

Homepakolaiset ry:n vastaus ja jatkokysymykset sosiaali- ja terveysministeriölle 26.11.2019

Viite: Sosiaali- ja terveysministeriön vastauksia Homepakolaisten esittämiin kysymyksiin 18.10.2019 (vn/8530/2019)
Viite: Homepakolaiset ry:n sähköposti ”Kysymyksiä sosiaali- ja terveysministeriölle ja Työterveyslaitokselle”
12.9.2019

Sisäilmasta sairastuneet jäävät usein ilman tarvitsemaansa hoitoa ja apua. Näin tapahtuu silloinkin, kun oireet ovat vakavia, aiheutuvat selvästi sisätiloista ja helpottavat terveissä tiloissa, ja myös silloin, kun oireet viittaavat selkeisiin lääketieteellistä diagnosointia vaativiin sairauksiin ja elimistön vaurioihin (esim. alveoliitti, ODS, infektiokierteet, jatkuva kuumeilu, voimakkaat nivelkivut).

Kun sisäilmasta sairastunut ihminen ei tule kohdatuksi asianmukaisesti terveydenhuollossa, tapahtuu seuraavaa: Potilaat menettävät mahdollisuuden saada lääketieteellistä hoitoa, apua kuntoutumiseen ja järjestelyjä, joilla esimerkiksi työssä ja koulussa jatkaminen mahdollistuisi. Moni putoaakin työelämästä ja opinnoista sairastumisensa vuoksi, vaikka olisi aivan työkykyinen. Ratkaisut salpaantuvat nyt nimenomaan terveydenhuollon avun ja tunnustuksen puutteeseen. Lisäksi taloudelliset ongelmat ovat työelämästä putoamisen vuoksi yleisiä, eikä sosiaaliturvakaan ulotu ihmisiin, jotka ovat todellisuudessa hyvin sairaita mutta virallisesti vain sisäilmaongelmista huolestuneita.

Tilanne on ratkaisevasti huonontunut viime vuosina Kansallisen sisäilma ja terveys -ohjelman sekä muun sosiaali- ja terveysministeriön (STM) alaisten julkislaitosten (THL, TTL) tekemän työn vuoksi. STM:n ja sen alaisten laitosten jalkauttama viesti siitä, että sisäilmaan liittyvä oireilu on ohimenevää ja toiminnallista (=ei liity altistumiseen vaan selittyy peloilla ja huolilla), ovat olleet romuttavia sisäilmasta sairastuneiden tilanteelle. Sairastuneiden ja heitä käytännön työssään päivittäin kohtaavien tilanne on kestävä. Siksi tiedustelimme asiaa sosiaali- ja terveysministeriöstä:

Pyysimme tieteellisiä perusteluja sille, miksi sosiaali- ja terveysministeriö ja Työterveyslaitos painottavat sisäilmaoireilun aiheuttajana pelkoa sekä huolta ja miksi he tarjoavat erilaisia kognitiivisia hoitoja ratkaisuna oireileville ja sairastuneille ihmisille. Esitimme 12.9.2019 STM:lle kysymyksiä liittyen sisäilmasta sairastuneiden ja oireilevien hoitoon: <https://homepakolaiset.fi/2019/09/kysymyksiä-sosiaali-ja-terveysministeriölle-ja-tyoterveyslaitokselle-12-9-2019/>

Ministeriöstä vastattiin kysymyksiimme. STM lähetti vastauksen viestiimme 21.10.2019 (löytyy yllä olevasta linkistä ja tämän tiedoston liitteenä sivun 6 jälkeen).

Vastauksessa ei esitetä tutkimusnäyttöä, joka tukisi tällaista huolikäsitykseen pohjautuvaa linjanvetoa.

Pääkysymyksemme STM:lle oli, mitä näyttöä on siitä, että

- a) Sisäilmaoireilu on toiminnallista (ts. ei johdu altistumisesta)
- b) Sisäilmaan liittyvää oireilua kannattaa hoitaa vaikuttamalla ihmisen käyttäytymiseen, huoliin ja pelkoihin
- c) Miten varmistetaan, että altistumisesta johtuvia oireita ei ohjata hoidettavaksi toiminnallisten häiriöiden hoitolinjalle.

Käsitlemme saamiamme vastauksia ja niihin liittyviä johtopäätöksiä seuraavassa. Lopuksi esitämme tarkentavia kysymyksiä.

Kysymys nro 1. Perustelut sisäilmaoireilun käsittämislle huolesta johtuvaksi

- a) Pyysimme yksittäisiä tutkimuksia, joissa sisäilmaan liittyvän oireilun on havaittu johtuvan huolista ja peloista.

Vastauksessa ei esitetä yhtäkään tutkimusta, jossa tällainen syysuhde olisi todettu.

Miksi pyysimme tällaisia tutkimuksia? Sisäilmaan liittyvän oireilun toiminnallisuutta on Suomessa useissa yhteyksissä perusteltu monenlaisin kirjoituksin, väittein, lähtein ja raportein (esim. STM:n vastauksessa mainittu ”*Toimintakykyä rajoittava sisäilmaoireisto*” -raportti). Emme kuitenkaan ole löytäneet näistä viitteitä sellaisiin tutkimuksiin, joissa tutkitusti todennettaisiin sisäilmaoireilun johtuvan huolesta ja ehdollistumisesta, vaikka näin annetaan ymmärtää. Sen vuoksi pyysimme nyt STM:n kirjaamon kautta tiivistetysti vain niitä yksittäisiä tutkimuksia, joissa on esittää tällaista näyttöä.

Sosiaali- ja terveysministeriön vastauksessa viitataan yhteen tieteelliseen tutkimukseen ja yhteen tieteelliseen artikkeliin, joissa ei kuitenkaan esitetä näyttöä sille, että sisäilmaan liittyvä oireilu johtuisi huolesta ja peloista.

Tarkemmat perustelut

Ensimmäinen näistä kahdesta on Nissilän ym. (2019) tutkimus, joka käsittelee koululaisten vanhempien huolen liittymistä sisäilmaoireista raportointiin. Toinen (Van den Bergh ym. 2017) ei käsittele sisäilmaoireilua lainkaan. Erittelemme näitä seuraavassa:

1. **Nissilä ym. 2019** on STM:n mukaan ensimmäinen suomalainen tutkimus, ”jossa käsitellään huolen yhteyttä sisäilmaoireiluun”.

STM:n vastauksessa viitataan tähän tutkimukseen antaen ymmärtää tutkimuksessa esitettävän perusteita sille, että sisäilmaoireet aiheutuisivat huolesta.

Tämä on harhaanjohtava ja hyvän tieteellisen tavan vastainen viittaus. Kyseinen tutkimus ei kuvaa tällaisia syysuhteita.

Ensinnäkin kyseinen tutkimus on poikkileikkausanalyysi. Sellainen tutkimus ei kerro asioiden johtumisesta toisistaan (kausaalisuudesta), vaan kuvaa vain asioiden välisiä yhteyksiä.

Toiseksi, kyseisessä tutkimuksessa ei selvitetty kenenkään oireita. Tutkimuksessa mitattiin *oireraportoinnin* yhteyttä koulujen sisäilmaongelmiin ja huoleen.

Tässä tutkimuksessa havaittiin koululaisen vanhempien raportoimien oireiden olevan yhteydessä *kouluissa todettuihin sisäilmaongelmiin*. Samoin havaittiin sisäilmaongelmista huolissaan olevien vanhempien *raportoivan* enemmän oireita kuin vanhempien, jotka eivät ole huolissaan tai tietoisia sisäilmaongelmista. Tutkimuksessa ei selvitetty, raportoivatko huolestuneet vanhemmat lastensa oireet huolellisemmin kuin vanhemmat, jotka eivät olleet huolissaan ongelmista. Kuitenkin oireraportointia on käytetty analyyseissa aivan kuin se kuvaisi kaikkien vastaajien osalta objektiivisesti kliinisten oireiden tasoa. Kliinistä tutkimusta oireiden toteamiseksi ei kuitenkaan tehty. Tutkimuksessa on analysoitu tämän jälkeen yhteyksiä sisäilmaongelmien (joita ei todettu kohteissa yhteismitallisina menetelmin), vanhempien huolen ja oireraportoinnin välillä.

Tutkimus on ensimmäinen laatuaan, siihen liittyy merkittäviä aukkoja ja puutteellisia määritelmiä sekä lukuisia jatkoselvitystarpeita.

Tällaisen tutkimuksen esittäminen valtiotasoisesti lähteenä sisäilmasta sairastuneiden oireiden pitämiseen huolena on mielestämme varsin epäasiallista.

2. **Toinen STM:n vastauksessa esitetty artikkeli, jolla perustellaan sisäilmaoireiden johtumista huolesta (Van den Bergh ym. 2017), ei käsittele sisäilma-asioita.**

Kyseessä on psykologian alan tieteellinen artikkeli, jossa kirjoittajat esittelevät *hypoteesin*, että tietyt ympäristötekijöihin liittyvät oireyhtymät (tuulivoimaoireet, sähköherkkyys ja kemikaaliherkkyys) johtuisivat ehdollistumismekanismeista.

Sisäilma-asioita ei tässä artikkelissa käsitellä lukuun ottamatta lausetta, jossa kirjoittavat ilmaisevat heidän hypoteesinsa koskevan ehkä muutakin ympäristötekijöihin liittyvää oireilua. Tässä yhteydessä mainitaan sairusrakennusoireyhtymä (*Sick Building Syndrome*), mutta tälle olettamalle ei kuitenkaan esitetä mitään perusteluja tai lähteitä.

Lisäksi on huomionarvoista, että Van Der Bergh ei lainkaan huomioi sitä tutkimusaineistoa, joka käsittelee mm. homeille ja kemikaaleille altistumisen mahdollisia ja todettuja haittoja tai rakennuksiin liittyvän oireilun yhteyttä altistumiseen ja esimerkiksi kemikaaliherkistymisen fysiologisia löydöksiä. Tällaista tutkimusta olisi tietenkin käytettävissä.

Van den Bergh ja hänen kirjoittajakollegansa ovat psykologeja, eivät ympäristöterveystutkijoita. Suomalaisten sisäilmaohjelmien tulisi kuitenkin huomioida *sisäilmaan liittyvä* tutkimus ja huomioida tutkimusta muutoinkin kuin psykosomaatiikan alalta.

On kiinnostavaa, miksi sosiaali- ja terveysministeriö nostaa tällaiset tutkimukset näin näkyvään rooliin sisäilmasta sairastuneiden tilannetta Suomessa käsiteltäessä sen sijaan, että *käytettäisiin lähteinä tutkimuksia, joissa on käsitelty sisäilma-asioita ja jotka edustavat tutkimuskentällä laajempia tutkimuslinjoja ja joissa on selvitetty mm. altistumisen ja oireiden yhteyksiä. Vastaavanlainen "valtavirrasta poikkeava" tutkimuspoiminta ei esiinny vain tässä STM:n vastauksessa, vaan useissa muissa sisäilmasta sairastuneiden hoitolinjauksia käsittelevissä tuoreissa suomalaisjulkaisuissa ja valtakunnallisessa sisäilmaohjelmaviestinnässä.*

Sosiaali- ja terveysministeriön vastauksessa esitetyt kaksi viitettä eivät riitä pohjaksi sille, että sisäilmaoireiluun liitetään julkislaitoksissa ja sisäilmaohjelmissa näin runsaasti huoleen ja pelkoon liittyviä mielikuvia ja jopa esitetään huolen voivan olla sisäilmaoireilun aiheuttaja.

Kysymys nro 2: Tutkimukset, joissa sisäilmaan liittyvän oireilun ja sairastamisen on todettu olevan hoidettavissa vaikuttamalla mm. ihmisen käyttäytymiseen ja pelkoihin.

STM:n vastauksessa todetaan avoimesti, että tällaista tutkimusta ei ole.

Haluammekin nostaa esiin kysymyksen:

Kun monenlaisten sisäilmassa esiintyvien epäpuhtauksien osalta on näyttöä niiden liittymisestä sisäilmaoireisiin ja kyvystä aiheuttaa terveyshaittoja ja kun sisäilmaan liittyvän sairastumisen hoitamisesta huolta vähentämällä ei ole kunnollista tutkimusnäyttöä, miksi kansallisessa sisäilmatyössä keskitytään tästä huolimatta tällaiseen täysin perusteettomaan hypoteesiin ja tällaista tietoa jalkautetaan aktiivisesti mm. potilastyötä tekeville lääkäreille?

Toinen tieteellisesti kestävä seikka sosiaali- ja terveysministeriön alaisessa sisäilmatyössä on ympäristöriskien käsittelyn perinteisten työtapojen ohittaminen. Huolihypoteesin vastapainoksi olisi käytettävissä paljon vankempaa

tutkimusnäyttöä erilaisten sisäilman epäpuhtauksien haittavaikutuksista ja yhteydestä monenlaisiin oireisiin ja sairauksiin. Monet sisäilmassa esiintyvistä aineista tiedetään joko todennäköisyydellä tai varmuudella eri tavoin haitallisiksi, ja sisäilman biologisilla ja kemiallisilla epäpuhtauksilla tunnetaan selkeitä vaaraominaisuuksia, kuten herkistävyys, solumyrkyllisyys ja munuaistoksisuus. **Mihin tämä tieto katoaa STM:n hallinnonalalla sisäilmaan liittyvästä terveyskeskustelusta?**

Lisäksi STM vaikenee sen omalla hallinnonalalla tehdyistä tutkimuksista, jotka eivät tue näitä huolihypoteeseja. STM kertoo vastauksessaan, että Työterveyslaitos on tehnyt tutkimuksia sisäilmaan liittyvän oireilu- ja ympäristöherkkyyden hoitamiseksi, mutta ei kerro tutkimusten tuloksia: Työterveyslaitoksen omat tutkimustulokset osoittavat, että huoleen vaikuttavilla hoidoilla ei ole ollut vaikutusta sisäilmasta oireilevien terveyteen. Esimerkiksi Työterveyslaitoksen SITY-tutkimuksessa¹ (Vuokko ym. 2015) tutkittiin psykoedukaation vaikuttavuutta sisäilmaoireista kärsivillä potilailla, joilla on alentunut työkyky (n = 55). Tutkimuksen tuloksena todettiin, että psykoedukaatiolla ei ole vaikutusta potilaiden oireisiin. Työterveyslaitoksen TOSI-tutkimuksessa² (Selinheimo ym. 2018) tutkittiin psykoedukaation ja käyttäytymisterapian vaikutusta sisäilmasta oireilevien hoidossa (n = 52). Niin psykoedukaatioryhmä kuin myös psykoterapiaryhmä eivät osoittaneet (tilastollisesti merkittävää) hoitotehoa kuuden kuukauden seurannan jälkeen. 12 kuukauden tuloksia ei ole julkaistu.

(1. Vuokko, A., ym. (2015). *Decreased work ability associated to indoor air problems - An intervention (RCT) to promote health behavior. Neurotoxicology.* <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26014487/>

2. Selinheimo, S., ym. (2018). *Toiminnalliset oireet ja työkyvyn tuki sisäilmaongelmissa (TOSI) - Toimintamalli työterveyshuoltoon, Loppuraportti. Työterveyslaitos.* https://www.tsr.fi/documents/20181/336648/113076-loppuraportti-113076_loppuraportti_final.pdf

Harhaanjohtavaa on myös lähdeviitteiden käyttö. Esimerkkinä STM:n vastauksen kohta: *”Oirehallintaa ja joustavia merkityksenantostrategioita tukeva kognitiivinen käyttäytymisterapia on vaikuttavaa potilaiden oireiden hallinnassa: 71 % potilaista hyötyi hoidosta kontroleihin nähden.”* Tässä STM käyttää lähteenään Työterveyslaitoksen raporttia Kelalle (Selinheimo ym. 2019), jossa lähes identtisen lauseen lähteeksi kerrotaan *”esim. Kroenke 2007; Sumathipala 2007”*. Kuitenkaan näissä Kroenken ja Sumathipalan katsauksissa ei ole tutkittu sisäilmasta oireilevia tai sairastuneita potilaita, ja niissäkin viitataan taas kerran toiseen katsaukseen (Kroenke & Swindle 2000), joka *ei käsittele sisäilmaa ollenkaan*. Tässä katsauksessa todetaan: 71 %:ssa arvioiduista tutkimuksista (ei siis potilaista) kognitiivis-behavioristisessa psykoterapiassa käyneet potilaat hyötyivät hoidosta verrokkeihin verrattuna. STM:n viittausketju antaa väärän kuvan alkuperäisestä tiedosta, jolla on kovin vähän tekoa *sisäilmaoireilun* kanssa Suomessa vuonna 2019. Vastaavia esimerkkejä väitteistä, joille ei lähdeviiteketjua peratessa löydykään katetta, olemme löytäneet sosiaali- ja terveysministeriön alaisesta sisäilmatyöstä runsaasti.

Näkemyksiä sisäilmaan liittyvän oireilun liittymättömyydestä altistumiseen ja sen hoitomahdollisuuksista erilaisilla mielenhallintatekniikoilla on kuitenkin levitetty käyttöön mm. Työterveyslaitoksen edustajien pitämässä koulutuksissa sekä STM:n ja sen alaisten laitosten viestinnässä. Meille toimitetussa vastauksessa sanotaan, ettei esim. Työterveyslaitos ole *ohjeistoissaan* suosittelut tällaisia menetelmiä. Tällainen koulutus- ja viestintätoiminta on kuitenkin ollut laajaa ja systemaattista (kuten lääkäripäivillä ja muissa terveydenhuollon henkilöstölle suunnatuissa tilaisuuksissa, kunnissa, sairaaloissa ja monenlaisilla eri ammattiryhmille suunnatuilla luennoilla). Sen vaikutukset näkyvät jo käytännössä meille potilasjärjestöön siten, että haluttomuus puuttua rakennusten ongelmiin on vähentynyt ja asiallisten terveys- ja kuntoutuspalvelujen saaminen hankaloitunut.

Kysymykset 2–14: Käyttäytymisterapia ja sen riskit, tutkimusnäytön käyttö hoitoja suositeltaessa, koulutus sekä ohjeistaminen

Kysyimme STM:ltä ja Työterveyslaitokselta useita muitakin kysymyksiä, joissa pyysimme mm. tietoja siitä, **miksi sisäilmasta oireileville suositellaan erilaisia käyttäytymisterapioita ja miten näihin liittyviä riskejä hallitaan.** Kysyimme myös kantaa siihen, voiko ylipäänsä monien muidenkin terapioiden, tuotteiden ja hoitomuotojen hyödyllisyydestä kertoa, jos niistä ei ole kertynyt tutkimusnäyttöä. Tiedustelimme myös, vastaavatko STM ja

Työterveyslaitos heidän nimissään esitetyistä käsityksistä ja hoitosuosituksista.

Vastaukset ovat luettavissa STM:n toimittamasta vastauksesta (linkki sivulla 1).

Suurella osalla esittämiämme kysymyksiä ei STM ole vastannut varsinaisesti asiaan, jota kysyimme.

STM:n vastauksessa esitetään useassa kohden mielenhallintahoitojen soveltuvan tilanteisiin, *joissa oireet eivät johdu altistumisesta*, ja tämän tueksi nimetään erilaisia lähteitä. *Juuri tämä on potilaiden kannalta tärkeä ongelmakohta*, sillä sellaista poissulkudiagnostiikkaa, joka kertoisi milloin oireet johtuvat altistumisesta ja milloin eivät, ei voida tällä hetkellä tehdä. Tällä hetkellä selkeästi sisäilmaan liittyviä oireita ja sairauksia kategorisoidaan terveydenhuollossa usein toiminnallisiksi, ja karkeintakin poissulkudiagnostiikkaa, kuten mm. alveoliitti- ja ODS-tutkimuksia, on hyvin vaikea saada edes silloin, kun oirekuva on identtinen näiden sairauksien kanssa. Käypä hoito -suositus ei tarjoa ratkaisuja tähän, sillä se kuvaa tarkemmin vain astman diagnostiikkaa, vaikka astma on tunnetusti vain pieni osa sisäilmaongelmiin liittyvää oirekuva.

Vastuuta tällaisista käytännöistä ei tulisi STM:ssä ohittaa toteamalla psykologisten hoitomenetelmien soveltuvan altistumisesta johtumattomien tilojen hoitoon, kun menetelmät altistumisen ja oireiden yhteyden toteamiseksi puuttuvat eikä virheelliselle hoitopolulle ohjaamisen riskeistä ole käyty kunnollista keskustelua. Useissa tutkimuksissa on havaittu monenlaisten rakennuksissa koettujen oireiden olevan yhteydessä *nimenomaan erilaisiin altisteisiin* sisäilmassa, mutta tällaiset tutkimukset puuttuvat suomalaisohjeistuksesta nyt kokonaan ja tällaisia potilaita ohjataan toiminnalliselle hoitolinjalle pystymättä perustelemaan toimintaa tieteellisesti ja eettisesti. Lisäksi Työterveyslaitoksen omat tutkimukset siis todentavat, että psykososiaalisilla hoidoilla ei ole vaikutusta sisäilmasta oireilevien hoidossa.

STM:n vastaukseen liitettyssä artikkelissa *"Kuinka tunnistan ympäristöherkkyyden"* **ei esitetä** poissulkudiagnostiikkaa "ympäristöherkkien" (=toiminnallisista oireista kärsivien) erottamiseen sellaisista oireista ja sairauksista, jotka aiheutuvat sisäilmasta. Artikkelissa kuvataan ympäristöherkkyyttä, mutta siinä, kuten muissakaan ympäristöherkkyyttä käsittelevissä suomalaisartikkeleissa, ei perustella *miksi sisäilmaan liittyvä oireilu olisi toiminnallista eikä johtuisi altistumisesta*. Tässä ympäristöherkkyyden tunnistamista käsittelevässä artikkelissa esitetään erilaisia teorioita ja hypoteeseja sairastumismekanismeista, mutta nämä teorit *eivät ole johdettavissa sisäilmatutkimuksesta eikä niitä ole käytännössä testattu sisäilmayhteydessä*.

Ympäristöherkkyyden tunnistamisen osalta artikkeli kertoo, että ympäristöherkkyyden tunnistus perustuu taustatietoihin ja potilaan kertomaan, ja että ympäristöherkkyydelle ***spesifisiä patofysiologisia löydöksiä ei ole käytettävissä***. Samalla ohjeistetaan, että ympäristöherkkyyden tunnistusta helpottavat tietyt *ympäristöherkkyydelle ominaiset piirteet*, kuten se, että ***"potilas nimeää oireilunsa syyksi tietyt ympäristötekijät ja on huolissaan niiden haitallisuudesta terveydelleen"***.

Käytännössä tämä ohjeistus näkyikin potilaskentällä siten, että terveydenhuollossa oireidensa sisäilmayhteydestä kertovia potilaita luokitellaan nyt hyvin usein toiminnallisesti oireileviksi ja lääketieteelliset tutkimukset jätetään tekemättä.

Lisäksi tässä STM:n esittämässä julkaisussa viitataan väärin kanadalaiseen hoitomalliin: tekstissä annetaan ymmärtää Kanadan Nova Scotian julkisen terveydenhuollon hoitokeskuksessa ympäristösairaille tarjottavien hoitojen painottuvan kognitiiviseen psykoterapiaan. Tämä ei pidä paikkaansa, vaan hoitokeskuksessa tarjotaan hyvin monialaista hoitoa (mm. liitännäissairauksien diagnostiikkaa, työsuojelun toimenpiteitä työpaikoilla, ruokavalion kuntoon saattamista ja puutostilojen diagnosointia ja hoitoa). Kognitiivinen terapia toimii hoitomallissa vain altistumisen vähentämisen ja muiden terveyttä ja voimaantumista edistävien hoitojen tukena. Kanadasta on pyydetty sosiaali- ja terveysministeriöltä, että heidän malliaan ei täällä esitettäisi väärässä valossa.

Jatkokysymys

KYSYMYKSI 1: Pyydämme vielä uudestaan ministeriöltä sellaisia yksittäisiä alkuperäisiä tutkimuksia, joissa oikeasti osoitetaan laadukkaita menetelmiä ja kattavien otosten sisäilmaan liittyvän oireilun olevan toiminnallista. Toivomme, että pelkkiä hypoteeseja esittelevät tutkimukset ja sellaiset tutkimukset, joiden aineisto ei liity sisäilma-altistumiseen, ei esitetä.

Jos tällaisia tutkimuksia on esittänyt, toivomme keskustelua siitä, kumoavatko ne sen näytön, jota on olemassa sisäilman epäpuhtauksien vaaraominaisuuksista ja oireiden sekä sairauksien yhteydestä erilaisiin sisäilman epäpuhtauksiin/kosteus- ja homeongelmiin.

Toivomme perusteellista keskustelua siitä, minkä vuoksi ja millä perusteilla sisäilmaan liittyvää oireilua käsitellään Suomessa näin pitkälti huolena ja pelkona sen sijaan, että sairastamisen todellisiin syihin ja ongelmien ratkaisemiseen tartuttaisiin ripeästi.

Vastaus

18.10.2019

VN/8530/2019

VN/8530/2019-STM-1

Homepakolaiset ry
Katja Pulkkinen

Viite: Homepakolaiset ry:n sähköposti ”Kysymyksiä sosiaali- ja terveysministeriölle ja Työterveyslaitokselle”
12.9.2019

Vastauksia Homepakolaisten esittämiin kysymyksiin

Kiitos kirjeestänne. On hienoa, että pyydätte epäselväksi jääneisiin asioihin selvennystä. Näin pystymme oikaisemaan mahdolliset väärinymmärrykset. Toivomme, että välitätte vastauksemme verkostossanne myös eteenpäin. Epäselvyyksien välttämiseksi edellytämme kuitenkin, että vastauksemme välitetään kokonaisuudessaan.

Sosiaali- ja terveysministeriö on pyytänyt Työterveyslaitokselta vastauksia kysymyksiinne. Seuraavassa vastaukset.

- 1. Miten tällaista viestintää perustellaan tieteellisesti? Missä yksittäisissä tutkimuksissa on todettu sisäilmaan liittyvien oireiden johtuvan nimenomaan peloista/huolista/ehdollistumisesta tai jostakin muusta, altistumisesta riippumattomasta tekijästä? Pyydämme kattavaa listaa tutkimuksista, joilla tätä viestiä perustellaan. Pyydämme vain seuraavia tutkimuksia:**

- a) tutkimuksia, joissa nimenomaan sisäilmaan liittyvän oireilun on havaittu johtuvan tällaisista ehdollistumiseen/pelkoihin/huoleen liittyvistä mekanismeista**

Sisäilmaan liittyvistä oireista tulee erottaa tavanomaiset oireet, joista osan selittävät sisäilmatekijät. Kun toimintakykyä heikentävä oireisto ei selity sairaustekijöillä tai sisäilmatekijöillä, puhutaan toiminnallisista oireista tai ympäristöherkkyydestä. Ympäristöherkkyys voi kehittyä mille tahansa haitalliseksi koetulle ympäristötekijälle. Suomessa ympäristöherkkyys liittyy usein kosteusvaurioihin ja homeisiin.

Sisäilmaan liittyvien oireiden kirjo tavanomaisista huonolaatuiseen sisäilmaan liittyvistä oireista aina toimintakykyä rajoittavaan ympäristöherkkyyteen on kuvattu ”Toimintakykyä

Postiosoite
Postadress
Postal Address
Sosiaali- ja terveysministeriö

Käyntiosoite
Besöksadress
Office

Puhelin
Telefon
Telephone

Faksi
Fax
Fax

s-posti, internet
e-post, internet
e-mail, internet

PL 33
00023 Valtioneuvosto

Meritullinkatu 8
Helsinki

0295 16001
+358 295 16001

02951 63415
+358 2951 63415

kirjaamo@stm.fi
stm.fi

rajoittava sisäilmaoireisto” – raportissa.

(https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138208/TTL_978-952-261-872-6.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Suomessa on hiljattain tehty ensimmäinen tutkimus huolen vaikutuksesta sisäilmaoireiluun. Oppilaiden vanhemmat vastasivat kyselyyn, joka koski lapsen oireita sekä vanhempien omaa huolta koulun sisäilmatilanteesta. Koetun huolen ja raportoidun oireilun välillä oli voimakas yhteys, joka tässä tutkimuksessa lähes täysin selitti ongelmakoulujen ja verrokkikoulujen välisen eron oireilussa. Vastaavat tulokset saatiin, jos huolen sijasta analysoitiin sitä, olivatko vastaajat tietoisia lastensa koulun sisäilmaongelmista. Tulokset viittasivat selkeästi huolen suureen merkitykseen oireilun aiheuttajana, jopa suurempaan merkitykseen oireilun syynä kuin toisinpäin. Tutkimuksen tulos korostaa myös sitä, että toimintavoissa ja viestinnässä tulisi välttää lisäämästä huolta.

[Nissilä JJ, Savelieva K, Lampi J, Ung-Lanki S, Elovainio M, Pekkanen J. Parental worry about indoor air quality and student symptom reporting in primary schools with or without indoor air quality problems. *Indoor Air* 2019;29\(5\):865-873.](#)

Seuraavassa artikkelissa on kuvattu ympäristötekijöihin liittyvien pitkäaikaisten oireistojen syntymekanismia tilanteissa, joissa oireilu ei selity altistevaikutuksilla.

[Van den Bergh O, Brown RJ, Petersen S, Witthöft M \(2017\). Idiopathic environmental intolerance: a comprehensive model. *Clin Psychol Sci* 5\(3\): 551– 567.](#)

b) tutkimuksia, joissa nimenomaan sisäilmaan liittyvän oireilun/sairastamisen on todettu olevan hoidettavissa vaikuttamalla ihmisen käyttäytymiseen/ehdollistumiseen/huoleen ja pelkoihin.

Rakennuksissa voi esiintyä monia tekijöitä (esim. puutteellinen ilmanvaihto, ilman epäpuhtaudet, korkea sisälämpötila), jotka voivat aiheuttaa oireilua. Lisäksi tutkimusten mukaan pitkäaikainen altistuminen merkittäväälle kosteusvauriolle lisää astma-riskiä noin 1,5-kertaiseksi. Asbesti (asbestipitoisia rakenteita avattaessa) ja radon (radonalueilla) voivat lisätä sairastumisen vaaraa. Työterveyslaitos painottaa, että rakennukseen liittyvät sisäilmasto-ongelmat tulee korjata ja sisäilman tulee tukea tilojen käyttäjien hyvinvointia omalta osaltaan.

Sitä oirekuvaa, jota sisäilmaan liittyvät tai muut ulkoiset tekijät tai henkilöllä oleva sairaus **eivät** selitä, kutsutaan toiminnalliseksi. Tällaisten oireiden synnyssä ovat keskeisiä tiedostamatta ja ehdollistumalla syntyvät ns. nosebo-vaikutukset, jotka aktivoituvat ympäristötekijöiden kielteisistä merkityksistä ja huolesta terveyshaittojen syntymisestä.

Tutkimuksia ympäristöherkkyyden tai sisäilmaan liittyvän oireiluerkkyyden psykososiaalisista hoidoista ei juuri ole aikaisemmilta vuosilta. Sen sijaan psykososiaalisten hoito- ja kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta on runsaasti näyttöä toiminnallisissa häiriöissä. Näin ollen on luontevaa olettaa, että em. psykososiaalisista

kuntoutusmuodoista olisi hyötyä myös ympäristöherkkyydestä kärsivillä, koska ympäristöherkkyyden katsotaan kuuluvan toiminnallisten häiriöiden joukkoon.

Työterveyslaitos on tehnyt tutkimuksia sisäilmaan liittyvän oireilu- ja ympäristöherkkyyden hoitamiseksi. Näissä tutkimuksissa on yritetty vaikuttaa oireiluerkkyyteen tietojen avulla ja ohjauksella tai lyhytkestoisella kognitiivisella käyttäytymisterapialla, jossa tavoite oli vaikuttaa haitallisiin tulkintoihin ja käyttäytymiseen. Hoito- ja tukikeinoja sekä tutkimusta tarvitaan lisää.

2. Miten sosiaali- ja terveysministeriössä ja sen alaisissa laitoksissa huolehditaan siitä, ettei tällaisia stressin, traumojen ja ehdollistumisen hoitoon tarkoitettuja menetelmiä käytetä altistumisesta johtuvien oireiden ja sairauksien hoitoon?

Ei ole perusteltua käyttää tällaisia hoitoja altistumisesta johtuvien sairauksien hoitoon. Kun altistuminen ei selitä oirekuvausta, tarvitaan monimenetelmällistä lähestymistä sekä paneutumista myös oireilevan psyykkisiin ja sosiaalisiin tekijöihin. Tarvitaan edelleen terveydenhuollon koulutusta, jotta terveydenhuollossa osattaisiin erottaa, mistä oireilu johtuu. Erilaisissa sairauksissa, oireistoissa ja kuormittavissa tilanteissa psykososiaaliset hoitomuodot tukevat toimintakykyä ja toipumista.

[Miten tunnistan ympäristöherkkyyden? Kirsi Karvala, Juha Pekkanen, Eeva Salminen, Katinka Tuisku, Christer Hublin ja Markku Sainio. Duodecim 2017;133\(15\):1362-9](#)

- 3. Työterveyslaitos on esittänyt, että DNRS-menetelmä on auttanut sisäilmasta oireilevia. Mihin se tarkemmin ottaen on auttanut: millaisista oireista ja sairauksista on kyse? Millaisiin sisäilmaan liittyviin oireisiin menetelmä ei ole auttanut? Mitä avunsaannilla ja paranemisella tässä yhteydessä tarkoitetaan?**
- 4. Mistä löytyy dokumentaatiota siitä, että DNRS-menetelmä on auttanut sisäilmaoireista kärsiviä? Miten tämä on todettu ja kuka tämän on todennut? Onko Työterveyslaitos tehnyt tällaista koontia ja selvitystä? Onko julkisuuslakiin vedoten näitä koonteja ja tuloksia mahdollista saada nähtäväksi?**
- 6. Työterveyslaitos on kertonut DNRS-menetelmästä sisäilmasta sairastuneiden hoidossa: "Lisää tieteellistä näyttöä toki tarvitaan." Mitä näyttöä menetelmästä nyt on olemassa?**
- 7. Jos Työterveyslaitos suosittaa menetelmää, jota ei ole lainkaan tieteellisesti tutkittu, miksi? Onko tällainen muutoinkin toiminnassanne tavallista?**

Toistaiseksi DNRS -menetelmästä ei ole tieteellisesti julkaistuja tutkimuksia sisäilmasta kärsivien kohdalla. Työterveyslaitos ei ole ohjeistoissaan suositellut DNRS -menetelmän käyttöä. On kerrottu, että jotkut oireilevat ovat kokeneet hyötyvänsä menetelmästä. Tiedot perustuvat parantuneiden oireilijoiden kuvauksiin. Kanadassa on tehty ensimmäinen

tieteellinen tutkimus DNRS-harjoittelun hoitotuloksista, jonka tuloksista on vertaisarviointi meneillään (henkilökohtainen tiedonanto). Työterveyslaitos ei ole tehnyt tai osallistunut tutkimukseen, jossa tarkasteltaisiin DNRS-menetelmän vaikuttavuutta sisäilmaan liittyvässä oireiluherkkydessä. Ymmärrämme, että tähän on liittynyt epäselvyyttä ja asiaan on tärkeää jatkossa kiinnittää huomiota, jotta epäselvyyksiltä vältytään.

5. Perustuvatko Työterveyslaitoksen tiedot ”paranemisista” Maria Nordinin markkinaväittämiin? Jos eivät, mihin ne perustuvat?

Tiedot perustuvat parantuneiden oireilijoiden antamiin kuvauksiin. Oireilijat ovat kertoneet parantumisista suoraan asiantuntijoillemme. Maria Nordinin markkinaväittämät ovat hänen yksityishenkilönä antamia ja ne sisältävät kohtia, joita sosiaali- ja terveysministeriö ja sen alaiset laitokset eivät allekirjoita.

8. DNRS-menetelmän kehittäjä, hieroja Annie Hopper, on todennut menetelmän auttavan vasta kun epäterveellinen altistuminen on loppunut. Työterveyslaitoksen edustajat eivät kuitenkaan puhu mitään altistumisen välttämisestä. Miksi?

Tämä ei pidä paikkansa. Työterveyslaitoksen ohjeiden mukaan silloin, kun sisäilman epäpuhtaudet tai puutteet aiheuttavat oireita, oikea ratkaisu on korjata rakennuksen puutteet ja toteuttaa sisäilman laatua parantavia toimia. Kaikki Työterveyslaitoksen ohjeet perustuvat tähän.

[Lappalainen S., Reijula K., Tähtinen K., Latvala J., Holopainen R., Hongisto V. Kurttio P., Lahtinen M., Rautiala S., Tuomi T., Valtanen A. 2017. Ohje työpaikkojen sisäilmasto-ongelmien selvittämiseen. Työterveyslaitos.](http://urn.fi/URN:ISBN_978-952-261-722-4) [http://urn.fi/URN:ISBN 978-952-261-722-4](http://urn.fi/URN:ISBN_978-952-261-722-4) (PDF). 2. uudistettu painos

Latvala J, Karvala K, Sainio M, Selinheimo S, Tähtinen K, Lappalainen S, Lahtinen M, Reijula K. Ohje työterveyshuollon toimintaan ja potilasvastaanotolle kun työpaikalla on sisäilmasto-ongelma. Helsinki: Työterveyslaitos 2017.

Ohjeet löytyvät myös [Työterveyslaitoksen verkkosivuilta: Sisäympäristöön liittyviä ohjeita ja työkaluja](#)

9. Työterveyslaitos on kirjoittanut, että koska sisäilmasta sairastuneet ovat saaneet apua DNRS-menetelmästä, siitä kannattaa kertoa. Sisäilmasta sairastuneet kertovat hyvin monenlaisista avuista oireiluunsa, mm: altistuksen välttäminen (ehdoton nro 1), ruokavaliot, lisäravinteet, eri hoitoprotokollat kuten Shoemaker, monet lääkkeet, erilaiset keuhohoidot, kelaatioterapia. Mikä on kantanne siihen, kannattaako näidenkin toimivuudesta kertoa? Mikä on sopiva näytön vaatimustaso, kun esitellään erilaisia hoitomuotoja sisäilmasta oireileville ja sairastuneille?

Työterveyslaitos ei ohjeistoissaan ole suositellut DNRS -menetelmän käyttöä. On kerrottu, että jotkut oireilevat ovat kokeneet hyötyvänsä menetelmästä. Ymmärrämme, että tähän on liittynyt epäselvyyttä ja asiaan on tärkeää jatkossa kiinnittää huomiota, jotta

epäselvyyksiltä välttyään.

Kun huonosti määriteltyihin oireistoihin ei ole ollut yksiselitteisiä hoito-ohjeita, jää tilaa erilaisille keinoille, menetelmille ja valinnoille, joiden tavoitteena on tukea hyvinvointia. Pitää kuitenkin huomioida, että näiden pitkäaikaisista hyödyistä työ- ja toimintakyvyn tukemiseksi ei ole tutkittua tietoa mukaan lukien DNRS. Osa hoidoista voi vaikutuksiltaan olla neutraaleja, osassa voi ilmetä lumevaikutusta ja osasta voi ilmetä haittavaikutuksia. Osasta hoidoista oireileva voi kokea välitöntä hyötyä, mutta pitkällä aikavälillä niistä voi olla haitallisiakin vaikutuksia työ- ja toimintakykyyn.

Jos oireileva henkilö haluaa kokeilla itsehoitoon tarkoitettuja menetelmiä, on suositeltavaa, että hän keskustelisi niistäkin terveydenhuollon ammattilaisen kanssa hoidon kokonaisuuden suunnittelemiseksi.

Seuraavassa saksalaisessa ohjeistossa on terveydenhuollon ammattilaisille koottu tieto, millaisista hoitomuodoista on osoitettu olevan hyötyä toiminnallisissa oireistoissa, siis tilanteissa, joissa oirekuva ei selity altiste- tai sairaustekijöillä.

Clinical Practice Guideline: Functional Somatic Symptoms. Roenneberg C; Sattel H; Schaefer R; Henningsen P; Hausteiner-Wiehle C. Dtsch Arztebl Int 2019; 116: 553-60.

10. Miten Työterveyslaitos suhtautuu DNRS-ohjelman suositteluun terveydenhuollossa sisäilmasta oireileville lapsille?

Työterveyslaitoksen kohderyhmänä ovat työikäiset. Kun suunnitellaan lasten tai nuorten hoito- ja kuntoutusta, tulisi valinnoista keskustella yhdessä asiaan perehtyneen terveydenhuollon toimijan kanssa.

11. Kun käsitykset oireiden syistä ovat näin poikkeavia, on vallankäyttäjällä aina erityinen riski ja vastuu. Tiedossamme on niin fyysisiä kuin psyykkisiäkin vahingoittumisia, kun sisäilmasta sairastuneet henkilöt ovat ryhtyneet käyttämään suosittelimienne menetelmiä. Miten on varmistettu potilasturvallisuus tällaisia suosituksia/toteamuksia esitettäessä? Kuinka vältetään potilaiden fyysinen ja psyykinen vaurioituminen, kuten traumatisoituminen?

Pitkäaikaisten oireistojen ja sairauksien hoito ja kuntoutus tulisi tapahtua yhdessä potilaan ja terveydenhuollon kanssa. Tällöin voidaan varmistua riittävästä seurannasta ja tehdä tarvittavia muutoksia haitan minimoimiseksi ja hyödyn tukemiseksi. Psykososiaalisilla harjoittelumenetelmillä pyritään vaikuttamaan terveyteen liittyviin huoliin tai pelkoon sairastumisesta, terveysahdistukseen ja muihin oireiluun vaikuttaviin kognitiivisiin ja emotionaalisiin tekijöihin. Oirehallintaa ja joustavia merkityksenantostrategioita tukeva kognitiivinen käyttäytymisterapia on vaikuttavaa potilaiden oireiden hallinnassa: 71 % potilaista hyötyi hoidosta kontroleihin nähden. Näitä keinoja voi harjoitella etänä esim. nettipohjaisesti tai terveydenhuollon ammattilaisten vastaanotoilla.

Pitkäaikaisesti oireilevan henkilön on hyvä keskustella uusista hoito- ja kuntoutusvaihtoehdoista terveydenhuollon ammattihenkilön kanssa hoidon kokonaisuuden suunnittelemiseksi ja jotta voidaan sopia hoidon vaikutusten seurannasta. Näin on suositeltavaa toimia myös tilanteissa, joissa oireileva henkilö haluaa kokeilla itsehoitoon tarkoitettuja menetelmiä.

[Selinheimo S, Vuokko A, Juvonen-Posti P. Toiminnallisten häiriöiden kuntoutus. Sovellettavuus Kelan järjestämään kuntoutukseen ja vaikuttavat kuntoutusmuodot. Helsinki: Kela, Kuntoutusta kehittämässä 7/2019](#)

- 12. Mikä lasketaan ”Työterveyslaitoksen viralliseksi ohjeeksi”? Kiistääkö Työterveyslaitos, että sellaisia koulutuskiertoja, seminaareja, webinaareja tai lääkäreiden koulutuspäiviä tms. ei ole ollut, joissa olisi kerrottu menetelmästä, suositeltu sen käyttöä ja ohjattu potilaita siedättymään altisteille aivotreenimenetelmää käyttämällä?**

Työterveyslaitos ei suosittele haitallisille altisteille siedättämistä. Kun kyse ei ole altistevaikutuksista, niin oireilijaa on oleellista tukea selviytymään tavanomaisissa ympäristöissä.

- 13. Kun julkisen laitoksen edustaja esiintyy julkisen laitoksen edustajana ja käyttää laitoksen tunnuksia viestinnässä, voiko yleisö luottaa siihen, että tässä yhteydessä esitetään laitoksen virallisia näkemyksiä?**

Työterveyslaitoksen asiantuntijat toimivat Työterveyslaitoksen edustajina. Toimimme yhteistyössä muiden asiantuntijalaitosten ja tieteellisten yhteisöjen kanssa. Työterveyslaitos pyrkii kehittämään viestintäänsä perustuen tieteelliseen näyttöön ja saatuun palautteeseen.

- 14. Jos Työterveyslaitos ”ei ole antanut mitään virallisia ohjeita”, niin mistä mielestänne johtuu, että tätä menetelmää tarjotaan mm. työpaikoilla sisäilmasta oireileville sen sijaan, että ohjeistettaisiin järkevästi välttämään altistusta ja sen mukanaan tuomaa vakavampaa sairastumisriskiä?**

Työterveyslaitos tutkii, selvittää ja tuo tietoa kaikkien saataville ongelmien ratkaisemiseksi, painottuen työikäisiin ja työelämään. Mikäli todetaan viitettä haitallisesta altistumisesta, siihen pitää puuttua. Työterveyslaitoksen kaikki ohjeet perustuvat tähän. Ks. myös kohta 8.

Lisätietoa esim.: Sisäympäristöön liittyviä ohjeita ja työkaluja (www.ttl.fi/sisailma)
<https://www.ttl.fi/tyoymparisto/sisaymparisto/sisailma/sisaymparisto-ohjeita-ja-tyokaluja/>

Johtaja

Jari Keinänen

Neuvotteleva virkamies

Vesa Pekkola

Jakelu Homepakolaiset ry, Katja Pulkkinen

Tiedoksi