainen pitkäaikainen ruumiillinen, henkinen, älyllinen tai aisteihin liittyvä vamma, jonka vuorovaikutus erilaisten esteiden kanssa voi estää heidän täysimääräisen ja tehokkaan osallistumisensa yhteiskuntaan yhdenvertaisesti muiden kanssa."

Vammaisuus määritellään VPL Vammaispalvelulaki 2 §

Vammaisen henkilö

Vammaisella henkilöllä tarkoitetaan tässä laissa henkilöä, jolla vamman tai sairauden johdosta on pitkäaikaisesti erityisiä vaikeuksia suoriutua tavanomaisista elämän toiminnoista. 9 § (19.12.2008/981)

Vammaispalveluasetus 1 §

Toimintaperiaatteet

Kunnan tulee ehkäistä ja poistaa vammaisten henkilöiden toimintamahdollisuuksia rajoittavia esteitä ja haittoja siten, että he voivat toimia yhteiskunnan tasavertaisina jäseninä. Vammaisten henkilöiden tarvitsemat palvelut ja tukitoimet järjestetään siten, että ne tukevat heidän omatoimista suoriutumistaan.

Miksi vakavasti sisäilmasta sairastuneisiin ei sovelleta vammaispalvelulakia- ja asetuksia? Pitkälle edennyt sairaus on elämää vakavasti eristävä ja rajoittava: sisäilman altisteille

herkistynyt ei pysty mm. normaalisti käyttämään julkisia palveluja, harrastamaan, liikkumaan julkisilla kulkuvälineillä, käyttämään terveydenhuoltopalveluja ja opiskelemaan. Asumisen kanssa on monilla vakavia ongelmia johtuen siitä, että nykyiset asunnot eivät sovellu ihmisille, joiden immuunijärjestelmä on seonnut kosteusvauriomyrkyille altistumisen seurauksena. Mm. Saksassa monikemikaali-herkistyneet lasketaan vammaisiksi juuri liikkumis- ja asiointirajoitusten perusteella. He eivät kykene elämään normaalia elämää.

Miksi Suomessa ei toimita samoin ja huomioida sairastuneiden elämää rajoittavaa sairautta vammaispalvelulain- ja asetuksen puitteissa?

MUUTA:

Alla Maija Perhon vastaus hänelle esitettyyn kirjalliseen kysymykseen KIRJALLINEN KYSYMYS 1158/2001 vp

(Kursivoinnit, boldaukset ja lisäkysymykset ovat Homepakolaisten lisäämiä) "...Ammattitautilainsäädännön tarkoituksena on korvata työntekijälle työstä aiheutuneen sairauden seuraukset. Mikäli työn tekeminen estyy muusta työympäristöön liittyvästä syystä, sen korvaaminen ei kuulu ammattikorvausjärjestelmän vastuulle. Myös työeläke- ja kansaneläkejärjestelmä huolehtivat ihmisen toimeentulosta sairauden, vian tai vamman aiheuttaman työkyvyttömyyden varalta. Sairauden käsite määritellään lääketieteellisin perustein olemassa olevan lääketieteen tutkimustiedon pohjalta (Näin ei valitettavasti Suomessa toimita. Olemassaolevaa tutkimustietoa ei Suomessa käytetä).

Ammattitautiasetuksessa on lueteltu eräitä biologisia altisteita ja niiden tyypillisesti aiheuttamia sairauksia, joiden kohdalla syy-yhteyttä pidetään yleisellä tasolla niin selvänä, että ammattitautidiagnoosin asettaminen edellyttää syy-yhteyden osoittamista vain yksilötasolla. Näitä sairauksia pidetään ammattitautiteina, jos mainittua tekijää esiintyy henkilön työssä siinä määrin, että sen altistava vaikutus riittää aikaansaamaan kyseisen sairauden ja mikäli sairaus ei osoittaudu selvästi työn ulkopuolisen altistuksen aiheuttamaksi. Biologisina altisteina mainitaan bakteerit ja homeiden vapauttavat itiöt ja muut biologisesti aktiiviset aineet ja niiden tyypillisesti aiheuttamina sairauksina homepölykeuhkosairaus, homeiden aiheuttama astma ja nuha sekä ilmankostuttajakuume. Näissä tapauksissa on ainoastaan osoitettava riittävä homealtistus työpaikalla ja poissuljettava työn ulkopuolinen aiheuttaja (terveysperusteisia raja-arvoja ei edes ole asetettu joten miten yhteys voidaan osoittaa? Kuka asettaa terveysperusteiset raja-arvot ja milloin?).

Ammattitautilain mukaan korvataan sairaus, joka on todennäköisesti pääasiallisesti aiheutunut työssä esiintyvistä fysikaalisista, kemiallisista tai biologisista altisteista. Siksi ammattitautilaki mahdollistaa myös muiden kuin edellä lueteltujen sairauksien korvaamisen homeen aiheuttamina ammattitautiteina, jos sairauden voidaan osoittaa todennäköisesti pääasiallisesti aiheutuneen työssä tapahtuneesta homealtistuksesta. Näin menetellään käytännössä esimerkiksi niin sanotun ODS-sairauden (organic dust toxic syndrome) kohdalla (TTL ei tutki ODS:aa ja alveoliittia vaikka ne ovat ammattitautiteissa).

Ammattitautidiagnoosi edellyttää aina yksilökohtaisia altistustutkimuksia, perusteellista oire- ja tautiseurantaa sekä erotusdiagnostisia tutkimuksia. Osa kosteus- ja homevauriorakennuksissa työskenteleville syntyvistä oireista on ärsytyspohjaisia oireita, jotka häviävät, kun altistuminen loppuu (entä se osa joka ei häviä?). Silmien ja hengitysteiden ärsytysoireita ei korvata ammattitautina, jollei henkilöllä voida lääketieteellisin perustein todeta niihin liittyvää sairautta (lääketieteellisiä perusteita Suomessa ei käytetä). Homealtistuksen aiheuttamaa astmaa epäiltäessä tehdään yleensä altistuskoe, jossa käytetään homevauriorakennusten tyypillisimmin sisältämiä homesieniä. Testiuutteiden määrä on kuitenkin rajallinen, sillä käytettävissä on vain muutamia homesieniuutteita, joita voidaan hyödyntää ammattiastman tutkimuksissa. Ammattiastman diagnosointi ei kuitenkaan välttämättä edellytä keuhkoputkien altistustestiä, vaan työpaikan altistumistilanteissa ilmenevä hengenahdistus ja ammattitautidiagnoosi voidaan varmentaa luotettavasti myös lääkärin valvonnassa työpaikalla tapahtuvalla puhallustestillä. Työterveyslaitos ja myös korvauksista päättävä tapaturmavakuutusjärjestelmä pitävät tällaista löydöstä riittävänä (käytännössä ei, ammattitautipäätöksiä on hylätty kun henkilö ei ole suostunut altistustesteihin. Altistuksista on aiheutunut vakavia ja pysyviä terveyshaittoja). Ammattinuhan osalta altistukseen käytettäviä testiuutteita on käytössä astmatutkimuksia enemmän. Homepölykeuhkodiagnoosi ei sitä vastoin edellytä altistuskokeen tekemistä lainkaan.

Homesairauksien diagnosointia vaikeuttaa osaltaan myös se, että osa tapausten yhteydessä usein esiintyvistä oireista on tyypillisiä myös muille yleisesti esiintyville sairauksille. Tavanomaisia infektioitauteja, poskiontelontulehduksia ja silmätulehduksia ei korvata ammattitautiteina. Homealtistukseen liittyvien ammattitautien diagnosointimenetelmiä kehitetään koko ajan lisää muun muassa Työterveyslaitoksen toimesta (Miten on kehitetty? Tiedossamme ei ole, että olisi haettu edes rahoitusta).

Sosiaali- ja terveysministeriö on vuonna 1996 teettänyt selvityksen sisäilmaston terveyshaitoista (STM:n työryhmämuisto 1997:25). Siinä suositeltiin (suositteleminen ei ole velvoittava joten ei johda toimenpiteisiin jos ei halua ole, niinkuin usein käy. Miksi ei velvoiteta suositteluun sijaan?) muun muassa rakennuksen kosteusvauriohomeiden systemaattista ja perusteellista tutkimista, vaurion laajuuden tarkkaa määrittämistä ja kosteusvaurioon liittyvän mikrobiologisen tilanteen tutkimista asiantuntijalaboratoriossa. Samoin suositeltiin tiloissa toimivien työntekijöiden tutkimista työterveyshuollossa sekä ammattitautia epäiltäessä erikoisasiantuntijan, kuten Työterveyslaitoksen, tutkimusta. Työterveyshuollossa suunnatun koulutuksen ansiosta näin toimitaan nyt myös käytännössä (TTL:n tutkimukset eivät ole asianmukaisia, TTL:ssä ei edes huomioida muita kuin keuhko-oireita).

Koska ammattitautena korvataan vain työssä tapahtuneen altistumisen aiheuttamat sairaudet, syy-yhteyden selvittäminen edellyttää, että työpaikan altistustekijät selvitetään perusteellisesti sekä tarvittavat altistuskokeet ja muut tutkimukset suoritetaan asiantuntevasti. Vakuutuslääkäriin tehtävänä on arvioida, että näistä on asianmukaisesti huolehdittu ennen korvausratkaisun tekemistä. Vakuutuslääkäriin on myös tunnettava homesairauksien korvausperiaatteet ja selvittävä, täyttyvätkö nämä edellytykset suoritettujen tutkimusten perusteella. Maassamme ei ole homesairauksien erikoislääkäreitä. (MIKSI ei ole vielä? TÄMÄ VUODELTA 2001) Korkeinta lääketieteellistä asiantuntemusta esillä olevissa asioissa edustavat muun muassa Työterveyslaitos ja alan erikoisklinikat (Mitkä erikoisklinikat? TTL kouluttaa edelleen vuonna 2011 lääkäreitä aivan ajastaan jäänein perustein. Mitä THL tekee?). Käytännössä lähes kaikki kosteusvaurioihin liittyvät perustellut ammattitautiepäilytapaukset tutkitaan niiden toimesta ennen korvauspäätöksen tekemistä (Voitaisiko Suomeen perustaa oikeasti asiaa tunteva ympäristösairauksien yksikkö, jonka lääkäreiltä ja tutkijoilta edellytettäisiin alan perusosaamista ja alan tutkimuksen seuraamista?).

Tapaturmavakuutusjärjestelmä korvaa perustellusta ammattitautiepäilystä aiheutuvat lääkärintutkimukset ja työntekijän työolosuhdetietojen hankkimisesta aiheutuneet kulut riippumatta siitä, todetaanko tutkimusten perusteella ammattitauti. Ammattitaudin epäily on perusteltu, jos työterveyshuoltoon perehtynyt lääkäri epäilee tällaista sairautta ottamalla huomioon työntekijän työolosuhdetiedot ja lähettää työntekijän jatkotutkimuksiin. Menettely mahdollistaa tutkimusten jatkamisen niin kauan kuin on perusteltua syytä epäillä sairauden työperäisyyttä (Kuitenkaan suurin osa työterveyslääkäreistä ei tunne homesairauksia, eikä maassamme ole koulutettu lääkäreitä liittyen home- ja kosteusvaurio-ongelmiin. Asiantuntemusta ei siis ole ja on tavallista, että oireistaan kertovia ihmisiä ei oteta vakavasti ja he jäävät vaille hoitoa).

Vuosien tutkimustyön ja työterveyshuollon koulutuksen ansiosta kosteushomeille altistuneiden työntekijöiden tutkiminen on merkittävästi tehokkaampaa ja täsmällisempää kuin vielä viime vuosikymmenen lopussa (Onko? Miksi tämä ei välity sairastuneille?). Lääketieteellinen tieto muun muassa sairastumisen aiheuttavan homealtistuksen tasosta ja siihen vaikuttavista yksilökohtaisista tekijöistä on merkittävästi parantunut, mutta on edelleen osin puutteellista. Tilanne kuitenkin paranee tutkimustyön edistyessä. Myös nykyinen ammattitautilainsäätö on rakenteeltaan joustava, koska se mahdollistaa minkä tahansa sairauden korvaamisen ammattitautina, jos syy-yhteys työhön voidaan lääketieteellisesti osoittaa (Tätähän ei käytännössä tehdä koskaan muuten kuin rajoitetusti keuhko-oireiden kohdalla, mm. reumojen kohdalla, joiden kuitenkin tiedetään liittyvän kosteusvauriomyrkyille altistumiseen, ei yhteyttä tutkita. Missä tutkittaisi?).

Kosteus- ja homevauriorakennusten aiheuttamat ammattitaudit johtavat hyvin harvoin pysyvään työkyvyttömyyteen. Useimmiten oireet lakkaavat altistuksen päätyttyä ja työntekijä voi jatkaa työtään sellaisissa työtiloissa tai työympäristössä, joissa altistetta ei esiinny (Mistä tämä tieto on peräisin? Homealtistus jättää usein pysyvän haitan). Tällöin ei ole enää kysymys vakuutusjärjestelmille kuuluvasta vastuusta, vaan siitä, miten homealtistumisen suhteen voidaan parantaa työympäristön terveellisyttä. Tätä asiaa selvitetään parhaillaan sosiaali- ja terveysministeriön 15 päivänä kesäkuuta 2000 asettamassa Työturvallisuuslain uudistamistarvetta selvittävässä toimikunnassa, jonka määräaika päättyy kuluvan kuun lopussa. (MENNYYT JO 12 VUOTTA...)

Helsingissä 7 päivänä marraskuuta 2001

Sosiaali- ja terveysministeri Maija Perho

Kosteusvaurio-ongelmasta ja sisäilmasta sairastuneiden tilanteesta on viimeisten 16 vuoden aikana tehty eduskunnassa 152 laki-, toimenpide-, toivomus- ja talousarvioaloitetta sekä esitetty kirjallisia kysymyksiä ministeriöille, joista yksi on yllä oleva esimerkki. Tästä huolimatta tilanne on edelleen sama kuin 16 vuotta sitten: sairastuneet ovat vailla apua ja perusoikeuksia ja vakavia sairastapauksia tulee koko ajan lisää. Mitään konkreettista ei ole

oikeasti tapahtunut sairastuneen ihmisen näkökulmasta.

Esitämme, että sairastuneiden perusoikeuksien turvaamiseksi perustetaan asiantunteva kriisiryhmä selvittämään, mitä tilanteelle voidaan pikaisesti tehdä konkreettisella tasolla. Tähän ryhmään olisi ehdottomasti otettava sairastuneiden edustajia, jotka tuntevat järjestelmän ongelmakohdat, sillä tähän asti tehdyillä toimenpiteillä ja käytetyillä asiantuntijoilla ei olla saatu aikaiseksi tarvittavia muutoksia. Mukaan pitäisi ottaa myös kansainvälisiä asiantuntijoita maista, joissa tilanne on ajanmukainen suhteessa tieteelliseen näyttöön (mm. Saksa). Voidaanko tällainen kriisiryhmä perustaa ja jos ei voida, miksi ei?

Ollaanko STM:ssä/THL:ssä tietoisia, että tällä hetkellä moni sairastunut joutuu maksamaan sairausajan palkkansa takaisin työnantajalle, sillä KELA ei korvaa kosteusvaurio-oireilua? Perusteina KELA:lta mm se, että "Ei ole todettu varsinaista sairautta" "Oireet ovat epämääräisiä" ym. Mikä estää diagnoosinumeron käyttöönoton Suomessa, kuten monissa muissa maissa on tehty?

Majvik 2 sisältää vain keuhko-oireiden tutkimista. Miksi?

Lopuksi:

Mikä erottaa oireilun sairastumisesta, jos oireilu on vakavaa, toistuvaa, diffuusia ja pysyvää?

Mitä termiä THL ehdottaa käytettäväksi niille home- ja kosteusvaurioista sairastuneille, joilla altistus on laukaissut pysyvän laaja-alaisen oireilun? Voisiko sopiva termi olla useiden kansainvälisten tutkijoiden käyttämä TILT - toxicant induced loss of tolerance (myrkkyjen aiheuttama sietokyvyn lasku), joka kuvaa sairauden luonnetta paremmin kuin esim. termi MCS?

Mitä THL on oikeasti tehnyt sisäilmasta sairastuneiden tilanteen parantamiseksi, sillä sairastuneen näkökulmasta ollaan edelleen samassa tilanteessa kuin 20 vuotta sitten? Onko sairastuneiden edelleen odotettava tulevien/suunnitteilla olevien tutkimusten tuloksia, jotta päästään edes puhumaan sairastuneiden tilanteen ratkaisemisesta? Voisiko tällä välin kenties jo aloittaa jonkinlaista hätäratkaisuprojektia, sillä sairastuneiden määrä kasvaa jatkuvasti ja sairastuneet joutuvat elämään epäinhimillisissä olosuhteissa vailla sekä yhteiskunnan että lääketieteellistä apua?