

Sanna Selinheimo  
Aki Vuokko  
Pirjo Juvonen-Posti

# TOIMINNALLISTEN HÄIRIÖIDEN KUNTOUTUS

Sovellettavuus Kelan järjestämään kuntoutukseen ja vaikuttavat  
kuntoutusmuodot

## Kirjoittajat

Sanna Selinheimo, työterveyspsykologi, psykologian maisteri  
Työterveyslaitos  
etunimi.sukunimi@ttl.fi

Aki Vuokko, työterveyshuollon erikoislääkäri, lääketieteen lisensiaatti  
Työterveyslaitos  
etunimi.sukunimi@ttl.fi

Pirjo Juvonen-Posti, lääketieteen tohtori, kuntoutuksen erityispätevyys  
Työterveyslaitos  
etunimi.sukunimi@ttl.fi

[www.kela.fi](http://www.kela.fi)

ISSN 2489-849X

URI <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201903088101>

Helsinki 2019

# Sisältö

Tiivistelmä.....	5
1 Lähtökohta ja tausta.....	6
1.1 Toiminnallisten häiriöiden nimeämisen vaikeus.....	7
1.2 Toiminnallisten oireiden ja häiriöiden esiintyvyys.....	9
1.3 Toiminnallisten häiriöiden ennuste.....	10
1.4 Toiminnallisten häiriöiden yhteiskunnalliset kustannukset.....	11
1.5 Toiminnallisten häiriöiden ja oireiden riskitekijät.....	13
2 Kansaneläkelaitoksen tiedon tarve.....	15
2.1 Kuntoutuminen ja kuntoutus.....	15
2.1.1 Kelan nykyiset kuntoutustehtävät.....	17
2.1.2 Kuntoutuksen kustannukset ja Kelan eri kuntoutusmuotojen määrät.....	18
2.1.3 Kuntoutuspalvelut käytännössä.....	19
2.2 Olemassa olevan tiedon puutteet.....	20
3 Selvityksen tavoitteet.....	21
4 Tehtävät ja menetelmät.....	22
4.1 Kartoittava selvitys toiminnallisten häiriöiden kuntoutuskäytännöistä Suomessa.....	22
4.2 Selvitys toiminnallisten häiriöiden kuntoutuskäytännöistä muissa maissa.....	23
4.3 Kartoittava selvitys vaikuttavista hoito- ja kuntoutusmuodoista toiminnallisissa häiriöissä.....	23
5 Tulokset.....	26
5.1 Toiminnallisten häiriöiden kuntoutuskäytännöt Suomessa.....	26
5.2 Toiminnallisten häiriöiden kuntoutuskäytännöt eri maissa.....	42
5.3 Hoito- ja kuntoutustoimet toiminnallisissa häiriöissä.....	52
5.3.1 Kuntoutustarpeen arvioinnin ja seurannan hyvät käytännöt.....	53
5.3.2 Psykososiaaliset kuntoutusmuodot ja niiden vaikuttavuus.....	56
5.3.3 Kuntoutujan ja ammattilaisen näkökulmia yhteistyön rakentumiseen.....	60
5.3.4 Työssä jatkamista tukevat tekijät.....	62

6	Yhteenveto.....	63
6.1	Millaista kuntoutusta ja siihen liittyvää osaamista tarvitaan.....	68
6.2	Tulosten sovellettavuus Kelan kuntoutuksessa.....	69
6.3	Rajoitukset .....	70
7	Johtopäätökset ja suositukset.....	72
	Lähteet .....	74
	Liitteet.....	84

## Tiivistelmä

Toiminnalliset häiriöt ovat pitkäaikaisia ja sinnikkäitä somaattisia oireita, jotka heikentävät toimintakykyä ja elämänlaatua. Lisäksi ne lisäävät sairauspoissaoloihin ja terveydenhuoltopalveluihin sekä välillisesti työn tuottavuuden menetyksiin liittyviä kustannuksia. Näitä oireyhtymiä kohdataan kaikilla terveydenhuollon tasoilla. Tilanteissa, joissa tavanomaista sairausperäistä selitystä tai yhteisymmärrystä oireiden syystä ei löydy, potilaat voivat kokea, etteivät tule kuulluksi ja kohdatuksi. Tarvitaan lisää tietoa toiminnallisten häiriöiden hoidon ja kuntoutuksen järjestämisestä.

Tämä kartoittava selvitys kuvaa toiminnallisten häiriöiden kuntoutuskäytäntöjä ja -muotoja sekä arvioi niiden soveltuvuutta ja käyttömahdollisuuksia suomalaisessa kuntoutusjärjestelmässä. Kartoitukseen sisältyivät i) selvitys toiminnallisten häiriöiden kuntoutuskäytännöistä Suomessa ja ii) vastaava selvitys otoksessa muita maita sekä iii) selvitys toiminnallisten, pitkittyvien ja monimuotoisten oireistojen kuntoutusmuodoista ja niiden vaikuttavuudesta tutkimukseen perustuen.

Selvityksen perusteella toiminnallisten häiriöiden kuntoutuskäytännöt vaihtelivat kansallisesti ja kansainvälisesti. Toimivimpia näyttivät olevan hoitopolkujen portaittaiset hoito- ja kuntoutusmallit, joiden porrastus perustui oireiston vaikeusasteeseen. Riittävän varhain aloitettu kuntoutus ehkäisi tilan kroonistumista. Suomessa toiminnalliset oireistot tunnistettiin hyvin, mutta niiden hoitoon ja kuntoutukseen tarvittiin lisää valmiuksia. Näyttöä psykososiaalisten kuntoutusmallien vaikuttavuudesta toiminnallisiin häiriöihin niihin perehtyneiden asiantuntijoiden toteuttamana oli paljon. Näyttöä oli eniten erilaisista kognitiivisista ja kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmistä. Vaikuttavuutta vahvisti erityisosaaminen menetelmistä. Keskeisenä tavoitteena kuntoutusmallien toteutuksessa oli hyvän yhteistyösuhteen rakentuminen potilaan ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden välille.

Toiminnallisten häiriöiden hoitoon ja kuntoutukseen Suomessa tarvitaan laaja-alaista sosiaali- ja terveydenhuollon prosessien ja kuntoutuksen yhteiskehittämistä. Ensisijaisesti tulisi soveltaa vaikuttaviksi todettuja kuntoutusmuotoja, mutta myös uusien kuntoutuspalveluiden kehittämistä ja tutkimista tarvitaan.

**Avainsanat:** kuntoutus, ammatillinen kuntoutus, menetelmät, vaihtoehdot, oireet, oireyhtymät, terveyshaitat, toimintakyky, työkyky, elämänlaatu

# 1 Lähtökohta ja tausta

Toiminnallisilla häiriöillä tarkoitetaan työ- ja toimintakykyä sekä elämänlaatua haittaavia oireita ja oireyhtymiä, joiden syy ei somaattisissa tai psykiatrisissa tutkimuksissa selviä ja/tai tila ei ole vakavuudeltaan tai kestoaltaan suhteessa tehtyihin löydöksiin (Toiminnallisten häiriöiden hoidon ... 2018). Kirjallisuudessa toiminnallisia oireistoja ja häiriöitä kutsutaan lukuisilla eri termeillä<sup>1</sup> (Henningsen ym. 2007; Fink ja Schröder 2010; Henningsen ym. 2018b). Tässä selvityksessä käytettiin termejä *toiminnalliset oireyhtymät* tai *häiriöt*. Tekstissä viitataan tarvittaessa yksilöidymmin johonkin tiettyyn oireyhtymään tai häiriöön.

Toiminnallisten häiriöiden tiedetään heikentävän työ- ja toimintakykyä ja elämänlaatua sekä lisäävän sairauspoissaoloihin ja terveydenhuollon palveluihin liittyviä kustannuksia (Stewart ja Yuen 2011; Aamland ym. 2012). Terveydenhuollossa kohdattujen toiminnallisista häiriöistä kärsivien potilaiden tarpeisiin vastaaminen voidaan kokea vaativaksi, mikäli terveydenhuollolla ei ole riittävästi osaamista tai resursseja toiminnallisten oireistojen hoitoon ja kuntoutukseen. Kun tavanomaista sairausperäistä selitystä tai yhteisymmärrystä oireiden syistä ei löydy, potilaat voivat kokea, etteivät tule kuulluksi ja kohdatuksi. Toiminnallisten häiriöiden piirteitä esiintyy myös somaattisten sairauksien yhteydessä, jolloin ne voivat näyttäytyä esimerkiksi sairauden selittämättömänä vaikeutumisenä ja hoitotasapainon ongelmoina, mikä on huomioitava hoidon ja kuntoutuksen suunnittelussa.

Suomalainen terveydenhuollon järjestämismalli on toistuvasti arvioitu laadukkaaksi ja kustannustehokkaaksi (Dieleman ym. 2018; Fullman ym. 2018). Toiminnallisten häiriöiden hoito- ja kuntoutuspolut kuitenkin vaihtelevat eikä yhteneviä väyliä ole systemaattisesti rakennettu terveydenhuollon eri tasoille ja yksiköiden väleille. Lisäksi toiminnallisten häiriöiden tutkitusti vaikuttaviksi arvioitujen kuntoutusmuotojen soveltaminen on ollut hajanaista ja sattumanvarausta. Suomessa sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen (STM) koordinoima asiantuntijaryhmä suositteli, että toiminnallisten häiriöiden hoito ja kuntoutus tulisi järjestää porrastettuna sairaanhoitopiireittäin oireiston vaikeusasteeseen mukaan (Toiminnallisten häiriöiden hoidon ... 2018).

---

<sup>1</sup> Englanniksi mm. medically unexplained symptoms (MUS), functional symptoms, functional somatic syndromes (FSS), central sensitivity syndromes, somatoform disorders, somatization.

Suositus tähdentää, että tukitoimet lieväästeisissä oireistoissa tulisi toteuttaa perusterveydenhuollossa, kun taas vaikea-asteisissa oireistoissa tarvitaan erikoissairaanhoidon tukitoimia. Useassa sairaanhoitopiirissä onkin jo ryhdytty järjestämään toimintaa tai suunniteltu erikoissairaanhoidon yksiköitä toiminnallisten häiriöiden tunnistamiseksi sekä hoidon ja kuntoutustoimien tehostamiseksi. Toistaiseksi ei ole arvioitu, miten toiminnallisten häiriöiden kuntoutuksen tukitoimet tulisi toteuttaa suomalaisessa kuntoutusjärjestelmässä. Hoito- ja kuntoutuspolkujen puuttuessa kuntoutustarpeen tunnistaminen ei tällä hetkellä johda systemaattisesti asianmukaisen hoidon ja kuntoutuksen toteutumiseen.

Eurooppalainen tutkija- ja kliinikkoyhteisö European Network on Somatic Symptom Disorders (EURONET-SOMA) on selvittänyt toiminnallisten oireistojen hoitoa ja kuntoutusta eri Euroopan maissa. Toiminnallisista häiriöistä on olemassa tieteellisiä katsauksia ja meta-analyysejä, joissa on arvioitu eri kuntoutusmuotojen vaikuttavuutta. Kuitenkaan ei ole arvioitu, miten edellä mainittujen selvitysten tulokset soveltuvat suomalaiseen kuntoutusjärjestelmään. Siten on perusteltua koota yhteen kansainvälinen tieto kliinisesti käytössä olevista kuntoutusmenetelmistä, niiden hyödyistä ja haitoista sekä myös vaikuttavuustutkimuksissa saadut tulokset hoidon tuloksellisuudesta. Tämän kartoituksen perusteella voidaan tarkentaa suosituksia ja laatia suunnitelmia kuntoutuksen järjestämiseksi toiminnallisissa häiriöissä.

## 1.1 Toiminnallisten häiriöiden nimeämisen vaikeus

Kirjallisuudessa ja kliinisessä potilastyössä toiminnallisia häiriöitä on kutsuttu useilla eri nimillä. Kansainvälisesti termiä *lääketieteellisesti selittämättömät oireet* (engl. medically unexplained symptoms, MUS) on kritisoitu jo varhain (mm. Barsky ja Borus 1999; Wessely ym. 1999; Nimnuan ym. 2001; Fink ja Rosendal 2008; Henningsen ym. 2018b). Epämääräinen nimike *selittämättömät oireet* herättää epävarmuutta niin terveydenhuollon ammattihenkilössä kuin oireilevassa asiakkaassa/potilaassa ja jättää oireilun ilman asianmukaista selitystä. Toisaalta nykyisin toiminnallisten häiriöiden mekanismit ja taustatekijät tunnetaan entistä paremmin, jolloin ei ole perusteltua käyttää epäselvää nimeämistapaa. Näiden epävarmuutta ilmaisevien termien käytöstä tulisikin luopua. Yleisnimityksen *toiminnalliset häiriöt* lisäksi lääketieteen eri erikoisaloilla on tiettyihin elinjärjestelmän oireisiin painottuvia toiminnallisia oireistoja ja oireyhtymien kuvaavia nimityksiä, joista osalle on oma diagnoosinumeronsa (taulukko 1, s. 8).

**Taulukko 1.** Tyypillisiä toiminnallisia oireistoja ja häiriöitä kohdattuna eri erikoisaloilla.

Erikoisala	Tavallisia toiminnallisia oireyhtymiä
Anestesiologia	Kipuoireyhtymä
Gastroenterologia	Ärtynyt paksusuoli; toiminnallinen oksentelu; toiminnalliset ylävatsaoireet
Gynekologia	Lantionalueen pitkäaikainen kiputila; premenstruaalioireyhtymä
Hammaslääketiede	Epätyypilliset kasvokivut ja suun alueen kivut
Ihotaudit	Pruritus; toiminnallinen purpura
Infektiosairaudet	Krooninen väsymysoireyhtymä
Kardiologia	Epätyypilliset rintakivut ja rytmihäiriöt
Keuhkosairaudet	Hyperventilaatio; epätyypillinen astma
Lastentaudit	Toiminnallinen vatsakipu
Leukakirurgia	Temporomandibulaarivivelen dysfunktio; epätyypilliset suun alueen kiputilat
Neurologia	Toiminnalliset kohtausoireet ja halvaukset (pareesi); pitkäaikainen jännityspäänsärky; lievän aivovamman epätyypilliset jälkitilat
Ortopedia	Krooninen alaselkäkipu; Whiplash-oireet
Korva-nenä-kurkkutaudit	Palan tunne kurkussa; toiminnallinen äänen käheys; toiminnallinen tinnitus (korvien soiminen); toiminnallinen äänihuulispaus
Psykiatria	Somatoformiset häiriöt
Reumatologia	Fibromyalgia
Silmäsairaudet	Selittämätön näköhäiriö
Urologia	Virtsaputkioireyhtymä
Yleislääketiede/Työlääketiede	Ei-elimellinen unettomuus; kiputilat; Ympäristöherkkyys; monikemikaaliherkkyys

Lähde: Muok. Grover ja Kate 2013; Toiminnallisten häiriöiden hoidon ... 2018.

Vaikka taulukossa 1 mainitut toiminnalliset oireistot ja häiriöt sisältävät niille kullekin tyypillisiä piirteitä, on niillä yhteisiä ilmentymiä ja oireistoon vaikuttavia tekijöitä. Tutkijat ovatkin jo varhain esittäneet dimensionaalista ja oireilevan kokonaistilanteen huomioivaa lähestymistapaa häiriön nimeämiseen (Barsky ja Borus 1999; Wessely ym. 1999; Nimnuan ym. 2001). Usean eri elinjärjestelmän oireisto ilman selittäviä elimellisiä löydöksiä on kuitenkin vaikeuttanut toiminnallisten tilojen määrittelyä. Toiminnallisissa häiriöissä terveyteen liittyvä toimintakyvyn heikentyminen on kuitenkin määriteltävissä biopsykososiaalisen ICF-viitekehyksen (International Classification of Functioning, Disability and Health), eli toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisen luokituksen mukaisesti (WHO 2004). Tulevassa ICD-11 (International Classification of Diseases) tautiluokituksessa toiminnallisia häiriöitä kuvaava uusi diagnoosi *Bodily distress syndrome* (Fink ja Schröder 2010) ja vastaavasti psykiatrisessa

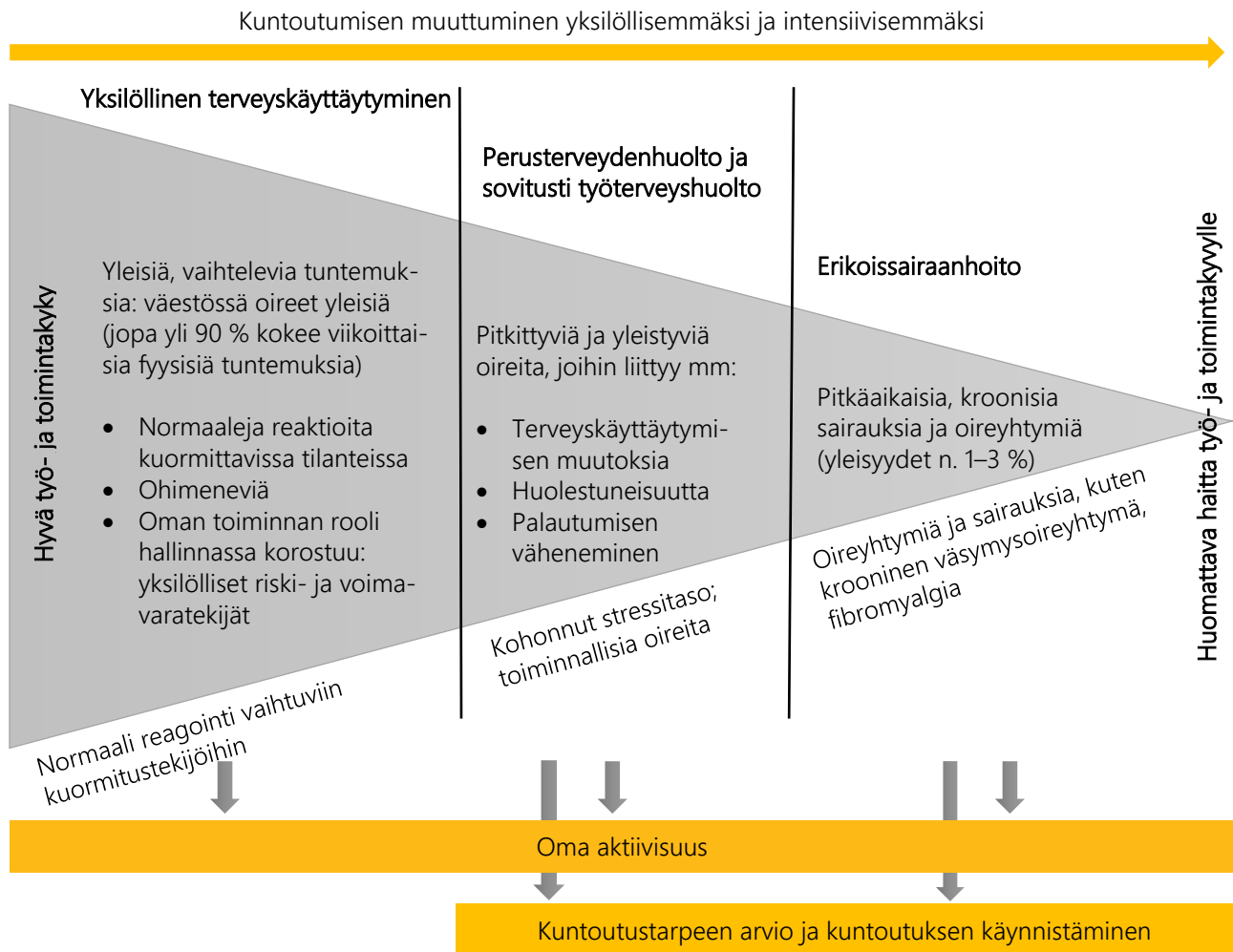


DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) luokittelussa *Somatic symptom disorder* määrittelevät tilan haitallisen, toimintakykyyn vaikuttavan laaja-alaisen oireiston kautta (Gureje 2015; Gureje ja Reed 2016; Hubley ym. 2016). Toistaiseksi käytössä ei ole vakiintunutta ja kattavaa suomenkielistä termiä näille pitkäaikaisille ja sitkeille monimuotoisille oireistoille. Tämän voi arvioida haastavan niin asiantuntijoiden keskinäistä kuin asiantuntijoiden ja potilaiden välisen yhdessä hyväksytyin toimintamallin ja luottamusperustaisen vuorovaikutuksen muotoutumista.

## 1.2 Toiminnallisten oireiden ja häiriöiden esiintyvyys

Luonteeltaan vaihtelevat, pitkittyvät ja sitkeät toiminnalliset oireistot ja häiriöt ovat yleisiä ja niitä kohdataan kaikilla terveydenhuollon tasoilla. Toiminnalliset oireistot ja häiriöt voidaan kuvata jatkumona: lieväasteisista oireista aina työ- ja toimintakykyä merkittävästi heikentäviin oireyhtymiin (kuvio 1, s. 10). Tyypillistä näissä toimintakykyä haittaavissa oireistoissa on epäspesifien usean eri elinjärjestelmän somaattisten oireiden lisäksi myös kognitiiviset ja emotionaaliset oireet sekä sosiaalisen toimintakyvyn rajoittuminen.

Kyselytutkimuksessa tanskalaisessa väestössä yli 90 % raportoi viikoittaisia kehollisia oireita ja jopa 40 % raportoi haittaavia oireita (Eliassen ym. 2016). Amerikkalaista väestöä edustavassa tutkimuksessa noin 25 % eri tavoin oireilevista hakeutui terveydenhuollon palveluiden piiriin (Green ym. 2001). Terveydenhuollossa jopa kahdella kolmasosalla oireet jäävät selittämättömäksi (Steinbrecher ym. 2011). Arviot toiminnallisista oireista ja oireyhtymistä vaihtelevat väestössä 4–30 %:n ja perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon potilailla 10–50 %:n välillä (Kirmayer ym. 2004; Loenggaard ym. 2015). Diagnoisoidujen, pitkäaikaisesti toimintakykyä heikentävien oireyhtymien esiintyvyys on pienempi. Esimerkiksi kroonisen kipuoireyhtymän esiintyvyys väestössä on ollut noin 2 % (Wolfe ym. 2013), kroonisen väsymysoireyhtymän 1 % (van't Leven ym. 2009) ja vastaavasti ärtyvän paksusuolen 11 % (Lovell ja Ford 2012). Tutkimustiedon perusteella erilaiset toiminnalliset oireistot ja häiriöt ilmenevät usein samanaikaisesti ja niillä on yhteisiä altistavia, laukaisevia ja ylläpitäviä tekijöitä (Martin ym. 2007; Henningsen ym. 2018b). Toiminnallisten häiriöiden aiheuttama kuorma yksilölle hyvinvoinnin heikkenemisenä, toiminta- ja työkyvyn alentumisena sekä terveydenhuoltojärjestelmälle palveluiden runsaana käyttönä ovat huomattavia (Reid ym. 2002).

**Kuvio 1.** Oirekirjo lievistä oireista työ- ja toimintakykyä haittaaviin oireistoihin sekä kuntoutumisen porrastuminen.

Lähde: Muok. Fink ja Rosendal 2015; Selinheimo ym. 2018.

### 1.3 Toiminnallisten häiriöiden ennuste

Toiminnallisten häiriöiden ennusteeseen vaikuttavat monet tekijät. Katsauksessa, jossa arvioitiin toiminnallisten häiriöiden eri muotojen ennustetta, havaittiin, että jopa 50–75 % toiminnallisesti oireilevista kuntoutuu (olde Hartman ym. 2009). Heikkoon ennusteeseen vaikuttivat toiminnallisten oireiden laajuus ja vaikeusaste lähtötilanteessa yhdistettynä toimintakyvyn heikkenemiseen ja sairautta tukeviin käyttäytymismalleihin (olde Hartman ym. 2009). Kuntoutumiseen on havaittu lisäksi vaikuttavan samanaikaisesti esiintyvät psykiatriset oireet ja häiriöt, jotka lisäävät tarvetta toiminnallisissa häiriöissä pitkäkestoiselle kuntoutukselle (Olatunji ym. 2014). Terveystyöliittyvien kielteisten ajattelumallien ilmeneminen heikentää toiminnallisten oireiden ennustetta, erityisesti terveysahdistuneisuuteen liittyvä heikentynyt ennuste

(olde Hartman ym. 2009; McAndrew ym. 2018). Samanaikaisesti esiintyvien sairauksien lisäksi toiminnallisten oireiden ennusteeseen on havaittu vaikuttavan sairauteen liitetyt yksilölliset mielikuvat sekä identiteettikysymykset, kokemus sairauden tai oireiden pysyvyydestä, oireita selittävät syytekijät ja oireiden seuraukset sekä yksilölliset hallintakeinot (McAndrew ym. 2018). Häiriön ilmenemiseen ja oireiluun liitetyt tulkinnat uhasta ja toisaalta kielteisen tunnekokemuksen sisältävät representaatiot on yhdistetty paitsi suoraan, myös niihin liittyvien hallintakeinojen kautta heikentävän terveydentilaa toiminnallisesti oireilevilla (McAndrew ym. 2018). Täten toiminnallisten oireiden kuntoutuksen suunnittelussa on perusteltua huomioida paitsi yhtä aikaa ilmenevät sairaustekijät ja ottaa myös huomioon yksilöön liittyvät tekijät terveydentilan hallinnassa.

## 1.4 Toiminnallisten häiriöiden yhteiskunnalliset kustannukset

Toiminnallisista häiriöistä seuraavat kustannukset jakautuvat hoitoon ja kuntoutukseen liittyviin suoriin terveydenhuollon kustannuksiin sekä sairauspoissaoloista ja työn vähentyneestä tuottavuudesta syntyviin epäsuoriin kustannuksiin. Terveydenhuollossa potilaaseen kohdistuvat kustannukset on havaittu kasvavan niillä potilailla, joilla on toiminnallisia oireistoja verrattuna potilaisiin, joilla ei ole toiminnallisia oireita. Kansainvälisesti kustannusten suuruusluokka on verrattavissa kansanterveydellisesti merkittävästi kuormittavien mielenterveyshäiriöiden hoitoon ja kuntoutukseen (Konnopka ym. 2012). Barsky ym. (2005) selvittivät terveydenhuollon käyttömääriä ja kustannuksia potilasaineistossa, joka koostui avohoidon potilaista ja sairaalapotilaista. Tutkijaryhmä osoitti, että terveydenhuollon käyttömäärät ja niihin liittyvät kustannukset olivat noin kaksinkertaiset toiminnallisesti oireilevilla verrattuna potilaisiin, joilla ei ollut toiminnallisia oireita. Psykiatristen ja somaattisten sairauksien yhteisilmenevyydellä ei ollut merkittävää vaikutusta kustannusten nousuun, joka muodostui korkeammista perusterveydenhuollon käyttömääristä, ensiapu- ja sairaalakäynneistä sekä avohoidon kustannuksista. (Barsky ym. 2005.) Huolimatta masennus- tai ahdistuneisuusoireiden yhteisilmenevyydestä, toiminnallinen oireisto on havaittu itsenäisesti lisäävän myös sairauspoissaoloista syntyviä kustannuksia (Aamland ym. 2012). Sosiaaliturvan kustannuksia tarkasteleva tanskalainen tutkimus seurasi kymmenen vuoden ajan perusterveydenhuollon potilaita, jotka oli luokiteltu seuraavasti: 1) pitkäkestoinen ja vaikea-asteinen toiminnallinen oireisto, 2) vasta ilmennyt lieväasteinen toiminnallinen oireisto ja 3) potilaat, joilla oli tunnistettu somaattinen sairaus ilman toiminnallisia oireita (Rask ym. 2015). Potilasryhmien tiedot yhdistettiin rekisteritietoihin

sairauslomista ja työkyvyttömyyseläkkeistä aiheutuviin sosiaaliturvan kustannuksiin. Potilailla, joilla oli vaikea-asteisia toiminnallisia oireistoja, oli nelinkertainen riski saada sosiaaliturvan tukea liittyen sairauslomiin tai pysyvään työkyvyn menetykseen verrattuna potilaisiin, joilla oli somaattinen sairaus ilman oireita. Vastaavasti potilailla, joilla tutkimuksen alussa oli lieväasteinen toiminnallinen oireisto, riski oli yli kaksinkertainen. Kun analyyseissä otettiin huomioon muu somaattinen ja psyykinen sairastavuus, edellä mainittu riski puolittui potilailla, joilla oli vaikea-asteinen toiminnallinen oireisto, mutta ei lieväasteisesti oireilevien ryhmässä. Terveystekijöiden vakioinnista huolimatta riski oli merkitsevästi suurempi verrattuna vain somaattisesti perussairaisiin potilaisiin. (Rask ym. 2015.)

Konnopka ym. (2013) havaitsivat tutkimuksessaan toiminnallisesti oireilevilla perusterveydenhuollon potilailla, että puolen vuoden tarkastelujaksolla oireiluun liittyvät epäsuorat kustannukset olivat jopa seitsemänkertaiset verrattuna vastaaviin suoriin terveydenhuollon kustannuksiin (kustannukset yhteensä noin 8 700 euroa potilasta kohden). Tutkijaryhmä esitti, että kustannukset syntyivät tuottavuuden menetyksestä työssä, ennenaikaisesta eläköitymisestä ja toistuvista sairauspoissaoloista. Kustannukset olivat sitä suurempia, mitä vaikeammasta oireistosta tai iäkkäimmistä potilaista oli kysymys. (Konnopka ym. 2013.)

Suomessa vuonna 2017 kuntien sosiaali- ja terveystoiminnan kustannusten keskiarvo oli 3 227 euroa/asukas, josta erikoissairaanhoidon osuus oli 38 % (1 221 euroa/asukas) ja perusterveydenhuollon osuus 18 % (590 euroa/asukas) (Kuntataloustilasto 2017). Arvioita siitä, minkä verran toiminnallisten oireistojen ja häiriöiden johdosta kustannuksia syntyy Suomessa, ei ole käytettävissä.

Lisääntyneisiin sairauspoissaoloihin liittyviä tekijöitä on pyritty jäsentämään potilaan tilanteeseen liittyvien tekijöiden sekä terveydenhuollon toimintamallien kautta. Esimerkiksi toiminnallisten häiriöiden vaikeusaste sekä masennus- ja ahdistuneisuushäiriöiden yhteisilmenevyys on todettu lisäävän sairauspoissaoloja (Aamland ym. 2012). Lisäksi on esitetty, että lääkarilla sairauspoissaolon määrääminen voi olla ainoa käytössä oleva keino hallita oireilevan potilaan ongelmallista tilannetta, johon ei tavanomaisilla lääketieteellisillä tutkimuksilla ja hoitokeinoilla ole löytynyt ratkaisua (Aamland ym. 2012). Havainto kuvastaa tilannetta, jossa terveydenhuollossa ei ole saatavissa asianmukaisia toimintamalleja ja välineitä toiminnallisten häiriöiden hoitoon ja kuntoutukseen.

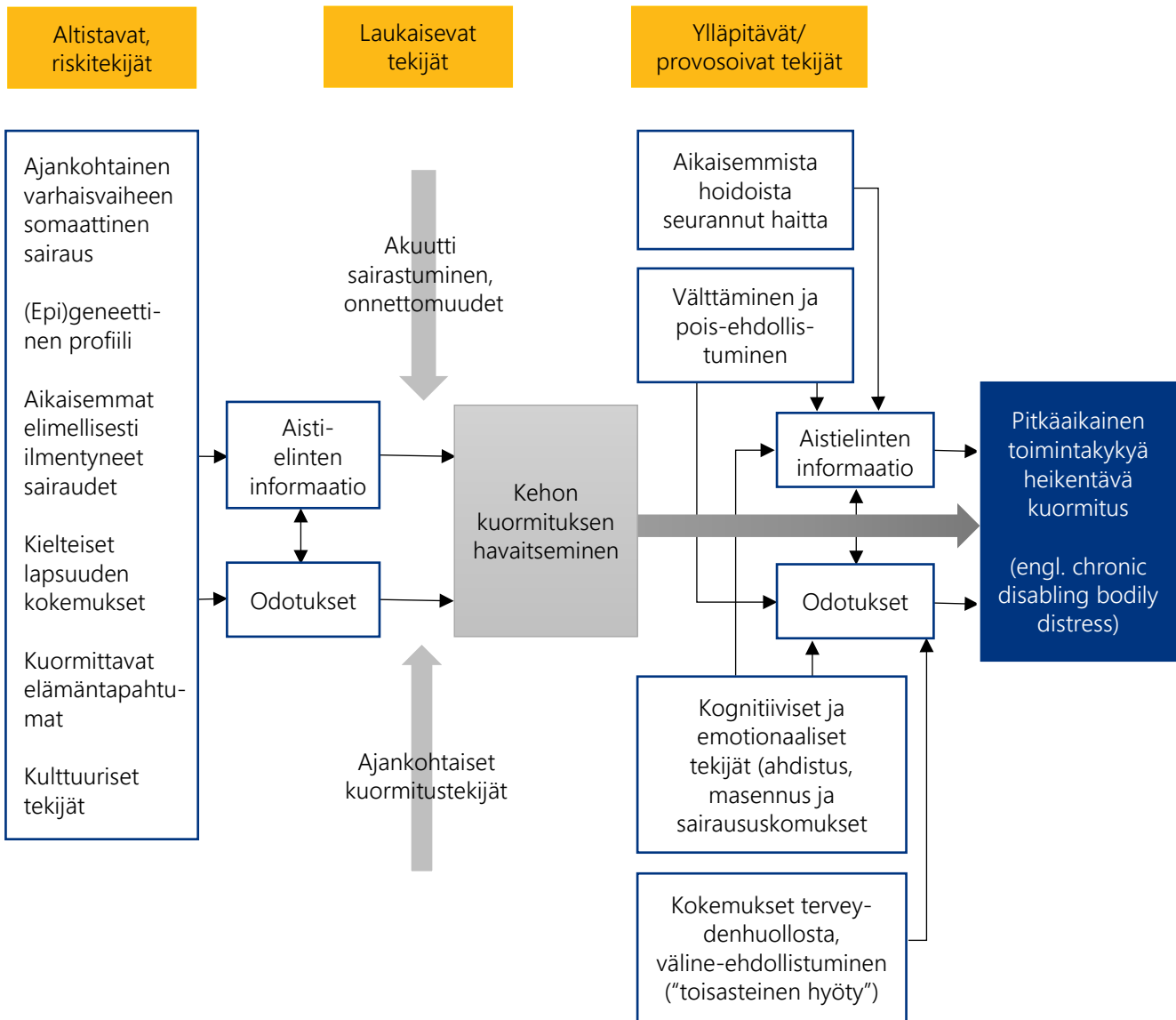
## 1.5 Toiminnallisten häiriöiden ja oireiden riskitekijät

Toiminnallisten häiriöiden mekanismit tunnetaan yhä paremmin ja kirjallisuuden perusteella häiriöille altistavat useat erilaiset yksilölliset riskitekijät (Henningsen ym. 2018a ja 2018b). Häiriöiden ilmenemiseen vaikuttavat keskushermoston ja psykososiaalisten tekijöiden, kuten kognitiivisten ja emotionaalisten prosessien yhteisvaikutus fysiologisten vasteiden säätelyssä (Kirmayer ym. 2004; Rief ja Broadbent 2007; Henningsen ym. 2018a ja 2018b) (kuvio 2, s. 14). Erilaiset kuormitustekijät voivat olla laukaisemassa ja myös ylläpitämässä oireilua, mikäli kuormittava tilanne ei laukea tai yksilön hallintakeinot tilanteessa ovat puutteelliset. Monet erilaiset tekijät voivat vahvistaa ja ylläpitää oireiden jatkuvuutta, vaikka itse alkutilanteen kuormitustekijät olisivat poistuneet (Kipen ja Fiedler 2002; Henningsen ym. 2018b). Toiminnallisissa häiriöissä fyysisiin oireisiin voi liittyä korostuneen uhkaavia tai jopa virheellisiä tulkintamalleja, joiden seurauksena oireileva henkilö voi tulkita oireensa merkiksi vakavasta terveydellisestä uhasta (Rief ja Broadbent 2007; van den Bergh ym. 2017). Toiminnallisissa häiriöissä on tyypillistä korostunut huolestuneisuus omasta terveydestä, johon ei pysty itse vaikuttamaan (Brown 2004; Rief ja Broadbent 2007), mikä vaikuttaa hoito- ja kuntoutusvasteeseen. Toiminnallisissa oireistoissa korostuneet fysiologiset stressivasteet yhdessä psykologisten (kuten kognitiivisten ja emotionaalisten) prosessien kanssa voivat muodostaa kroonistumista tukevan noidankehän: potilas tulkitsee fysiologiset reaktiot sairauden merkiksi. Tuolloin tarkkaavaisuus kohdistuu entistä enemmän oireisiin, mikä edelleen voimistaa fysiologisia stressivasteita ja hidastaa normaalia palautumista (Rief ja Broadbent 2007).

Toiminnallisia häiriöitä esiintyy osana muita sairauksia ja niiden erottaminen toisistaan voi olla haastavaa. Psykkisten tekijöiden vaikutus elimistön toimintaan on kuvattu esimerkiksi psykiatristen häiriöiden yhteydessä. Esimerkiksi mielialahäiriöitä sairastavilla potilailla on todettu lisääntynyt riskiä sairastua pitkäaikaisiin hengityssairauksiin (esim. astma) ja hengitystieoireiden ilmeneminen ja voimakas oireilu ilman elimellistä selitystä on korostunutta (Eisner ym. 2005; Katon ym. 2007; Brunner ym. 2014). Psykiatristen sairauksien on todettu selittävän hengitysoireiden ilmenemistä yhtä paljon kuin itse hengitystiesairaudet (Katon ym. 2007). Näiden ilmiöiden voi arvioida heijastavan oireisiin ja sairauksiin liittyviä toiminnallisia tekijöitä, jotka vaikuttavat sairaudelle tyypilliseen hoidon ja kuntoutuksen hoitovasteeseen sekä oireilevien elämänlaatuun. Yhteisilmenevyyden huomioiminen on oleellinen osa kokonaisvaltaista hoitoa ja kuntoutusta, ja sen onnistuessa voi olettaa saatavan merkittäviä vaikutuksia kuntoutuvien elämänlaatuun ja toimintakykyyn. Onkin havaittu, että mikäli potilaan kanssa työskennellään näkökulmasta,

jossa häntä tuetaan tarkastelemaan oireidensa taustalla olevia tekijöitä laaja-alaisesti, on mahdollista lievittää oireiden aiheuttamaa toimintakyvyn heikkenemistä (Kroenke 2007; Sumathipala 2007).

**Kuvio 2.** Toiminnallisille häiriöille altistavat, laukaisevat ja ylläpitävät tekijät.



Lähde: Henningsen ym. 2018b (lupa alkuperäisen kuvion suomentamiseen S. Karger AG, Basel).

## 2 Kansaneläkelaitoksen tiedon tarve

Kela haki avoimella haulla (hakuilmoituksen määräaika 8.8.2018) tutkimustahoa selvittämään toiminnallisten häiriöiden kuntoutusmuotoja, niiden soveltuvuutta ja käyttömahdollisuuksia Kelan järjestämässä kuntoutuksessa vuoden 2018 loppuun mennessä.

Kelan tiedon tarve koski näyttöä ja tietoa 18–65-vuotiaille toiminnallisia häiriöitä sairastaville henkilöille tarkoitetuista kuntoutusmuodoista ja kuntoutusmuotojen toimivuudesta, niin kotimaassa kuin kansainvälisestikin. Toteutettavan kartoittavan selvityksen tavoitteena oli tuottaa kattava kuva:

- i) Millaisia kuntoutusmalleja ja interventioita Suomessa ja kansainvälisesti toteutetaan toiminnallisia häiriöitä sairastavien tarpeisiin: kuvata toiminnallisia häiriöitä sairastavien kuntoutuspalveluita, kehitettyjä, käytössä olevia kuntoutusmalleja ja -palveluita.
- ii) Tuottaa tietoa toiminnallisten häiriöiden kuntoutuksessa käytössä olevista kuntoutusmuodoista sekä niiden hyödyistä ja mahdollisista haitoista. Interventioista kuvataan niiden keskeiset sisällöt, kesto ja toteutustapa.
- iii) Lisäksi tuotetaan tietoa kuntoutuksen toteuttajien pätevyyksistä.

Kela määritteli hakuilmoituksessaan toiminnalliset oireistot/häiriöt seuraavasti: Toiminnallisilla häiriöillä tarkoitetaan potilaiden toimintakykyä ja elämänlaatua haittaavia oireita ja oireyhtymiä, joiden syy ei somaattisissa tai psykiatrisissa tutkimuksissa selviä. Toiminnalliset häiriöt (functional disorders) -käsitteen ohella käytetään kirjallisuudessa usein myös termiä MUS (medically unexplained symptoms) sekä lukuisia muita termejä, terminologia ei ole kansainvälisesti vakiintunut.

### 2.1 Kuntoutuminen ja kuntoutus

Kuntoutumisella Autti-Rämön ja Salmisen (2016) mukaan tarkoitetaan ”toimintaa, jossa kuntoutuja määrittelee itselleen merkitykselliset ja realistiset tavoitteet, joiden saavuttamiseksi välttämättömät keinot suunnitellaan asiantuntijoiden kanssa ja toteutetaan suurelta osin itsenäisesti tai lähiympäristön tukeamana.” Kuntoutuminen edellyttää siis aktiivista, päämäärätietoista työtä ja se on yksilöllinen prosessi, jossa tarvitaan oikea-aikaisia toimenpiteitä. Palvelujärjestelmässä yksilölle suunniteltujen toimenpiteiden

tulisi jatkua saumattomasti toteuttajalta toiselle ja organisaatiosta toiseen. Näitä toimenpiteitä ovat esimerkiksi ohjaus, neuvonta ja tuki, harjoittelu, valmennus, kokeilu sekä vertaistuki. Lisäksi kokonaisuuteen kuuluvat yksilölliset apuvälineet, työn muokkaus sekä ympäristön muutostyöt ja kuntoutumista tukevan yhteisön toiminnan edistäminen. Toteutustavassa korostetaan asiakkaan osallistavaa tapaa: toteutus tulisi tehdä yhdessä henkilön (potilaan tai kuntoutujan) ja kuntoutuksen ammattilaisten kanssa suunniteltuna, kunkin tavoitteiden ja realististen muutosmahdollisuuksien mukaisesti ja kuntoutumisprosessin riskitilanteet ennakoiden ja seuraten. Suomalainen kuntoutusjärjestelmä ja kuntoutuksen toteutus ei valitettavasti toimi näiden ihanteellisten periaatteiden mukaisesti käytännössä, vaikka pyrkimystä tähän onkin: nivelvaiheissa kuntoutus voi keskeytä kuntoutujasta riippumattomista syistä. (Juvonen-Posti ja Pensola 2016; Juvonen-Posti ym. 2016.)

Kuntoutus on jaettu Suomessa tavanomaisesti lääkinälliseen, ammatilliseen, sosiaaliseen sekä kasvatukselliseen kuntoutukseen (Järvikoski 2013; Juvonen-Posti ym. 2016). Nykyisen jaon mukaisesti *lääkinällinen kuntoutus* parantaa ja ylläpitää kuntoutujan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä sekä edistää ja tukee hänen elämäntilanteensa hallintaa ja itsenäistä suoriutumista päivittäisissä toiminnoissa. Sekä Suomessa että kansainvälisesti lääkinällinen kuntoutus voidaan määritellä myös edellä kuvattua kapeammin lääketieteellisiksi tutkimuksiksi ja niiden pohjalta toteuttaviksi tukitoimiksi, jotka parantavat yksilön fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä. *Ammatillinen kuntoutus* tukee kuntoutujan ammatillisia valmiuksia, kohentaa hänen työkykyisyyttään, edistää hänen työmahdollisuuksiaan ja työssä jatkamista sekä vähentää syrjintää työpaikoilla. *Sosiaalinen kuntoutus* kohdistuu parantamaan kuntoutujan sosiaalista toimintakykyä ja hänen kykyä selviytyä arkipäivän välttämättömistä toiminnoista, vuorovaikutussuhteista sekä oman toimintaympäristön rooleista. Sosiaalisen kuntoutuksen katsotaan liittyvän usein etenkin siihen, että vaikeasti syrjäytyneitä henkilöitä tuetaan yhteiskunnalliseen osallisuuteen. *Kasvatuksellisella kuntoutuksella* viitataan yleensä vammaisen tai vajaakuntoisen lapsen, nuoren tai aikuisen kasvatukseen ja koulutukseen sekä niiden edellyttämiin erityisjärjestelyihin. (Juvonen-Posti ym. 2016.) Kuntoutuksen järjestämistehtävät ovat määritelty kunnille sosiaalisen ja lääkinällisen sekä kasvatuksellisen kuntoutuksen osalta. Kansaneläkelaitoksella on sekä lääkinällisen että ammatillisen kuntoutuksen tehtäviä. Työeläkelaitoksilla on työkyvyttömyyseläkeriskiin kytkeytyvä ammatillisen kuntoutuksen järjestämistehtävä. Liikenne- ja vahinkovakuuttajien tehtävänä on korvata hoidosta, lääkinällisestä ja ammatillisesta kuntoutuksesta syntyneet kustannukset.



### 2.1.1 Kelan nykyiset kuntoutustehtävät

Kelan järjestämän kuntoutuksen tehtävät on määritelty laissa Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuuksista (L 566/2005). Kela järjestää ja korvaa tämän lain mukaisesti kuntoutuspsykoterapiaa, ammatillista kuntoutusta, vaativaa lääkinällistä kuntoutusta, sekä harkinnanvaraisena kuntoutuksena muuta kuin edellä mainituissa kohdissa tarkoitettua ammatillista tai lääkinällistä kuntoutusta.

Kelan järjestämän kuntoutuspsykoterapian tavoitteena on edistää 16–67-vuotiaan kuntoutujan työ- ja opiskelukykyä sekä tukea opintojen edistymistä, työelämässä pysymistä ja työelämään siirtymistä tai sinne palaamista. Kuntoutuspsykoterapiana korvataan lääketieteellisesti perusteltua kuntouttavaa psykoterapiaa. Kuntoutuspsykoterapian tulee olla hyvän kuntoutuskäytännön mukaista ja perustua erityisasiantuntemukseen ja erityisosaamiseen joka Suomessa tarkoittaa muun muassa psykoterapeutin ammattinimikkeen käyttöoikeuteen johtavan koulutuksen suorittamista. Lisäksi kuntoutuspsykoterapiana korvattavan psykoterapian käyntimääristä ja pituudesta on määrätty erikseen.

Kansaneläkelaitos järjestää 6 §:ssä tarkoitettuna ammatillisena kuntoutuksena kuntoutustarvetta ja -mahdollisuuksia selvittäviä tutkimuksia, työ- ja koulutuskokeiluja, työkykyä ylläpitävää ja parantavaa valmennusta, jonka tavoitteena on mahdollistaa kuntoutujan työssä jatkaminen, työhön valmennusta, perus-, jatko- ja uudelleen koulutusta ammattiin tai työhön, joka sairauden, vian tai vamman rajoitukset huomioon ottaen on vakuutetulle sopivaa, sekä tällaisen koulutuksen suorittamiseksi välttämätöntä yleissivistävää koulutusta ja valmennusta sekä muita edellä lueteltuihin rinnastettavia, opiskelun tai työn kannalta välttämättömiä toimenpiteitä. Työhön valmennusta järjestetään ammatillisena kuntoutuksena silloin, jos työpaikalla suoritettut tai työterveyshuollon toimenpiteet eivät ole riittäviä. Nuorten (16–29-vuotiaat) ammatilliseen kuntoutukseen pääsyssä painottuu heikentynyt toimintakyky, joka rajoittaa hänen tulevaisuuden suunnitteluaan (L 1097/2018, 7a §).

Kelan järjestämän vaativan lääkinällisen kuntoutuksen tarkoituksena on, että kuntoutuksen avulla kuntoutuja pystyy työskentelemään tai selviytymään arkielämän toiminnoista paremmin sairaudesta tai vammasta huolimatta (esim. Laukkala ym. 2017). Vaativa lääkinällinen kuntoutus voidaan järjestää kuntoutuslaitoksessa tai terapiana. Kela voi järjestää ja korvata järjestämisvelvollisuuteensa kuuluvan ammatillisen tai lääkinällisen kuntoutuksen lisäksi muutakin kuntoutusta (harkinnanvarainen kuntoutus).

Tähän tarkoitukseen on vuosittain käytettävä vähintään rahamäärä, joka vastaa kahta prosenttia vakuutettujen sairausvakuutusmaksuina kertyneestä määrästä. Harkinnanvaraiseen kuntoutukseen käytettävästä, edellä tarkoitettua suuremmasta enimmäisrahamäärästä päättää vuosittain eduskunta valtion talousarvion käsittelyn yhteydessä.

### 2.1.2 Kuntoutuksen kustannukset ja Kelan eri kuntoutusmuotojen määrät

Kuntoutustarpeen tunnistamisvelvoite on kirjattu sosiaali- ja terveydenhuollon, työterveyshuollon, Kelan ja sairausvakuutuslain kautta yli 20 työntekijää työllistävien työntajien tehtäviin lainsäädännössä. Kuntoutuspalveluiden järjestämisvelvoite on sosiaali- ja terveydenhuollolla, Kelalla, työeläkelaitoksilla ja korvausvelvoite vahinkovakuuttajilla. Lisäksi kaikkia TE-palveluja voidaan käyttää ammatillisen kuntoutuksen tarkoituksessa.

Kuntoutuksen uudistamiskomitea (2017) kokosi tietoja kuntoutuksen kokonaismenoista. Arvio kuntoutuksen kokonaiskustannuksista vuositasona oli noin 1,5 miljardia euroa. Suurimmat kuntoutuksen järjestäjät olivat kuntien sosiaali- ja terveydenhuolto ja Kela, joiden yhteisvastuulla on noin 1,1 miljardia euron kuntoutuskustannukset. Komitea totesi, että kustannuksia oli vaikea arvioida luotettavasti, sillä tiedot julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntoutuksen kustannuksista olivat puutteelliset. Kuntien ja kuntayhtymien järjestämän kuntoutuksen kokonaismenot olivat vuonna 2013 arviolta yhteensä 730 miljoonaa euroa. Työeläkekuntoutuksen kokonaiskustannukset vuonna 2016 olivat 139,4 miljoonaa euroa, joista kuntoutuksen aikaisen toimeentuloturvan osuus oli 86 % eli 119,4 miljoonaa euroa ja kuntoutustoimenpiteiden osuus 20 miljoonaa euroa. Vuonna 2013 Raha-automaattiyhdistyksen (nykyisin Veikkaus Oy) tuki kolmannen sektorin ja järjestöjen kuntoutuksen tuottajille oli arviolta yhteensä 100 miljoonaa euroa. Kelan kuntoutusmenot vuonna 2016 olivat yhteensä 352,3 miljoonaa euroa ja Kelan kuntoutusrahamenot olivat 103,8 miljoonaa euroa, joka on 23 % Kelan kuntoutuksen kokonaismenoista. (Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset ... 2017.)

Vuonna 2017 Kelan kuntoutuspalveluissa oli 108 670 kuntoutujaa. Kuntoutusrahaa maksettiin 112 miljoonaa euroa, ammatilliseen kuntoutukseen käytettiin 32 miljoonaa, vaativaan lääkinälliseen kuntoutukseen 192 miljoonaa, kuntoutuspsykoterapiaan 67 miljoonaa ja harkinnanvaraiseen kuntoutukseen 45 miljoonaa euroa. Keskimääräiset kuntoutuspalvelukustannukset olivat 3 100 euroa kuntoutujaa kohti vuodessa. Keskimääräiset reaalikustannukset ovat pysyneet noin 3 000 eurossa 2000-luvun puolivälistä

lähtien. Vuonna 2017 kuntoutusrahaa maksettiin kuntoutusajalta keskimäärin 2 740 euroa. (Kelan kuntoutustilasto 2016 ja 2017.)

Kela on 2000-luvulta lähtien järjestänyt aiempaa enemmän lyhytkestoisempaa kuntoutusta pitkäkestoisesta kuntoutuksen (esim. ammatillinen koulutus) sijaan. Kuntoutujien lukumäärä on kasvanut vaativassa lääkinnällisessä kuntoutuksessa ja harkinnanvaraisessa kuntoutuksessa sekä viime vuosina myös ammatillisessa kuntoutuksessa. Erityisen paljon on kasvanut kuntoutuspsykoterapia, joka eriytyi lakisääteiseksi toiminnaksi vuoden 2011 alusta. Vaativaa lääkinnällistä kuntoutusta sai 30 700 henkeä vuonna 2017. Harkinnanvaraiseen kuntoutukseen, joka on pääosin lääkinnällistä kuntoutusta, osallistui 24 600 henkeä. Kuntoutuskursseille osallistui 16 600 ja sopeutumisvalmennuskursseille 3 400 henkeä. Moniammatillista yksilökuntoutusta sai 3 300. Kuntoutuspsykoterapiaa sai kaikkiaan 36 700 henkeä. Ammatillista kuntoutusta sai 20 400 henkeä. Ammatillisen kuntoutuksen yleisin kuntoutusmuoto oli ammattikoulutus, johon osallistui 7 400 henkeä. (Kelan kuntoutustilasto 2017.)

Kelan kuntoutukseen hakeutumisen yleisin syy on ollut mielenterveyden ongelmat. Ne syrjäyttivät tuki- ja liikuntaelinten sairaudet kuntoutuksen yleisimpänä sairausryhmänä 1990-luvun lopulla. Mielenterveyskuntoutujien määrä on kaksinkertaistunut vuodesta 2007 vuoteen 2017. Vuonna 2017 mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden vuoksi kuntoutusta sai 65 400 henkeä. Kun sairausryhmästä poistetaan kehitysvammaiset, oli varsinaisia mielenterveyskuntoutujia 60 800 henkeä. (Kelan kuntoutustilasto 2017.) Suomalaisessa järjestelmässä ei ole tietoa, paljonko vastaavat kustannukset tai kuntoutujien määrä on niillä henkilöillä, joilla pääasiainen kuntoutuksen tarve koskee toiminnallisia häiriöitä.

### 2.1.3 Kuntoutuspalvelut käytännössä

Kuntoutuspalvelut voidaan järjestämistavan mukaan jakaa ohjaus-, terapia- ja valmennuspalveluihin (fyioterapia, puheterapia, toimintaterapia, psykoterapia, työvalmennus, kuntoutusohjaus jne.) ja moniammatillisiin palveluihin (sopeutumisvalmennus, sairausryhmäkohtainen kuntoutus, työkykyä ylläpitävä valmennus, työkokeilu, tuettu työllistyminen). Kuntoutuspalvelut voivat olla yksilöllisiä palveluita tai kuntoutus voidaan toteuttaa ryhmässä, tai molempia toteutusmuotoja voidaan yhdistellä suunnitellusti. Kuntoutuspalvelu voi olla joko etä-, avo- tai laitospalvelu, tapahtua palvelutuottajan tiloissa, asiakkaan kotona tai työpaikalla, tai olla näiden etukäteen suunniteltu yhdistelmä. Kuntoutuspalveluja tuottavat sekä julkiset että yksityiset palveluntuottajat. Yksityiset ammatinharjoittajat tuottavat edelleen paljon

erilaisia yksilöterapiapalveluja. Suomessa on pitkään terveys- ja vammaisjärjestöjen kautta tarjottu sekä lääkinnällistä että ammatillista kuntoutuspalvelua, joka suomalaisessa järjestelmässä on ollut yksityistä palvelutuotantoa. Monialaisia tai työhön kytkeytyviä kuntoutuspalvelujen tuottajina on nykyisin myös liiketoimintaperiaattein toimivia palvelutuottajia tai muun toimialan erillisiä yksiköitä. Kuntoutuspalveluiden tarjonta on vaihdellut alueittain.

## 2.2 Olemassa olevan tiedon puutteet

Toiminnallisten häiriöiden määrittely ja tieto käytössä olevista kuntoutusmuodoista on kuvautunut kansallisesti ja kansainvälisesti pirstaleisena. Kuntoutusmuotojen vaikuttavuutta on tutkittu, mutta interventioiden sisältöä ei olla selvitetty suhteessa kansallisiin kuntoutuksen järjestämismalleihin eikä tietoa ei ole tiivistetty kuntoutuksen hyödyn ja vaikuttavuuden yksiselitteiseksi johtopäätökseksi. Aiemmat katsaukset kohdistuvat interventioiden vaikutuksesta tiettyihin toiminnallisiin potilasryhmiin [esim. krooninen väsymysoireyhtymä (Pasternack ym. 2017)] tai kuvaavat vaikuttavuutta erittelemättä interventioiden sisältöjä.

Tutkittua tietoa toiminnallisten häiriöiden hoidosta ja kuntoutuksesta ja sen vaikuttavuudesta ei ollut toistaiseksi koottu, jotta sen pohjalta olisi voinut tehdä johtopäätöksiä kuntoutuksen järjestämisestä Kelan kuntoutuksen sovellusalalla ja kohderyhmille. Toiminnallisista häiriöistä kärsivien henkilöiden yhdenvertaisen kohtelun terveydenhuollossa näkökulmasta systemaattinen, mutta kartoittava selvitys oireistoihin suunnatuista hoito- ja kuntoutusmalleista oli perusteltua seuraavista syistä:

- Toiminnalliset häiriöt on todettu olevan monilla tavoilla ilmenevä ryhmä tiloja, joiden hoito- ja kuntoutustoimet on koettu erityisen haastavina. Tilojen tunnistus ja määrittely on ollut epäyhtenäistä. Tarvittiin tietoa käytössä olevista toiminnallisten häiriöiden hoito- ja kuntoutuskäytännöistä sekä kuntoutustoimien vaikuttavuudesta.
- Toiminnallisten häiriöiden hoito- ja kuntoutuskäytännöt ovat vaihdelleet niin Suomessa kuin muissa maissa. On todennäköistä, että erilaiset hoito- ja kuntoutustoimet ovat tarpeen, tehokkaita ja mahdollisia, mutta tieto niihin liittyvistä käytännön kokemuksista on ollut pirstaleista eikä eri toimenpiteiden sovellettavuudesta suomalaisessa kuntoutusjärjestelmässä ole tietoa.

- Toiminnallisten häiriöiden hoitoon ja kuntoutukseen kohdistuneissa katsauksissa vaikuttavuus on voitu osoittaa eri menetelmille. Näiden menetelmien käytännön sisältöjä tai toteuttajia ei olla tutkimuksen tekotavasta johtuen kuitenkaan katsauksissa avattu. Tärkeää oli selvittää ja arvioida menetelmien käytettävyyttä suomalaisessa kuntoutusjärjestelmässä.
- Vastaavasti tutkimus vaikuttavista hoidoista on voinut kohdentua vain tietyn potilasryhmän hoitoon. Olikin tärkeää selvittää ja arvioida menetelmien yhtenäisiä tekijöitä eri ryhmien välillä.
- Toiminnallisista häiriöistä kärsivien kuntoutuskokemuksista on julkaistu laadullisia tutkimuksia, jotka paneutuvat erityisesti toipumisprosessiin ja sen keskeisiin edesauttaviin elementteihin. Nämä on syytä huomioida kuntoutusmalleja laadittaessa. Toistaiseksi laadullisten tutkimusten tuottamaa tietoa ei ole koottu ja hyödynnetty vaikka potilaiden sitoutuminen hoitoon tukee sen vaikuttavuutta ja kokemus kuulluksi tulemisesta on keskeinen tekijä hoitoon sitoutumisessa.
- Oli tärkeää selvittää myös, vaikuttavatko toiminnallisten oireistojen kuntoutusmenetelmät työhön paluuseen ja työssä jatkamiseen sekä elämänlaatuun siltä osin, kuin tällaista tietoa on käytettävissä.

### 3 Selvityksen tavoitteet

Tämä selvityksen tavoitteena oli vastata Kelan tiedontarpeeseen toiminnallisten häiriöiden kuntoutusmuodoista. Tavoitteina olivat:

- i) Kartoittaa Suomessa käytössä olevia toiminnallisten häiriöiden kuntoutuskäytäntöjä, jotka kohdistuvat toimintakyvyn ja elämänlaadun parantamiseen sekä työkyvyn tukemiseen.
- ii) Koota vastaavia kansainvälisiä tietoja toiminnallisten häiriöiden kuntoutuskäytännöistä.
- iii) Laatia selvitys toiminnallisten häiriöiden vaikuttavista hoito- ja kuntoutusmuodoista perustuen tieteellisiin systemaattisiin katsauksiin.
- iv) Koota laadullista tietoa toiminnallisten häiriöiden hoidon ja kuntoutuksen toteutuksesta.

Tässä raportissa esitetään selvityksen lisäksi suositus, jossa yhdistetään kliinisestä ammattikäytännöstä koostuva tieto ja näyttöön perustuva tieto toimintamalleista toiminnallisten häiriöiden hoidossa ja kuntoutuksessa. Lisäksi arvioidaan toimintamalleista saatua tietoa niiden hyödyistä ja haitoista sekä kuvataan mallien käytännön sisältöjä.

Selvitys pohjautuu toiminnalliset häiriöt ja oireyhtymät kattavaan kokoavaan termistöön (engl. medically unexplained symptoms, functional symptoms, functional somatic syndromes, central sensitivity syndromes, somatoform disorders, somatization sekä vastaavat sateenvarjotermit).

## 4 Tehtävät ja menetelmät

Tämä kartoittava selvitys koostuu i) kartoittavasta osiosta toiminnallisissa häiriöissä kansallisesti saatavilla olevista kuntoutuskäytännöistä, ii) selvityksestä kansainvälisesti käytössä olevista toiminnallisten häiriöiden kuntoutuskäytännöistä sekä iii) kartoittavasta tutkimukseen perustuvasta selvityksestä edellä mainittujen pitkittyvien ja monimuotoisten häiriöiden kuntoutusmuodoista ja niiden vaikuttavuudesta. Työterveyslaitoksen yhteistyöverkostoa ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) toiminnallisten häiriöiden asiantuntijaryhmää hyödynnettiin kansallisten toimijoiden tavoittamiseksi.

### 4.1 Kartoittava selvitys toiminnallisten häiriöiden kuntoutuskäytännöistä Suomessa

Toiminnallisissa oireistoissa ja häiriöissä kansallisesti saatavilla olevia kuntoutuksen tukitoimia kartoitettiin strukturoidulla kyselyllä ja tietoa tarkennettiin tarvittaessa haastattelulla. Kysely lähetettiin sähköpostitse Suomen yleislääketieteen yhdistyksen ja Suomen yleislääkärit ry:n jäsenille; valtakunnallisesti työterveyshuoltopalveluita tuottavien yksiköiden yhdyshenkilöille; Ylioppilaiden terveydenhuoltosäätiön (YTHS) eri toimipisteiden ylilääkäreille, vastaaville psykologeille ja psykiatreille; sairaanhoitopiireittäin tunnistetuille terveydenhuollon eri erikoisalojen edustajille, jotka todennäköisesti osallistuvat toiminnallisissa häiriöissä kuntoutustarpeen arviointiin, ohjaukseen ja/tai kuntoutustoimiin; Suomen psykologiliitto ry:n kautta psykologeille jotka toimivat psykoterapeutteina, neuropsykologeina, työterveyspsykologeina, perusterveydenhuollon psykologeina ja muille kuntoutuksen parissa työskenteleville psykologeille; Toimintaterapeuttiliiton jäsenille; Suomen Fysioterapeutit jäsenille; sekä kolmannen sektorin ja muille kuntoutuspalveluita (esim. sopeutumisvalmennusta) järjestäville toimijoille ja tahoille. Kysely toteutettiin Webropol-kyselynä ja siinä kartoitettiin toiminnallisista oireistoista/häiriöistä kärsiviä potilas-/asiakasryhmiä ja heidän osuutta; ja näkökulmia kuntoutustarpeen arvioinnista, kuntoutukseen ohjaa-

misesta; kuntoutuksen kestosta ja sisällöstä; sekä kuntoutuksen kustannuksista, toteuttajista, seurannasta ja arviointivälineistä (liite 1). Suomen käytäntöjä kuvaavassa osiossa ei oteta kantaa yksittäisten menetelmien vaikuttavuuteen. Kyselyssä ei erikseen selvitetty omahoidon vahvistamisen menetelmiä.

Kartoittavan kyselyn vastausten kattavuutta ei voida tarkoin tietää, koska kyselyn vastaanottajia pyydettiin välittämään kysely eteenpäin eikä tietoa siitä, kuinka moni terveydenhuollon ammattihenkilö toimii toiminnallisten häiriöiden parissa ole. Suoraa vastausaktiiviteettia ei voida ilmoittaa, mutta saatujen vastausten määrä lukumäärällisesti niin yksittäisten vastausten kuin eri tahojen osalta sekä laadullisesti yllätti myönteisesti, vaikka vastausaika kyselyyn vastaamiselle oli lyhyt.

## 4.2 Selvitys toiminnallisten häiriöiden kuntoutuskäytännöistä muissa maissa

Selvitys kansainvälisesti käytössä olevista toiminnallisten häiriöiden kuntoutuskäytännöistä rajattiin käytettävissä olevan ajan puitteissa yhdeksään Euroopan maahan: Hollanti, Tanska, Ruotsi, Norja, Latvia, Belgia, Iso-Britannia, Saksa ja Venäjä. Lisäksi Kelan pyynnöstä kartoitettiin USA:ssa ja Kanadassa käytössä olevia hoito- ja kuntoutusmalleja näytteen omaisesti kahdesta yksiköstä maittain siten kuin käytettävissä olevan ajan puitteissa oli mahdollista. Euroopan maita koskevassa selvityksessä hyödynnettiin EURONET-SOMA-ryhmän selvityksiä eri maiden hoitokäytännöistä. Osallistuminen lokakuussa (3.–5.10.2018) 2018 pidettyyn EURONET-SOMA-ryhmän konsortiotapaamiseen mahdollisti kirjallisuuden pohjalta esille nousseiden kysymysten tarkentamisen. Lisäksi selvityksessä hyödynnettiin muita yleiskie- lillä kirjoitettuja raportteja, kuvauksia ja suosituksia hoidon ja kuntoutuksen porrastuksesta.

## 4.3 Kartoittava selvitys vaikuttavista hoito- ja kuntoutusmuodoista toiminnallisissa häiriöissä

Tutkimuskirjallisuuden kartoituksella pyrittiin tunnistamaan ja valitsemaan sekä syntetisoimaa tutkimuk- sen kohteeseen liittyvä korkealaatuinen ja oleellinen tutkimustieto aiemmin toteutettujen katsausten ja meta-analyyseiden pohjalta. Yhteenvedossa huomioitiin vaikuttavuustutkimus sekä laadullinen tieto vai- kuttavien interventioiden sisällöistä.

Kartoittavaan selvitykseen otettiin mukaan sellaiset pääasiassa yksilöön kohdistuneet interventiot, jotka oli suunnattu toimintakyvyn ja elämänlaadun parantamiseen henkilöillä, jotka kokevat tai joilla on todettu pitkittyviä ja sitkeitä toiminnallisia oireita ja oireyhtymiä. Tutkimusten valinnassa käytettiin ns. PICOS-kriteerejä (Liberati ym. 2009), joiden mukaan kerättävät katsaukset oli toteutettu:

- Kuntoutukseen osallistuneilla (Participants) on ollut koettuja tai todettuja pitkittyviä ja sitkeitä somaattisia oireita tai oireistoja, joiden vuoksi he ovat hakeneet apua tai ohjautuneet kuntoutukseen. Hakuun hyväksyttiin oireistojen eri määritelmät (engl. functional disorders symptoms, medically unexplained, medically unexplained physical symptoms, somatization disorder, psychosomatic disorder, bodily distress disorder TAI somatoform disorder).
- Hoito- ja kuntoutusmuodoista (Interventions) mukaan otettiin kaikki pitkittyvien ja sitkeiden somaattisten oireistojen kuntouttamiseen tähtäävät interventiot. Interventiot kohdistuivat yksilöön (esim. porrastettu harjoittelu tai kognitiivinen käyttäytymisterapia) ja olivat toteutettu ryhmässä tai yksilötasolla.
- Vertailuryhmä (Control) sisältyi tutkimusasetelmiin, eli kuntoutusmuodon/-muotojen vaikutusta vertailtiin tilanteeseen, jossa oireileva ei ollut osallistunut interventioon, mutta oli osallistunut toisenlaiseen interventioon tai saanut tavanomaista hoitoa (treatment as usual, TAU) terveydenhuollossa.
- Tuloksena (Outcome) oli pitkittyneiden ja sitkeiden toiminnallisten oireiden tila intervention jälkeen ja mahdollisen seuranta-ajan päätyttyä. Oireiden taso intervention jälkeen oli mitattu samalla validoidulla arviointimenetelmällä kuin ennen interventiota. Toisena kiinnostuksen kohteena oli työ- ja toimintakyky sekä koettu elämänlaatu intervention jälkeen ja mahdollisen seuranta-ajan päätyttyä. Työ- ja toimintakyvyn kuvaajana käytettiin työsuhdetta (on/ei) ja sairauspoissaolopäivien lukumäärää sekä elämänlaatua kuvaavia validoituja arviointivälineitä.
- Tutkimusasetelmista (Study design) hyväksyttiin tehdyt systemaattiset katsaukset ja meta-analyysit. Erikseen kerättiin samoilla kriteereillä julkaistut laadulliset tutkimukset. Näitä ei sisällytetty kartoittavaan katsaukseen vaan niistä kertynyt tieto koottiin erikseen ja hyödynnettiin lisämateriaalina arvioitaessa kartoittavaan katsaukseen saadun tiedon sovellettavuutta Kelan järjestämässä kuntoutuksessa.



Toiminnallisten oireistojen ja häiriöiden kuntoutusmuodoista ja niiden vaikuttavuudesta haettiin keskeisistä tutkimustietokannoista PsycINFO ja Pubmed. Haku rajattiin koskemaan englanninkielellä julkaistuja vertaisarvioituja katsauksia ja meta-analyysejä vuosina 2008–2018, jotta aineistomäärä saatiin hallittua kartoitukseen varatun ajan puitteissa.

Hakusanoina käytettiin:

- Tutkimuksen kohde: medically unexplained physical symptoms TAI functional symptoms TAI functional somatic syndromes TAI central sensitivity syndromes TAI central nervous system sensitization TAI somatoform disorders TAI somatization TAI somatisation TAI persistent somatic symptom TAI persistent somatic symptoms
- Kuntoutusmuoto: intervention TAI therapy TAI psychotherapy TAI treatment TAI psychoeducation TAI rehabilitation TAI internet TAI online therapy TAI telemedicine TAI computer mediated communication TAI alternative medicine TAI management TAI counseling TAI occupational therapy TAI psychotherapeutic techniques TAI music therapy TAI relaxation TAI art therapy
- Tutkimuksen tyyppi/ julkaisumuoto: Literature review TAI critical review TAI scoping review TAI meta analysis TAI systematic review TAI review.

Hakutuloksia löytyi tietokannoista yhteensä 500 kappaletta (lokakuu 2018). Kukin artikkeli arvioitiin otsikon perusteella vastaavan hakukohdetta. Hakuviitteet (yht. 110) tuotiin Endnote-viitehallintajärjestelmään, jonka jälkeen kaksoiskappaleet poistettiin. Lopuksi abstraktin perusteella arvioitiin, vastaako julkaisu hakukohdetta. Lopullinen yhteenveto sisälsi yhteensä 47 katsausta, joista n = 27 meta-analyysiä tai Cochrane-katsausta.

Katsausten perusteella koottiin tieto vaikuttaviksi arvioiduista menetelmistä (liitteet 2 ja 3) ja niistä laadittiin yhteenveto. Mikäli menetelmien sisältö ei riittävällä tasolla ilmennyt katsauksesta, perehdyttiin alkuperäistutkimuksiin. Niiden avulla pyrittiin tarkentamaan intervention sisältö, kohderyhmät ja toteuttajat.

Kartoitusta täydennettiin muilla laadulliset tutkimuskriteerit täyttävillä tutkimuksilla sekä erillisellä työhön paluun kuntoutusta selvittävällä haulla yksittäisistä tutkimuksista. Hakusanoina kohteen lisäksi interventiomuodoista olivat: vocational rehabilitation, reemployment, return to work ja occupational adjustment.

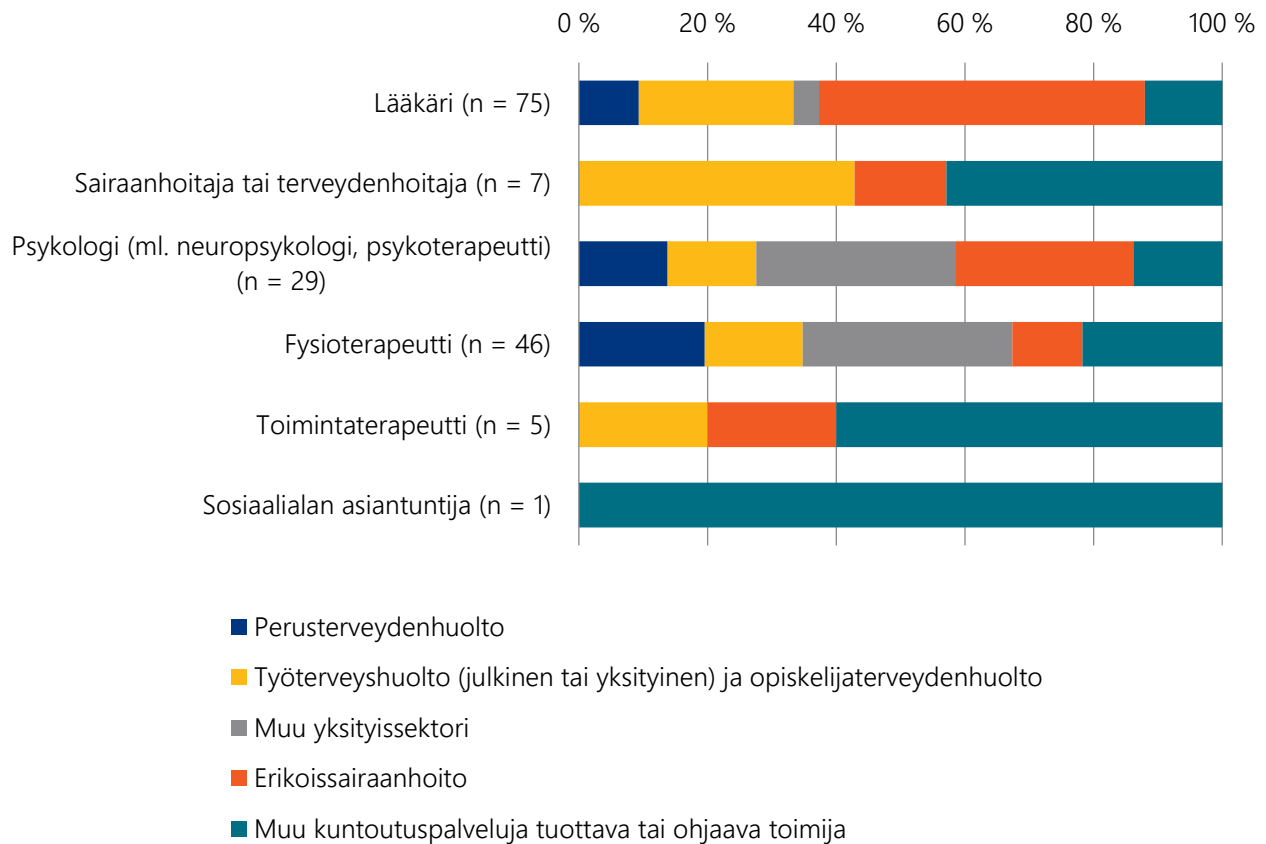
Kartoitukseen perustuvista tiedoista koottiin yhteenveto vaikuttavista ja suomalaisen kuntoutuskäytäntöön sopivista toimintamalleista.

## 5 Tulokset

### 5.1 Toiminnallisten häiriöiden kuntoutuskäytännöt Suomessa

Selvitimme kyselyllä tai haastattelemalla toiminnallisten oireistojen ja häiriöiden kuntoutuskäytäntöjä Suomessa. Saimme yhteensä 163 vastausta eri toimijoilta (kuvio 3, s. 27). Saadut vastaukset edustivat perusterveydenhuoltoa (n = 20), työterveyshuoltoa (n = 28), opiskelijaterveydenhuoltoa (n = 4), kuntoutuspalveluja tuottavia tai palveluihin ohjaavia tahoja mukaan lukien kolmannen sektorin toimijat (n = 30) ja muita yksityissektorin toimijoita (n = 27). Edelleen, erikoissairaanhoidon vastaukset (n = 54) edustivat seitsemäätoista eri sairaanhoitopiiriä ja niiden eri erikoisaloja/yksiköitä: sisätaudit, reumatologia, keuhkosairaudet, allergiayksikkö, psykiatria, neurologia, fysiatria, kuntoutuksen toimintayksikkö, kuntoutustutkimuspoliklinikka, toimintakykykeskus ja kivunhoitoyksikkö tai kipupoliklinikka. Vastaajat edustivat sekä julkisen että yksityissektorin toimijoita eri puolilta Suomea.

Vastaajat toivat esille osaamisen tarpeita, lisäkouluttautumista ja pätevoitymistä liittyen potilaiden/asiakkaiden kuntoutustarpeen arviointiin sekä hoidon ja kuntoutuksen toteuttamiseen toiminnallisissa häiriöissä. Näitä lisäkoulutuksia ja pätevoitymisiä olivat kuntoutuksen erityispätevyys, psykoterapeuttikoulutus, työterveyshuollon pätevyys, työelämän asiantuntijan tai sosiaaliantuntijan tai työkykykoordinaattorin osaaminen, kivunhoidon erityispätevyys, kipufysioterapeutin tai psykofyysisen fysioterapian osaaminen, neuropsykologinen osaaminen, lisäksi alueelliset/valtakunnalliset/kansainväliset täydennyskoulutukset (esim. kuntoutuksen alan neuvottelupäivät), sisäiset koulutukset toimintatapojen yhtenäistämiseksi sekä erilaiset muut koulutukset (esim. kipukoulutus, mentorointi ja ryhmän vetäminen). Osaamista eri kuntoutusmuodoista oli esimerkiksi sovelletusta rentoutuksesta, mindfulness- ja muista rentoutustekniikoista sekä neuropsykologian ja psykoterapian alalta ja psykofyysisestä fysioterapiasta. Toisaalta kyselyn vastauksissa nousi myös esille, että toiminnallisten häiriöiden kuntoutuksesta ei ole ollut erityisosaamista, kokonaisvaltainen (esim. moniammatillinen) lähestyminen/hoido puuttui ja/tai resurssit toiminnallisesti oireilevien auttamiseksi olivat riittämättömät.

**Kuvio 3.** Vastaajien (n = 163) koulutustausta ja toimipaikka.

### Arvio toiminnallisten häiriöiden ja oireiden määrästä

Vastaajien arviot vaihtelivat suuresti siitä kuinka suurella osalla heidän potilaistaan/asiakkaistaan oli toiminnallinen oireisto. Erikoissairaanhoidossa valtaosa arvioi, että potilaista keskimäärin 10–30 %:lla oli toiminnallinen oireisto/häiriö. Pienempi osa arvioi osuutta vähäisempänä (osuus n. 1–5 %) tai merkittävämpänä (40–100 %). Arviot vaihtelivat myös saman erikoisalalan sisällä. Esimerkiksi fysiatrian yksiköissä 10–100 % potilaista arvioitiin olevan toiminnallisia oireita. Perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon vastaajat arvioivat, että heidän potilaistaan keskimäärin 20–40 %:lla oli toiminnallinen oireisto. Kuntoutuspalveluissa toiminnallisten oireistojen osuuden arvioitiin niin ikään vaihtelevan 2–80 %:n välillä. Arvioon vaikutti muun muassa oireistojen vaikeusaste. Esimerkiksi opiskelijaterveydenhuollon edustaja kuvasi, että 5 %:lla oli vaikeita ja 30 %:lla lieviä toiminnallisia oireistoja, ja edelleen toinen vastaaja arvioi osuudeksi 90 %. Yleisesti ottaen osa kaikista toimijoista (kuvio 3) arvioi, että toiminnallisia oireistoja oli melko vähän, lähinnä yksittäisiä henkilöitä, kun taas osa arvioi osuuden olevan erittäin merkittävä kai-

kista heidän potilaistaan/asiakkaistaan. Vastausten perusteella vaihtelua toiminnallisesti oireilevien määrässä voi selittää eri erikoisalakohtaiset ja muut toiminnallisten häiriöiden määritelmät ja painotukset, mutta myös toiminnallisen oireilun tunnistamiseen liittyvät tekijät sekä eriävät näkemykset oireiden syistä ja taustasta.

Erikoissairaanhoido: "Toiminnallisia oireita on mukana kaikilla, jotka tulevat yliopistosairaalan fyysiatrin vastaanotolle."

Työterveyshuolto: "Riippuu, miten halutaan määritellä. Jossain määrin varmaan lähes kaikilla." "Lieviä toiminnallisia oireita saattaa esiintyä enemmän, mutta työkykyyn tai toimintakykyyn merkittäväällä tavalla vaikuttavia on harvassa."

Perusterveydenhuolto: "Toiminnalliset oireet ovat todella yleisiä väestössä ja korostuvat potilailla terveyskeskuksissa ja edelleen kuntoutusta tarvitsevilla ihmisillä."

### Kliiniset tutkimukset ja arviot

Toiminnallisissa oireistoissa kliiniset selvittelyt liittyivät laajasti moniin eri tilanteisiin ja oireistoihin riippuen muun muassa vastaajan koulutustaustasta ja toimipaikasta. Esimerkiksi erikoissairaanhoidossa kliiniset selvittelyt ja arviot liittyivät (erotus)diagnostisiin tutkimuksiin ja hoidon tarpeen arviointiin, työkyvyn ja kuntoutustarpeen arviointiin ja suosituksiin (mm. apuvälinetarve, lääkinnällinen ja ammatillinen kuntoutustarve, erilaisten terapioiden tarve ja niiden toteuttajataho), lääkinnällisen ja moniammatillisten kuntoutustarpeen arviointiin sekä edellä mainittujen toimien käynnistämiseen ja osin myös niiden toteuttamiseen. Osa vastaajista painotti kuntoutustarpeen ja työkyvyn arvioinnin sekä kuntoutussuunnitelman osuutta selvittelyissä, kun taas osa keskittyi lähinnä diagnostisiin ja hoidon tarpeen arviointiin. Opiskelijaterveydenhuollossa painottui lisäksi opiskelukyvyn tukeminen ja työterveyshuollossa työkyvyn tukitoimet. Erikoissairaanhoidossa selvittelyjä voitiin toteuttaa moniammatillisesti osastojaksolla tai polikliinisesti eri ammattiryhmien edustajien kanssa (esim. psykiatri tai muun erikoisalan lääkäri, psykologi, sairaanhoitaja, sosiaalityöntekijä, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, puheterapeutti) ja myös yhteistyössä muiden kliinisten erikoisalojen kanssa. Perusterveydenhuollossa, työterveys- ja opiskelijaterveydenhuollossa sekä kuntoutuspalveluja tuottavissa yksiköissä selvittelyjä voitiin niin ikään toteuttaa moniammatillisesti ja monialaisesti.

”Monialainen näkökulma, jossa keskeistä yksilön tavoitteet ja ICF tyyppisesti toimintakyky, osallisuus ja arvojen mukainen elämä.”

”Nämä ovat terveydenhuoltoa moniammatillisesti paljon työllistäviä potilaita, jotka hyötyvät erityisesti pysyvästä hoitosuhteesta ja riittävästä ammattilaisen välittämästä tiedosta. Alkuselvitelyiden jälkeen tulisi jatkuvia tutkimuksia välttää, jotta oire ei saa liian suurta roolia potilaan elämässä.”

”Potilailla on usein epäily jostain sairaudesta netistä luettujen tietojen pohjalta, osa potilaista rauhoittuu, kun kliinisesti ja tutkimusten avulla on todettu, että kyseistä sairautta ei ole.”

Toiminnallisissa oireistoissa monet tahot ohjasivat potilaita erikoissairaanhoidon selvittelyihin, kuten perusterveydenhuolto, työterveyshuolto, opiskelijaterveydenhuolto, mielenterveystoimisto, yksityissektori, muut erikoisalajat/klinikat, vakuutusyhtiö, Työvoiman palvelukeskus ja TE-palvelut. Erikoissairaanhoidossa selvittelyjä voitiin toteuttaa myös matalalla kynnyksellä ilman ajanvarausta (ns. walk-in vastaanotto). Erikoissairaanhoidon selvittelyt olivat pääosin tavanomaista kuntalaskutuksella tehtävää sairaanhoidollista toimintaa, jolloin kustannukset menivät potilaalle ja hänen kotikuntaan.

”Kliiniset selvittelyt ja arviot toiminnallisten häiriöiden osalta ovat osa normaalia erityistason erotusdiagnostiikkaa.”

”Tavoitteena on, että diagnostiset selvittelyt ja hoidon suunnittelu on tehty ennen kuin tehdään lähete kuntoutustutkimusyksikköön.”

”Tutkimus voi olla myös terapeuttinen siten, että asiakkaan ymmärrys omasta tilanteestaan ja mahdollisuuksistaan lisääntyy.”

Erikoissairaanhoidossa kliiniset selvittelyt liittyivät laajasti monenlaisiin oireistoihin, kuten kivun ja tuki- ja liikuntaelimestön oireiden eri muotoihin [esim. krooninen kipu ilman neuropaattista hermovauriota, epämääräinen kipu, fibromyalgia, monimuotoinen paikallinen kipuoireyhtymä (CRPS), TOS-oireyhtymä (thoracic outlet syndrome) ilman hermopuristustilaa, iskiaskipu ilman selkäperäistä syytä], erilaisiin tajunnanhäiriöihin ja kouristuskohtauksiin, lihasteikkous- ja halvausoireisiin, liikehäiriöihin, aisti- ja muis-

tihäiriöihin, lievien aivovammojen jälkitiloihin ja muihin kognitiivisiin ongelmiin, krooniseen väsymysoireyhtymään, Ehlers-Danlosin oireyhtymään ja hypermobiliiteettiin, toiminnallisiin vatsaoireisiin, univaikeuksiin, toiminnallisiin hengityshäiriöihin (engl. dysfunctional breathing), hyperventilaatioon, vaikeahoitoisen astman tutkimuksiin ja oireiden erotusdiagnoosiin, epäselviin sisäilmaan liittyviin oireisiin ja allergisiin reaktioihin sekä ympäristöherkkyyteen. Perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon vastaajat tunnustivat myös erilaisia toiminnallisia oireistoja heidän potilaillaan, kuten pitkäaikaiset kiputilat, lievä tapaturman jälkitilat, toiminnalliset halvausoireet, niskan piiskaniskuvammat, pitkäaikaiset väsymysoireet, toiminnalliset vatsaoireet ja uniongelmat, uupumus, sisäilmaan liittyvät oireet ja ympäristöherkkyys. Kuntoutuspalveluiden tuottajat kuvasivat vastaavasti asiakkailleen mm. aivovammojen ja muiden traumojen jälkitiloja, erilaisia kiputiloja ja tuki- ja liikuntaelimestön oireita, väsymysoireita, uniongelmia ja toiminnallisia vatsaoireita. Vastaajat toivat yleisesti esille, että toiminnalliset oireet esiintyvät usein samanaikaisesti muiden sairaustilojen kanssa.

”Sisätautipoliklinikalle tulleilla potilailla on hyvin usein erotusdiagnostisia selvittelyitä: kardiologialle rintakivut ja tykyttelyt, gastroenterologiassa monenlaiset vatsakivut, reumataudeilla nivelkiput, infektioitaudeilla lämpöilijät, endokrinologiassa väsyneet, hikoilevat ja palelevat ja yleissairauksien taudeilla kaikkea edellä mainittuja oireita ja niiden yhdistelmiä.”

”Opiskelijoilla oireilu on hyvin moninaista: mm. päänsärkyä, suolisto-oireita, hengitystieoireita, allergioita, monikemikaaliherkkyyttä, huoneilmaan liittyvää oireilua, sairauden pelkoa ja kipuoireita.”

”Unettomuuden kohdalla terveydenhuollossa ja myös potilaat ovat hyväksyneet, että sen taustalla on psykologisia ja toiminnallisia tekijöitä, joiden helpottaminen on hoidossa keskeistä.”

”Enenevässä määrin tuntuu olevan niitä, jotka ovat perheessään oppineet reagoimaan toiminnallisiin oireisiin.”

Moni vastaaja toi esille, että toiminnallisissa häiriöissä selvittelyt ja arviot olivat haasteellisia, usein moniongelmaisia ja edellyttivät erityistä asiantuntemusta. Osa vastaajista koki osaamisen puutteita ja yleisesti moni vastaaja toivoi lisäkoulutusta liittyen toiminnallisiin häiriöihin. Lisäksi vastaajat nostivat esille jatkohoitotahojen ja hoitopolkujen puuttumisen. Vastaajat tunnustivat riskin sille, että potilaat voivat

ajautua oireidensa vuoksi tutkimuskierteeseen. Vastaajat arvioivat osaamisen, yhteistyön eri toimijoiden (kuten eri erikoisalojen) välillä, toimivat hoitopolut ja selkeästi määritellyt hoidosta vastaavat tahot olennaisiksi tekijöiksi, jotta potilaita tarpeettomasti kuormittava tutkimuskierre ei syntyisi. Tällöin vastaajien mukaan potilaiden ohjaus onnistuisi paremmin oikealle hoitotaholle, mikä mahdollisesti säästäisi kustannuksia ja mahdollistaisi myös sen, että potilaiden oireet lievittyisivät aiemmin ja heidän elämänlaatussa kohenisi varhemmin. Hoidon kulmakivenä kuvattiin hyvä hoitosuhde hoitavaan henkilöön esimerkiksi lääkäriin. Toisaalta osa vastaajista kannatti myös hoitovastuun jakamista useammalle taholle. Lisäksi yksi vastaaja toi esille huolen siitä, että ”potilas ei tule jatkossa terveydenhuollossa kuulluksi, mikäli oireisto lokeroidaan toiminnalliseksi”.

”Usein potilaat ovat kiertäneet eri klinikoita ja sairaaloita, kokeilleet erilaisia hoitomuotoja ennen selvityksiin tuloa.”

”Haasteellinen potilasryhmä, kun ovat ICF-viitekehyksessä hyvinkin toimintakyvyttömiä, mutta eivät taas vakuutusoidellisesti nauti sosiaaliturvan etuja. Palvelujen suurkulutusta, kun hakevat oikeutta oireisiinsa ja hylättyihin päätöksiin.”

”Mietityttää, milloin somaattinen tutkimuskierre pitäisi katkaista. Erikoisklinikan tutkimuksissa riskinä, että potilas fiksoituu ajatukseen somaattisesta sairaudesta oireen taustalla. Oireen toiminnallisuuden puheeksi ottaminen ja selittäminen potilaalle on aikaa vievää ja mutkikasta. Jos on monialaisesta (monen erikoisalan) toiminnallisesta oireilusta kyse, kenen lääkärin pitäisi lopettaa tutkimukset ja ottaa puheeksi oireiden luonne.”

”Hetki alkuun tutkittava tarpeeksi, jotta voidaan vakuuttaa potilaalle, ettei taustalla ole vakavaa sairautta kuten syöpää.”

”Somaattisten syiden poissulku taustaoireiden mukaisesti. Jos todetaan, että kattavasti on jo selvitelty, keskustellaan toiminnallisen häiriön mahdollisuudesta oireiden taustalla.”

”Muun muassa ahdistuneisuuteen voi liittyä runsaasti somaattisia oireita, joita on hyvä käydä potilaan kanssa läpi ja miettiä, että voisivatko ne liittyä esimerkiksi juurikin ahdistuneisuuteen, jolloin potilas saa ymmärrystä näille tuntemuksilleen sekä ajatuksilleen. Moni potilas voi pelätä

esimerkiksi vakavaa sairautta, kun kokee ahdistuskohtaukseen liittyvät tykytystuntemukset hyvin epämiellyttäväksi.”

### Kuntoutustarpeen arviointi

Kuntoutustarpeen arviointi sisältyi pääsääntöisesti kliinisiin selvittelyihin (erityisesti mikäli oireisto heikensi toiminta- ja työkykyä) ja tilanteen edellyttäessä arviointi toteutettiin eri ammattiryhmän edustajien yhteistyönä. Esimerkiksi erikoissairaanhoidossa kuntoutustarpeen arviointia toteutettiin yhteisneuvotteluina, verkostotyönä ja moniammatillisesti ja työryhmään saattoi kuulua eri erikoisalojen lääkäri/eiden/n (esim. fysiatrian/psykiatrian/neurologian/keuhkosairauksien ja allergologian/yleislääketieteen/työterveyshuollon erikoislääkäri tai kuntoutuslääkäri) lisäksi myös sairaanhoitaja, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, psykologi, neuropsykologi, kivun hoitoon erikoistunut psykologi/hoitaja, kuntoutussuunnittelija/-psykologi, ammatillinen kuntoutusohjaaja ja/tai sosiaalityöntekijä. Erikoissairaanhoidon selvityksissä potilaan pääasiallinen oire ratkaisi useimmiten sen erikoisalan, joka teki poissulkututkimukset ja arvioi kuntoutustarvetta sekä tarvittaessa konsultoi toisen erikoisalan edustajia ja eri asiantuntijoita.

**Arviointimenetelmät.** Kuntoutustarpeen arviointi toiminnallisissa oireistoissa kuvattiin yleisesti hajanaiseksi ja arviointiin kaivattiin enemmän yhteiskäytäntöjä. Arvio kuntoutustarpeesta kuvattiin perustuvan pääasiassa kliiniseen osaamiseen ja useimmiten usean ammattilaisen yhteisarvioon. Systemaattisessa käytössä ei kuvattu olevan erityisiä mittareita, instrumentteja tai arviointimenetelmiä toiminnallisia häiriöitä ajatellen. Vastaajat kuvasivat, että arviossa hyödynnettiin esimerkiksi motivoivaa haastattelua, strukturoituja haastattelutekniikoita, ratkaisukeskeistä terapeutista näkökulmaa, havainnointia, erilaisia kyselylomakkeita ja muita tiedonkeruun välineitä, kuten kipupiiirroksia (esim. oireiden kartoituksessa), vaihtelevasti erilaisia tutkimuksia (esim. psykologinen/neuropsykologinen tutkimus), toimintakykymittareita [esim. SOFAS (Social and Occupational Functioning Assessment Scale), ICF-luokitukseen perustuva WHODAS 2.0, ICF 15D elämänlaatu kysely, Kykyviisari, Oswestryn toimintakykyindeksi] ja muita toimintakyvyn arviointimenetelmiä (esim. menetelmiä tuki- ja liikuntaelimestön ja motoriikan toimintakyvyn mittaamiseen). Olennaisena asiana arvioinnissa kuvattiin olevan potilaan motivoituminen elämäntapamuutoksiin.

”Kuntoutustarpeen arviointi liittyy yleensä muihin ongelmiin. Pelkästään toiminnallisten häiriöiden kuntoutuksen asiantuntemusta ei löydy edes erikoissairaanhoidon tasolla.”



”Suuri ongelma on, että Käypä hoito -suosituksia ei hoidon suhteen ole ja näkemykset julkisuudessa sekä myös lääkärikunnan sisällä adekvaatista hoidosta tuntuvat vaihtelevan.”

## Kuntoutukseen ohjaus

Potilaita ohjattiin kuntoutukseen tilanteissa, joissa potilas oli hyväksynyt oireittensa toiminnallisen laadun ja oli motivoitunut kuntoutustoimiin sekä kuntoutus arviointiin tarkoituksenmukaiseksi. Edelleen, kuntoutukseen ohjattiin tilanteissa, joissa potilaan oireilu oli pitkittynyt, työkyky, opiskelukyky tai arjessa selviytyminen olivat uhattuna tai potilas oli syrjäytymisriskissä. Vastausten perusteella useimmiten jokin muu sairaustila oli ollut lähtökohta kuntoutukseen ohjaukselle.

”On lähdettävä liikkeelle kuntoutujan tarjoamasta oireesta ja ongelmasta ja rakennettava yhteistyötä sen pohjalta. Vähitellen ja mahdollisuuksien mukaan kuntoutuksen painopistettä muutetaan esim. psykoterapeuttisempaan suuntaan. Joskus asioita on pyrittävä ratkomaan niin, ettei oireistoon liittyvää toiminnallista luonnetta nosteta esille.”

”Psykologille tai kognitiiviseen psykoterapiaan ohjautuu useimmiten potilaita, joilla joko arvioidaan olevan kykyä hyötyä terapiasta tai joiden oireilu on niin vaativaa, että terapiasuhteen ylläpitäminen ja kuntoutuksen toteuttaminen vaativat erityisosaamista.”

”Mietin usein, eikö psykiatrian puolella tosiaankaan ole mitään menetelmiä, joilla voitaisiin auttaa näitä kuntoutujia? Toisaalta monen toiminnallisista oireista kärsivän kuntoutujan vaikuttaa olevan helpompi keskittyä fyysisiin oireisiin, niistä puhumiseen ja niiden kuntouttamiseen.”

Kuntoutustahoina kuvattiin sairaanhoitopiirin omat (perusterveydenhuollon tai erikoissairaanhoidon) kuntoutuspalvelut ja erikoisalut, terveydenhuollon kuntoutuksen ostopalvelutahot, yksityissektorin toimijat, työterveyshuolto, Kelan kuntoutuspalvelut, työeläkekuntoutus, vakuutuskuntoutus, sosiaalitoimi ja/tai TE-toimistojen palvelut. Moni vastaaja kuvasi, että toiminnallisissa oireistoissa potilas ohjattiin usein psykiatrian, esimerkiksi yleissairaalapsykiatrian yksikköön. Kuntoutukseen ohjaus toteutettiin käytännössä useimmiten laatimalla lähete, maksusitoumus, konsultaatiopyyntö tai B-lausunto kuntoutusta varten. Kuntoutukseen ohjauksessa korostettiin yksilöllisyyttä ja sitä, että potilaalle tulee antaa tarkat käytännön ohjeet siitä, kehen ottaa yhteyttä ja mitä hakemuksia tulee tehdä. Osa vastaajista kuvasi, että

kuntoutukseen ohjaus oli ollut sattumanvaraista, järjestäytymätöntä ja ongelmana oli jatkohoitopaikkojen puuttuminen. Lisäksi kuvattiin, että sosiaalinen kuntoutus puuttui tai se oli järjestäytymätöntä. Kolmannen sektorin kuntoutuspalveluista tiedotettiin ja niihin ohjattiin vaihtelevasti (esim. kaupungin tai järjestöjen ryhmät ja päivätoiminta, vertaistuki ja kuntouttava tai sosiaalinen työtoiminta). Omahoitoa ja -kuntoutusta tukevista internetsivustoista mainittiin HUS:n koordinoiman Terveyskylän eri talojen materiaalit, Oivamieli.fi (sisällöstä vastaa mm. Suomen Mielenterveysseura) ja Otakipuhaltuun.fi (sisällöstä vastaa dos. Helena Miranda). Lisäksi esille tuli muita yksittäisiä menetelmiä, joita potilaat olivat itse hankineet.

Vastausten perusteella muualla toteutettavan kuntoutuksen vaikuttavuutta ei seurattu systemaattisesti (ks. myös seuraava osio: hoito ja kuntoutustoimien toteutus). Vastaajilla ei pääsääntöisesti ollut tiedossa pitkäaikaistuloksia kuntoutuksen vaikuttavuudesta.

”Potilaille on kaikilla hyvin yksilöllinen oireilu, joten hoitomuodon valinta on myös yksilöllistä ja tärkeää on saada potilaan luottamus hoitotahoon palautettua, luoda turvallinen hoitosuhde, kuunnella potilasta.”

”Potilas tarttuu herkästi epävarmuuteen ja mielipide-eroihin eikä pääse diagnostisesta solmukseen eteenpäin. Tieto tutkimuksista ja johtopäätöksistä ei voi mennä pelkästään potilaan kautta seuraavalle lääkärille/hoitotaholle.”

”Asiakkailta puuttuu hyvin usein vastuutyöntekijä tai case manager, joka pitäisi huolen asiakkaan ohjautumisesta kuntoutuspalveluiden välillä tai huolehtisi kuntoutuksen seurannasta ja pidemmän aikavälin kuntoutuksen suunnittelusta.”

## Hoito ja kuntoutustoimien toteutus

Moni vastaaja kuvasi potilaiden terveydentilan seurannan lisäksi myös erilaisia hoito- ja kuntoutustoimia niin yksilö- kuin ryhmämuotoisesti toteutettuina. Kuntoutuspalveluissa korostui, että lähtökohta kuntoutukselle oli ollut jokin muu kuin toiminnalliseksi arvioitu oireisto. Hoidon ja kuntoutustoimien järjestämisessä koettiin yleisesti huomattavia vaikeuksia liittyen esimerkiksi osaamisen puutteisiin, toiminnalli-

siin oireistoihin perehtyneiden ammattilaisten vähäisyyteen tai hoito- ja kuntoutuskeinojen puuttumiseen. Esimerkiksi kognitiivisen psykoterapian, nousujohtaisen fysioterapian ja psykofyysisen fysioterapian saatavuus koettiin yleisesti ongelmaksi.

Erikoissairaanhoidon vastaukset kuvastivat alueellista vaihtelua kuntoutustoimien toteutumisessa ja hoitopoluissa. Osa erikoissairaanhoidon vastaajista kuvasi, että kokonaisvaltainen hoito ei ole ollut mahdollista (esim. eri erikoisaloja välillä) ja yhteistyö potilaita hoitavien tahojen kesken oli puutteellista. Toisaalta osa toi esille, että perusterveydenhuollon toimijat olivat oppineet huomioimaan laaja-alaisesti kuntoutusvastuunsa ja konsultoivat asianmukaisesti erikoissairaanhoidon myös toiminnallisissa häiriöissä. Erikoissairaanhoidon rooli nähtiin usein ohjaavana ja taustatukena oleminen. Tarpeelliseksi nähtiin selkeä prosessi ja työnjako perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä: perusterveydenhuollossa yleislääketieteen erikoislääkäri on avainasemassa ja erikoissairaanhoidossa on ohjeistus siitä, miten kukin erikoisala toimii käyttäen hyväksi esimerkiksi toiminnallisiin häiriöihin perehtynyttä konsultaatiotiimiä, terapeutteja ja hoitohenkilöstöä. Vastausten perusteella alueellisia hoidonporrastusohjeita oli laadittu esimerkiksi toiminnallisissa halvausoireissa (pareeseissa). Toiminnallisiin häiriöihin erikoistuneiden yksiköiden rooli nähtiin lähinnä tukea antavana ja koordinoivana. Esimerkkeinä näistä eri sairaanhoitopiirien erityisyksiköistä nousivat esille TAYS:n (Tampereen yliopistollinen sairaala) väsyneet-työryhmä, OYS:n (Oulun yliopistollinen sairaala) työryhmä yleissairaalapsykiatrian yhteydessä ja suunnitella oleva HUS:n toiminnallisten häiriöiden yksikkö.

”Ongelmallista on, ettei toiminnallisten häiriöiden hoitoon ole erikoistunut erikoisyksikköä. Herkästi muodostuu tilanteita, joissa potilas ei kuulu mihinkään eikä kenenkään vastuulle, kun minkään alan diagnoosia ei anneta eikä potilas ole halukas psykiatriseen hoitoon.”

”Meillä oli suunniteltu moniammatillista työryhmää omaan sairaalaan, mutta kiinnostus on ollut laimeaa. Osittain kiinnostuneita on ollut, osa ei ollenkaan. Ryhmää ei ole saatu kasaan.”

”Erikoissairaanhoidon sisällä käyntimäärät pitää pysyä jatkossakin pieninä, jos halutaan välttää iatrogeeninen (lääkärin aiheuttama, hoidosta johtuva) sairastuttaminen.”

Vastaajat kuvasivat eri tasoisia ja sisältöisiä hoito- ja kuntoutusmuotoja, esimerkiksi supportiivisesta hoitosuhteesta, terapiamotivaation herättelystä ja ammatillisesta kannattelusta/valmistautumisesta aina tiiviiseen terapiatyöskentelyyn, työhön paluuseen ja moniammatillisiin kuntoutustoimiin. Hoito- ja kuntoutusmuotojen valinta perustui yksilölliseen, tarpeen mukaiseen ja kokonaistilanteen huomioivaan arvioon sisältäen myös arvion potilaan sitoutumisesta ja soveltumisesta hoitoihin, esimerkiksi terapeuttiiseen työskentelyyn. Oireiston laatu (esim. johtava oire) ja toimintakyvyn aleneman vaikeusaste olivat olennaisia kuntoutussisältöön vaikuttavia tekijöitä. Kuntoutustoimia järjestettiin avo- tai osastomuotoisena tai kuntoutuslaitosjaksoina. Kuntoutustoimet sisälsivät lyhytjaksoisia, intervallityyppisiä tai sisällöltään pidempiä hoitajaksoja. Vastaajat toivat esille, että tilanteet edellyttivät usein monia erilaisia ja samanaikaisesti toteutettuja hoito- ja kuntoutustoimia (esim. kiputiloissa ja unihäiriöissä). Ammattihenkilöiden osaaminen, hyvä hoitosuhde, kuten myös potilaan psykologinen tuki ja vertaistuki nähtiin tärkeinä tekijöinä potilaan/asiakkaan hoidossa ja kuntoutuksessa.

”Diagnoosin asettaminen on hoidon alku. Toiminnalliset oireet ovat tärkeä erottaa esim. tulehdussellisista oireista, jotta ei turhaan altisteta potilaita mahdollisille tarpeettomille lääkehaitoille.”

”Hoidon/kuntoutuksen valinta, metodit ja mukana olevat tahot riippuvat tilanteesta ja erityisesti toimintakyvystä.”

”Useimmat toiminnalliset vaivat ovat lieviä ja potilaat pärjäävät oireiden kanssa sen jälkeen, kun ne on todettu vaarattomiksi, ilman mitään kuntoutusta.”

”Valitettavasti ”evidence based” kuntoutustietoa on vähän. Näyttäisi siltä, että kokemuksen mukaan parhaiten toimii kombinaatio, jossa potilas kohdataan aidosti ja kartoitetaan potilaan kanssa kokonaistilanne, eli missä nyt mennään (oireet, voimavarat, elämäntilanne, motivaatio muutokseen) ja mitä potilas itse voi tehdä ja sille annetaan tuki.”

Erikoissairaanhoidossa tai muissa kuntoutuspalveluissa moniammatillisiin kuntoutustoimiin osallistuivat esimerkiksi seuraavien ammattiryhmien edustajia: lääkäri, sairaanhoitaja, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, kipupsykologi, kuntoutuspsykologi, neuropsykologi, kuntoutusohjaaja, sosiaalityöntekijä, puhe-terapeutti ja/tai musiikkiterapeutti. Tärkeä näkökulma moniammatillisessa toiminnassa oli työntekijöiden yhteneväisen näkemyksen lisäksi potilaan aktivoiminen ja rohkaiseminen.

”Laitosjaksoista on joskus ollut haittaakin, kun potilas on saanut epäadekvaatteja diagnooseja, keskitytty oireeseen ja potilaan kokemus pystyvyydestään on saattanut heikentyä. Ongelmallisia ovat myös massiiviset apuvälinesuositukset liikehäiriöoireissa. Mietitty, olisiko arkeen suuntautuva intensiivinen avoterapia hyödyllisempää. Pitäisi tietää, että henkilöstöllä on toiminnallista osaamista, sillä jos ei ole, oireistot herkästi pitkittyvät ja vaikeutuvat.”

Vastauksissa kuvattiin erilaisia avomuotoisia terapioita, kuten fysio-, toiminta-, allas- puhe- ja psykoterapia, traumaterapia, psykofyysinen fysioterapia sekä neuropsykologinen kuntoutus/valmennus. Lisäksi kuvattiin muun muassa ratsastus-, musiikki- ja tanssiterapioita, yksilöllistä työhönvalmennusta ja kuntouttavaa työtoimintaa. Yksilökuntoutuksen ohella toteutettiin ryhmämuotoista kuntoutusta. Lisäksi järjestettiin asiantuntijaluentoja eri aiheista. Terapiakäyntimäärät vaihtelivat suuresti riippuen monista tekijöistä. Ryhmäkuntoutus saattoi sisältää 5–10 käyntiä, yksilökuntoutus 2–20 käyntiä ja kognitiivinen käyttäytymisterapia esimerkiksi 20–40 käyntikertaa. Lyhytkestoisten tai intervallityyppisten terapioiden lisäksi vaikeammassa oireistoissa kuvattiin pidempiä, useamman vuoden kestoisia terapioita. Terapioiden pääsääntöinä kuvattiin esimerkiksi sopeutuminen ja toimiminen kohti potilaalle tärkeitä tavoitteita vaikeuksista huolimatta; vaihtoehtojen ajatusten luominen; oman toimijuuden ja toiminnallisuuden lisääminen; ja opettelu pois kehon haitallisesta reaktiivisuudesta, yli- ja alivirittyneisyydestä kohti sietokykyä.

”Psykologeilla on erityiskoulutusta mm. kivun ja kuntoutuksen näkökulmasta sekä psykoterapiakoulutuksia. Fysioterapeuteilla on lisäkoulutusta mm. psykofyysisestä fysioterapiasta.”

”Psykologeille tai psykoterapiaan ohjautuu useimmiten potilaita, joilla joko arvioidaan olevan kykyä hyötyä terapiasta tai joiden oireilu on niin vaativaa, että terapiasuhteen ylläpitäminen ja kuntoutuksen toteuttaminen vaativat erityisosaamista.”

”Useille sopisi ryhmähoito, mutta vain osa haluaa sitoutua niihin.”

”Aktiivisen hoidon jälkeen seurannan tulisi jatkua harvajaksoisesti. Seurantakäynneillä voidaan kysyä ja palauttaa mieleen hoidon aikana löytyneitä omia työkaluja.”

**Häiriöryhmittäiset hoito- ja kuntoutustoimet.** Kipupotilaiden osuus korostui toiminnallisten oireistojen hoito- ja kuntoutustoimissa. Kipupotilaille oli järjestetty erilaisia kivunhallinta- ja rentoutusryhmiä (esim.

mindfulness, sovellettu rentoutus, psykofyysinen ryhmä) ja fibromyalgia- sekä selkäkipupotilaille myös omia ryhmiä. Kuntoutustoimien sisältöinä kuvattiin esimerkiksi liikehoito, hengitysharjoitukset, rentoutuminen, kivunhallinta mielikuvin, kognitiivis-behavioraalinen lähestyminen ja liikuntaohjaus/ryhmäliikunta ja tietokurssi kipupotilailla (pain education). Merkittävänä tekijänä kivun hoidossa tuotiin esille potilaan ymmärrys kivun moniolotteisuudesta ja kiputilojen syistä. Moni vastaaja oli hyödyntänyt psykofyysistä fysioterapiaa kipupotilailla. Vastauksissa kuvattiin, että psykofyysinen fysioterapia oli räätälöity yksilöllisesti potilaan voimavarojen ja motivaatiotason mukaisesti ja pienin askelin edettiin kohti vaihtoehtoisia tapoja toimia ja tuntemaan kehon ja tunnistamaan voimavaroja. Terapioissa tuettiin potilaan pystyvyyden tunnetta, onnistumisen kokemuksia ja vähennettiin pelkoa sekä kehontuntemusten/-reaktioiden ja toiminnan välisen yhteyden tiedostamista. Kipupotilaiden terapiassa hyödynnettiin myös pacing-menetelmää, eli hidastamista, sopivan vauhdin, liikelaajuuden ja liikemallien etsimistä, oikeiden lihasten käyttöä yhdessä nousujohteisen harjoittelun (engl. graded exercise therapy, GET) kanssa. Eräs erikoissairaanhoidon yksikkö käytti kipuoireistoissa kognitiivista funktionaalista terapiaa, jossa tähdättiin purkamaan kognition ja hermoston väärin opittuja kipukäyttäytymismalleja. Menetelmän kulmakivenä vastaaja kuvasi refleктоivan haastattelun ja kognitiivisten tapojen kartoittamisen.

”Kipupotilailla tilanteesta riippuen valitaan hoito: fysioterapeuttinen ohjaus yleensä, mutta jos ei ole riittävä, yksittäisiä käyntejä kipupsykologilla, kipuhoitajan vastaanotto, sosiaalityöntekijän palvelut, kuntoutusohjaajan kartoitus. Tarvittaessa potilas ohjataan kipupoliklinikan kipupotilaan valmennusjaksolle, jossa toteutuu moniammatillinen yksilöllinen arvio ja tarpeen mukaan rentoutusryhmä tai kognitiivis-behavioraalinen kipuryhmä.”

Erikoissairaanhoidon potilailla lähestyminen toiminnallisten hengitystieoireiden hoitosisältöihin kuvattiin esimerkiksi: keskustelu tutkimustuloksista, löydöksistä ja oireiden luonteesta; fysioterapian ja hyperventilaation yhteydessä tarkempien ohjeiden antaminen, rentoutustekniikoiden harjoittelu ja kapnografian (hengityksen monitoroinnin) hyödyntäminen; sovellettu rentoutus osana fysioterapiaa; keskustelu potilaan kanssa siitä tarvitaanko psykiatrin tai psykiatrisen sairaanhoitajan arviota ja jos tarvitaan, niin missä se toteutetaan; sekä oman yleislääkärin arvio epäspesifisissä yleisoireissa. Vastaajat kuvasivat myös erotusdiagnostisia tutkimuksia ja potilasohjausta toiminnallisessa äänihuulisalpauksessa. Toiminnallisissa hengitystieoireistoissa oli hyödynnetty myös psykofyysistä fysioterapiaa.

Unettomuuden hoidossa keskeisinä kuvattiin kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmät.

Neurologian yksiköissä toiminnallisesti oireilevista potilaista osa pidettiin polikliinisessä seurannassa esimerkiksi lääkitystä purettaessa ei-epileptisissä kohtausoireissa tai mikäli haluttiin seurannalla vielä poisulkea mahdollinen etenevä sairaus. Neurologissa oireistoissa oli hyödynnetty neuropsykologista kuntoutusta ja psykoterapiaa, kuten kognitiivis-behavioraalisia menetelmiä: ohjantaa, neuvontaa, supporttiota, psykoedukaatiota, yksilöllisesti räätälöityjä harjoitteita, rentoutusharjoitteita. Neurologisissa oireistoissa oli järjestetty myös ryhmämuotoista kuntoutusta. Moni vastaaja kuvasi, että toiminnallisissa neurologisissa oireistoissa hoito- ja kuntoutustoimia oli huonosti saatavissa, vaikka terapeutteja oli pyritty löytämään eri kuntoutusmuodoista (esim. kognitiivinen käyttäytymisterapia, kuvataideterapia ja psykofyysinen fysioterapia). Edelleen kuvattiin, että terapeuttiverkosto ei ole ollut systemaattisesti tiedossa ja potilaat ohjautuivat terapeuteille sattumanvaraisesti.

Eräs erikoissairaanhoidon yksikkö oli hyödyntänyt väsyneiden kuntoutuksessa pacing-menetelmää ja kognitiivis-behavioraalisesti orientoitunutta lähestymistapaa, joka sisälsi itsenäistä harjoittelua sekä psykologin, fysioterapeutin ja toimintaterapeutin 6–8 käyntiä puolen vuoden ajanjaksolla. Lisäksi vastaajat kertoivat, että kroonisessa väsymysoireyhtymässä hyödynnetään fysioterapeutin laatimaa nousujoh-teista kuntoutusohjelmaa ja seurantakäyntejä lääkäriellä tarpeen mukaan.

”Meillä on hiljattain aloitettu ryhmämuotoinen hoito kroonista väsymysoireyhtymää sairastaville. Hoito pohjautuu kognitiivisen psykoterapian menetelmiin. Valintaperusteena on arvio siitä, hyötyykö potilas psykoterapeuttisista menetelmistä. Useimmiten hoito toteutuu psykologin tai psykiatrisen sairaanhoitajan yksilökäynneillä. Työntekijämme ovat perehtyneitä toiminnallisiin häiriöihin. Osa potilaista saa myös psykofyysistä psykoterapiaa ja osa fysioterapiaa.”

**Kuntoutuksen vaikuttavuuden seuranta.** Vastausten perusteella systemaattista kuntoutuksen vaikuttavuutta ei oltu pääsääntöisesti seurattu. Seurannassa kuitenkin oli hyödynnetty asiakaspalautetta, terapeuttien kirjallisia palautteita, kuntoutustavoitteiden täyttymistä, kliinistä seurantaan vastaanottojen puitteissa, tietoa työssä selviytymisestä tai työhön paluusta tai sairauspoissaoloista. Lisäksi käytössä oli tilanteen mukaisesti erilaisia oiremittareita ja toimintakyvyn arviointivälineitä, kuten CORE-OM (Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome), GAS-menetelmä (Goal Attainment Scaling), APES (Assimilation of Problematic Experience Scale), FIM -toimintakyvyn ja avuntarpeen mittari, ICF 15D, Oswestryn toimintakyvyindeksi, Kykyviisari. Yksi erikoissairaanhoidon vastaaja toi esille, että he noudattivat laaturekisteriä kuntoutuksessa ja muuttivat hoitomallejaan ja käytäntöjään, sen mukaisesti mitkä

kuntoutusmallit osoittautuivat vaikuttaviksi, eli lisäävät elämänlaatua, toimintakykyä ja osallisuutta (mm. työkykyä).

”Kliinisen tuntuman mukaan toiminnallisista häiriöistä kärsivien kuntoutustulokset ovat erittäin vaihtelevia. Ajoittain on erittäin hyviä läpimurtoja, ajoittain totaalisia pettymyksiä erityisesti, jos tilanteessa on ajauduttu jo vaikeisiin lääkityshaasteisiin.”

”Kuntoutujilla on usein monta diagnoosia, joten vaikea seurata puhtaasti toiminnallisten häiriöiden näkökulmasta.”

### Vastaajien arvio tarvittavasta kuntoutuksesta

Vastaajilta kysyttiin lisäksi avoimella kysymyksellä, millainen kuntoutus olisi tarpeen toiminnallisissa oireistoissa sekä millainen ja missä tilanteissa kuntoutus soveltuisi Kelan toteutettavaksi.

Vastaajat toivat esille oireiston vaikeusasteen ratkaisevaksi kuntoutuksen sisältöä määrittäväksi tekijäksi. Lähtökohtana nähtiin ammattilaisten toteuttama ja tutkittuun tietoon perustuva kuntoutus, jossa tavoitteellisesti tuetaan potilaan työ-/opiskelu- ja/tai toimintakyvyn palautumista. Vastaajat näkivät, että sekä lyhyet aktivoivat kurssit että pidempikestoisemmat terapiamuodot soveltuisivat Kelan toteutettavaksi.

Vastauksissa painottuivat hoito- ja kuntoutustoimien saatavuus matalalla kynnyksellä, kuten aktivoivat tukikäynnit ja lyhytkestoinen tuki arkeen nopealla aikataululla ja edelleen pidempikestoisen terapia silloin kun opiskelu-/työkyky tai arjessa selviytyminen on heikentynyt tai uhattuna ja potilas on motivoitunut kuntoutustoimiin. Kuntoutustoimet lievissä ja osin keskivaikeissa oireistoissa arvioitiin hoituvan pitkälti perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon hyvällä yhteistyöllä ja edelleen hoito- ja kuntoutustoimet niin yksilö- kuin ryhmämuotoisesti toteutettuna. Vastaajat arvioivat, että vaikea-asteisissa oireistoissa, joissa työ- ja toimintakyky on jo huomattavasti heikentynyt ja, jotka edellyttävät moniammatillisia ja -alaisia tukikeinoja, kuntoutustoimien ja terapiasuhteiden arvio ja ohjaus tulisi olla keskitetty erikoissairaanhoidon ja/tai toiminnallisten häiriöiden erikoisyksikköön. Vastaajat arvioivat, että kuntoutuksen ohjaus ja koordinointi ovat avainasemassa. Tämä siksi, koska potilaat/asiakkaat voivat olla yhteydessä moniin eri tahoihin ja aina toimijat eivät ole keskenään tietoisia toisistaan. Vastaajat toivoivat aihealueelta lisäkoulutusta, valtakunnallisia ohjeita ja sovittuja hoitopolkuja, mikä mahdollistaisi yhteistyön eri terveydenhuoltotasojen ja toimijoiden välillä.



”Jos toiminnallinen häiriö on uhka työkyvylle, itsenäiselle arjessa tai opinnoista selviytymiselle, soveltuisi kuntoutus mielestäni Kelan toteutettavaksi.”

”Päähoitovastuu mahdollisimman lähellä potilasta ja mahdollisimman alhaalla organisaatiossa, eli vastuu itsellä ja omalla perusterveydenhuollon lääkäriillä/työterveyslääkäriillä ja terapeuteilla.”

Toiminnallisten häiriöiden kuntoutuksessa vastaajat korostivat biopsykososiaalista viitekehystä ja avo-  
muotoista toteutusta kuntoutujan omassa toimintaympäristössä. Yksittäiset vastaajat toivat esille myös  
laitoskuntoutuksen mahdollisuuksia erityisesti liittyen moniammatillisen kuntoutuksen sisältöihin. Vas-  
taajat arvioivat kuntoutustoimissa sekä yksilö- että ryhmämuotoista toteutusta soveltuviksi. Vastaajat  
toivoivat kuntoutustoimia diagnoosista riippumatta, eli myös oireperusteisesti esimerkiksi työ- tai toi-  
mintakyvyn ollessa alentunut. Edelleen vastaajat painottivat, että kuntoutuspalvelun tuottajalla tulee olla  
erityisosaamista toiminnallisista oireistoista/häiriöistä. Yksittäisistä kuntoutusmuodoista psykofyysinen  
ja kognitiivis-behavioraalisesti orientoituneet terapiat nousivat korostuneesti esille, mutta myös netti-  
pohjaisia interaktiivisia kursseja pidettiin mahdollisina toiminnallisissa oireistoissa. Lisäksi tärkeinä kun-  
toutuksessa huomioitavina näkökulmina tuotiin esille vertaistuki, aktiivinen ja osallistava työskentelyote  
sekä potilaalle/asiakkaalle annettava perustieto ihmisen fysiologiasta sisältäen myös tietoa sairauden  
perusteista, hoidoista ja ilmiöstä.

”Kuntoutuksessa ei tule tarjota niitä hoito- tai kuntoutusmuotoja, joista ei ole lainkaan tieteellistä  
tutkimustietoa tai joista ei ole jonkinlaista kliinistä kokemusta.”

”Mielestäni toiminnalliset häiriöt liikkuvat fyysisen ja psyykkisen rajapinnassa, joten kuntoutuk-  
senkin olisi hyvä sisältää elementtejä molemmista yksilöllisin painotuksin.”

”Jos Kelalle tulisi joitain tautispesifisiä kuntoutuksia näihin (toiminnallisiin häiriöihin), pitäisi kyllä  
kuntouttajat valita tosi tarkkaan, jotta kuntouttajat eivät sairastuttaisi potilaita lisää. Nykykilpailu-  
tus ei varmaan oikein pysty huomioimaan sitä, että kuntoutus myös luentojen ym. osalta perus-  
tuisi tiedenäyttöön.”

## 5.2 Toiminnallisten häiriöiden kuntoutuskäytännöt eri maissa

Toiminnallisten häiriöiden hoito- ja kuntoutuspoluissa oli huomattavia eroja eri maiden välillä sekä myös verrattuna Suomeen. Toimintatavat vaihtelivat pitkälle laadituista kansallisista käypä hoito -suosituksista (engl. current care guidelines) (esim. Saksa ja Alankomaat) yksittäisten terveydenhuollon toimintayksiköiden käytänteisiin maittain. Seuraavassa esittelemme toiminnallisten häiriöiden hoito- ja kuntoutuskäytäntöjä maittain kuvaamalla keskeiset kuntoutuksen elementit. Lisäksi kuvaamme hoitoon ja kuntoutukseen ohjautumisen käytäntöjä siltä osin, kuin tietoja oli saatavilla hahmottaaksemme toiminnallisten häiriöiden hoitopolkuja maittain. Viittamme myös Kohlmann ym. (2018) tekemään laadulliseen analyysiin eri maiden terveydenhuoltokäytännöistä toiminnallisten häiriöiden kuntoutuksessa.

### Belgia

Tätä kartoitusta varten saimme rajoitetusti tietoa Belgiasta toiminnallisten häiriöiden hoitopoluista ja kuntoutusmuodoista ja niiden käytännön toteutumisesta. Yleisesti terveydenhuolto Belgiassa jakautui julkiseen ja yksityiseen puoleen. Potilaat saivat vapaasti valita hoitopaikkansa. Suosituksena oli ensisijaisesti hoitaa toiminnalliset oireistot perusterveydenhuollossa. Hoitoa ja kuntoutusta täydennettiin lyhyellä, tyypillisesti 5–8 käyntikerran, psykodynaamisella psykoterapialla tai kognitiivisen käyttäytymisterapialla. Termeinä käytössä olivat stressiin yhdistyvät oireistot sekä somatoformiset häiriöt. (Kohlmann ym. 2018.)

### Hollanti

Hollannissa oli julkaistu vuonna 2011 moniammatillinen käypä hoitoa vastaavat suositus lääketieteellisesti selittämättömille ja somatoformisille häiriöille (Dutch guideline for medically unexplained symptoms) (van der Feltz-Cornelis ym. 2012). Terveydenhuollon järjestämismallin mukaan näyttöön perustuva suositus rakensi toiminnallisten häiriöiden kuntoutuksen kolmiportaisesti (engl. stepped care approach) perusterveydenhuollosta moniammatilliseen korkeassa riskissä olevien potilaiden hoitoon ja kuntoutukseen (Hartman ym. 2013). Perusterveydenhuollon lääkäriin (engl. general practitioner) suositeltiin koordinoivan lievästi oireilevan potilaan hoitoa ja kuntoutusta, mutta edettäessä vaikeasti tai monioireilevan potilaan kuntoutukseen moniammatillisuuden sekä erikoistuneiden yksiköiden rooli kun-

toutuksessa kasvoi. Laadullisesti suosituksissa kiinnitettiin erikseen huomio vuorovaikutukseen asiakkaan/potilaan kanssa työskentelysuhteen vahvistamiseksi ja asiakkaan kokeman terveysuhan neutraloimiseksi. Edelleen, vaikeasti oireilevan asiakkaan kuntoutuksen koordinaattorina voi toimia lääkäri tai työterveyslääkäri, psykologi tai sosiaalipsykiatrinen sairaanhoitaja. Kuntoutusmuodoista kognitiivista käyttäytymisterapiaa suositeltiin näyttöön perustuvana hoitona osaksi kuntoutusprosessia siten, että jo perustasolla oli saatavilla lyhyitä terapiajaksoja psykoedukaation ohella edeten vaikea-asteisen oireyhtymän hoidon ja kuntoutuksen toteutukseen. (van der Feltz-Cornelis ym. 2012; Hartman ym. 2013.) Edellä kuvattujen suositusten lisäksi Hollannissa on julkaistu kapeampia häiriöryhmäkohtaisia suosituksia (Hartman ym. 2013).

### Iso-Britannia

Iso-Britanniassa ei oltu laadittu kansallisia näyttöön perustuvia kattavia toiminnallisten häiriöiden käypä hoitoa vastaavia suosituksia. Terveystieteiden ammattihenkilöille oli kuitenkin julkaistu toimintaohjeita näiden häiriöiden kanssa työskentelemiseksi (Chitnis ym. 2014). National Institute for Health and Care Excellence (NICE) oli laatinut erikoisalakohtaiset suositukset ärtyvän suolen oireyhtymälle (engl. Irritable bowel syndrome) (NICE 2017) sekä kroonisen väsymysoireyhtymän (engl. chronic fatigue syndrome) (NICE 2007) hoitoon. Näiden lisäksi joissakin erikoisalakohtaisissa suosituksissa oli tunnistettu toiminnallisten oireiden ilmeneminen ja hoito, esimerkiksi väliaikaisen tajunnan menettämisen ja ei-epileptisen kohtauksen yhteydessä. Englannin terveyspalvelut (National Health Service England) suositteli potilaille suunnatuissa ohjeissa, että pitkittyvien taustaltaan epäselvien oireiden hoito toteutettiin perusterveydenhuollon lääkärin (engl. general practitioner, GP) koordinoimana (National Health Service England 2018). Yksittäisenä kuntoutusmuotona suosituksissa nostettiin esille julkisen terveydenhuollon tukema lyhyt kognitiivinen käyttäytymisterapia, mutta myös fysio- ja toimintaterapiaa vastaavat toimintamallit nousivat esille. Oireiston pitkittyessä ja vaikeutuessa suositeltiin erikoistuneita palveluita, joihin kuului keskusteluhoidot, mutta näiden tarjonta kuvautui vaihtelevana.

### Latvia

Tätä kartoitusta varten saimme vain hyvin rajoitetusti tietoa Latviasta toiminnallisten häiriöiden hoitopoluista ja kuntoutusmuodoista ja niiden käytännön toteutumisesta. Käypä hoitoa vastaavia suosituksia ei Latviassa ollut käytössä. Tavoitteena oli hoitaa toiminnalliset häiriöt perusterveydenhuoltotasoisesti ja

hoidossa ja kuntoutuksessa voi olla mukana kognitiivista käyttäytymisterapiaa tai hyväksymis- ja omistautumisterapiaa tai psykodynaamista psykoterapiaa (käyntikerrat noin 12–20 kertaa). (Kohlmann ym. 2018.)

## Norja

Norjan terveydenhuollon järjestämismallista sekä Norjan terveystieteiden viranomaisen (Helsedirektoratet, engl. Norwegian Directorate of Health) internetsivuilta löytyy tietoja kroonisen väsymysoireyhtymän kuntoutusmenetelmistä ja hoidon porrastumisesta. Norjassa perusterveydenhuollon järjestäminen oli kuntien vastuulla ja erikoissairaanhoidon järjestämisvastuu neljällä alueella. Kunnat järjestivät perusterveydenhuollon lääkäripalvelut sopimuksin yksityisten ammatinharjoittajien kanssa eikä yksityistä terveydenhuoltoa korvattu, ellei palveluntarjoajalla ollut sopimusta julkisen puolen kanssa. Tavallisesti jokainen henkilö oli rekisteröitynyt yhden lääkärin potilaaksi ja perusterveydenhuollon lääkäri toimi portinvartijana erikoissairaanhoidon palveluihin.

Toiminnallisten häiriöiden hoito- ja kuntoutusmallien toteutuminen vaihtelivat Norjassa. EURONET-SOMA-verkoston kautta saamiemme tietojen mukaan Norjassa oli hyödynnetty tanskalaisia hoidon ja kuntoutuksen suosituksia (ks. s. 46). Norjan terveystieteiden viranomaisen oli julkaissut vuonna 2015 kroonisen väsymysoireyhtymän tutkimus- ja hoitosuosituksen, jossa kuvattiin paitsi yksittäisiä kuntoutusmenetelmiä myös hoidon porrastumista (Helsedirektoratet 2015). Suosituksessa kognitiivisen viitekehyksen psykoterapioita (kognitiivinen käyttäytymisterapia sekä kognitiivisanalyttinen psykoterapia) ja asteittain lisääntyvän liikuntaan (engl. graded exercise therapy) tähtääviä toimintamalleja suositeltiin väsymysoireiden hallintaan ja työ- ja toimintakyvyn tukemiseksi. Suositus esitti lisäksi muita yksilölliseen kuntoutusohjelmaan sisällytettäviä tekniikoita (mm. energy envelope -teoriaan pohjautuva työskentely ja pacing-menetelmä) kuormituksen tasapainon hallintaan, mutta toi esille, että niiden itsenäisestä käytöstä ei ollut näyttöä eikä niitä suositeltu ainoana kuntoutusmuotona. Suositus tähdensi, että toimintamallisten oireyhtymien kuntoutuksen vaikuttavuudesta tarvittiin lisänäyttöä. Suositus korosti moniammatillista (ml. lääkäri, fysio- tai toimintaterapeutti, psykologi, sosiaalityöntekijä, sairaanhoitaja) lähestymistä kuntoutuksessa siten, että perustaso ja erikoissairaanhoidon yksiköt työskentelivät vastavuoroisesti asiakkaan tilanteen ratkaisemiseksi. Lisäksi asiakkaan aktiivisuus ja omistajuus tilanteensa suhteen kuvattiin keskeisenä tekijänä. (Helsedirektoratet 2015.) Yhteenvetona norjalaisista käytännöistä voidaan todeta, että perusterveydenhuoltotasoinen koordinointi sekä hoidon ja kuntoutuksen vahvistaminen

psykoterapeuttisin menetelmin olivat keskeisiä menetelmiä toiminnallisten häiriöiden kuntoutuksessa. (Kohlmann ym. 2018).

## Ruotsi

Tätä kartoitusta varten saimme rajoitetusti tietoa Ruotsissa olevista toiminnallisten häiriöiden hoitopuolista ja kuntoutuskäytännöistä. Ruotsissa terveydenhuolto koostui sekä julkisista että yksityisistä palveluista. Julkisen terveydenhuollon vastuulliset järjestämistahot saivat vapaasti hallinnoida ja priorisoida omia terveydenhuollon resurssejaan. Tästä johtuen terveydenhuoltopalvelujen valikoima vaihteli alueittain eikä esimerkiksi pohjoisessa Ruotsissa ole ollut toiminnallisten häiriöiden hoitoon ja tutkimukseen erikoistuneita yksiköitä. Toiminnallisten häiriöiden kuntoutuksessa oli perustasolla tarjolla nettiterapiana ja perinteisesti toteutettava kognitiivinen käyttäytymisterapia julkisen terveydenhuollon toteuttamana. Ruotsissa oli käynnissä kehitystyö portaittaista hoito- ja kuntoutusmallia suosittelleen käypä hoitoa vastaavan suosituksen rakentamiseksi toiminnallisiin häiriöihin. (Kohlmann ym. 2018.)

## Saksa

Saksassa oli julkaistu vuonna 2012 käypä hoitoa vastaava suositus epäspesifisille, toiminnallisille ja somatoformisille oireille (Clinical practice guideline: Non-specific, functional, and somatoforma bodily complaints) (Schaefer ym. 2012). Näyttöön perustuvia suosituksia oli ollut lääketieteen ja psykologian alan asiantuntijoiden lisäksi muotoilemassa potilasjärjestön edustaja. Suosituksia oltiin loppusyksyllä 2018 päivittämässä. Toiminnallisista häiriöistä tehdyn systemaattisen katsauksen (Henningsen ym. 2018b) perusteella seuraavassa kuvataan lyhyesti saksalaisen suosituksen keskeiset näkökulmat kuntouksesta. Tehdyt hoito- ja kuntoutusvalinnat olivat uusimman tutkimusnäytön valossa edelleen vaikuttavia verrattuna vuoden 2012 suositukseen. Toiminnallisten häiriöiden hoito- ja kuntoutusratkaisut suositeltiin perustuvan biopsykososiaaliseen viitekehykseen. Vuosien 2012 ja 2018 suosituksissa korostettiin vuorovaikutusta asiakkaan kanssa työskentelysuhteen rakentamiseksi hoito- ja kuntoutusketjussa tehtävien ratkaisujen perustelemiseksi. Suosituksissa kehoitettiin esimerkiksi kiinnittämään huomiota asiakkaan toimiviin oirehallintamekanismeihin, asiakkaan mahdollisuuteen osallistua omaa hoitoa ja kuntoutusta koskeviin ratkaisuihin sekä tutkimus- ja hoitoratkaisujen perusteluiden läpinäkyvyyteen. Edelleen, prosessikuvauksessa asiakkaan etenemistä terveydenhuoltojärjestelmässä ohjasivat voinnista kertovat

varoitukset, joiden perusteella hoidon ja kuntoutuksen tasoa pyrittiin säätämään. Mallissa perusterveydenhuollon lääkäri oli keskeisessä asemassa arvio-, hoito- ja kuntoutusprosessin koordinoinnissa riippumatta toiminnallisen häiriön vaikeusasteesta. Itse hoito- ja kuntoutusprosessi sen sijaan muodostui moniammatillisesta, asiakasta aktivoivasta työskentelystä ja psykososiaaliset hoidon ja kuntoutuksen elementit, kuten psykoterapia olivat mukana jo perustasolla. Osana prosessiin kuuluivat myös seuranta ja tilanteen uudelleen arvioiminen hoito- tai kuntoutustoimien jälkeen tavoitteena ennaltaehkäistä oireiston kroonistuminen. (Schaefer ym. 2012; Henningsen ym. 2018b.)

Pitkäaikaisessa oireilussa kuntoutujalle suositeltiin sovittavan hoidolle ja kuntoutukselle yksilölliset tavoitteet ja keinot, yksilöllinen kuntoutusohjelma. Pitkäaikaisen oireilun kuntoutus koostui mm. fyysistä aktiivisuutta kuten liikuntaa ja toisaalta palautumista tukevasta (mindfulness, progressiivinen rentoutus, biofeedback tai vastaavat) toiminnasta. Vastaavasti psykodynaamista psykoterapiaa ja kognitiivista käyttäytymisterapiaa suositeltiin osaksi kuntoutusta myös pitkäaikaisessa tai muuten vaikea-asteisessa oireilussa. Psykoterapioista suosituksessa esitetty arvio potilasmäärästä, jotka tulee hoitaa, jotta yksi hyötyisi (number needed to treat, NNT) vaihteli välillä 3–8 (vaihteluväli 4–68) kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa ja 4 psykodynaamisessa psykoterapiassa (vaihteluväli 2–25) eri toiminnallisissa oireistoissa. Vastaavasti aerobisessa harjoittelussa arvioitu hyöty oli 3–5 (NNT) (vaihteluväli 2–12). Lisäksi suosituksessa esitettiin arvioita potilaiden hyötymästä lääkityksestä ja lääkityksen perusteista. (Schaefer ym. 2012; Henningsen ym. 2018b.)

## Tanska

Tanskan yleislääkäreiden (Danish College of General Practitioners) vuonna 2013 julkaisema näyttöön perustuva suositus esitti toiminnallisissa oireistoissa hoito- ja kuntoutustoimien toteutusta porrastetusti (engl. stepped care approach), kuten myös esimerkiksi Alankomaissa (Rosendal ym. 2013b). Suosituksen mukaan perustasolla oireiden ja oireiston tunnistamisesta ja hoidosta vastasi yleislääkäri, joka myös seurasi korkeassa riskissä olevien potilaiden terveydentilan muutosta ensikontaktin jälkeen. Vaikea-asteisissa oireistoissa suositeltiin moniammatillista yhteistyötä erityisesti toiminnallisiin oireistoihin perehtyneiden asiantuntijoiden kanssa. Heidän vastuullaan oli potilaan tutkimukset, hoito- ja kuntoutussuunnitelman teko, mutta myös työnohjaus ja tuki perusterveydenhuollon toimijoille. Tanskalainen suositus korosti myös hoitosuhteen erityistä merkitystä hoitoon sitoutumisessa. Suositus korosti hoitoon ja kuntoutukseen osallistuvien tahojen proaktiivisuutta tukea potilaan terveystalouden hallittua käyttöä.

Suositus huomioi iatrogeenisen (lääkärin aiheuttaman, hoidosta johtuvan) haitan mahdollisuuden, mikäli tutkimukset tai kuntoutusvalinnat tukivat potilaan sairaanroolia. Kuntoutusmenetelminä suositusti esille muiden eurooppalaisten mallien mukaisesti kognitiivisen ja kognitiivis-behavioraalisen psykoterapian sekä asteittain etenevän harjoittelun (engl. graded exercise therapy), joiden vaikuttavuudesta suositusten mukaan oli saatu näyttöä erityisesti erikoistuneissa yksiköissä vaikea-asteisten oireiden ja oireyhtymien hoidossa. Esimerkiksi Århusin yliopistosairaalan toiminnallisten oireiden tutkimukseen ja hoitoon erikoistunut yksikkö toteutti kuntoutusohjelma vaikea-asteisissa toiminnallisissa oireistoissa ja häiriöissä. Kuntouttavista menetelmistä suositusti toi lisäksi esille niin sanotun kolmannen aallon kognitiivisten psykoterapioiden menetelmät (mindfulness sekä hyväksymis- ja omistautumisterapia), joista ei kuitenkaan suositusten julkaisun aikaan ollut johdonmukaista näyttöä vaikuttavuudesta. Lopuksi suositusti käsitteli terveydenhuollon ja sosiaaliturvan sekä muiden asiantuntijoiden yhteistyötä. Käytännössä edellä mainitun suosituksen mukainen hoito ja kuntoutus toteutui harvoin/satunnaisesti sillä suosituksen mukaisia erikoistuneita kuntoutusmuotoja oli vaikeasti saatavilla. Lisäksi potilaiden tutkimus, hoito ja kuntoutus toteutuivat harvoin tavoitteellisesti tai ohjatusti peräkkäisten erikoisalakohtaisten tutkimusten seurattessa toisiaan. Siten hoito- ja palvelujärjestelmän arvioitiin myös voivan ylläpitää potilaan sairaustilaa. Yksittäisten kuntouttavien menetelmien lisäksi vahvempi yhteistyö terveydenhuollon ja sosiaaliturvan ammattilaisten kesken nähtiin merkittävänä, jotta toiminnallisista häiriöistä aiheutuva haitta työ- ja toimintakyvylle saadaan hallittua. (Rosendal ym. 2013b.)

## Venäjä

Venäjän psykiatriyhdistys (Russian Society of Psychiatrists, RSP) oli laatinut kansalliset toimintaohjeet yksittäisille toiminnallisille häiriöille/oireyhtymille (somatoformiset häiriöt, krooninen väsymysoireyhtymä, krooninen kipu). Toimintaohjeiden mukaisesti tilanteissa, joissa ensikontaktin yleislääkäri, neurologi tai vastaava ei osoita selvää syytä oireiden taustalla, potilas ohjattiin avohoidon psykiatrian, neuropsykiatrian tai psykoterapian yksikköön. Vaikea-asteiset oireistot suositeltiin hoidettavan niihin erikoistuneissa yksiköissä. Pietarin alueella oli esimerkiksi yksi psykosomatiikkaan ja kardiologiaan keskittynyt yksikkö. Potilaan hoidossa voi olla mukana yleislääkäri tai perhelääkäri, psykiatri, kliininen psykologi, psykoterapeutti sekä sosiaalityön ammattilainen. Saatujen tietojen perusteella potilaiden hoito kuitenkin vaihteli ja psykoterapeuttiset palvelut potilaan kuntoutuksessa kuvautuivat olevan vasta kehitteillä.

## Otos kuntoutuskäytännöistä: Yhdysvallat sekä Kanada

Kelan pyynnöstä sisällytimme kartoitukseen esimerkin omaisesti kuvauksia toimintakäytännöistä Yhdysvalloissa ja Kanadassa. Niiden osalta on tärkeää huomioida, että tulokset eivät kuvaa kattavasti kyseessä olevien maiden toiminnallisten häiriöiden hoidon ja kuntoutuksen toteutumista.

Amerikan perhelääkäriyhdistyksen (engl. American Academy of Family Physicians) laatima suositus DSM-V mukaisten somaattisten oireiden ja häiriöiden (engl. somatic symptoms and related disorders) hoidosta ja kuntoutuksesta korosti hoidon ja kuntoutuksen monialaisuutta (Kurlansik ja Maffei 2016). Suosituksen mukaan terveydenhuollossa perustason kuntoutus pohjautui säännölliseen vastaanottotoimintaan, joka paitsi kontrolloi terveydenhuoltopalveluiden käyttöä, mutta myös tuki yhteistyösuhteen rakentumista. Suositus huomioi useiden eri eurooppalaisten suositusten tapaan mielenterveyteen erikoistuneen terveydenhuollon ammattihenkilön (esim. psykologi tai psykoterapeutti) toteuttaman kognitiivisen psykoterapian ja sen sovellusten hyödyntämisen osana kuntoutusprosessia. Hoidon ja kuntoutuksen keskeisenä tavoitteena kuvautui toimintakyvyn lisääminen eikä niinkään täysi oireettomuus ja parantuminen. Ammattilaisille suunnatun suosituksen lisäksi Amerikan perhelääkäriyhdistys oli laatinut ohjeen oireilevalle pelaten samoja käytänteitä potilaalle suunnatusti (American Academy of Family Physicians 2018). Myös Amerikan psykiatriyhdistyksen (engl. American Psychiatric Association) suositusten mukaan somaattisten oireiden ja niihin liittyvien häiriöiden hoidon ja kuntoutuksen ensisijainen tavoite oli tukea oireilevan toimintakykyä siten, että hän kykenee elämään mahdollisimman normaalia elämää. Hoidon ja kuntoutuksen toteuttaja seurasi terveystilassa tapahtuvia muutoksia välttämättä tarpeettomien hoidon ja tutkimusten toteuttamista. Psykoterapiaa suositeltiin vahvistamaan oireilevan käyttäytymisen ja ajattelun muutosta siten, että hän saa uusia oireilun hallintakeinoja, kykenee hallitsemaan kuormitusta ja vahvistamaan toimintakykyä. (American Psychiatric Association 2018.) Vaikea-asteisten häiriöiden hoitoon erikoistunut Mayo-klinikka Yhdysvalloissa esitti, että toiminnallisten häiriöiden tunnistukseen sisältyi moniammatillinen työskentely yhdessä hoitavan lääkärin ja psykiatrin ja/tai psykologin kanssa (Mayo Clinic 2018). Kuntoutuksen tavoitteena oli toimintakyvyn kohentuminen päivittäisissä toiminnoissa psykoterapian ja tarvittaessa lääkityksen tukemana tilanteissa, joissa potilaalla oli esimerkiksi samanaikaisesti masennus. Asiakasta/potilasta tuettiin terveyden kannalta myönteisten elämäntapatekijöiden käyttöönotossa, kuten stressinhallinnan välineiden, liikunnan ja sosiaalisen aktiivisuuden lisäämisessä. (Mayo Clinic 2018.)



Kanadalaisen perusterveydenhuollon toimijoille ja potilaille suunnatun potilasohje- ja toimintamalleja tukevan internetsivuston suositukset (eMentalHealth.ca/PrimaryCare 2015) olivat linjassa aikaisemmin esitettyjen toimintamallien kanssa. Suosituksen nettisivustolla käsiteltiin akuuttien toiminnallisten oireiden hoidon ja kuntoutuksen lisäksi myös kroonistuneiden toiminnallisten oireistojen ja häiriöiden tukitoimia. Peruseriaatteina olivat potilaan tietojen ja ongelmaratkaisutaitojen lisääminen pitkittyvien ja sitkeiden oireiden syistä ja kuormitustekijöiden hallinnasta sekä potilaan aktiivisuuden ylläpitäminen neuvonnalla ja ohjauksella. Mikäli perusterveydenhuollon keinovalikoima ei riittänyt, suositeltiin psykoterapiaan ohjausta. On huomioitava, että tämä kanadalainen sivusto nojautui jo aikaisemmin tässä kartoituksessa esitettyihin toimintamalleihin (mm. saksalainen toimintamallit) sekä myöhemmin esiteltäviin tietoihin tieteelliseen näyttöön perustuvista toimintamalleista.

Kanadan Nova Scotian provinssin terveysturvaviranomainen on kehittänyt integroidun kroonisten sairauksien hoidon mallin (Integrated Chronic Care Service) monisairaille potilaille (esim. Sampalli ym. 2016). Tässä moniammatillisuuteen, mukaan lukien lääkäriin, sairaanhoitajan, toimintaterapeutin, psykoterapeutin sekä ravitsemusterapeutin vastaanotto, perustuvassa hoitomallissa oli tavoitteena tunnistaa ja vahvistaa potilaan omahoitoa. Malli oli suunnattu muun muassa paitsi kroonisesti monisairaille myös kroonisesta väsymyksestä, fibromyalgiasta ja monikemikaaliherkkyydestä kärsiville potilaille. Hoitomalli pohjautui siihen, että se huomioi potilaan toiveet hoidosta ja kuntoutuksesta. Tarkempia toimintamallin vaikuttavuuden kuvauksia emme löytäneet.

### Yhteenveto eri maiden kansallista suosituksista

Kartoittavan selvityksen perusteella niin Euroopassa kuin Pohjois-Amerikassa oli vaihtelua toiminnallisten oireistojen ja häiriöiden hoito- ja kuntoutuskäytännöissä (ks. myös Kohlmann ym. 2018). Terveysturvahuollon toimintatavat poikkesivat näyttöön perustuvien suositusten olemassaolon tai niiden puutteen sekä suositusten käytännön toteutumistasen mukaan. Osassa selvityksen kohteena olleissa maissa ei ollut näyttöön perustuvia kansallisia suosituksia tai suositukset olivat häiriökohtaisia (esim. Norja, Iso-Britannia). Hoito- ja kuntoutuskäytännöissä oli myös käytännössä tukeuduttu naapurimaan toimintamalleihin (esim. Norjassa). Kartoituksen perusteella niissä maissa, joissa näyttöön perustuvia suosituksia ei ollut, hoito- ja kuntoutuskäytännön toteutuminen oli myös vaihtelevaa (esim. Venäjä). Myös Euroopan eri maissa käytetyt nimitykset vaihtelivat (esim. functional disorders: Tanska, Saksa; somatoform disorder: Belgia Saksa, Hollanti; stress related symptoms: Belgia, Tanska; somatically not enough explained

bodily symptoms tai medically unexplained symptoms: Iso-Britannia, Hollanti). Taulukko 2 (s. 51) kuvaa niiden eurooppalaisten maiden kuntoutuskäytännöt, joissa toiminnallisten oireiden hoito ja kuntoutus oli rakennettu porrastetusti.

Selvityksen kohteena olleissa maissa tyypillistä oli perusterveydenhuollon lääkärin rooli toiminnallisten oireistojen kliinisten tutkimusten sekä hoidon ja kuntoutuksen arvioinnissa, koordinoinnissa, toteuttamisessa ja seurannassa. Perusterveydenhuollossa valmius toteuttaa erilaisia lyhyisiin keskusteluhoitoihin perustuvia interventioita kuvastui myös erilaisina niin ammattihenkilöiden kuin heille tarjolla olevan koulutuksen osalta. Terveys- ja kuntoutuksen järjestäytyminen vaihtelivat eri maissa, mikä on huomioitava arvioitaessa hoito- ja kuntoutuskäytäntöjen soveltuvuutta toiseen maahan. Eri maiden hoidon ja kuntoutuksen toimintamalleissa keskeiseksi esitetty asteittainen eteneminen toiminnallisen häiriön vaikeusasteen mukaan ja kuntoutuksen seurannan toteuttaminen voivat käytännössä olla haasteellista, mikäli kuntoutusmalli toteutuu irrallaan muusta asiakkaan hoidosta ja kuntoutuksesta. Useissa kartoituksen kohteena olleissa maissa perusterveydenhuollon mahdollisuudet toteuttaa toiminnallisten häiriöiden hoito- ja kuntoutustoimia kuvastuivat kattavammilta verrattuna tilanteeseen Suomessa. Esimerkiksi valmius tarjota vaikuttavaksi todettuja psykoterapioita, joko perinteisinä, etähoitoina tai lyhyinä hoitomalleina, oli perusterveydenhuollossa parempi (esim. Saksa, Ruotsi, Iso-Britannia, Hollanti) kuin Suomessa, jossa vaikuttavaan hoitoon ja kuntoutukseen pääsy voi edellyttää pitkiä lähete- ja arviointijaksoja ja lisäksi kuntoutustoimet voivat toteutua irrallaan muusta hoitopolusta. Nopean näyttöön perustuvan hoidon voi arvioida ehkäisevän tilan kroonistumista. Lisäksi terveydenhuollon ammattihenkilöstön koulutusmahdollisuudet ja erityisosaaminen toiminnallisia oireistoja ajatellen kuvastuivat parempina kuin Suomessa. Esimerkiksi yliopistot ja/tai yliopistosairaalat olivat tarjonneet eri ammattiryhmille kohdennettuja koulutuksia (esim. Tanska, Hollanti) tai jopa erikoistumiskoulutusta toiminnallisiin häiriöihin (Saksa). Myös verkkokoulutuksia oli hyödynnetty (esim. Hollanti) terveydenhuollon ammattihenkilöstön koulutuksessa.

Taulukko 2. Portaittaisten hoito- ja kuntoutusmallien sisältöjä maittain.

	Hollanti Yleislääkärit	Hollanti Moniammatilliset suositukset	Saksa Moniammatilliset suositukset	Tanska Yleislääkärit
<b>Lievät oireet<sup>a</sup></b>	i) Psykoedukaatio ii) Omahoidon tuki iii) Jaettu yhteistyösuunnitelma iv) Seuranta	i) Biopsyko-sosiaalinen arvio (yleislääkäri) ii) Psykoedukaatio iii) Lyhyt KKT	i) Keskustelutuki yleislääkärin tai vastaavan tai toiminnallisiin oireisiin erikoistuneen asiantuntijan kanssa	i) Biopsykososiaalinen arvio: normalisointi ja selitysmallien tarjoaminen ii) Seuranta
<b>Keskivaikeat oireet<sup>a</sup></b>	i) Psykosomaattinen (psykofyysinen) harjoittelu ii) Sosiaalipsykiatrinen hoitaja tai mielenterveys-/ depressiohoitaja	i) Hoidon ja kuntoutuksen koordinointi ii) Samanaikaisten sairauksien lääkehoito iii) KKT	i) Säännölliset vastaanotot ii) Keskustelutuki yleislääkärin tai vastaavan tai toiminnallisiin oireistoihin erikoistuneen asiantuntijan kanssa sekä psykoterapia iii) Antidepressantit oireenmukaisesti	i) Selitysmallien tarjoaminen, strukturoitu lähestyminen ii) Säännölliset tapaamiset iii) Yhteistyö asiantuntijoiden kanssa (arvio, kuntoutussuunnitelma, ja saatu työn-ohjaus)
<b>Vaikeat oireet<sup>a</sup></b>	i) Moniammatillinen tiimi ja/tai erikoisyksikkö	i) KKT ii) Hoidon ja kuntoutuksen toteutuminen moniammatillisessa erikoistuneessa yksikössä	i) Hoidon ja kuntoutuksen toteutuminen moniammatillisessa erikoistuneessa yksikössä	i) Hoidon ja kuntoutuksen toteutuminen moniammatillisessa erikoistuneessa yksikössä ii) KKT ja asteittain etenevä harjoitus iii) harkinnanvarainen lääkitys
<b>Toteutuksen keskeiset linjaukset<sup>b</sup></b>	Yleiset hyvää työskentely- ja yhteistyösuhdetta kuvaavat periaatteet sekä yksityiskohtaisia esimerkkejä vuorovaikutussuhteen rakentamiseksi	Potilaan ja ammattihenkilön rakentava vuorovaikutus	Yleiset hyvää työskentely- ja yhteistyösuhdetta kuvaavat periaatteet (oikein kohdistettu empatia, tarkkaavaisuus ja kuuntelu, oireiden tunnistaminen ja tunnustaminen sekä selityksen tarjoaminen)	Yleiset hyvää työskentely- ja yhteistyösuhdetta kuvaavat periaatteet sekä esimerkkejä vuorovaikutussuhteen rakentamiseksi; työnohjauksen merkitys

KKT = kognitiivinen käyttäytymisterapia.

a Oireiden vaikeusaste oli määritelty toimintakyvyn rajoitteiden (lieviä–kohtalaisia–vaikeita), oireryhmien määrän (yhdestä tai useammasta elinryhmästä) sekä oireiden keston perusteella. Saksalaisissa suosituksissa oli lisäksi avattu tilan vaikeusasteen määrittelyssä hyödynnettäviä psykososiaalisia tekijöitä, kuten potilaan yksilöllisten haluintakeinojen määrä ja laatu, muut yhtä aikaa ilmenevät sairaudet sekä sairauskäyttämisen muodot.

b Maissa, joissa oli näyttöön perustuvat linjaukset toiminnallisten oireiden ja häiriöiden hoidosta, oli ohjeistettu myös hoitoa ja kuntoutusta tukevan hoitosuhteen rakentamisesta; vastaavat linjaukset olivat keskeisiä myös Iso-Britannian ja Amerikan perhelääkäreiden sekä Psykiatriyhdistyksen ohjeissa toiminnallisia oireita hoitaville ammattihenkilöille.

Lähde: Mukailten olde Hartman ym. 2017.

### 5.3 Hoito- ja kuntoutustoimet toiminnallisissa häiriöissä

Kartoittavan selvityksen perusteella kansainvälistä tutkimusta pitkäaikaisten ja sitkeiden toiminnallisten oireistojen ja häiriöiden kuntoutuksesta oli huomattavasti. Pelkästään Cochrane-katsauksia, jotka käsittelevät toiminnallisten häiriöiden kuntoutusta aikuisväestössä on julkaistu 2000-luvulla yli kolmekymmentä (esim. Thomson ja Page 2007; Rosendal ym. 2013a; Abbass ym. 2014; Kleinstäuber ym. 2014; van Dessel ym. 2014). Esittelemme seuraavaksi yhteenvedon tutkimusnäytöstä toiminnallisissa oireistoissa vaikuttaviksi osoitetuista kuntoutusmuodoista. Sen jälkeen luvussa 5.3.1 avaamme vaikuttavuusnäyttöä menetelmittäin kuvaamalla hoito- ja kuntoutusmuotojen sisältöjä ja toteuttajia. Selvityksen liitteinä ovat taulukoituna meta-analyysit ja Cochrane-katsaukset (liite 2) ja muut systemaattiset katsaukset (liite 3) vuosilta 2008–2018.

**Yhteenveto.** Tämän selvityksen perustana olevien Cochrane- ja muiden systemaattisten katsausten vaikuttavat kuntoutusmuodot toiminnallisissa häiriöissä perustuivat kuntoutujaa aktivoiviin psykososiaaliin toimintamalleihin ja terapioihin. Näissä hoito- ja kuntoutusmuodoissa tavoitteena on lisätä paitsi kuntoutujan ymmärrystä omasta tilanteestaan myös pyrkiä vahvistamaan kuntoutujan omia voimavaroja ja omaa aktiivisuutta hoidossa. Vaikuttavuusnäyttöä oli niin yksilö- kuin ryhmämuotoisista sekä etäkuntoutuksesta. Erityisesti teknologiavälitteisten, kuten etäkuntoutusmuotojen tutkimus oli lisääntynyt 2000-luvun alusta nykyhetkeen ja on oletettavaa, että näyttöä sen vaikuttavuudesta kertyy jatkuvasti lisää.

Kuten psykoterapiatutkimuksessa yleisesti, myös toiminnallisten häiriöiden hoidossa ja kuntoutuksessa kognitiiviset ja kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan pohjautuvat toimintamallit olivat tutkituimpia ja niistä on saatu selvää näyttöä vaikuttavuudesta (Kleinstäuber ym. 2011; Hofmann ym. 2012; Olatunji ym. 2014). Myös psykodynaamiseen teoriaan pohjautuvista psykoterapioista oli johdonmukaista näyttöä (Abbas ym. 2014). Näistä psykoterapioista saatavilla olevan näytön efektkoko, eli suure joka kuvaa intervention vaikuttavuutta, vaihteli pienestä keskikokoiseen. Nyt toteutetun kirjallisuushaun perusteella myös lääkkeellisistä hoitomuodoista oli paljon tutkimusta, mutta niiden käsittely ja vaikuttavuusarvio rajattiin tämän selvityksen ulkopuolelle. Johdonmukaista vaikuttavuusnäyttöä ei löytynyt muista kuntoutusmuodoista, kuten taideterapiaan, fysioterapiaan tai esimerkiksi erilaisiin yksilövalmennuksiin perustuvista toimintamalleista (esim. Holmqvist ja Persson 2012).

Minkään katsauksen perusteella ei voitu luotettavasti päätellä, mitkä tekijät kunkin kuntoutusmuodon sisällä olivat keskeisiä havaitun vaikuttavuuden saavuttamiseksi. Toisin sanoen, kuntoutusmuotojen yksittäisten osatekijöiden tai tekniikoiden (esim. fyysisen jännittyneisyyden laukaisemiseen kohdistuva rentoutustekniikan, fyysisen harjoittelun tai kehotietoisuutta tukemaan toteutettu oirepäiväkirjan) vaikutusta lopputulokseen ei kartoituksen perusteella voitu arvioida. Psykoterapioista oleva näyttö perustui pääasiassa 3, 6, 12 ja joissain tapauksissa pidempien, kuten 24 kuukauden seurantaan. Kuntoutusmuotojen kuvauksissa (kohdasta 5.3.1 eteenpäin) esitetään sisällöt ylätasolla siten, että osatekijöiden kuvaus mahdollistaa liikkumavaran kunkin asiakkaan yksilölliseen tilanteeseen sopien.

Seuraavaksi käsittelemme niitä kuntoutusmuotoja, joista kartoittavan selvityksen perusteella oli johdonmukaisesti vaikuttavuusnäyttöä toiminnallisten häiriöiden kuntoutuksessa. Tuomme esille vaikuttaviksi havaittujen kuntoutusmuotojen keskeiset sisällöt, kuntoutuksen toteuttaja sekä käyntimäärät.

### 5.3.1 Kuntoutustarpeen arvioinnin ja seurannan hyvät käytännöt

Jopa yli 90 % väestöstä kokee jotain somaattisia tai psyykkisiä tuntemuksia tai oireita viikoittain. Oireiden kokeminen on siten osa lähes jokaisen arkipäivää. Terveystieteiden tukitoimien ja kuntoutuksen kannalta on keskeistä tunnistaa ne tekijät, jotka kuvaavat oireiden ja toimintakyvyn heikentymisen vaikeusastetta ja siihen integroituvaa tukitoimien intensiteetin tasoa sekä kohdentamista. Lisäksi on tärkeää tunnistaa oireita ylläpitäviä ja siihen vaikuttavia tekijöitä sekä kuntoutumista edistäviä ja estäviä tekijöitä. On kuitenkin huomioitava, että kohdatut tilanteet ovat yksilöllisiä ja näin ollen kuntoutumisesta tehtäviä päätöksiä tai suunnitelmia ei ole perusteltua kiinnittää yksittäisiin arviointimenetelmiin tai niistä saatuihin pistemääriin. Esimerkiksi kuntoutusmenetelmien soveltuvuuden arvioissa tulee hyödyntää arviointia toteuttavien ammattihenkilöiden asiantuntemusta. Kokonaisarviossa muodostuu kuva kuntoutumisen käytännön esteistä ja sitä tukevista tekijöistä, mikä mahdollistaa asiakkaan ennalta valmistelun kuntoutusprosessin aloittamiseen ja sen tavoitteiden määrittelyyn huomioiden asiakkaan lähtökohdat. Parhaimmillaan kuntoutuksen tarpeen arviosta voi muodostua osa kuntoutusprosessia, joka lisää asiakkaan ymmärrystä tilanteestaan ja tukee asiakkaan sitoutumista kuntoutumiseen. Kuvaamme seuraavaksi keskeisiä toiminnallisten häiriöiden vaikeusastetta ja kuntoutusprosessin vaikuttavuutta ilmentäviä tekijöitä ja niiden arviointimenetelmiä edellä mainitut periaatteet huomioiden. Kuvaus ei ole kattava lista eri kysely- tai muista menetelmistä vaan se kattaa eri teemat, jotka toiminnallisten häiriöiden arvioinnissa ja seurannassa tulisi ainakin huomioida. Kliinisessä arvioissa voi olla perusteltua hyödyntää esimerkiksi

psykologin toteuttamaa syventävää haastattelua ja arviota toiminnallisiin oireistoihin yhteydessä olevista yksilöllisistä tekijöistä osana hoito- ja kuntoutussuunnitelman laadintaa.

**Oireilu ja siinä tapahtuvat muutokset.** Johdonmukaisin näyttö toiminnallisten oireiden arvioimisesta ja vaikeusasteen luokittelusta oli osoitettu itsearviointiin tarkoitetuilla oirekyselyillä Patient Health Questionnaire -15 (PHQ-15) ja Symptom Check List 90 (SCL-90) (Zijlema ym. 2013). Näistä jälkimmäinen on käännetty suomeksi ja siitä on sekä tutkittua että kliinistä käyttökokemusta myös suomalaisissa aineistoissa. Oiremittarin PHQ-15 suomentamista voikin suositella sen ollessa paitsi lyhyempi ja siten kliinisessä käytössä sujuvampi, mutta myös siitä saadun näytön ja siihen liittyvien kansainvälisten normien johdosta. On kuitenkin huomattava, että myös näiden mittareiden oli havaittu yliarvioivan somaattisten, toiminnallisten oireiden määrää ikääntyvässä väestössä, jossa ikään liittyvät muutokset itsessään lisäävät oireilua (van Driel ym. 2018). Siksi seulaluonteisten mittareiden tuloksiin erityisesti vanhemmissa ikäluokissa tulee suhtautua varoen. Kliinisessä käytössä esimerkiksi osana perusterveyden- tai työterveyshuollon aikarajallista vastaanottoa voi olla syytä hyödyntää yhdellä kysymyksellä selvitettävää potilaan itsearviota omasta terveydestään (Momsen ym. 2017), jonka oli havaittu olevan yhteydessä muun muassa terveysongelmien määrään ja terveydenhuollon käyttöön (Momsen ym. 2017). Myös erilaiset VAS (visual analog scale) ja/tai NAS (numeric analog scale) voivat soveltua oireisiin liittyvän haitan ja intensiteetin nopeaan arvioon, mutta niitäkään ei yksinään tule käyttää asiakkaan/potilaan tilanteen määrittelyyn.

Samanaikaisesti ilmenevä psyykkinen oireilu, kuten masennus-, unettomuus- ja ahdistuneisuusoireet, heikensivät toiminnallisten oireistojen ennustetta. Esimerkiksi ahdistuneisuus voi vahvistaa voimakkaita kehotunteuksia sen ylläpitäessä fyysistä yliviirittyneisyyttä. Siten on perusteltua arvioida myös psyykkisten oireiden ilmenevyyttä ja vaikeusastetta osana hoidon ja kuntoutuksen suunnittelua. Tilanteen arvioon soveltuvat esimerkiksi tyypilliset mielialan ja ahdistuneisuuden arviointiin yleisesti terveydenhuollossa käytössä olevat oirekyselyt, jotka ovat saatavilla myös itsearviointiin esimerkiksi Terveyskylä.fi-palveluportaalin tai Toimia.fi-mittaritietokannan kautta. Oireiden ilmenemistä on myös hyvä seurata kuntoutuksen aikana, vaikka itse kuntoutumisen fokus ja tavoitteet tulee määrittellä yksittäisiä oireita ja niiden lievittymistä laajemmin.

**Toimintakyky ja elämänlaatu.** Yksittäisiä oirekyselyjä tärkeämmäksi voidaan arvioida kuntoutujan työ-/opiskelu- ja toimintakyky päivittäisessä elämässä sekä niissä tapahtuvat muutokset sekä kuntoutujan

kokema elämänlaatu. Ennen kuntoutusprosessin alkua ja sen aikana on syytä kiinnittää huomiota kuntoutujan kokemukseen toimintakyvystään ja siinä tapahtuvista muutoksista sekä konkretisoida siihen vaikuttavia tekijöitä. Näin voidaan saada oireita laaja-alaisempi kuva asiakkaan/potilaan voimavaroista ja niitä uhkaavista tekijöistä sekä ohjata asiakkaan huomion kiinnittymistä kuntoutumisen kannalta olennaisiin muutoksiin. Itsearviointimenetelmät oireisiin liittyvistä toimintakyvyn vajeista ja toimintakyvyn vahvuuksista eri elämänalueilla ja vastausten tarkastelu yhdessä asiakkaan/potilaan kanssa saattaa keskustelun piiriin toimintakykyyn vaikuttavat tekijät ja tulkinnat sekä toimintakyvyssä tapahtuneet muutokset hoitovasteen seurannassa. Esimerkiksi Sheehanin toimintakykyvajeasteikkoa (Sheehan ym. 1996) täyttäessä potilas/asiakas arvioi toimintakykynsä puutteita eri elämänalueilla: työ/koulu, vapaa-aika/sosiaalinen elämä, perhe-elämä/kodin asioista huolehtiminen. Mittari jäsentää hyvin asiakkaan kanssa käytävää keskustelua ICF-viitekehyksen mukaisista toimintakyvyn eri alueista. (Vuokko ja Tuisku 2017.) Validoituja mittareita terveyteen liittyvän elämänlaadun arviointiin löytyy Suomesta muun muassa RAND-36 (Hays ym. 1993; Aalto ym. 1999) ja 15D (Sintonen 1994) elämänlaadun mittarit, joita on tyypillisesti käytetty seurannassa osoittamaan hoito- ja kuntoutusvastetta.

**Hoitotyytyväisyys.** Kuntoutumisprosessissa on suositeltavaa arvioida asiakkaan sekä palvelun toteuttajan välistä yhteistyösuhdetta ja asiakkaan odotuksia ja tyytyväisyyttä kuntoutukseen. Kuntouttavan yhteistyösuhteen arviota tukee asiakkaalta kerätty palaute tämän kokemasta työskentelysuhteen laadusta, esimerkiksi Working Alliance Inventory (Horvath ja Greenberg 1989) tai vastaavilla kyselyillä, sekä vertaamalla tulosten yhdenmukaisuutta omaan arviointiin. Kokemusten yhdenmukaisuuden tai sen puutteen esille nostaminen ohjaa asiakkaan ja ammattihenkilön välistä vuorovaikutusta kuntoutusprosessin rakentavuuden kannalta keskeisiin tekijöihin (Mander ym. 2017). Näin voidaan päästä eteenpäin paitsi vuorovaikutussuhteessa ilmenevistä katkoksista myös vahvistaa jaettava ymmärrystä asiakkaan tilanteesta. Osana kuntoutumisen prosessia on myös hyvä seurata asiakkaan kokemusta käytettyjen menetelmien, kuten kotitehtävien tai harjoitusten hyödyllisyydestä ja osuvuudesta hänen tilanteeseensa.

**Omaan terveyteen liittyvä huoli tai pelko sairastumisesta, terveysahdistus ja muut oireiluun vaikuttavat kognitiiviset ja emotionaaliset tekijät.** Terveysahdistuneisuuden on osoitettu vaikeuttavan pitkittyneiden ja sitkeiden oireiden palautumista. Tarkkaavaisuuden kiinnittyminen kehotuntemuksiin yhdistettynä korostuneeseen taipumukseen huolestua tuntemusten syytekijöistä voi johtaa tilan pitkittymiseen. Siten

osana kuntoutusprosessia on perusteltua vahvistaa asiakkaan kykyä tunnistaa kehotuntemuksiin liittämäään ajatus- ja tulkintamalleja ja niiden vaikutusta kokonaistilanteeseensa. Terveysahdistuneisuutta voi suuntaa antavasti arvioida esimerkiksi itsearviointikyselyllä Whiteley-Indeksi (Pilowsky 1967), joita on perinteisesti hyödynnetty osana tutkimusta. Myös muita oireistojen ilmenemiseen liittyviä kognitioita ja tyypillisiä hallintamekanismeja (esim. välttämiskäyttäytymistä) kuvaavia arviointimenetelmiä on käytössä. Niiden käyttöä edellyttää asianmukaista koulutusta ja menetelmään perehtymistä.

**Hoidosta ja kuntoutuksesta seuraava haitta.** Toteutettujen kuntoutustoimenpiteiden vaikuttavuutta voidaan seurata useilla edellä kuvattuihin teemoihin liittyvien tekijöiden muutoksilla. Yhtä keskeistä, kuin tunnistaa tapahtuva myönteinen muutos asiakkaan tilanteessa, on tunnistaa mahdolliset esiintyvät haittatekijät. Niitä voi ilmetä tyypillisimmin asiakkaalla käytössä olevaan lääkitykseen liittyen myös erilaisten psykososiaalisten toimintamallien seurauksena. Esimerkiksi hoidon tai kuntoutuksen kesken jättäminen voidaan arvioida olevan merkki asiakkaalle epäsuotuisasta seurauksesta, jonka tarkempi syy on syytä selvittää. Tässä raportissa kuvaamme (ks. luku 6) lisäksi pitkittyvistä tutkimuksesta ja hoidosta seuraavaa iatrogeenistä (lääkärin aiheuttama tai hoidosta johtuva) haittaa, jonka voi arvioida vaikuttavan asiakkaan/potilaan tulkintoihin tilanteensa vaikeusasteesta. Myös tätä haittaa on syytä seurata osana asiakkaan hoidon ja kuntoutuksen etenemistä.

### 5.3.2 Psykososiaaliset kuntoutusmuodot ja niiden vaikuttavuus

Esitämme seuraavassa kuvaukset eri kuntoutusmuotojen keskeisistä sisällöistä ja toteuttajista tiivistäen tutkittujen toimintamallien tiedot. Kuvaukset eri toimintamalleista ei sovellu yksinään toteutettavan kuntoutuksen ohjeeksi, käsikirjaksi tai vastaavaksi kuntoutuksen rungoksi vaan kuntoutuksen toteuttajalla tulee olla asianmukaisella koulutuksella varmistetut riittävät tiedot ja kliiniset valmiudet, jotka mahdollistavat työskentelyn esitetyistä lähtökohdista. Kuvausten tavoitteena on hahmotella kuntoutusmuotojen yhteisiä sisältöjä yli eri samanlaisia malleja selvittävien tutkimusten. Esitetyillä eri malleilla pyritään tyypillisesti vahvistamaan oireilevan voimavaroja sairautensa kanssa, lisäämään ymmärrystä sairauden taustalla olevista tekijöistä sekä tarjoamaan oireilevalle välineitä hallita tilannettaan ja näitä tavoitteita lähestytään eri viitekehyksissä eri tavoin.



## Kognitiivisen viitekehyksen psykoterapiat

Kognitiivinen käyttäytymisterapia oli yksi tutkituimmista toiminnallisten, eli pitkäaikaisten ja sitkeiden oireiden ja oireyhtymien kuntoutusmuodoista (Kroenke 2007; Hofmann ym. 2012; Sharma ja Manjula 2013; Henningsen ym. 2018b). Terapian tavoitteena oli tunnistaa ja tutkia asiakkaan toiminnan, tunteiden, ajatusten ja oireilun vuorovaikutusta, vahvistaa kehotietoisuutta sekä pyrkiä lisäämään asiakkaan omistajuutta oman tilanteensa hallinnan suhteen muun muassa lisäämällä hänen taitojaan. Lisäksi tavoitteena voi olla ennaltaehkäistä sellaista käyttäytymistä, joka lisää terveyteen liittyvää ahdistuneisuutta. Tyypillisesti toimintamallit sisälsivät 1) fyysisen ylivilittynisyyden hallintaan tähtääviä tekniikoita, 2) aktiivisia ja/tai mielihyvää tuottavien aktiviteettien lisäämistä tai, mikäli asiakkaalla oli taipumusta ylisuorittamiseen, keinoja sen hallintaan, 3) tietoisuuden lisäämistä omien tunteiden vaikutuksesta oireiden voimakkuuteen, 4) terveyden kannalta toimimattomien ajattelumallien tunnistamista ja korvaamista, 5) toiminnallisia altistusharjoituksia sekä 6) puolison tai muun sosiaalisen verkoston psykoedukaation ja tuen potilaalle terveyttä tukevan käyttäytymisen ylläpitoon. Käyntijaksot voivat olla kestoltaan 10–20 käyntikertaa pitkiä (yhden kerran pituus noin 45–60 minuuttia) ja yksilötapaamisten lisäksi voivat sisältää asiakkaan läheisten tai muun sosiaalisen verkoston tapaamisia. Myös käyntimääriltään vähimmistä malleista oli näyttöä, joskin esitettiin, että mitä useampia samanaikaisia sairauksia tai oireistoja asiakkaalla on, sitä todennäköisimmin asiakas hyötyy pidemmistä kuntoutusjaksoista ja/tai kuntoutuksen räätälöinnistä kattamaan samanaikaisten sairauksien sisällöt (Kleinstäuber ym. 2011; Olantunji ym. 2014). Selvityksen perusteella myös ryhmämuotoisesta kuntoutuksesta oli vaikuttavuusnäyttöä (esim. Wortman ym. 2018) joskin hoitomyöntyvyys esitettiin olevan parempi yksilömuotoisissa malleissa (Liu 2018). Niissä tyypillisesti käyntikerrat olivat yksilötapaamisia pidempiä ja voivat sisältää yksilöllisen alkuarvion ennen ryhmän aloittamista. Karkeasti kognitiivisen käyttäytymisterapian voi nähdä poikkeavan kognitiivisesta psykoterapiasta siinä, että pelkässä kognitiivisessa lähestymistavassa kiinnitetään enemmän huomiota yksilön tietoprosessien muuttamiseen. Sen sijaan kognitiivinen käyttäytymisterapia kohdentuu enemmän terveyden ja toimintakyvyn kannalta haitallisten käyttäytymistottumusten muuttamiseen. Niin kutsuttuja kolmannen aallon kognitiivisista menetelmistä (esim. mindfulness sekä hyväksymis- ja omistautumisterapia) löytyi alustavaa vaikuttavuusnäyttöä (esim. Crowe ym. 2016). Näitä menetelmiä tyypillisesti voitiin sisällyttää osaksi terapeuttista kuntoutusta. Kognitiivisen käyttäytymisterapian toteuttamisesta toiminnallisissa oireistoissa niin yksilö-, ryhmä- kuin nettiterapiana oli vaikuttavuusnäyttöä.

## Psykodynaamisen viitekehyksen psykoterapiat

Aikarajallisesta psykodynaamisesta psykoterapiasta oli myös johdonmukaista tutkittua vaikuttavuusnäyttöä (Abbass ym. 2014). Aikarajalliset psykodynaamiset psykoterapiat vastasivat kestoaltaan kognitiivisia malleja niin käyntimäärien kuin niiden pituuden osalta. Niiden alussa voi kognitiivisia malleja vastaten olla psykoedukatiivisia elementtejä ja fokus on luottamuksellisen terapeuttisen vuorovaikutussuhteen luomisessa. Tyypillisesti lyhyessä psykodynaamisessa psykoterapiassa syvennyttiin vahvistamaan asiakkaan kykyä tarkastella oireidensa taustalla olevia tunteita, ristiriitoja ja ongelmia sekä tuettiin hänen kykyään tunnistaa ja ilmaista kehollisiin kokemuksiin yhteydessä olevia tunteita. Työskentelyn tavoitteena rakennetaan yhteyttä aikaisempien kehollisesti kuormittavien elämänvaiheiden sekä nykyisyyden välille, pyrkii tunnistamaan opitut toimimattomat reagoitumallit sekä vahvistamaan kehotietoisuutta. Osana terapiaa voi olla interpersoonallisia tekniikoita, joilla pyrittiin vahvistamaan asiakkaan toimijuutta vuorovaikutussuhteissa, sekä asiakkaan mentalisaatiokykyä, eli kykyä ennakoita omia ja toisen tunnetiloja ja reaktioita sekä säädellä niitä, vahvistavia tekniikoita (Sattel ym. 2012). Näiden tavoitteena oli tukea asiakkaan stressinsäätelytaitoja vahvistamalla hänen kykyä ennakoita ja reagoida eri tilanteissa.

## Etäkuntoutus

Vasta julkaistun katsauksen mukaan näyttöä osin tai kokonaan etäkuntoutukseen pohjautuvista malleista on alkanut kertyä toiminnallisista oireista 2000-luvun jälkipuoliskolla (Vugts ym. 2018). Vuoteen 2007 mennessä julkaistuja tutkimuksia oli vuosittain enimmillään yksi ja vuosina 2013–2015 julkaistuja tutkimuksia oli jo kuudesta seitsemään vuodessa (Vugts ym. 2018). Esimerkiksi tutkijaryhmällä Tanskan Århusin yliopistosairaalan toiminnallisten häiriöiden tutkimus- ja hoitoklinikalla oli käynnissä nettiterapian vaikuttavuutta selvittävä tutkimushanke (ClinicalTrials.gov. 2017).

Etäkuntoutuksessa runsain näyttö tuki internetvälitteisiä kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvia toimintamalleja (nettiterapioita) (van Beugen ym. 2014; Carlbring ym. 2018). Kroonisten somaattisten oireiden ja sairauksien hoitotasapainon ylläpidossa ohjatun internetvälitteisen kognitiivisen käyttäytymisterapian vaikuttavuutta selvittävässä katsauksessa etäterapiamallit, joissa oli huomioitu oireyhtymäkohtaiset tietosisällöt, osoittautuivat tehokkaimmiksi kuin nettiterapiat, jotka yleisesti noudattelivat kognitiivisen käyttäytymisterapian keskeisiä elementtejä (van Beugen ym. 2014). Terapiakesto oli yhteydessä

masennusoireiden lievittymiseen siten, että pidemmät (> 6 viikkoa) hoitomallit havaittiin vaikuttavammiksi (van Beugen ym. 2014). Kokonaiskestoltaan eri pituisissa interventioissa ei havaittu merkittäviä eroja, mutta keston trendin (kesto 7–10 viikkoa) yhteyttä vaikuttavuuteen on esitetty (Vugts ym. 2018). Lisäksi oli esitetty, että pitkäkestoisuus voi vaikuttaa suunniteltua ennenaikaisempaan keskeyttämiseen (Vugts ym. 2018). Verrattuna perinteisesti toteutettuun kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan ei nettiterapian vaikuttavuuden efektkoko poikennut toteutusmuotojen välillä riippumatta siitä, oliko kyseessä somaattisesti tai psyykkisesti ilmenevä sairaus tai oireisto (Carlbring ym. 2018). Toistaiseksi ei myöskään ole näyttöä siitä, onko jokin tietty niin sanotusti kolmannen aallon kognitiivisen psykoterapian lähestymistapa (esim. mindfulness tai hyväksymis- ja omistautumisterapia) tehokkaampi kuin toinen nettiterapiana toteutettu lähestymistapa tai perinteisesti toteutettu kognitiivinen käyttäytymisterapia (Vugts ym. 2018).

Tyypillisesti etäkuntoutukseen perustuviin malleihin oli integroitu etäterapeutin yhteydenpito esimerkiksi säännöllisillä yhteydenotoilla tekstiviestitse, puhelimitse tai sähköpostitse. Sen on havaittu vahvistavan hoitoon sitoutumista ja lisäävän intervention vaikuttavuutta (Mohr ym. 2011) jopa niin, että etäterapeuttiin muodostuva myönteinen suhde vahvisti vaikuttavuutta (Pihlaja ym. 2017). Toistaiseksi yhteydenpidosta etänä toimivan terveydenhuollon ammattihenkilön ja asiakkaan välillä toiminnallisten häiriöiden hoidossa oli rajoitetusti ja osin ristiriitaistakin näyttöä (van Gils ym. 2016; Vugts ym. 2018). Van Gils ym. (2016) arvioivat toiminnallisten oireiden omahoitoa käsittelevässä katsauksessaan, että etäterapeutin/ammattihenkilön merkitys hoidon tuloksen kannalta oli keskeinen erityisesti häiriöissä, joissa potilaalla ei sairauteen liittyvistä tekijöistä johtuen ole voimavaroja omahoidon aktiiviseen toteuttamiseen (esim. masennustilassa). Toisaalta Vugts ym. (2018) havaitsivat, että sairausryhmästä riippumatta myönteinen hoitosuhde oli merkityksellinen myös toiminnallisissa oireistoissa vaikuttavuuden lisäämisessä. Vaikuttavuusnäyttö puhtaasti omaan aktiivisuuteen ja itseohjautuvuuteen perustuvista toimintamalleista oli toistaiseksi puutteellista (Ebert ym. 2018).

Van Gils ym. (2016) esittivät, että perinteisesti toteutetut psykologiset hoitomuodot saattavat suosia potilaita, joilla on ennalta motivaatiota tai valmiuksia somaattisten ja psyykkisten tekijöiden vuorovaikutusta tarkastelevien interventioiden kokeilemiseen. Tällöin etäkuntoutusmallit saattoivat tavoittaa oireilevia, joilla suhde oireistoonsa ja tyypillisiin interventiomuotoihin on kompleksisempi (van Gils ym. 2016). Käytännössä voi arvioida, että etäkuntoutuksessa potilaan aikaisemmat kokemukset ongelmallisista

vuorovaikutustilanteista terveydenhuollossa eivät välttämättä aktivoidu etäyhteyden tukiessa sekä ammattihenkilön että potilaan tunteiden johtamista. Siten monet käytännön tekijät tukevat etäkuntoutusmenetelmien tarjontaa toiminnallisesti oireileville henkilöille.

### Taideterapia, fysioterapia sekä muut muodot

Systemaattisesta hausta huolimatta vaikuttavuusnäyttöä erilaisista fyysistä tai arjessa selviytymistä tukevista kuntoutusmalleista (esim. fysioterapia, psykofyysinen fysioterapia, toimintaterapia) ei löydetty. Taideterapeuttisista menetelmistä löytyi yksi systemaattinen katsaus, jonka perusteella taideterapeuttisista menetelmistä kertynyt näyttö oli kuitenkin heikkoa.

Systeemiseen ajatteluun nojautuvista psykoterapeuttisista toimintamalleista löydettiin näyttöä pitkittyvien ja sitkeiden toiminnallisten oireistojen hoidossa ja kuntoutuksessa (Pinquart ym. 2016). Tässä lähestymistavassa oireilun ilmenemistä tarkastellaan suhteessa siihen sosiaaliseen ympäristöön, jossa yksilö elää. Tässä lähestymistavassa on mukana sosiaalisen kuntoutuksen elementtejä. Yksilön kannalta keskeiset läheiset kuten perheenjäsenet tai puoliso ovat mukana hoidon ja kuntoutuksen toteuttamisessa. Tavoitteena on aktivoida sosiaalisen verkoston voimavaroja ja toisaalta muuttaa niitä vuorovaikutus- ja toimintamalleja, jotka vaikuttavat yksilön oireiden jatkumiseen. Vaikka näyttöä oli muihin edellä esitettyihin psykoterapiamuotoihin nähden rajatummin, voi systeeminen lähestymistapa tarjota uudenlaisia mahdollisuuksia oireilevan hoidon ja kuntoutuksen tarkasteluun sen tehdessä näkyväksi ne vuorovaikutusverkostossa ilmenevät haasteet, jotka ylläpitävät häiriötä.

### 5.3.3 Kuntoutujan ja ammattilaisen näkökulmia yhteistyön rakentumiseen

Kansallisen ja kansainvälisen sekä näyttöön perustuvien kartoitusten lisäksi selvitimme, täydentääkö laadullinen tutkimus aikaisemmista selvityksistä syntynyttä kuvaa kuntoutumisesta. Psykoterapiatutkimuksessa jo pitkään keskeiseksi hoidon tulosta ennustavaksi tekijäksi tunnistettu vuorovaikutussuhde asiakkaan/potilaan ja hoitavan henkilön välillä ja toisaalta turvalliseksi koettu hoitoympäristö olivat nostettu keskeisiksi hoidon ja kuntoutumisen elementeiksi myös toiminnallisissa häiriöissä (Peters ym. 2009; Heijmans ym. 2011). Asiantuntija-arvioihin perustuva laadullinen tutkimus korosti yleisiä kuntoutujan ja ammattihenkilön välisiä vuorovaikutustekijöitä ja menettelytapoja toiminnallisten häiriöiden hoidossa ja kuntoutuksessa enemmän kuin yksittäisiä menetelmiä per se (Heijmans ym. 2011). Ongelmana tutkijat

havaittivat kuitenkin vuorovaikutustekijöitä ja yleisiä interventioita ja vuorovaikutustapoja (esim. myönteisten odotusten vahvistaminen tuen ja psykoedukaation kautta) koskevan tutkimuksen tarkkarajaisuuden puutteen ja puutteellisesti toteutetun menetelmien käsitteellistämisen. Hyvin määritellyistä menetelmistä kognitiivinen käyttäytymisterapia sekä siihen perustuvat menetelmät oli arvioitu asiantuntijoiden keskuudessa hyväksi. Kuitenkin niissäkin tunnistettiin se, ettei spesifejä vaikuttavia tekniikoita voida erotella vähemmän vaikuttavista. (Heijmans ym. 2011.) Peters ym. (2009) selvittivät laadullisessa analyysissään vuorovaikutussuhteessa ilmenevien esteiden vaikutusta potilaan lääkärille kertomiin narratiiveihin tilanteestaan. He havaitsivat, että tasapainoilu potilaan kokeman tilanteen kompleksisuuden ja toisaalta liiallisten lääkärin tekemien yksinkertaistusten välillä johti potilaan muokkaamaan kertomustaan. Vastaavasti potilaat kokivat, että psykososiaalisten tekijöiden tuominen mukaan keskusteluun leimasi heidän kaikki kokemuksensa pelkästään psykososiaalisista tekijöistä johtuviksi. Pelko lääkärin dualisiteesta näkökulmasta (oire on seurausta vain somaattisista tai vain psyykkisistä tekijöistä) johti potilaiden valitsemaan kertomuksen, jossa psykososiaalisia tekijöitä ei vastaanotolla esitetty. Toisaalta työskentelysuhteen muodostuminen riittävän turvalliseksi tuki intiimeiden psykososiaalisten asioiden käsittelyä. (Peters ym. 2009.)

Laadullisilla tutkimuksilla oli pyritty myös täydentämään potilaan näkökulmaa kokemistaan oireista sekä kokemuksistaan terveydenhuoltojärjestelmässä. Analysit osoittivat, että toiminnallisesti oireilevat ovat heterogeeninen ryhmä potilaita, joiden kokemusten, tarpeiden sekä erilaisten tulkintatapojen huomioiminen auttaa räätälöimään hoitoa ja kuntoutusta sen tarpeenmukaiseksi kohdentamiseksi. Esimerkiksi potilaiden tavassa tulkita ja selittää oireitaan oli eroja, jotka vaikuttivat niiden esilletuloon terveydenhuollossa (Dwamena ym. 2009). Tekijät, kuten kehotietoisuuden ja itsehavainnointikyvyn aste olivat yhteydessä siihen, miten voimakkaasti potilas haki terveydenhuollosta tukea ja selitystä oireilleen. Vastaavasti voimakas koettu huoli oireista yhdistyi jopa liialliseen hoidontarpeeseen ja vaativuuteen. (Dwamena ym. 2009.) Paitsi vaikuttavan hoidon ja kuntoutuksen kannalta, myös potilaan identiteetin ja minäkuvan rakentumisen kannalta pidettiin tärkeänä kykyä tunnistaa tekijät, jotka toiminnallisessa oireilussa vaikuttavat itsestä syntyvään kuvaan (Nettleton 2006; Finell ym. 2018). Tutkijat esittävät, että kiistelyyn sairaudenkuvaan voi liittyä kielteisiä identiteettivaikutuksia, jotka ilmenevät myös potilaalla käytössä olevissa hallintakeinoissa. Esimerkiksi pyrkimys kuvata itseään ja sairauttaan aktiivisuuden ja toiminnan kautta voi heijastella kokemusta välttyä leimatuksi tulemiselta ja kielteiseltä itseä koskevalta pa-

lautteelta (Finell ym. 2018). Oirelevien kuvauksista tuli myös esille kokemus heihin kohdistuvasta moralisoinnista, mikäli he eivät toistuvasti tuoneet esille parantumispyrkimyksiä (Nettleton 2006). Tämän voi arvioida heijastuvan oireilevan tapaan tuoda toistuvasti esille käytännön toimintamalleja oireilun hallitsemiseksi, kuten oireita aiheuttavan tilanteen välttäminen (Finell ym. 2018). Nämä laadulliset tekijät heijastelivat oireilevien monitahoisia kokemuksia paitsi terveydenhuollossa, mutta myös sosiaalisissa verkostoissa ja edellyttävät kuntoutusprosessiin osallistuvilta erityistä herkkyyttä tunnistaa asiakkaan aikaisempien kokemusten vaikutus asiakkaan esille tuomaansa tilanteeseen.

#### 5.3.4 Työssä jatkamista tukevat tekijät

Seuraavaksi esitetään keskeiset työssä jatkamiseen ja työhön paluuseen sairausloman jälkeen vaikuttavat tekijät.

Koetut ja taustaltaan selittämättömät terveysongelmat olivat yleinen syy sairauspoissaoloihin ja joissakin tutkimuksissa havaittiin jopa yleisimmiksi kuin esimerkiksi masennukseen tai ahdistukseen liittyvät poissaotot (Hoedeman ym. 2009; Aamland ym. 2012). Toiminnallisten oireistojen vaikeusaste oli yhdistetty myös työhön paluun todennäköisyyteen siten, että oireistojen vaikeutuessa myös työhön paluun todennäköisyys heikkeni (Hartzell ym. 2013; Hoedeman ym. 2013). Suomalaisessa julkisen sektorin työpaikkoja koskevassa tutkimuksessa selvitettiin työhön paluuseen vaikuttavia tekijöitä työntekijöillä, jotka olivat mielenterveyssyistä sairauslomalla (Mattila-Holappa ym. 2017). Tutkimuksessa havaittiin, että ne työntekijät, joilla oli masennushäiriö, palasivat epätodennäköisemmin sairauslomalta töihin kuin he, joilla oli stressiin liittyvä tai somatoforminen häiriö eikä ikä vaikuttanut somatoformisen häiriön johdosta sairauslomalta työhön paluuseen (Mattila-Holappa ym. 2017). Sen sijaan selvitettäessä sairauspoissaolojen pitkittymiseen vaikuttavia tekijöitä pelkästään toiminnallisesti oireilevilla oli havaittu, että toiminnallisten oireiden vaikeusaste, työntekijän ikä sekä terveysahdistuneisuuden yhteisilmenevyys heikensivät kynnystä kokea kuormittuneisuutta, joka yhdistettiin pitkittyneisiin sairauspoissaoloihin (Hoedeman ym. 2010a). Lisäksi Hoedeman ym. (2013) havaitsivat tutkimuksessaan, että vaikeasti toiminnallisesti oireilevilla on enemmän kuormitustekijöitä liittyen psyykkisiin mutta myös toimeentuloon liittyviin tekijöihin.

Työhön paluuta ennustavina tekijöinä oli tunnistettu paitsi kuntoutustoimenpiteiden määrä myös konkreettinen yhteistoiminta kuntoutujan työn muokkauksessa työpaikkojen kanssa. Tutkimukset osoittivat,

että pitkäaikainen, krooninen oireilu ja siihen liittyvät sairauspoissaolot johtivat herkemmin työstä erottamiseen ja erityisesti huono suhde työnantajan ja työntekijän välillä oli yhteydessä työsuhteen päättämiseen (Hoedeman ym. 2010a). Mikkelsen ja Rosholm (2018) havaitsivat työhön paluun tukitoimia selvittävässä systemaattisessa katsauksessaan, että erityisesti yhteistyö työpaikan kanssa ennusti työhön paluun onnistumista. Näyttöä oli kertynyt myös portaittaisen työhön paluun malleista sekä useamman kuin yhden työhön paluun tukitoimen sisällyttämisestä työhönpaluusuunnitelmaan (Mikkelsen ja Rosholm 2018).

Vaikka näyttöä spesifisti toiminnallisten oireiden vaikuttavista työhön liittyvän kuntoutuksen toimenpiteistä oli rajoitetusti, voidaan kuntoutuksen keskeiset tekijät jakaa moniammatilliseen kuntoutussuunnitelmaan yhdistettynä konkreettiseen yhteistyöhön työn muokkaamisessa työpaikan kanssa. Arvioitaessa sairausloman tarvetta ja kestoa on lisäksi hyvä huomioida, että työntekijän odotukset pitkästä sairauslomasta sinänsä tai työhön liittyvät mielikuvat, kuten terveysongelmien yhdistäminen työhön liittyviin tekijöihin ennustivat heikkoa työhön paluuta (Heijbel ym. 2006; de Wit ym. 2018). Lisäksi toiminnallisesti oireilevalla kuntoutumista tukeva heikko sosiaaliturva oli havaittu lisäävän sairauteen liittyvää kuormituneisuutta (Hoedeman ym. 2013). Näiden tekijöiden tunnistaminen ja käsitteleminen yhdessä oireilevan kanssa voivat tukea kuntoutumisen tiellä olevien tekijöiden tunnistamista.

## 6 Yhteenveto

Tähän kartoittavaan selvitykseen olemme koonneet toiminnallisten oireistojen ja häiriöiden kuntoutusmuotoja koskevaa tieteellistä näyttöä sekä kliiniseen ammattikäytäntöön ja näyttöön perustuvia käytäntöjä kansallisesti sekä linjauksia valituista kohdemaista kansainvälisesti.

Keinot toiminnallisten häiriöiden hoidoksi ja kuntoutukseksi noudattelivat psykososiaalisia hoito- ja kuntoutusmalleja, joissa yksilön omat tavoitteet ja osallisuus kuntoutumisen toteutuksessa olivat keskiössä. Tutkimuksen perusteella potilaat hyötyivät kuntoutuksesta, jossa asianmukaisten somaattisten selvitysten lisäksi tuettiin terveystyöskäytymistä psykososiaalisin menetelmin (Schaefer ym. 2012; van Dessel ym. 2014). Satunnaistetuista hoitotutkimuksista tehdyissä systemaattisissa katsauksissa on jo aiemmin

esitetty, että oirehallintaa ja adaptiivisia merkityksenantostrategioita tukeva kognitiivinen käyttäytymisterapia on vaikuttavaa potilaiden oireiden hallinnassa: 71 % potilaista hyötyi hoidosta kontrolleihin nähden (esim. Kroenke 2007; Sumathipala 2007).

Tämän selvityksen perusteella Suomessa tunnustetaan toiminnallisia oireistoja ja häiriöitä laaja-alaisesti terveydenhuollon eri tasoilla. Vastaajien arviot oireistojen määrästä kuitenkin vaihtelivat suuresti. Tätä vaihtelua voi selittää esimerkiksi eri erikoisalokohtaiset ja muut toiminnallisten häiriöiden määritelmät ja painotukset, mutta myös tunnistamiseen liittyvät tekijät sekä eriävät näkemykset oireiden syistä ja taustasta. Vastausten perusteella toiminnallisissa häiriöissä kuntoutustarpeen ja työ- ja toimintakyvyn arvioinnin lisäksi erilaisia hoito- ja kuntoutusinterventioita toteutettiin terveydenhuollon eri tasoilla niin yksilö- kuin ryhmäinterventioina. Toisaalta useimmiten henkilöillä, jotka olivat kuntoutuksen piirissä, oli jokin muu samanaikainen sairaustila. Hoidon ja kuntoutuksen vaikuttavuutta ei seurattu systemaattisesti. Vastauksissa nousi esille tarpeita osaamisen lisäämiseen sekä yhtenevien toimintatapojen ja hoitopolkujen puuttuminen toiminnallisten häiriöiden hoito- ja kuntoutustoimissa.

Suomessa terveydenhuollon toimijoille suunnatuissa Käypä hoito -suosituksissa oli tunnustettu toiminnallisten oireiden/oireistojen ilmeneminen ja monitekijäisyys erityisesti kiputiloissa (esim. Käypä hoito -suositus 2015; 2017a; 2017b) sekä unettomuudessa (Käypä hoito -suositus 2017c). Suositukset pyrkivät huomioimaan kokonaisvaltaisesti oireistojen monitekijäisyyden sekä lääkkeettömät vaihtoehdot potilaan hoidossa ja kuntoutuksessa. Itsenäistä Käypä hoito -suositusta kokoavasta käsitteestä toiminnalliset häiriöt ei ollut saatavilla.

Viime vuosina muissa maissa oli julkaistu useita kansallisia suosituksia toiminnallisten oireistojen ja häiriöiden hoidosta ja kuntoutuksesta sekä spesifimmin yksittäisten oireyhtymien hoidosta: Alankomaiden sekä Saksan moniammatilliset suositukset, Iso-Britannian ohjeistus terveydenhuollon ammattihenkilöille sekä tanskalaiset yleislääkäreille ja perusterveydenhuollolle suunnatut suositukset. Näistä Alankomaiden, Saksan sekä Tanskan suosituksissa huomioitiin näytönaste. Ruotsissa on tekeillä suositukset toiminnallisille häiriöille. Lisäksi sisällytimme kartoitukseen näkökulmia muiden maiden hoito- ja kuntoutuskäytännöistä perustuen spesifien häiriöiden, toimintayksiköiden tai ammattihenkilöryhmien itselleen laatimiin suosituksiin. Käytännössä yllä mainittujen maiden lisäksi hoito- ja kuntoutuskäytännöt vaihtelivat maittain ja jopa toimintayksiköittäin. Pohjoismaissa (Ruotsi, Norja) muut pohjoismaat (Tanska) toimivat esimerkkinä hoitopolkujen järjestämiselle. Näyttöön perustuvien kuntoutusmenetelmien lisäksi



suositukset alleviivasivat ammattihenkilön ja asiakkaan/potilaan vuorovaikutussuhteen merkitystä hoidon ja kuntoutuksen onnistumiselle ja antoivat suosituksia vuorovaikutuksen kehittämiseksi sekä selitysmallien tarjoamiseksi oireistoille. Kunkin hoitosuosituksen (Saksa, Hollanti, Tanska) mukaan portaittainen hoidon ja kuntoutuksen rakentuminen perustasolta erikoissairaanhoidon erikoisyksiköihin oli keskeistä katkeamattoman ja asiakkaan oireiden vaikeusasteen huomioivan toimintamallin toteutumiseksi. Portaittain rakentuvassa hoidossa keskeisinä vaikeusastetta määrittelevinä tekijöinä olivat oireiden vaikeusaste ja kesto, vaikutukset työ- ja toimintakykyyn, psykososiaaliset kuormitustekijät, psyykkiset, samanaikaisesti ilmenevät oireet sekä potilaan/asiakkaan lääkäri-potilasvuorovaikutuksessa kokemat haasteet. Moniammatillisen yhteistyön lisäämistä suositeltiin kullakin hoidon ja kuntoutuksen portaalla suoraan asiakkaan kanssa tapahtuvassa yhteistyössä kuten myös hänen hoidosta ja kuntoutuksesta ensisijaisesti vastaavan ammattihenkilön työnohjausta ja konsultointimahdollisuuksia. Suomen kaltaisesti myös Euroopan tasolla on tunnistettavissa eri erikoisalokohtaiset ja muut toiminnallisten häiriöiden määritelmät ja painotukset. Niiden voi arvioida vaikeuttavan näyttöön perustuvien menetelmien integrointia kliiniseen perustyöhön (ks. myös Kohlmann ym. 2018)

Systemaattisesti koottua tutkimusta toiminnallisten oireistojen kuntoutuksesta eri terveydenhuollon tasoilla oli kertynyt huomattavasti. Vaikuttavuusnäyttö terveydenhuollon perustason tehostetun toiminnan, kuten yleislääkärin toteuttaman ajatusmallien uudelleenarvioimisen tai hänelle tarjotun konsultoinnin, vaikutuksesta potilaan voinnin muutokseen oli heikkoa ja on esitetty, että toiminnallisesti oireilevat hyötyisivät intensiivisemmästä kuntoutuksesta (Hoedeman ym. 2009; Rosendal ym. 2013a). Sen sijaan tehostetun toiminnan ja siihen liittyvän koulutuksen arvioidaan vaikuttavan perustason toimijoiden ymmärrykseen ja asenteisiin toiminnallisista oireista. Siten, vaikka näyttöä perustason toiminnan tehostamisesta potilaan tilanteeseen vielä tarvitaankin, voidaan suositella perustason, pääasiassa lääkärin tai työterveyslääkärin toimivan potilaan hoidon ja kuntoutuksen koordinaattorina. Näin tavoitteena on taata sekä tarkoituksenmukaisten kuntoutusmenetelmien hyödyntäminen, että niiden integroituminen osaksi potilaan kuntoutussuunnitelmaa ja työssä jatkamisen tai sinne paluun suunnitelmaa. Selvityksen perusteella hoidon ja kuntoutuksen porrastaminen sekä integroidun hoidon mallit ovat perusteltuja pitkäkestoisesti ja sinnikkäästi oireilevilla potilailla.

Monet tutkimukset kiinnittivät huomiota siihen, että diagnostiikan tueksi käytettävät testaukset (esim. kuvantaminen tai laboratoriotestaukset) voivat pitkittyessään vaikeuttaa oireilua (Hayward 2003;

van Ravesteijn ym. 2012). Lisäksi kansainvälisissä hoitosuosituksissa oli erikseen kiinnitetty huomiota tehtävien lääketieteellisten tutkimusten vaikutukseen muodostaa noidankehä, joka tukee asiakkaan sairauskäyttäytymistä (van Ravesteijn ym. 2012; Hartman ym. 2013). Siten tutkimus- ja kuntoutuspolkua suunniteltaessa tulisi alusta alkaen kiinnittää huomiota tehtyjen hoitoa ja tutkimusta koskevien valintojen vaikutukseen asiakkaan tilaan. Psykoterapioista ei näytön perusteella sen sijaan ole osoitettu olevan haittaa kuntoutujalle (esim. van Dessel ym. 2014).

Arvioitaessa potilaan terveydenhuoltoon liittämiä kokemuksia on tärkeää huomata, että hyvän vuoro-vaikutussuhteen rakentuminen on tulos sinänsä (Peters ym. 2009). Epätarkoituksenmukaiset ja jopa haitalliset tutkimus-, hoito ja kuntoutustoimenpiteet voivat lisätä potilaan kokemaa terveydellistä epävarmuutta ja vaikuttaa kielteisesti tämän (sairaus-)identiteetin rakentumiseen. Arvioitaessa hoidon tuloksia on siten hyvä kiinnittää huomiota siihen, onko potilaan ja tätä hoitavan tai kuntouttavan ammattihenkilön välille syntynyt suhde, joka tukee tavoiteltavan muutoksen toteutumista (ts. hoito- tai kuntoutustuloksen saavuttamista).

Kuntoutuksen ja laajemmin terveys- ja sosiaalihuollon tukitoimien kehittämisessä on keskeistä arvioida toiminnallisten häiriöiden yhteiskunnalle aiheuttamia todellisia kustannuksia. Tässä kartoituksessa aikaisemmin esiteltyjen kansainvälisten tutkimusten ja esimerkiksi Schröder ym. (2017) perusteella on perusteltua esittää, että hoitamatta jättämisestä seuraa paitsi terveydenhuoltojärjestelmälle myös välillisesti työnantajille ja yhteiskunnalle huomattavat ja vaikuttavien kuntoutustoimenpiteiden hintaan nähden selkeästi suuremmat kustannukset.

Tutkimusta kuntoutusmuotojen kustannusvaikutuksista sekä toiminnallisista häiriöistä välillisesti syntyvistä kustannuksiin on rajatummin verrattuna pelkästään kuntoutuksen vaikuttavuudesta oleviin kat-saustasoiisiin tietoihin. Schröder ym. (2017) selvittivät tuoreessa kognitiivista käyttäytymisterapiaa kontrollihoitoon vertaavassa tutkimuksessaan myös kustannusvaikuttavuutta (ks. myös Konnopka ym. 2012). He havaitsivat, että lähtötilanteessa kognitiivinen käyttäytymisterapia tuli asiakasta kohden kalliimmaksi kuin tavanomainen toiminnallisten häiriöiden hoito- ja kuntoutus perustasolla. Kuitenkin verrattaessa toiminnallisiin häiriöihin epäsuorasti liittyviä kustannuksia (sairauspoissaolot, työttömyys, työkyvyttömyyseläkkeet) sekä terveydenhuoltopalveluiden käyttökustannuksia havaittiin, että kognitiivisen käyttäytymisterapiaa saaneiden kohdistuneet yhteiskunnalliset kustannukset jäivät noin

7 000 euroa pienemmiksi kuin tavanomaista hoitoa saaneiden kustannukset kolmen vuoden seurannassa. (Schröder ym. 2017.) Lisäksi ryhmämuotoisten toimintamallien arvioitiin olevan yksilömuotoisia kustannustehokkaampia (Wortman ym. 2018). Tulosten pohjalta on perusteltua esittää intensiivisen ja hetkellisesti kustannuksiltaan kuormittavan psykoterapian integroimista osaksi pitkäaikaisten ja sitkeiden oireiden ja oireyhtymien hoito- ja kuntoutuspolkua pitkäaikaiskustannusten pienentämiseksi.

Kustannustehokkuuden lisäksi kognitiivisen käyttäytymisterapian käyttöä toiminnallisten häiriöiden hoidossa tukee Cooper ym. (2017) systemaattisessa katsauksessaan esittämät havainnot kyseisen terapia-  
muodon vaikuttavuudesta sairauden subkliinisessä vaiheessa eli kroonistumisen ennaltaehkäisyssä. Heidän mukaansa myös potilaat, joiden oireistossa ilmenee viitteitä toiminnallisiin oireisiin vaikuttavista tekijöistä voivat hyötyä kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan pohjautuvasta kuntoutuksesta.

Kelan kuntoutuksen näkökulmasta systemaattiseen näyttöön sekä eri maiden hoito- ja kuntoutussuosi-  
tuksiin perustuva tieto toiminnallisten häiriöiden kuntoutuksesta voidaan esittää seuraavasti:

- i) Vaikuttavuusnäyttöä psykososiaalisten hoito- ja kuntoutusmallien käytöstä toiminnallisissa häiriöissä niihin perehtyneiden asiantuntijoiden toteuttamana oli paljon.
- ii) Näyttö tuki johdonmukaisesti erilaisia kognitiivisiin ja kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmiin perustuvia malleja.
- iii) Osin tai kokonaan etäkuntoutuksena toteutuvista malleista, esimerkiksi nettiterapioista, oli enenevästi näyttöä.
- iv) Systemaattista näyttöä ei ollut fysioterapiaan, tai taideterapeutisiin menetelmiin perustuvista malleista.
- v) Yksittäisten menetelmien integroituminen osaksi hoito- ja kuntoutusjärjestelmää tuki niiden vaikuttavuudesta kertyvän tiedon karttumista.
- vi) Systemaattisesti vaikuttaviksi arvioiduista psykososiaalisista kuntoutusmalleista on näyttöä myös niiden kustannustehokkuudesta.

## 6.1 Millaista kuntoutusta ja siihen liittyvää osaamista tarvitaan

Tämän kartoittavan selvityksen perusteella on ilmeistä, että toiminnallisten oireistojen ja häiriöiden kuntoutustoimet edellyttävät laajaa eri toimijoiden välistä yhteiskehittämistä. Tunnistimme useita vaikuttavaksi havaittuja kuntoutusmalleja. Niihin ohjautuminen edellyttää kuitenkin alkuarviota, jossa kartoitetaan kuntoutujan käytännön mahdollisuuksia, motivaatiota ja soveltuvuutta kyseiseen kuntoutusmuotoon. Alkuarvio, kuntoutumisen etenemisen seuranta sekä hyvinvoinnissa tapahtuvien muutosten seuranta kuntoutuksen päättymisen jälkeen edellyttää terveydenhuollon ammattihenkilöstöltä yhteisiä kriteerejä. Niiden perusteella voidaan myös arvioida toteutettujen kuntoutustoimien vaikuttavuutta. Yhteiskehittämisen kohteena tulisikin määritellä keskeiset toimijat eri hoidon ja kuntoutuksen vaiheissa esimerkiksi vastaten pitkälle kehitettyjen portaittaisten hoitopolkujen malleja (esim. Saksa, Hollanti).

Asiakkaan tilanteen arviointi ja kuntoutuksen suunnittelu edellyttävät terveydenhuollon ammattihenkilöstöltä osaamista sekä yhtenäisiä hoidon ja kuntoutuksen käytäntöjä. Yhtenevän terminologian puutteet voivat johtaa tilanteeseen, jossa asiakkaan/potilaan tilanteen hallinta jakautuu eri toimijoille ilman, että kokonaiskoordinaatiota on kenelläkään. Näiltä osin onkin tärkeää selvittää kansallisten hoito- ja kuntoutuslinjausten määrittelemistä tukemaan yksittäisten toimijoiden työskentelyä asiakkaan tilanteen kannalta oikeaan suuntaan. Yhtenevä terminologia auttaa myös muodostamaan tarkempia arvioita toiminnallisista oireyhtymistä seuraavista hyvinvointi- ja tuottavuusmenetyksiin liittyvistä kustannuksista kansallisesti.

Toistaiseksi suomalaisessa järjestelmässä ei tueta riittävästi ammattihenkilöstön valmiuksia toiminnallisten oireistojen ja häiriöiden arviointiin sekä hoidon ja kuntoutuksen suunnitteluun. On tärkeää huomata, että tutkimuksen perusteella on enenevästi näyttöä siitä, että tiettyjen menetelmien käyttöön spesifisti koulutettujen ammattilaisten (esim. psykoterapeuttien) antama hoito ja kuntoutus ovat vaikuttavampaa kuin samoja viitekehyksiä ja tekniikoita hyödyntävien kouluttamattomien henkilöiden antama hoito ja kuntoutus (Kleinstäuber ym. 2011; Gerger ym. 2015). Tiedollisten valmiuksien lisäksi on alustavaa näyttöä siitä, että ammattihenkilöstön omat yksilölliset taipumukset saattavat vaikuttaa tehtyihin hoito- ja kuntoutusratkaisuihin. Linton ym. 2002 osoittivat tutkimuksessaan kroonista kipua hoitavilla lääkäreillä ja fysioterapeuteilla, että heidän taipumuksensa pelko-välttämiskäyttäytymiseen lisäsi riskiä passiivisten hoitoratkaisujen (esim. sairausloma) valintaan aktiivisuutta tukevien ratkaisujen sijaan. Näiden tutkimustulosten perusteella terveydenhuollon ammattihenkilöstön paitsi tiedollisiin ja taidollisiin mutta myös

yksilöllisiin valmiuksiin tulee kiinnittää huomiota hoito- ja kuntoutuskäytäntöjä suunniteltaessa. Ammatihenkilöstö voi hyötyä tiedollisen koulutuksen ohella esimerkiksi työnohjauksesta tukemaan omien vaikuttimien esille tuloa ja vahvistamaan työssä jaksamista.

Niissä maissa, joissa on edetty joko kansallisten hoitosuosituksen laatimiseen tai julkaisemiseen tai toteutettu suppeampia ammattiryhmä- tai oireyhtymäkohtaisia hoitosuosituksia, on erityisesti kiinnitetty huomiota terveydenhuollon toimijoiden ja asiakkaan/potilaan välisen vuorovaikutuksen rakentumiseen. Tämän voi nähdä heijastavan ymmärrystä toiminnallisesti oireilevan kokemasta vaikeudesta saada tarvitsemaansa tukea ja toisaalta tahtoa kehittää terveydenhuoltohenkilöstön valmiutta kohdata kiistelystä oireyhtymistä kärsiviä potilaita.

## 6.2 Tulosten sovellettavuus Kelan kuntoutuksessa

Tämän selvityksen perusteella näyttöä on niin perinteisistä psykososiaalisista sekä etäkuntoutuksena toteutettavista kuntoutusmalleista. Niitä voidaan toteuttaa perustason avohoidossa tai esimerkiksi ostopalveluina yksityisiltä palveluntuottajilta. Vastaavista palveluiden toteutusmuodoista Kelan järjestelmässä on sinänsä jo runsaasti kokemusta. Toiminnallisten häiriöiden osalta on kuitenkin syytä arvioida yksittäisten menetelmien tai toimintamallien käyttöönottoa, mikäli hoito- ja palvelujärjestelmässä ei muuten tapahdu edellisessä kappaleessa kuvattua yhteiskehittämistä. On tärkeä tiedostaa, ettei irrallisilla menetelmillä pysyvästi paranneta pitkäaikaisesti toimintakykyä heikentävästä oireistosta kärsivän elämänlaatua. Vähintään yhtä tärkeää kuin vaikuttavaksi todetut menetelmät, on kyetä tunnistamaan, miten terveydenhuolto ja kuntoutusjärjestelmä vahvistavat kuntoutujan sitoutumista ja millaisia esteitä kuntoutuja kohtaa yrittäessään saavuttaa optimaalisen terveydentilan. Siten hoitoon sitoutumisen tukeminen ja sen esteiden tunnistaminen ovat keskeinen osa kuntoutuskäytäntöjen implementointia. Tätä tukee muun muassa kuntoutuksen aikana varmistettava, erityisesti ammatillisen kuntoutuksen yhteydessä, tiivis yhteistyö hoitavan tahon kanssa, kuten tuetun työllistymisen mallissa.

Palveluiden saatavuuden näkökulmasta on erikseen huomioitava etäkuntoutusmallit. Näyttöä eri mielenterveyshäiriöiden etäkuntoutuksesta hoidoista on huomattavasti ja myös toiminnallisten häiriöiden osalta enenevästi. Etäkuntoutuksen toteuttaminen Suomen kaltaisessa maassa, jossa välimatkat palve-

lun tarjoajan ja asiakkaan välillä voivat muodostua palveluiden saamisen esteeksi, on perusteltua asiakkaan yhdenvertaisuuden toteutumisen turvaamiseksi. Myös Euroopan psykologiyhdistysten liitto suosittelee internet- ja älypuhelinavusteisten interventioiden käyttöönottoa osaksi tavanomaista potilaiden hoitoa ja kuntoutusta turvaamaan näyttöön perustuvien menetelmien saatavuutta (Ebert ym. 2018). Näyttöä etänä toteutettujen menetelmien vaikuttavuudesta on kertynyt paitsi hyvin tunnistettujen somaattisten sairauksien mutta myös luonteeltaan toiminnallisten oireistojen hallinnassa (van Beugen ym. 2014). Siten paitsi etäkuntoutusmuodoista saatavilla oleva näyttö, myös niiden saatavuus ja käytettävyys asiakkaan näkökulmasta suosivat näiden mallien tutkimista ja kehittämistä toiminnallisesti oireileville.

### 6.3 Rajoitukset

Tämän kartoittavan selvityksen tavoitteena oli muodostaa kattava kuva erilaisista tutkimusnäyttöön perustuvista menetelmistä toiminnallisten oireistojen ja häiriöiden hoidossa ja kuntoutuksessa. Laajasta hakustrategiasta huolimatta emme löytäneet näyttöä erilaisista fyysistä tai taideterapeuttisista menetelmistä. Puutteen taustalla saattaa olla erilaiset tutkimusmetodologiset tekijät, mikäli esimerkiksi taideterapeuttisista menetelmistä ei ole satunnaistettuihin, kontrolloituihin seurantatutkimuksiin perustuvaa näyttöä tai näyttö on rajoittunutta yksittäisiin tutkimuksiin. Toisaalta esimerkiksi Cochrane-tietokantaa selaamalla yksittäisillä oireryhmää koskevilla hakusanoilla (esim. chronic pain, fibromyalgia tai chronic fatigue syndrome) on löydettävissä katsauksia myös fyysistä toiminnallisuutta tukevista menetelmistä. Esimerkiksi Larun ym. (2017) osoittivat, että tavoitteellista fyysistä harjoittelua tukeva terapia (engl. exercise therapy) on tehokkaampaa kuin pacing-menetelmään pohjautuva kuntoutus, mutta efekti on sama kuin kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa. Toisaalta taas Geneen ym. (2017) havaitsivat, että fyysisestä harjoittelusta kroonisen kivun kuntoutuksessa saatavilla oleva näyttö on heikkoa. Tämä kartoitus ei mahdollistanut yksittäisiin häiriöryhmiin tai uusiin, spesifeihin menetelmiin keskittymistä mutta suunniteltaessa kuntoutusmalleja voi spesifeistä tutkimuksista olla hyötyä tarkemman sisällön määrittelyssä ja toisaalta poisrajaamisessa.

Edelleen emme myöskään selvittäneet suomalaisessa aineistossa esille tulleista menetelmistä saatavilla olevaa vaikuttavuusnäyttöä tai sen puutetta. Tärkeää on myös huomata, että vastausten perusteella hoidon ja kuntoutuksen vaikuttavuutta kuntoutujan hyvinvointiin ei systemaattisesti Suomessa seurattu. Kuntoutuskäytäntöjen kehittämiseksi ja arvioimiseksi onkin suositeltavaa systemaattisesti seurata jo nyt

käytössä olevien menetelmien vaikuttavuutta. Lisäksi on suositeltavaa tutkia ja kokeilla sosiaalisen kuntoutuksen lähestymistapaa tämän kohderyhmän kuntoutuksessa, jonka vaikuttavuudesta ei kuitenkaan nyt tehdyssä kartoituksessa muodostunut selkeää kuvaa. Kansainväliset hoito- ja kuntoutussuositukset ovat pääosin linjassa tutkimuksen perusteella vakiintuneiden toimintamallien kanssa. Kaikkien toimintamallien vaikuttavuudesta ei kuitenkaan ollut saatavilla tietoa.

Tutkimuskirjallisuuden mukaan toiminnallisista oireista ja oireyhtymistä kärsivien voi olla vaikea sitoutua psykologisiin teorioihin pohjautuviin kuntoutusmuotoihin (esim. van Gils ym. 2016). Siten havaituissa tuloksissa voi ilmetä harhaa sen suhteen, ketkä alun perin ovat tutkimuksen kohteena oleviin kuntoutusmuotoihin sitoutuneet. Harhan voi arvioida lisäävän vaikuttavuutta, kun voidaan olettaa, että tutkitavat, jotka ovat kiinnostuneita psykososiaalisesta lähestymisestä hyvinvointiinsa, sitoutuvat herkemmin myös sen tyyppiseen kuntoutukseen. Heitä, jotka arvioivat oireistonsa syyn oleva fyysinen tai, jotka eivät koe kokonaistilanteeseensa voivan vaikuttaa tämän tyyppisillä menetelmillä eivät tutkimukset välttämättä ole tavoittaneet.

Vastaavasti voidaan kritisoida tässä kartoituksessa saatujen tulosten kytkeytyvyyttä työhön paluun kysymyksiin ja kykyyn vastata pirstaleisen hoito- ja kuntoutusjärjestelmän tarpeisiin. Epäselväksi jääkin, voidaanko yksittäisillä kuntoutusmenetelmällä saada pitkäaikaista vaikuttavuutta, mikäli ympäröivät tukirakenteet tai esimerkiksi työympäristön kyky vastata työkyvyn muutoksiin on rajallinen. Emme tässä raportissa spesifisti arvioineet Kelan kuntoutukseen ohjautumisen kriteerejä suhteessa toiminnallisten oireistojen määrittelyyn. Voimme kuitenkin sanoa, että toiminnalliset oireistot eivät tällä hetkellä täytä Kelan edellyttämän sairauden tai vamman kriteerejä, mikä vaikeuttaa kuntoutukseen pääsyä. Siten, vaikka vaikuttavia kuntoutusmuotoja olisikin tarjolla, tulee niihin ohjautumiseen ja ohjautumisen esteisiin kiinnittää erityistä huomiota saatavuuden turvaamiseksi. Lopuksi on syytä huomioida, että kansainvälinen näyttö toiminnallisten oireistojen yhteiskunnallisista kustannustekijöistä tukee niiden varhaista hoitoa ja kuntoutusta. Suomalaisessa järjestelmässä ei kuitenkaan ole tietoa oireistoihin liittyvistä kustannustekijöistä. Siten kuntoutuksen kehittämisessä tulisi kiinnittää huomiota myös kustannusvaikuttavuuteen vertailukelpoisen tiedon saamiseksi.

## 7 Johtopäätökset ja suositukset

Tämä kartoittava selvitys auttaa muotoilemaan Kelan järjestämiä kuntoutusmalleja toiminnallisissa oireistoissa ja häiriöissä. Tulokset mahdollistavat toiminnallisten häiriöiden hoidon ja kuntoutuksen kehittämisen laajemmin sosiaali- ja terveydenhuollossa. Selvitys konkretisoi toimintamalleja ja antaa välineitä kuntoutusmallien vaikuttavuuden seurantaan sekä kehittämiseen. Selvitys antoi myös välineitä toiminnallisten oireistojen ja häiriöiden varhaisten merkkien tunnistamiseen ja varhain käynnistyvään hyvinvoinnin tukemiseen. Tunnistamalla toiminnallisten oireistojen seurantamenetelmät, voidaan mahdollistaa yhdenmukaisten arviointivälineiden käyttö kuntoutusta toteuttavissa yksiköissä ja terveydenhuollon toimijoiden välillä. Selvitys tukee lisäksi yhtenäistä terminologiaa, määrittelyä ja tunnistusta. Selvityksen perusteella näyttöön perustuvan tiedon koulutusta terveydenhuollossa voidaan kohdentaa. Kartoittavan selvityksen pohjalta suosittelemme seuraavia asioita:

1. *Toiminnallisten oireistojen ja häiriöiden hoidossa ja kuntoutuksessa on tarpeen suositus yhteisistä toimintatavoista*

Toiminnallisten häiriöiden hoitoon ja kuntoutukseen tarvitaan kansallinen suositus yhteisistä toimintatavoista perusterveydenhuolto ja muut terveydenhuollon tasot huomioiden. Yhtenäiset hoito- ja kuntoutuspolut tulee rakentaa yhteistyössä eri toimijoiden kanssa. Koska toiminnalliset häiriöt pitävät sisällään hyvinkin erilaisia tilanteita niin oireiston kuin sen vaikeusasteen osalta, tulee valmistelutyössä nämä erityispiirteet huomioida riittävässä määrin. Lisäksi tulisi sopia yhtenevästä terminologiasta liittyen toiminnallisiin, pitkäaikaisiin ja sitkeisiin oireistoihin ja häiriöihin.

2. *Toiminnallisten häiriöiden hoito- ja kuntoutuspalveluiden kehittämisessä tarvitaan tutkimukseen pohjautuvaa yhteistyötä*

Toiminnallisten häiriöiden hoito- ja kuntoutuspalveluita on kehitettävä. Soveltuvien hoito- ja kuntoutusmallien yhteiskehittäminen tulee tapahtua yhdessä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon toimijoiden kanssa. Selvityksen perusteella vaikuttaviksi osoittautuneiden kuntoutusmallien lisäksi osa kuntoutuksen lähestymistavoista näyttää olevan käyttämättä, kuten esimerkiksi nettisovelluksia hyödyntävät terapiamuodot. Tarvitaan kehittämis- ja tutkimustyötä sekä palveluiden kehittämistä i) hoidon ja kuntoutuksen vaikuttavuuden, ii) vaikuttavaksi todettujen menetelmien implementoinnin kliiniseen käyttöön sekä iii) hoito- ja kuntoutusprosessien toimivuuden osalta. Lisäksi mahdollisuudet kansainväliseen



yhteistyöhön tulee selvittää. Tämä kansallisesti tarvittava kehittämis- ja tutkimustoiminta on resurssoitava riittävästi.

### *3. Ammattilaisten tiedollisia ja taidollisia valmiuksia on kehitettävä*

Toiminnallisten häiriöiden hoito- ja kuntoutuspalveluissa toimivien osaamista on kehitettävä. Esimerkiksi verkkopohjaiset koulutusympäristöt mahdollistavat koulutukseen osallistumisen mahdollisimman monille niin ajasta kuin paikasta riippumatta. Nämä koulutusmuodot kuitenkin edellyttävät myös lähiope- tusta ja työnohjauksellista otetta. Koulutuksen sisältö tulisi olla rakennettu laajasti eri tahojen kanssa. Terveystieteiden ja kuntoutuksen henkilöstölle tarvitaan nopeasti koulutusta vaikuttavista hoito- ja kuntoutuskäytännöistä ja miten niistä rakennetaan yksilöllisiä hoito- ja kuntoutuspolkuja. Hyvän asia- kas/potilas- ja laajemmin yhteistoimintaprosessissa vuorovaikutussuhteen rakentamisen tavat, sen edis- teet ja esteet tulee tässä koulutuksessa myös huomioida. Koulutuksen valmistelussa ja resursoinnissa tulisi olla mukana sosiaali- ja terveysministeriön lisäksi opetus- ja kulttuuriministeriö.

### *4. Kelan kuntoutuksen palvelumuotoilu kohderyhmän tarpeisiin*

Kansallisen hoito- ja kuntoutussuositustyön rinnalla suosittelemme Kelan selvittävän, i) mitä sen nykyi- sistä kuntoutuspalveluista voidaan tarjota myös tälle kohderyhmälle: mahdollistaako nykyiset kuntou- tuksen pääsykriteerit kuntoutuksen oikea-aikaisen käynnistymisen? ii) Arvioivan, tulisiko sairausdiagnoo- sin rinnalla tarvemäärittelynä toiminnallinen oireisto ja työ- ja toimintakyvyn lasku tietyin kriteerein hy- väksyä kuntoutuspsykoterapian lähtökohdaksi, esimerkiksi aluksi tietyn kokeilujakson aikana (vrt. L 1097/2018, 7a §)? Suosittelemme, että iii) Kela olisi mukana yhteiskehittämässä uusia kuntoutusmuo- toja, esimerkiksi osin tai kokonaan etänä toteutettua kuntoutusohjelmaa sisältäen arviointikriteerit so- veltavuudelle. Lisäksi Kela voisi olla selvittämässä muiden tahojen kanssa yhteistyössä, tulisiko kuntou- tuspalveluita toteuttavalle ammattihenkilöstölle järjestää koulutusta toiminnallisten häiriöiden erityis- piirteisiin? Suosittelemme, että iv) Kela selvittäisi, miten ammatillisen kuntoutuksen prosesseissa tämän kohderyhmän tarpeet olisi hyvä ottaa huomioon esimerkiksi, miten tarvittava tiivis yhteistyö hoitavaan ja kuntoutusta koordinoivaan tahoon saadaan toimimaan kuntoutuksen aikana? Jatkokehittämistyössä suosittelemme lisäksi v) selvittämään sosiaalisen kuntoutuksen, jonka tavoitteena on vahvistaa kuntou- tujan sosiaalista toimintakykyä ja hänen kykyä selviytyä oman toimintaympäristön rooleista, lähestymis- tapaa ja menetelmiä tämän kohderyhmän kuntoutuksessa, sillä tutkimusta sosiaalisen kuntoutuksen mahdollisuuksia oli rajoitetusti.

## Kiitokset

Kiitämme kaikkia kartoituksen kyselyyn vastanneita tahoja osallistumisesta tämän raportin aineiston tuottamiseen. Haluamme kiittää seuraavia Kelan asiantuntijoita Soile Huuromen, Katariina Kallio-Laine, Hanna Pakkala, Anna-Liisa Salminen sekä Seija Sukula aineistokeruun ja tulosten kommentoinnista ja jatkoajatusten esittämisestä. Lisäksi kiitämme kollegaamme Esa-Pekka Takalaa käsikirjoituksen kommentoinnista sekä yhteistyöstä Markku Sainiota, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin (HUS) toiminnallisten häiriöiden asiantuntijaryhmää ja tutkija- ja kliinikkoyhteisöä European Network on Somatic Symptom Disorders (EURONET-SOMA).

## Lähteet

- Aalto AM, Aro AR, Teperi J. RAND-36 terveyteen liittyvän elämänlaadun mittarina. Mittarin luotettavuus ja suomalaiset väestöarvot. Helsinki: Stakes, Tutkimuksia 101, 1999. Saatavissa: <<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201211089642>>. Viitattu 28.12.2018.
- Aamland A, Malterud K, Werner EL. Phenomena associated with sick leave among primary care patients with medically unexplained physical symptoms. A systematic review. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2012; 30: 147–155.
- Abbass A, Kisely S, Kroenke K. Short-term psychodynamic psychotherapy for somatic disorders. Systematic review of meta-analysis of clinical trials. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2009; 78: 265–274.
- Abbass AA, Kisely SR, Town JM ym. Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014; (7). Art. No.: CD004687. DOI: 10.1002/14651858.CD004687.pub4.
- Allen LA, Woolfolk RL. Cognitive behavioral therapy for somatoform disorders. *Psychiatric Clinics of North America* 2010; 33: 579–593.
- American Academy of Family Physicians. Somatic symptom and related disorders. Saatavissa: <<https://familydoctor.org/condition/somatic-symptom-and-related-disorders/>>. Päivitetty 24.1.2018. Viitattu 28.12.2018.
- American Psychiatric Association. What is somatic symptom disorder? Saatavissa: <<https://www.psychiatry.org/patients-families/somatic-symptom-disorder/what-is-somatic-symptom-disorder>>. Päivitetty lokakuu 2018. Viitattu 28.12.2018.
- Autti-Rämö I, Salminen A-L. Kuntoutumisen hyvät käytännöt. Julkaisussa: Autti-Rämö I, Salminen A-L, Rajavaara M, Ylinen A, toim. Kuntoutuminen. Helsinki: Duodecim 2016: 14–17.
- Barsky AJ, Borus JF. Functional somatic syndromes. *Annals of Internal Medicine* 1999; 130: 910–921.
- Barsky AJ, Orav EJ, Bates DW. Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Archives of General Psychiatry* 2005; 62: 903–910.
- Bouman TK. Psychological treatments for hypochondriasis. A narrative review. *Current Psychiatry Reviews* 2014; 10: 58–69.

- Brown RJ. Psychological mechanisms of medically unexplained symptoms. An integrative conceptual model. *Psychological Bulletin* 2004; 130: 793–812.
- Brunner WM, Schreiner PJ, Sood A, Jacobs Jr DR. Depression and risk of incident asthma in adults. The CARDIA study. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 2014; 189: 1044–1051.
- Carlbring P, Andersson G, Cuijpers P, Riper H, Hedman-Lagerlof E. Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders. An updated systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy* 2018; 47: 1–18.
- Chaturvedi SK, Desai G. Measurement and assessment of somatic symptoms. *International Review of Psychiatry* 2013; 25: 31–40.
- Chitnis A, Dowrick C, Byng R, Turner P, Shiers D. Guidance for health professionals on medically unexplained symptoms (MUS). The Royal College of General Practitioners & Royal College of Psychiatrists, 2014.
- Chowdhury S, Burton C. Associations of treatment effects between follow-up times and between outcome domains in interventions for somatoform disorders. Review of three Cochrane reviews. *Journal of Psychosomatic Research* 2017; 98: 10–18.
- ClinicalTrials.gov. Identifier: NCT02735434. Internet-delivered acceptance and commitment therapy for patients with health anxiety. Saatavissa: <<https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT02735434>>. Päivitetty 3.5.2017. Viitattu 28.12.2018.
- Cooper K, Gregory JD, Walker I, Lambe S, Salkovskis PM. Cognitive behaviour therapy for health anxiety. A systematic review and meta-analysis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 2017; 45: 110–123.
- Crowe M, Jordan J, Burrell B ym. Mindfulness-based stress reduction for long-term physical conditions. A systematic review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2016; 50: 21–32.
- de Wit M, Wind H, Hulshof CT, Frings-Dresen MH. Person-related factors associated with work participation in employees with health problems. A systematic review. *International Archives of Occupational and Environmental Health* 2018; 91: 497–512.
- Dieleman JL, Sadat N, Chang AY ym. Trends in future health financing and coverage. Future health spending and universal health coverage in 188 countries, 2016–40. *The Lancet* 2018; 391: 1783–1798.
- Dwamena FC, Lyles JS, Frankel RM, Smith RC. In their own words. Qualitative study of high-utilising primary care patients with medically unexplained symptoms. *BMC Family Practice* 2009; 10: 67.
- Ebert DD, Van Daele T, Nordgreen T ym. Internet-and mobile-based psychological interventions. Applications, efficacy, and potential for improving mental health. *European Psychologist* 2018; 23: 167–187.
- Edwards TM, Stern A, Clarke DD, Ivbijaro G, Kasney LM. The treatment of patients with medically unexplained symptoms in primary care. A review of the literature. *Mental Health in Family Medicine* 2010; 7: 209–221.
- Eisner MD, Katz PP, Lactao G, Iribarren C. Impact of depressive symptoms on adult asthma outcomes. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology* 2005; 94: 566–574.
- El-Gabalawy R, Mackenzie C, Thibodeau M, Asmundson G, Sareen J. Health anxiety disorders in older adults. Conceptualizing complex conditions in late life. *Clinical Psychology Review* 2013; 33: 1096–1105.
- Eliassen M, Kreiner S, Ebstrup JF ym. Somatic symptoms. Prevalence, co-occurrence and associations with self-perceived health and limitations due to physical health. A Danish population-based study. *PloS one* 2016; 11 (3): e0150664.

- eMentalHealth.ca/Primary Care. Somatization. Supporting the patient with somatization in primary care. Saatavissa: <<http://primarycare.ementalhealth.ca/index.php?m=fpArticle&ID=26040>>. Päivitetty 19.4.2015. Viitattu 28.12.2018.
- Finell E, Seppälä T, Suoninen E. "It was not me that was sick, it was the building". Rhetorical identity management strategies in the context of observed or suspected indoor air problems in workplaces. *Qualitative Health Research* 2018; 28: 1366–1377.
- Fink P, Rosendal M. Recent developments in the understanding and management of functional somatic symptoms in primary care. *Current Opinion in Psychiatry* 2008; 21: 182–188.
- Fink P, Schröder A. One single diagnosis, bodily distress syndrome, succeeded to capture 10 diagnostic categories of functional somatic syndromes and somatoform disorders. *Journal of Psychosomatic Research* 2010; 68: 415–426.
- Fink P, Rosendal M, toim. Functional disorders and medically unexplained symptoms. Assessment and treatment. Aarhus: The Research Clinic for Functional Disorders and Psychosomatics Aarhus University Hospital, 2015.
- Fullman N, Yearwood J, Abay SM ym. Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations. A systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet* 2018; 391: 2236–2271.
- Gask L, Dowrick C, Salmon P, Peters S, Morriss R. Reattribution reconsidered. Narrative review and reflections on an educational intervention for medically unexplained symptoms in primary care settings. *Journal of Psychosomatic Research* 2011; 71: 325–334.
- Geneen LJ, Moore AR, Clarke C, Martin D, Colvin LA, Smith BH. Physical activity and exercise for chronic pain in adults. An overview of Cochrane Reviews. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017; (4). Art. No.: CD011279. DOI: 10.1002/14651858.CD011279.pub3.
- Gerger H, Hlavica M, Gaab J, Munder T, Barth J. Does it matter who provides psychological interventions for medically unexplained symptoms? A meta-analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2015; 84: 217–226.
- Gillies D, Buyckx P, Parker AG, Hetrick SE. Consultation liaison in primary care for people with mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015; (9). Art. No.: CD007193. DOI: 10.1002/14651858.CD007193.pub2.
- Graver CJ. Functional Somatic Syndrome. Assessment and Management. *The Journal of the American Osteopathic Association* 2017; 117: 511–519.
- Green L, Fryer Jr G, Yawn B, Lanier D, Dovey S. Ecology of medical care. *The New England Journal of Medicine* 2001; 344: 2021–2025.
- Grover S, Kate N. Somatic symptoms in consultation-liaison psychiatry. *International Review of Psychiatry* 2013; 25: 52–64.
- Gureje O. Classification of somatic syndromes in ICD-11. *Current Opinion in Psychiatry* 2015; 28: 345–349.
- Gureje O, Reed GM. Bodily distress disorder in ICD-11. Problems and prospects. *World Psychiatry* 2016; 15: 291–292.
- Haroun D, Smits F, van Etten-Jamaludin F ym. The effects of interventions on quality of life, morbidity and consultation frequency in frequent attenders in primary care. A systematic review. *European Journal of General Practice* 2016; 22: 71–82.
- Hartman TO, Blankenstein N, Molenaar B ym. NHG guideline on medically unexplained symptoms (MUS). *Huisarts & Wetenschap* 2013; 56: 222–230.

- Hartzell MM, Choi Y, Neblett R ym. Somatization as a predictor of outcomes following functional restoration of chronic disabling occupational musculoskeletal pain disorder patients. *Journal of Applied Biobehavioral Research* 2013; 18: 59–81.
- Hays RD, Sherbourne CD, Mazel RM. The RAND 36-item Health Survey 1.0. *Health Economics* 1993; 2: 217–227.
- Hayward R. VOMIT (victims of modern imaging technology). An acronym for our times. *BMJ* 2003; 326: 1273.
- Heijbel B, Josephson M, Jensen I, Stark S, Vingård E. Return to work expectation predicts work in chronic musculoskeletal and behavioral health disorders. Prospective study with clinical implications. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2006; 16: 169–180.
- Heijmans M, olde Hartman TC, van Weel-Baumgarten E ym. Experts' opinions on the management of medically unexplained symptoms in primary care. A qualitative analysis of narrative reviews and scientific editorials. *Family Practice* 2011; 28: 444–455.
- Helsedirektoratet. Nasjonal veileder. Pasienter med CFS/ME. Utredning, diagnostikk, behandling, rehabilitering, pleie og omsorg. Oslo: Helsedirektoratet, Veileder IS-1944, 2014. Saatavissa: <<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/396/IS-1944-Nasjonal-Veileder-CFS-ME-Hovedversjon.pdf>>. Päivitetty 2015. Viitattu 28.12.2018.
- Henningsen P. Management of somatic symptom disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience* 2018; 20: 23–31.
- Henningsen P, Zipfel S, Herzog W. Management of functional somatic syndromes. *The Lancet* 2007; 369: 946–955.
- Henningsen P, Gündel H, Kop WJ ym. Persistent physical symptoms as perceptual dysregulation. A neuropsychobehavioral model and its clinical implications. *Psychosomatic Medicine* 2018a; 80: 422–431.
- Henningsen P, Zipfel S, Sattel H, Creed F. Management of functional somatic syndromes and bodily distress. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2018b; 87: 12–31.
- Hoedeman R, Krol B, Blankenstein N, Koopmans PC, Groothoff JW. Severe MUPS in a sick-listed population. A cross-sectional study on prevalence, recognition, psychiatric co-morbidity and impairment. *BMC Public Health* 2009; 9: 440.
- Hoedeman R, Blankenstein AH, Krol B, Koopmans PC, Groothoff JW. The contribution of high levels of somatic symptom severity to sickness absence duration, disability and discharge. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2010a; 20: 264–273.
- Hoedeman R, Blankenstein AH, van der Feltz-Cornelis CM ym. Consultation letters for medically unexplained physical symptoms in primary care. *Cochrane Database Systematic Reviews* 2010b; (12). Art. No.: CD006524. DOI: 10.1002/14651858.CD006524.pub2.
- Hoedeman R, Blankenstein A, Koopmans P, Groothoff J. What bothers the sick-listed employee with severe MUPS? *Scandinavian Journal of Public Health* 2013; 41: 256–259.
- Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJ, Sawyer AT, Fang A. The efficacy of cognitive behavioral therapy. A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research* 2012; 36: 427–440.
- Holmqvist G, Persson CL. Is there evidence for the use of art therapy in treatment of psychosomatic disorders, eating disorders and crisis? A comparative study of two different systems for evaluation. *Scandinavian Journal of Psychology* 2012; 53: 47–53.
- Horvath AO, Greenberg LS. Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology* 1989; 36 (2): 223–233.

- Hubley S, Uebelacker L, Eaton C. Managing medically unexplained symptoms in primary care. A narrative review and treatment recommendations. *American Journal of Lifestyle Medicine* 2016; 10: 109–119.
- Juvonen-Posti P, Pensola T, toim. Kohti koordinoitua yhteistoimintaa. Ammatillisen kuntoutuksen työnjako. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2016. Saatavissa: <<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131690/Kohti%20koordinoitua%20yhteistoimintaa.pdf>>. Viitattu 28.12.2018.
- Juvonen-Posti P, Lamminpää A, Rajavaara M, Suoyrjö H, Tötterman P. Työkäisen kuntoutumisen monialainen järjestelmä. Julkaisussa: Autti-Rämö I, Salminen A-L, Rajavaara M, Ylinen A, toim. Kuntoutuminen. Helsinki: Duodecim, 2016: 160–175.
- Järvikoski A. Monimuotoinen kuntoutus ja sen käsitteet. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 43, 2013. Saatavissa: <<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3457-3>>. Viitattu 16.12.2018.
- Katon W, Lin EH, Kroenke K. The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. *General Hospital Psychiatry* 2007; 29: 147–155.
- Kelan kuntoutustilasto 2016. Helsinki: Kela, SVT, 2017. Saatavissa: <<http://hdl.handle.net/10138/179106>>. Viitattu 17.12.2018.
- Kelan kuntoutustilasto 2017. Helsinki: Kela, SVT, 2018. Saatavissa: <<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2018042318378>>. Viitattu 17.12.2018.
- Kipen HM, Fiedler N. Environmental factors in medically unexplained symptoms and related syndromes. The evidence and the challenge. *Environmental Health Perspectives* 2002; 110: 597–599.
- Kirmayer LJ, Groleau D, Looper KJ, Dao MD. Explaining medically unexplained symptoms. *The Canadian Journal of Psychiatry* 2004; 49: 663–672.
- Kleinstäuber M, Witthöft M, Hiller W. Efficacy of short-term psychotherapy for multiple medically unexplained physical symptoms. A meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 2011; 31: 146–160.
- Kleinstäuber M, Witthöft M, Steffanowski A, van Marwijk H, Hiller W, Lambert MJ. Pharmacological interventions for somatoform disorders in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014; (11). Art. No.: CD010628. DOI: 10.1002/14651858.CD010628.pub2.
- Koelen JA, Houtveen JH, Abbass A ym. Effectiveness of psychotherapy for severe somatoform disorder. Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry* 2014; 204: 12–19.
- Kohlmann S, Löwe B, Shedden-Mora MC. Health care for persistent somatic symptoms across Europe. A qualitative evaluation of the EURONET-SOMA expert discussion. *Frontiers in Psychiatry* 2018; 9: 646.
- Konnopka A, Schaefer R, Heinrich S ym. Economics of medically unexplained symptoms. A systematic review of the literature. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2012; 81: 265–275.
- Konnopka A, Kaufmann C, König H-H ym. Association of costs with somatic symptom severity in patients with medically unexplained symptoms. *Journal of Psychosomatic Research* 2013; 75: 370–375.
- Kroenke K. Efficacy of treatment for somatoform disorders. A review of randomized controlled trials. *Psychosomatic Medicine* 2007; 69: 881–888.
- Kuntaloustilasto 2017. Helsinki: Tilastokeskus, SVT, 2018. Saatavissa: <<http://www.stat.fi/til/kta/>>. Viitattu 16.12.2018.
- Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset kuntoutusjärjestelmän uudistamiseksi. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 41, 2017. Saatavissa: <<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3891-5>>. Viitattu 17.12.2018.

- Kurlansik SL, Maffei MS. Somatic symptom disorder. *American Family Physician* 2016; 93: 49–54.
- Käypä hoito -suositus. Kipu. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2015. Saatavissa: <<http://www.kaypahoito.fi>> Viitattu 27.12.2018.
- Käypä hoito -suositus. Alaselkäkipu. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Fysiatriryhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017a. Saatavissa: <<http://www.kaypahoito.fi>>. Viitattu 27.12.2018.
- Käypä hoito -suositus. Niskakipu (aikuiset). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Medicinæ Physicalis et Rehabilitationis Fenniae ry:n ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017b. Saatavissa: <<http://www.kaypahoito.fi>>. Viitattu 27.12.2018.
- Käypä hoito -suositus. Unettomuus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Unitutkimusseura ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017c. Saatavissa: <<http://www.kaypahoito.fi>> Viitattu 27.12.2018.
- L 566/2005. Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista.
- L 1097/2018. Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetun lain muuttamisesta.
- Lakhan SE, Schofield KL. Mindfulness-based therapies in the treatment of somatization disorders. A systematic review and meta-analysis. *PloS one* 2013; 8 (8): e71834.
- Larun L, Brurberg KG, Odgaard-Jensen J, Price JR. Exercise therapy for chronic fatigue syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017; (2). Art. No.: CD003200. DOI: 10.1002/14651858.CD003200.pub3.
- Laukkala T, Hintikka J, Kiviniemi P ym. Sovellusohje aikuisten mielenterveyden häiriöiden kuntoutukseen. Hyvät kuntoutuskäytännöt vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen yhteydessä. Helsinki: Kuntoutussäätiö, Kuntoutussäätiön työselosteita 52, 2017. Saatavissa: <[http://kuntoutussaatio.fi/assets/files/2017/04/Psykiatrian\\_hyvät\\_kuntoutuskaytannot\\_20172604.pdf](http://kuntoutussaatio.fi/assets/files/2017/04/Psykiatrian_hyvät_kuntoutuskaytannot_20172604.pdf)>. Viitattu 31.12.2018.
- Leichsenring F, Klein S. Evidence for psychodynamic psychotherapy in specific mental disorders. A systematic review. *Psychoanalytic Psychotherapy* 2014; 28: 4–32.
- Lemmens LC, Molema CC, Versnel N, Baan CA, de Bruin SR. Integrated care programs for patients with psychological comorbidity. A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research* 2015; 79: 580–594.
- Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J ym. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions. Explanation and elaboration. *PLoS medicine* 2009; 6 (7): e1000100.
- Linton SJ, Vlaeyen J, Ostelo R. The back pain beliefs of health care providers. Are we fear-avoidant? *Journal of Occupational Rehabilitation* 2002; 12: 223–232.
- Liu J, Gill NS, Teodorczuk A, Li ZJ, Sun J. The efficacy of cognitive behavioural therapy in somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms. A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders* 2018; 245: 98–112.
- Loenggaard K, Bjorner JB, Fink PK, Burr H, Rugulies R. Medically unexplained symptoms and the risk of loss of labor market participation. A prospective study in the Danish population. *BMC Public Health* 2015; 15: 844.

- Lovell RM, Ford AC. Global prevalence of and risk factors for irritable bowel syndrome. A meta-analysis. *Clinical Gastroenterology and Hepatology* 2012; 10: 712–721.
- Luyten P, van Houdenhove B, Lemma A, Target M, Fonagy PA. Mentalization-based approach to the understanding and treatment of functional somatic disorders. *Psychoanalytic Psychotherapy* 2012; 26: 121–140.
- Mander J, Neubauer AB, Schlarb A ym. The therapeutic alliance in different mental disorders. A comparison of patients with depression, somatoform, and eating disorders. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 2017; 90: 649–667.
- Martin A, Chalder T, Rief W, Braehler E. The relationship between chronic fatigue and somatization syndrome. A general population survey. *Journal of Psychosomatic Research* 2007; 63: 147–156.
- Mattila-Holappa P, Ervasti J, Joensuu M ym. Do predictors of return to work and recurrence of work disability due to mental disorders vary by age? A cohort study. *Scandinavian Journal of Public Health* 2017; 45: 178–184.
- Mayo Clinic. Patient care & health information. Somatic symptom disorders. Saatavissa: <<https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/somatic-symptom-disorder/symptoms-causes/syc-20377776>>. Viitattu 28.12.2018.
- McAndrew LM, Crede M, Maestro K ym. Using the common-sense model to understand health outcomes for medically unexplained symptoms. A meta-analysis. *Health Psychology Review* 2018; 9: 1–20.
- Menon V, Rajan TM, Kuppili PP, Sarkar S. Cognitive Behavior Therapy for Medically Unexplained Symptoms. A systematic review and meta-analysis of published controlled trials. *Indian Journal of Psychological Medicine* 2017; 39: 399–406.
- Mikkelsen MB, Rosholm M. Systematic review and meta-analysis of interventions aimed at enhancing return to work for sick-listed workers with common mental disorders, stress-related disorders, somatoform disorders and personality disorders. *Occupational Environmental Medicine* 2018; 75: 675–686.
- Mohr DC, Cuijpers P, Lehman K. Supportive accountability. A model for providing human support to enhance adherence to eHealth interventions. *Journal of Medical Internet Research* 2011; 13 (1): e30.
- Momsen A, Stapelfeldt C, Nielsen C ym. Screening instruments for predicting return to work in long-term sickness absence. *Occupational Medicine* 2017; 67: 101–108.
- National Health Service England. Medically unexplained symptoms. Saatavissa: <<https://www.nhs.uk/conditions/medically-unexplained-symptoms/>>. Päivitetty 21.5.2018. Viitattu 28.12.2018.
- Nettleton S. 'I just want permission to be ill'. Towards a sociology of medically unexplained symptoms. *Social Science & Medicine* 2006; 62: 1167–1178.
- NICE (National Institute for Health and Care Excellence). Chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis (or encephalopathy). Diagnosis and management. Saatavissa: <<https://www.nice.org.uk/guidance/cg53/chapter/1-Guidance#review-and-ongoing-management>>. Julkaistu elokuu 2007. Viitattu 28.12.2018.
- NICE (National Institute for Health and Care Excellence). Irritable bowel syndrome in adults. Diagnosis and management. Saatavissa: <<https://www.nice.org.uk/guidance/cg61>>. Päivitetty toukokuu 2017. Viitattu 28.12.2018.
- Nimnuan C, Rabe-Hesketh S, Wessely S, Hotopf M. How many functional somatic syndromes? *Journal of Psychosomatic Research* 2001; 51: 549–557.



- Olatunji BO, Kauffman BY, Meltzer S ym. Cognitive-behavioral therapy for hypochondriasis/health anxiety. A meta-analysis of treatment outcome and moderators. *Behaviour Research and Therapy* 2014; 58: 65–74.
- olde Hartman TC, Borghuis MS, Lucassen PL ym. Medically unexplained symptoms, somatisation disorder and hypochondriasis. Course and prognosis. A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research* 2009; 66: 363–377.
- olde Hartman TC, Rosendal M, Aamlund A ym. What do guidelines and systematic reviews tell us about the management of medically unexplained symptoms in primary care? *BJGP Open* 2017; 1 (3). DOI: 10.3399/bjgpopen17X101061.
- Pasternack I, Remahl A, Ahovuo-Saloranta A, Isojärvi J, Mäkinen E. Krooninen väsymysoireyhtymä. Etiologia, diagnostiikka, hoito sekä kuntoutusinterventiot. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan raportteja 3, 2017. Saatavissa: <<http://hdl.handle.net/10138/195054>>. Viitattu 17.12.2018.
- Peters S, Rogers A, Salmon P ym. What do patients choose to tell their doctors? Qualitative analysis of potential barriers to reattributing medically unexplained symptoms. *Journal of General Internal Medicine* 2009; 24: 443–449.
- Pihlaja S, Stenberg J-H, Joutsenniemi K ym. Therapeutic alliance in guided internet therapy programs for depression and anxiety disorders. A systematic review. *Internet Interventions* 2017; 11: 1–10.
- Pilowsky I. Dimensions of hypochondriasis. *The British Journal of Psychiatry* 1967; 113: 89–93.
- Pinquart M, Oslejsek B, Teubert D. Efficacy of systemic therapy on adults with mental disorders. A meta-analysis. *Psychotherapy Research* 2016; 26: 241–257.
- Rask MT, Rosendal M, Fenger-Gron M ym. Sick leave and work disability in primary care patients with recent-onset multiple medically unexplained symptoms and persistent somatoform disorders. A 10-year follow-up of the FIP study. *General Hospital Psychiatry* 2015; 37: 53–59.
- Reid S, Wessely S, Crayford T, Hotopf M. Frequent attenders with medically unexplained symptoms. Service use and costs in secondary care. *The British Journal of Psychiatry* 2002; 180: 248–253.
- Rief W, Broadbent E. Explaining medically unexplained symptoms-models and mechanisms. *Clinical Psychology Review* 2007; 27: 821–841.
- Rohlf HG, Knipscheer JW, Kleber RJ. Somatization in refugees. A review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2014; 49: 1793–1804.
- Rosendal M, Blankenstein AH, Morriss R, Fink P, Sharpe M, Burton C. Enhanced care by generalists for functional somatic symptoms and disorders in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013a; (10). Art. No.: CD008142. DOI: 10.1002/14651858.CD008142.pub2.
- Rosendal M, Christensen KS, Agersnap L, Fink P, Vinther C, toim. Funktionelle liderser (Functional disorders, Clinical guideline for general practice). København: Dansk Selskab for Almen Medicin (Danish College of General Practitioners) 2013b. Saatavissa: <<https://vejledninger.dsam.dk/media/files/10/clinical-guideline-functional-disorders-dsam-2013.pdf>>. Viitattu 28.12.2018.
- Sampalli T, Dickson R, Hayden J, Edwards L, Salunkhe A. Meeting the needs of a complex population. A functional health-and patient-centered approach to managing multimorbidity. *Journal of Comorbidity* 2016; 6: 76–84.
- Sattel H, Lahmann C, Gündel H ym. Brief psychodynamic interpersonal psychotherapy for patients with multisomatoform disorder. Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry* 2012; 200 (1): 60–67.

- Schaefer R, Hausteiner-Wiehle C, Häuser W ym. Non-specific, functional, and somatoform bodily complaints. *Deutsches Ärzteblatt International* 2012; 109: 803–813.
- Schmaling KB, Fales JL. The association between borderline personality disorder and somatoform disorders. A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2018; 25: 1–17.
- Schröder A, Ørnbøl E, Jensen JS, Sharpe M, Fink P. Long-term economic evaluation of cognitive-behavioural group treatment versus enhanced usual care for functional somatic syndromes. *Journal of Psychosomatic Research* 2017; 94: 73–81.
- Selinheimo S, Vuokko A, Hublin C ym. Toiminnalliset oireet ja työkyvyn tuki sisäilmaongelmissa (TOSI). Toimintamalli työterveyshuoltoon. Työsuojelurahaston ja Kansaneläkelaitoksen hankeraportti. Helsinki: Työterveyslaitos, Tietoa työstä, 2018.
- Sharma MP, Manjula M. Behavioural and psychological management of somatic symptom disorders. An overview. *International Review of Psychiatry* 2013; 25: 116–124.
- Sheehan DV, Harnett-Sheehan K, Raj BA. The measurement of disability. *International Clinical Psychopharmacology* 1996; 11 (3): 89–95.
- Sintonen H. The 15-D measure of health-related quality of life. Reliability, validity and sensitivity of its health state descriptive system. Melbourne: Centre for Health Program Evaluation, Working paper 41, 1994.
- Smith JK, Jozefowicz RF. Diagnosis and treatment of somatoform disorders. *Neurology: Clinical Practice* 2012; 2: 94–102.
- Steinbrecher N, Koerber S, Frieser D, Hiller W. The prevalence of medically unexplained symptoms in primary care. *Psychosomatics* 2011; 52: 263–271.
- Stewart DE, Yuen TA. Systematic review of resilience in the physically ill. *Psychosomatics* 2011; 52: 199–209.
- Sumathipala A. What is the evidence for the efficacy of treatments for somatoform disorders? A critical review of previous intervention studies. *Psychosomatic Medicine* 2007; 69: 889–900.
- Thomson A, Page L. Psychotherapies for hypochondriasis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007; (4). Art. No.: CD006520. DOI: 10.1002/14651858.CD006520.pub2.
- Toiminnallisten häiriöiden hoidon järjestäminen (luonnos). Sosiaali- ja terveysministeriön koordinoima asiantuntijatyöryhmä. Saatavissa: <<https://stm.fi/documents/1271139/7832492/Toiminnallisten+h%C3%A4iri%C3%B6iden+hoidon+j%C3%A4rjest%C3%A4minen+luonnos+120417.pdf>>. Viitattu 17.12.2018.
- van Beugen S, Ferwerda M, Hoeve D ym. Internet-based cognitive behavioral therapy for patients with chronic somatic conditions. A meta-analytic review. *Journal of Medical Internet Research* 2014; 16 (3): 251–265.
- van den Bergh O, Witthöft M, Petersen S, Brown RJ. Symptoms and the body. Taking the inferential leap. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 2017; 74: 185–203.
- van der Feltz-Cornelis CM, Hoedeman R, Keuter EJ, Swinkels JA. Presentation of the multidisciplinary guideline medically unexplained physical symptoms (MUPS) and somatoform disorder in the Netherlands. Disease management according to risk profiles. *Journal of Psychosomatic Research* 2012; 72: 168–169.
- van Dessel N, den Boeft M, van der Wouden JC ym. Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults. *Cochrane Database Systematic Reviews* 2014; (11). Art. No.: CD011142. DOI: 10.1002/14651858.CD011142.pub2.
- van Driel T, Hilderink P, Hanssen D ym. Assessment of somatization and medically unexplained symptoms in later life. *Assessment* 2018; 25: 374–393.

- van Gils A, Schoevers RA, Bonvanie IJ ym. Self-help for medically unexplained symptoms. A systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic Medicine* 2016; 78: 728–739.
- van Ravesteijn H, van Dijk I, Darmon D ym. The reassuring value of diagnostic tests. A systematic review. *Patient Education and Counseling* 2012; 86: 3–8.
- van Rood YR, de Roos C. EMDR in the treatment of medically unexplained symptoms. A systematic review. *Journal of EMDR Practice and Research* 2009; 3: 248–263.
- van't Leven M, Zielhuis GA, van der Meer JW, Verbeek AL, Bleijenberg G. Fatigue and chronic fatigue syndrome-like complaints in the general population. *European Journal of Public Health* 2009; 20: 251–257.
- Wessely S, Nimnuan C, Sharpe M. Functional somatic syndromes. One or many? *The Lancet* 1999; 354: 936–939.
- WHO. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. WHO ja Stakes, Ohjeita ja luokituksia 4, 2004. Saatavissa: <<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201303252595>>. Viitattu 16.12.2018.
- Voigt K, Nagel A, Meyer B ym. Towards positive diagnostic criteria. A systematic review of somatoform disorder diagnoses and suggestions for future classification. *Journal of Psychosomatic Research* 2010; 68: 403–414.
- Wolfe F, Brähler E, Hinz A, Häuser W. Fibromyalgia prevalence, somatic symptom reporting, and the dimensionality of polysymptomatic distress. Results from a survey of the general population. *Arthritis Care & Research* 2013; 65: 777–785.
- Wortman MSH, Lokkerbol J, van der Wouden JC ym. Cost-effectiveness of interventions for medically unexplained symptoms. A systematic review. *PloS one* 2018; 13 (10): e0205278.
- Vugts MAP, Joosen MCW, van der Geer JE, Zedlitz A, Vrijhoef HJM. The effectiveness of various computer-based interventions for patients with chronic pain or functional somatic syndromes. A systematic review and meta-analysis. *PloS one* 2018; 13 (5): e0196467.
- Vuokko A, Tuisku K. Uudet itsearviointimittarit työ- ja toimintakyvyn arvioon. *Duodecim* 2017; 113: 667–674.
- Zijlema WL, Stolk RP, Löwe B ym. How to assess common somatic symptoms in large-scale studies. A systematic review of questionnaires. *Journal of Psychosomatic Research* 2013; 74: 459–468.

## Liitteet

### Liite 1. Kysely toiminnallisten häiriöiden kuntoutusmuodoista Suomessa (Webropol).

<b>Saateteksti</b>	<p>Hyvä vastaanottaja,</p> <p>Tämä kysely on osa laajempaa selvitystä "Toiminnallisten häiriöiden kuntoutusmuodoista ja niiden sovellettavuudesta Kelan kuntoutusjärjestelmiin".</p> <p>Oheisilla kysymyksillä kartoitamme toiminnallisissa häiriöissä tällä hetkellä saatavilla olevia tukitoimia, joissa tavoitteina oireilevan henkilön toimintakyvyn ja elämänlaadun parantaminen sekä työkyvyn tukeminen.</p> <p>Toiminnallisilla häiriöillä tarkoitetaan toimintakykyä ja elämänlaatua heikentäviä oireita ja oireyhtymä, joiden syy ei perusteellisissa somaattisissa tai psykiatrisissa tutkimuksissa selviä tai tila ei ole vakavuudeltaan tai kestoltaan suhteessa tehtyihin löydöksiin (esimerkiksi kipuoireyhtymä, fibromyalgia, krooninen väsymysoireyhtymä, ärtynyt paksusuoli, epätyypilliset rintakivut, hyperventilaatio, ympäristöherkkyys).</p> <p>Vastauksenne on erityisen tärkeä! Mikäli edustatte yksikköä, toivomme, että vastaatte koskien koko yksikköänne. Jos ette itse vastaa, pyydämme delegoimaan kyselyyn vastaamisen eteenpäin. Kyselyyn voi vastata myös useampi vastaaja. Tarvittaessa soittamme ja tarkennamme tietoja puhelimitse. Vastaukset raportoimme siten, että yksittäisiä vastauksia ei voida tunnistaa.</p>	
<b>Vastaajan yhteystiedot</b>	<p>1. Nimi*</p> <p>Ammattinimike*</p> <p>Koulutustausta*</p> <p>Puhelinnumero (työ)</p> <p>Sähköposti*</p> <p>Vastaajan toimipaikka*</p> <p>Yksikkö/toimipaikka, johon vastaukset liittyvät*</p> <p>Paikkakunta*</p>	
	<p>2. Pyydämme arvioimaan, kuinka suurella osalla potilaistanne/asiakkaistanne/kuntoutujistanne on toiminnallinen häiriö tai toiminnallisia oireita? (toiminnallisia oireita voi olla myös todettujen sairauksien yhteydessä)</p>	Avoin kysymys
<b>Kliiniset tutkimukset ja arviot</b>	<p>3. Toteutatteko toiminnallisista häiriöistä oireilevien potilaiden/asiakkaiden kliinisiä selvittelyitä tai arvioita?</p>	KYLLÄ/EI; (mikäli EI, hyppy kysymys nro 9)
	<p>4. Mihin potilasryhmiin tai millaiseen oireiluun nämä selvittelyt/arviot liittyvät?</p>	Avoin kysymys
	<p>5. Mitä nämä selvittelyt/arviot ovat? (esim. diagnostinen selvittely, hoidon tarpeen arviointi, kuntoutustarpeen ja/tai työkyvyn arviointi jne.)</p>	Avoin kysymys
	<p>6. Mitkä tahot ohjaavat potilaita teille näihin selvittelyihin/arvioihin?</p>	Avoin kysymys
	<p>7. Mitkä tahot maksavat selvittelyt/arviot?</p>	Avoin kysymys
	<p>8. Muuta kommentoitavaa kliinisiin selvittelyihin tai arvioihin liittyen.</p>	Avoin kysymys

<b>Hoito ja hoidon seuranta</b>	9.	Osallistuttko toiminnallisista häiriöistä oireilevien potilaiden/asiakkaiden hoidon toteuttamiseen tai järjestämiseen?	KYLLÄ/EI; (mikäli EI, hyppy kysymys nro 13)
	10.	Mille potilasryhmille tai millaisessa oireilussa järjestätte hoitoa?	Avoin kysymys
	11.	Pyytäisimme kuvaamaan toiminnallisissa häiriöissä saatavilla olevien hoitojen pääpiirteitä potilasryhmittäin. Lisäksi, mitkä ovat olleet valintaperusteet näiden hoitomuotojen valinnalle?	Avoin kysymys
	12.	Muuta kommentoitavaa hoitoon tai hoidon seurantaan liittyen.	Avoin kysymys
<b>Kuntoutustarpeen arviointi</b>	13.	Osallistuttko toiminnallisista häiriöistä oireilevien potilaiden/asiakkaiden kuntoutustarpeen arviointiin?	KYLLÄ/EI; (mikäli EI, hyppy kysymys nro 19)
	14.	Missä potilasryhmissä tai millaisessa oireilussa arvioitte kuntoutustarvetta?	Avoin kysymys
	15.	Ketkä ammattiryhmän edustajat osallistuvat kuntoutustarpeen arviointiin? Mikä on työntekijöiden koulutustausta?	Avoin kysymys
	16.	Mitä lisäkoulutusta tai osaamista työntekijät ovat hankkineet liittyen kuntoutustarpeen arviointiin?	Avoin kysymys
	17.	Mitä arviointimenetelmiä ja apuvälineitä käytätte arvioidessanne kuntoutustarvetta?	Avoin kysymys
	18.	Muuta kommentoitavaa kuntoutustarpeen arviointiin liittyen.	Avoin kysymys
<b>Toteutettava kuntoutus</b>	19.	Toteutatkeko/järjestättekö toiminnallisissa häiriöissä potilaiden/asiakkaiden kuntoutusta? (esim. ostopalveluna)	KYLLÄ/EI; (mikäli ei, hyppy kysymys nro 28)
	20.	Mille potilasryhmille tai millaisessa oireilussa toteutatke/järjestätte kuntoutusta?	Avoin kysymys
	21.	Ketkä ammattiryhmän edustajat toteuttavat kuntoutusta? Ovatko työntekijät hankkineet lisäkoulutusta eri kuntoutusmuodoista, jos kyllä niin mitä osaamista?	Avoin kysymys
	22.	Millaisia kuntoutusmuotoja on saatavilla/käytössä? Miten olette päätyneet näihin kuntoutusmuotoihin?	Avoin kysymys
	23.	Pyytäisimme kuvamaan näiden kuntoutusmuotojen sisällöt pääpiirteittäin.	Avoin kysymys
	24.	Mitkä ovat kuntoutuksen kestot/käyntimäärät eri kuntoutusmuodoissa?	Avoin kysymys
	25.	Mitkä tahot ohjaavat potilaita/asiakkaita teille kuntoutusta varten?	Avoin kysymys
	26.	Miten kuntoutuksen vaikuttavuutta seurataan (esim. millä arviointimenetelmillä)? Mitä tuloksia olette saaneet vaikuttavuudesta, tai arvionne siitä?	Avoin kysymys
	27.	Muuta kommentoitavaa kuntoutuksen toteuttamiseen/järjestämiseen liittyen.	Avoin kysymys

<b>Kuntoutukseen ohjaus</b>	28.	Ohjaatteko toiminnallisista häiriöistä oireilevia potilaita/asiakkaita kuntoutukseen? (toiminnallisia oireita voi olla myös todettujen sairauksien yhteydessä)	KYLLÄ/EI; (mikäli EI, hyppyy kysymys nro 37)
	29.	Millaisissa tilanteissa tai oireilussa ohjaatte potilaita/asiakkaita kuntoutukseen?	Avoin kysymys
	30.	Mille tahoille ohjaatte potilaita/asiakkaita kuntoutusta varten?	Avoin kysymys
	31.	Pyytäisimme kuvaamaan lyhyesti, miten kuntoutukseen ohjaus käytännössä toteutuu.	Avoin kysymys
	32.	Millaisiin kuntoutusmuotoihin tai kuntoutuksen tukitoimiin ohjaatte potilaita/asiakkaita? Miten olette päätyneet näihin kuntoutuksen tukitoimiin? Kuvaisitteko lyhyesti näiden kuntoutusmuotojen sisältöjä, mikäli ne ovat teillä tiedossa?	Avoin kysymys
	33.	Mitkä ovat näiden (muualla toteutettavien) kuntoutusmuotojen kestot/käyntimäärät?	Avoin kysymys
	34.	Seuraatteko (muualla toteutuvan) kuntoutuksen vaikuttavuutta? Jos kyllä, niin miten (esim. millä arviointivälillä) ja mitä tuloksia olette saaneet kuntoutuksen vaikuttavuudesta, tai arvionne siitä?	Avoin kysymys
	35.	Ohjaatteko oireilevia henkilöitä kolmannen sektorin kuntoutuspalveluihin? Jos kyllä, mihin palveluihin?	Avoin kysymys
	36.	Muuta kommentoitavaa kuntoutuksen ohjaukseen liittyen.	Avoin kysymys
<b>Kuntoutuksen maksaja ja kustannus</b>	37.	Mitkä tahot maksavat yksikössänne toteutettavan/antamanne kuntoutuksen?	Avoin kysymys; (näytetään, mikäli vastaus KYLLÄ kysymys nro 19)
	38.	Mitkä tahot maksavat muualla kuin yksikössänne toteutettavan kuntoutuksen?	Avoin kysymys; (näytetään, mikäli vastaus KYLLÄ kysymys nro 28)
	39.	Pyytäisimme arviotanne em. kuntoutusmuotojen kustannuksista.	Avoin kysymys; (näytetään, mikäli vastaus KYLLÄ kysymys nro 19 tai 28)
<b>Lopuksi</b>	40.	Pyytäisimme arviotanne, millainen kuntoutus olisi tarpeen toiminnallisissa häiriöissä? Millainen ja missä tilanteissa kuntoutus soveltuisi Kelan toteutettavaksi?	Avoin kysymys
	41.	Muuta kommentoitavaa.	Avoin kysymys
	42.	Halutessanne voitte lähettää liitetiedostoja kyselyn liitteenä.	

\* Pakotettu vastauskenttä.

Liite 2. Toiminnallisten oireistojen ja häiriöiden hoitoa ja kuntoutusta käsittelevät meta-analyysit ja Cochrane-katsaukset 2008–2018.

Tekijät ja julkaisuvuosi  Sisällytettyjen tutkimusten lukumäärä (n); julkaisuvuodet	Tutkimuksen kohde	Kohde/häiriö: katsauksen sisältämät oireet ja oireryhmät	Kuntoutusmenetelmä	Käytännön merkitys (menetelmän efekti, raja-arvoina: pieni = 0,20–0,49, keskiuuri = 0,5–0,79, suuri > 0,8)	Muuttujat, joissa vaste ilmenee
Abbass ym. 2009  Meta-analyysi: n = 14; 1983–2007	Lyhyen psykodynaamisen psykoterapian vaikuttavuus sopeutumiseen ja hyvinvointiin eri somaattisista oireistoista ja sairauksista huolimatta	Ärtävän suolen oireyhtymä, krooninen kipu, somatoformiset häiriöt, ärtävän suolen oireyhtymä, pitkäaikaiset toiminnalliset ylävatsaoireet, virtsaputkioireyhtymä /lantioalueen kiputila (lisäksi muita somaattisia sairauksia)	Lyhyt, psykodynaaminen psykoterapia, 5–22 käyntikertaa	Vaikuttavuus 3 kk seurannassa keskiuuresta suureen (psykkiset oireet) ja pienestä keskiuureen (somaattiset oireet); yli 9 kk seurannassa efekti pienestä suureen	Somaattiset oireet, työ- ja sosiaalinen toimintakyky, psyykkiset oireet sekä viitteitä terveydenhuoltopalveluiden vähentyneestä käytöstä (eri toiminnallisten häiriöiden osalta)
Hoedeman ym. 2010b  Cochrane: n = 6; –2009	Toiminnallisissa häiriöissä psykiatrin laatiman yhteenvedon ja hoitosuosituksen (PTH-lääkärille) vaikuttavuus potilaan työ- ja toimintakykyyn tai hyvinvointiin	Selittämättömät fyysiset oireet, jotka määriteltäessä strukturoidulla mittarilla tai pohjautuen diagnostiikkaan haastatteluun (esim. DSM-IV pohjalta) PTH:n potilailla	Psykiatrin hoitosuositus potilaasta PTH:n lääkärille sisältäen selityksen oireisiin vaikuttavista tekijöistä, hoitosuositukset ja suositukset PTH:ssa potilaslääkäri vuorovaikutukseen	Rajattu näyttö; tutkimusten laatu vaatimaton	Terveydenhuollon kustannukset väheni (95 % lv - 522,32 – 182,78 dollaria), fyysinen toimintakyky parani, oireilun vaikeusaste lievittyi moniammatillisessa konsultaatiossa
Kleinstäuber ym. 2011  Meta-analyysi: n = 27; 1995–2009	Lyhyiden psykoterapioiden vaikuttavuus toiminnallisten häiriöiden hoidossa	Lääketieteellisesti selittämättömät oireet, somatisaatio, somatoformiset häiriöt	Ajatusmallien uudelleenarvioiminen; KKT, tunnekeskeinen terapia, käyttäytymisterapia, toiminnallisten oireiden hallinta ja käyttäytymislääketiede, psykodynaaminen terapia, portaittain lisääntyvä kuormitus	Efekti: pienestä keskiuureen	Kognitiiviset, emotionaaliset ja sosiaalisen toimintakyvyn oireet, masennusoireet, toimintakyky ja terveydenhuoltopalveluiden kulutus; pitkällä aikavälillä myönteisiä vaikutuksia

Hofmann ym. 2012  Meta-analyysi: n = 23 (toiminnalliset, sis. myös muita); 2000–2012	KKT:n vaikuttavuus	Hypokondria, dysmorfinen ruumiinkuvan häiriö, unettomuus, krooninen kipu ja väsymysoireyhtymä	KKT per se, tai sisältäen mindfulness tai hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmiä	Efekti: pienestä keski-suureen	Kyseessä olevan oireryhmän oireiden intensiteetin väheneminen
Lakhan ja Schofield 2013  Meta-analyysi: n = 13; 1994–2012	Mindfulnessin vaikuttavuus eri toiminnallisten häiriöiden kuntoutuksessa	Fibromyalgia, krooninen väsymysoireyhtymä, ärtyvän suolen oireyhtymä, somatisaatio	Mindfulness-pohjaiset kuntoutusmallit	Efekti pieni	Kipu-, depressio- ja ahdistuneisuusoireet, elämänlaatu, näyttö vaikuttavuudesta erityisesti mindfulness-pohjaisissa kognitiivisissa terapioissa ja stressin hallinnassa verrattuna eklektisiin tai määrittelemättömiin menetelmiin
Rosendal ym. 2013a  Cochrane: n = 6; 2000–2005	Tehostetun perustason ensikontaktin vaikuttavuus toiminnallisten oireiden hoidossa ja kuntoutuksessa	Somatisaatio, lääketieteellisesti selittämättömät oireet, krooninen väsymysoireyhtymä	Kognitiivisen psykoterapian tekniikat ml. ajatusmallien uudelleenarvioiminen	Efektit hyvin pieniä – pieniä; ei näyttöä	Näyttöä ei havaittu suhteessa oireisiin; asiakastytyväisyydessä pieni positiivinen, mutta ei tilastollisesti merkitsevä muutos; viitteitä siitä että toiminnallisesti oireilevat hyötyvät intensiivisemmästä hoidosta ja kuntoutuksesta
Abbass ym. 2014  Cochrane: n = 33; –2014	Lyhyen psykodynaamisen psykoterapian vaikuttavuus keskeisten mielenterveydenhäiriöiden ml. toiminnallisten häiriöiden hoidossa	Toiminnalliset häiriöt ml. ärtyvän suolen oireyhtymä, krooninen kipu, virtsaputkioireyhtymä /lantioalueen kiputila, pitkäaikaiset ylävatsaoireet, laaja-alainen somatoforminen häiriö sekä muita mielenterveydenhäiriöitä	Lyhyt psykodynaaminen psykoterapia yksilölle (alle 40 käyntikertaa)	Efektit vaihtelevat (pieni, keskisuuri, suuri), trendinä efektiin kasvaminen seuranta-ajan kasvaessa	Yleiset ja epäspesifit oireet, masennus ja ahdistusoireet (ensisijaiset), sekä sosiaalinen sopeutumiskyky, elämänlaatu, käyttäytyminen, interpersoonalliset ongelmat, hoitotyytyväisyys ja hoidon käyttö, kustannukset, hoidon keskeyttäminen, kuolema, työkyky; efekti kasvoi pitkässä seurannassa.



<p>Koelen ym. 2014</p> <p>Meta-analyysi: n = 16; 2000–2012</p>	<p>Eri psykoterapioiden vaikuttavuus vaikea-asteisten somatoformisten häiriöiden kuntoutuksessa sekundaari ja tertriäritasolla</p>	<p>Somatoforminen häiriö, somatisaatio, konversiohäiriö, kipuhäiriö</p>	<p>Psykodynaamiset ja kognitiiviset psykoterapiat</p>	<p>Efekti keskisuuri tai suuri</p>	<p>Fyysiset oireet lievittyivät ja toimintakyky parani, efekti säilyi seurantaan; havaitut efektit pienempiä kuin psyykkisten häiriöiden kuten masennus psykoterapiassa</p>
<p>Olatunji ym. 2014</p> <p>Meta-analyysi: n = 13; 1996–2013</p>	<p>KKT:n vaikuttavuus hypokondrian ja terveysahdistuneisuuden hoidossa</p>	<p>Hypokondria ja terveysahdistuneisuus</p>	<p>KKT</p>	<p>Efekti suuri heti hoidon jälkeen arvioituna terveysahdistuneisuuden vähenemisessä heti hoidon jälkeen; keskisuuri masennusoireiden vähenemisessä</p>	<p>Terveysahdistuneisuuden väheneminen, psyykkiset oireet (masennus ja ahdistus); samanaikainen masennusoireilu heikensi intervention vaikuttavuutta</p>
<p>van Beugen ym. 2014</p> <p>Meta-analyysi: n = 23; –2012</p>	<p>Teknologia-avusteisen (kuten nettiterapiat) KKT:n vaikuttavuus kroonisten somaattisten sairauksien hoidossa</p>	<p>Krooninen kipu, ärtyvän suolen oireyhtymä, migreeni, (lisäksi mukana muita somaattisia sairauksia)</p>	<p>KKT-nettiterapia, jossa mukana terapeutin kontakti sähköpostitse tai puhelimitse</p>	<p>Efekti iso IBS:n oireilu; keskikokoinen migreeni; pieni kipu. Effektit pieniä yleisten psyykkisten oireiden hoidossa</p>	<p>Masennus- ja ahdistusoireet, sairauskohtaiset oireumuuttajat, elämänlaatu sekä sairautteen liittyvä kuormitus. Pitdemmät, &gt; 6 vko interventiot vaikuttavia samanaikaisen masennuksen hoidossa</p>
<p>van Dessel ym. 2014</p> <p>Cochrane: n = 21; –2013</p>	<p>Lääketieteellisesti selittämättömien oireiden ja häiriöiden lääkkeettömien kuntoutusmuotojen vaikuttavuus</p>	<p>Somatisaatio, tarkemmin määrittelemätön somatisaatiohäiriö, konversiohäiriö, kipuhäiriö, hypokondria, dysmorfinen ruumiinkuvan häiriö, krooniset selittämättömät oireet, toiminnalliset häiriöt, spesifiset toiminnalliset oireet</p>	<p>KKT, kolmannen aallon kognitiiviset terapiat (mindfulness), psykodynaamiset ja integratiiviset psykoterapiat, 1–13 kertaa. Tutkimusta fyysisistä (esim. fysioterapia) terapioidista ei löytynyt</p>	<p>Efekti pienestä keski-suureen erityisesti KKT osalta; säilyi vuoden seurannassa</p>	<p>Oireiden vaikeusaste, masennus- ja ahdistusoireet, tunteiden hallinta ja sairautta ylläpitävät kognitiot, elämänlaatu; ammattihenkilön, jolla erityisesti KKT-osaamista toteuttama hoito/kuntoutus vaikuttavampi kuin tavanomainen hoito/kuntoutus</p>
<p>Gerger ym. 2015</p> <p>Meta-analyysi: n = 20;</p>	<p>Tavoitteena oli verrata yksilömuotoisten psykologisten hoitojen vaikuttavuutta toiminnallisiin oireisiin riip-</p>	<p>Toiminnalliset häiriöt, jotka eivät ole vain elinspesifejä (kuten ärtyvän suolen oireyhtymä)</p>	<p>Kasvokkain tapahtuvat yksilömuotoiset psykologiset interventiot (psykoterapia, psykoedukaatio, ajatusmallien uudelleenarvioiminen,</p>	<p>Efekti pieni (psykologisen hoidon vaikuttavuus); psykoterapeutin toteuttama hoito vaikuttavampaa</p>	<p>Fyysiset ja psyykkiset oireet, fyysinen toimintakyky; arvioivat, voiko yleisesti havaittu pieni efekti olla yhtey-</p>

-2008	puen, onko niiden toteuttaja psykoterapeutti vai yleislääkäri	sekä terveysahdistuneisuus yhdistettynä toiminnallisiin oireisiin	valmennus, PTH:ssa toteutettu hoito)	lääkärin toteuttama erityisesti vaikea-asteisessa oireilussa	dessä spontaanin paranemisen asteeseen?
Gillies ym. 2015  Cochrane: n = 12; -2014	Konsultatiivisen toiminnan vaikuttavuus PTH:n toteuttamaan yleisten mielenterveydenhäiriöiden hoitoon ja kuntoutukseen	Eri mielenterveydenhäiriöt ml. somatoformiset häiriöt sekä lääketieteellisesti selittämättömät oireet	Mielenterveyden ammattilaisten (psykiatri, psykologi tai vastaava) konsultatiivinen toiminta PTH:n toimijoiden kanssa	Vähän näyttöä, viitteitä adherenssin parantumisesta 3kk ja 12kk seurannassa; Efekti suuri toimintakyvyn rantaumisessa	Psyykkiset ja fyysiset oireet, hoitotyytyväisyys ja adherenssi, hoidon ja kuntoutuksen tarjonta; näyttöä asiakastytyväisyyden sekä hoitomyöntyvyyden osalta; ei näyttöä terveydentilan tai toimintakyvyn paranemisesta
Lemmens ym. 2015  Meta-analyysi: n = 7; 1995–2014	Integroidun hoidon toimintatapojen (moniammatillinen yhteistyö) vaikuttavuus potilailla, joilla kroonisen somaattisen sairauden lisäksi on psyykkisiä oireita	Krooninen kipu (sisältää myös muita somaattisia sairauksia) sekä yhtä aikaa ilmenevät masennusoireet	Integroidun hoidon malli, jossa sekä somaattisen sairauden että yhtä aikaa ilmenevän psyykkisen oireilun hoito yhdistetty.	Tuloksia ei esitetty spesifisti kivun osalta	Yli eri tutkimusten vahvaa näyttöä masennusoireiden lievittymisestä, mutta myös näyttöä kustannustehokkuudesta, potilaan hoitotyytyväisyydestä sekä psyykkisestä hyvinvoinnista.
Crowe ym. 2016  Meta-analyysi: n = 15, joista n = 11 RCT; 2005–2014	Mindfulnessin vaikuttavuus pitkäaikaisten fyysisten terveysongelmien hoidossa ja kuntoutuksessa	Krooninen alaselkäkipu, fibromyalgia, migreeni, unettomuus, ärtyvän suolen oireyhtymä (myös muita somaattisia sairauksia)	Mindfulness-pohjaiset kuntoutusmallit	Efektit pieniä ja/tai keskisuuria toiminnallisten häiriöiden osalta	Fyysistä oireilua kuvaavissa muuttujissa havaittavissa positiivinen vaste, lisää tutkimusta kuitenkin tarvitaan.
Haroun ym. 2016  Meta-analyysi: n = 17, joista n = 6 tutkimusta somatoformisista häiriöistä; 1980–2015	Terveydenhuollon palveluiden suurkulutukseen vaikuttavat tekijät, kuten monisairastavuus ja oireilu sekä interventiot kulutuksen hallitsemiseen	Somatisaatio, lääketieteellisesti selittämättömät oireet	PTH-lääkärin koulutus somatisaatiosta ja heidän potilailleen antama edukaatio/tuki, tunnetyöskentely (2–3 h), säännölliset, strukturoidut hoitajakäynnit vuoden ajan, akupunktio, mindfulness	Ei näyttöä lääkärin toiminnan vaikutuksesta, tunnetyöskentelystä tai akupunktiosta, käyntimäärien vähenemiseen	Viitteitä elämänlaadun paranemisesta sekä depressiooireiden vähenemisestä (hoitajakäynnit ja mindfulness heti hoidon jälkeen); suositus yksilöllisen hoidon arvioon tekemiseen
Pinquart ym. 2016	Systeemisen psykoterapian vaikuttavuus aikuisilla, joilla	Somatoformiset häiriöt	Systeeminen psykoterapia (psykoterapian muoto, jossa	Keskisuuri efekti eri	Somatoformisissa häiriöissä

Meta-analyysi: n = 37; –2014	on yleisiä mielenterveydenhäiriöitä ml. somatoformiset häiriöt	(ml. myös mielenterveydenhäiriöitä)	huomioidaan oireilevan sosiaalinen ympäristö)	mielenterveyden häiriöissä	oireilun väheneminen, tutkimusta rajatusti
van Gils ym. 2016  Meta-analyysi: n = 18; 2005–2013	Eri itsehoitomenetelmien vaikuttavuus	Ärtyvän suolen oireyhtymä, fibromyalgia, krooninen väsymysoireyhtymä, whiplash-oireet	Etähoito internetsivusto, kirja tai videon tukemana, yhdessä tai ilman terapeutin kontaktia (7/18 ei kontaktia); pohjautuvat KKT, edukaatio tai emotionaaliseen työskentelyyn	Efekti: pienen - suuren välillä	Oireiden intensiteetin lasku ja kohonnut elämänlaatu
Chowdhury ja Burton 2017  Cochrane: n = 3 (joissa n = 47 tutkimusta); 2013–2014	Katsaus eri Cochrane-katsauksien tutkimuksista somatoformisten häiriöiden kuntoutuksen tuloksissa ja tulosten kestossa	Cochrane-katsausten toiminnalliset häiriöt	Lääkkeelliset ja lääkkeettömät hoito- ja kuntoutusmuodot sekä edistynyt PTH:n tuki	Katsauksissa efektit tyypillisesti pieniä	Eryteisesti vaikuttavuus fyysisiin oireisiin ja elämänlaatuun; lyhyessä seurannassa havaittu vaikuttavuus korreloi pitkän seurannan tuloksiin.
Cooper ym. 2017  Meta-analyysi: n = 21; 1998–2014	Kognitiivisten psykoterapioiden vaikuttavuus terveysahdistuneisuuden hoidossa	Hypokondria ja terveysahdistuneisuus	Psykoterapiat: Kognitiivinen terapia, KKT sekä e-KKT	Efekti suuri	Terveysahdistuneisuuden väheneminen, psyykkiset oireet
Menon ym. 2017  Meta-analyysi: n = 11; –2016	KKT:n vaikuttavuus lääketieteellisesti selittämättömien fyysisten oireiden kuntoutuksessa	Pitkäaikaiset, selittämättömät oireet strukturoidusti tunnistettuna	KKT, 4–16 krt	Efekti pieni.	Fyysiset oireet (eri mittareita mm. General Health Questionnaire, SF-36 (elämänlaatu), VAS yleinen terveys sekä terveyskäyttötymisen indeksi)
Carlbring ym. 2018  Meta-analyysi: n = 7, mukana toiminnallisia häiriöitä (sis.	Onko kasvokkain tai teknologia-avusteisesti (kuten etäterapia) toteutetulla KKT:lla eroa vaikuttavuudessa? Vastaava meta-analyysi julkaistu 2014,	Fibromyalgia, ruumiinkuluvan häiriö, miesten seksuaalinen toimintahäiriö, unettomuus	Teknologia-avusteinen (etäterapia) KKT (vs. tavanomainen KKT)	Ei efektiä kun verrattiin KKT:n toteutusmuotoja toisiinsa, arvioitiin yhtä vaikuttaviksi	Fibromyalgian osalta päivittäinen toimintakyky; unettomuudessa vaikeusaste. Lisäksi muita sekundaarisia muuttujia kuten psyykkiset oireet

myös muita sairaustiloja); 2005–2016	jossa ei vielä mukana toiminnallisia häiriöitä				
Liu ym. 2018  Meta-analyysi: n = 15; –2017	KKT:n vaikuttavuus somatoformisten häiriöiden sekä lääketieteellisesti selittämättömien oireiden kuntoutuksessa	Somatisaatiohäiriö, somatoforminen häiriö, laaja-alaiset selittämättömät somaattiset oireet strukturoidulla, kliinisellä menetelmällä arvioituna	KKT sisältäen eri menetelmiä (mm. kognitiiviset, käyttäytymisen, tunteisiin fokuoivat sekä intersoonalliset menetelmät, fyysinen harjoittelu tai rentoutus, altistus, mindfulness, psykoedukaatio, kottehtävät)	Efektii suuri masennus- ja ahdistusoireiden sekä somaattisten oireiden osalta	Somaattisten oireiden vaikeusaste, masennus- ja ahdistusoireet vähenivät ja tulokset säilyivät seurannassa; sosiaalinen ja fyysinen toimintakyky (parani heti hoidon päätyttyä), lääkärikäyntien määrä ja hoitomyöntyvyys sekä seurannan aikaisen käyntien määrä ei vaikuttavuutta seurannassa
McAndrew ym. 2018  Meta-analyysi: n = 23; –2016	Sairauteen liitettyjen tulkintamallien vaikuttavuus terveyden ilmenemiseen potilailla, joilla on lääketieteellisesti selittämättömiä oireita	Krooninen alaselkäkipu, krooninen tinnitus, ärtyvän suolen oireyhtymä, keskivaikea ja vaikea kipu polvi- ja lonkkaleikkaukspotilailla, krooninen väsymysoireyhtymä, krooninen kipu, päänsärky, fibromyalgia, ulkosynnyttimien kipu, krooninen kipu ja reuma, toiminnalliset ylävatsaoireet	Ei selvittänyt yksittäisten kuntoutusmenetelmien vaikuttavuutta vaan mitattujen sairauteen liittyvien tulkintamallien vaikutusta sairauden ilmenemiseen	Keskisuuresta suureen	Sairauteen liittyvät representaatiot ja niiden yhteydet eri hallintakeinojen käyttöön; uhkaan yhdistyvät representaatiot sekä kielteiset hallintakeinot heikentävät terveyttä
Mikkelsen ja Rosholm 2018  Meta-analyysi: n = 32 (meta) n = 42 (kaikki); 2000–2017	Työhön paluuta tukevien toimien vaikuttavuus yleisten mielenterveyshäiriöiden, stressiin yhdistyvien häiriöiden, somatoformisten ja persoonallisuushäiriöistä kärsivien henkilöiden työhönpaluun onnistumisessa	Masennus- ja ahdistuneisuushäiriöt, sopeutumishäiriöt, stressiin liittyvät häiriöt, persoonallisuus ja somatoformiset häiriöt	Työhön paluun tukitoimet, ml. eri psykoterapiat (KKT, HOT), lääkitys sekä työhön paluuta tukeva terapeutinen työskentely	Efektii 0,14 yhteenlaskettuna eri menetelmien	Työhönpaluuta tukevat prosessit, jossa paluuta tuetaan useilla eri toimenpiteillä. Yksittäisistä tekijöistä yhteys työpaikkaan keskeisin
Schmaling ja Fales 2018	EPH:n ja somatoformisten häiriöiden yhteiset tekijät	Neurologian ja psykiatrian potilaita, joilla kliini-	Ei tutkinut spesifiä menetelmää	Ei menetelmäkohtaista efektiä	EPH ilmenevyys heillä, joilla on myös somatoforminen

Meta-analyysi: n = 34; 1980–2017		sesti ja strukturoidusti arvioiden jokin somatoforminen tai EPH			häiriö huomattavasti suurempi kuin väestössä ja kaksinkertainen PTH:n asiakkaisiin nähden. Heillä, joilla ensisijaisesti EPH huomattavasti enemmän somatoformista kuin millään muulla PTH:n asiakasryhmällä
Vugts ym. 2018  Meta-analyysi: n = 30; 1990–2016	Teknologia-avusteisten (kuten nettiterapiat) kuntoutusmenetelmien vaikutavuus verrattuna passiivisiin ja aktiivisiin kontrolliryhmiin kivun ja lääketieteellisesti selittämättömien oireiden hoidossa	Sekamuotoinen krooninen kipu, krooninen alaselkäkipu, krooninen laaja-alainen kipu/fibro-myalgia, sekamuotoinen tai jännityspäänsärky, ärtävän suolen oireyhtymä krooninen väsymysoireyhtymä, interstiellikystiitti, ei-sydänperäinen ja tinnitus	Eri teknologia-avusteiset kuntoutusmuodot kuten strukturoidut nettiterapiat, mutta ei interventioita, jotka ainoastaan toteutetaan etänä; Strukturoidut nettiterapiat ml. KKT sekä kolmannen aallon kognitiiviset menetelmät (HOT, mindfulness) sekä yksittäisiä muita menetelmiä	Efektit pieniä	Oireiden intensiteetti, elämänlaatu, toimintakyvyn rajoitteet, oireisiin liittyvät attribuutiot ja coping-keinot, masennus- ja ahdistusoireet. Vaikutavuus verrattuna passiivisiin kontrollihoitoihin mutta ei verrattuna aktiivisiin kontrollihoitoihin

DSM = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; EPH = epävakaa persoonallisuushäiriö; HOT = hyväksymis- ja omistautumisterapia; ICD = International Classification of Diseases; KKT = Kognitiivinen käyttäytymisterapia; PTH = perusterveydenhuolto; RCT = randomized control trial.

## Liite 3. Toiminnallisten oireiden ja oireistojen hoitoa ja kuntoutusta käsittelevät muut katsaukset 2008–2018.

Tekijät (julkaisu- vuosi)  Katsauksen sisältä- mien artikkeleiden julkaisuvuodet	Tutkimuksen kohde	Kohde/häiriö: katsauksen sisäl- tämät oireet ja oireryhmät	Menetelmä	Vasteen ilmeneminen
Fink ja Rosendal 2008  1986–2007	Tavoitteena koota PTH:ssa toteutettavissa olevista menetelmistä oleva näyttö sekä antaa suosituksia toimintamallien kehittämiseksi	Lääketieteellisesti selittämättömät/toiminnalliset oireet (medically unexplained/functional somatic symptoms)	Sairauden vaikeusasteen mukaan etenevä portaittainen hoitopolku, intensiteetin ja moniammatillisen osaamisen laajeneminen portaittain	Portaittaisen hoitomallin kokonaisuudesta ei näyttöä; keho-mielidualismia tukeva terminologia tulee hylätä; huomioi, että varhainen tunnistus voi ehkäistä pitkittyvästä sairaudenkulusta ja siihen liittyvästä tutkimus- ja hoito prosessista seuraavaa iatrogenista (lääkärin aiheuttama, hoidosta johtuva) haittaa
van Rood ja de Roos 2009  1979–2009	EMDR:n (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) vaikuttavuus toiminnallisten oireiden kuntoutuksessa	Mm. krooninen kipu, aavekipu, psykogeeniset epileptiset kohotukset, dysmorfinen kehokuvan häiriö, krooninen väsymysoireyhtymä, stressiin yhdistyvät iho-oireet, lääketieteellisesti selittämättömät oireet	EMDR, silmänliikkeisiin perustuva tyypillisesti traumojen hoitoon perustuva menetelmä	Tutkimusta toistaiseksi vähän, näyttö hyvin rajattua
Allen ja Woolfolk 2010  1995–2007	KKT:n vaikuttavuus eri somatoformisten häiriöiden kuntoutuksessa	Somatisaatio, konversiohäiriö, kipuhäiriö, terveysahdistuneisuus, dysmorfinen ruumiinkuvan häiriö	Kognitiivinen psykoterapia, KKT	Näyttöä somatisaation, terveysahdistuneisuuden ja dysmorfsisen ruumiinkuvan häiriön
Edwards ym. 2010  1985–2010	Katsaus PTH:ssa toteutettavissa olevien toimintatapojen vaikuttavuus toiminnallisten häiriöiden hoidossa	Ei eritelty	Potilaskeskeinen toimintamalli; potilaan tutkimus ja arviointi; ajatusmallien uudelleenarvioiminen; lääkitys; psykologiset interventiot (KKT, rentoutus ja mindfulness, ryhmäterapia, lyhyt	Vaste riippuu menetelmästä; yksittäiset menetelmät nähdään riittämättöminä; näyttöä moniammatillisesta yhteistyöstä (mielenterveyden ammattilainen ja lääkäri, hoitaja), KKT (yksilö ja ryhmämuotoinen), psykodynaamisesta lähestymisestä; arvioinnista hyötyä hoitoon liittyvien iatrogenisten haittatekijöiden välttämässä;

			psykodynaaminen psykoterapia); moniammatillinen yhteistyö; Lähiverkoston osallistaminen hoitoprosessiin sekä kulttuuristen tekijöiden huomioiminen	ei näyttöä potilaan vakuuttamisesta tai normalisoinnista ja ajatusten uudelleenarvioinnista lääkärin vastaanotolla.
Voigt ym. 2010 1955–2009	Kahdeksan eri diagnostisen määreen käytännön kliininen hyöty	Eri diagnoosijärjestelmien vertailu	Ei tutkinut yksittäistä kuntoutusmenetelmää vaan tilan määrittelyä	Esittää, että toiminnallisten häiriöiden diagnooseissa tulisi aikaisempaa paremmin huomioida psykologiset (esim. kognitiiviset toimintamallit) sekä (sairaus)käytäytymiseen liittyvät tekijät
Gask ym. 2011 1989–2010	PTH:n lääkärin antaman tuen ja ajatusmallien uudelleenarvioiminen vaikuttavuus potilaan oireille antamien selitysmallien muuttamiseksi	Eri häiriöt toiminnallisia oireita kuvaavien sateenvarjotermien alla (somatisaatio, toiminnalliset häiriöt, lääketieteellisesti selittämättömät oireet)	Lääkärin toteuttama interventio/työskentelymalli, jossa potilasta tuetaan uudelleenmuotoilemaan oireiden syntyyn johtavia tekijöitä	Ei havaittu vaikuttavuutta; menetelmää kritisoiitiin liian yksinkertaisena
Holmqvist ym. 2012 1946–2012	Eri taideterapeuttisten menetelmien vaikuttavuus toiminnallisten häiriöiden kuntoutuksesta	Somatisaatio, krooniset somaattiset oireet	Taideterapia	Tutkimusnäyttö heikkoa, ei vastetta
Luyten ym. 2012 1977–2012	Moderniin psykodynaamiseen psykoterapiaan (mentalisaatio) pohjautuvan kuntoutuksen vaikuttavuus eri toiminnallisten häiriöiden kuntoutuksessa	Krooninen väsymysoireyhtymä, fibromyalgia, ärtyvän suolen oireyhtymä, temporomandibulaarinivelen dysfunktio, lantion alueen pitkäaikainen kiputila ja monikemikaaliherkkyys	Mentalisaatiokyvyn vahvistamiseen tähtäävä psykoterapia	Näyttöä toistaiseksi vähän; esittää strukturoidun hoitomallin, josta tutkimus suunnitteilla,
Smith ja Jozefowicz 2012 1951–2010	Neurologian erikoisalan potilailla ilmenevien toiminnallisten oireiden ja häiriöiden tunnistus ja kuntoutus	Useita eri: mm. somatisaatiohäiriö, konversiohäiriö, kipuhäiriö, teeskentelyhäiriö	Ei tutki yksittäisiä menetelmiä vaan hoidon ja kuntoutuksen järjestelmää	Suosituksina mm. KKT ja muut psykoterapiat; yleisemmin osana työskentelyä tapausesimerkit verrannollisista oirekuvista sekä oireistosta puhuminen tunnettuna (vrt. ei selittämätön)
Chaturvedi ja Desai 2013 1967–2012	Toiminnallisten oireiden tunnistamiseen tarkoitettujen menetelmien ja mittareiden kulttuurisidonnaisuus, spesifisyys ja ennustekyky	Somaattiset, toiminnalliset oireet, samanaikaisen mielenterveyshäiriön kanssa tai itsenäisesti	Ei tutki menetelmiä vaan mittareiden käytettävyyttä toiminnallisten oireiden arvioinnissa	Tunnisti 40 eri mittaria somaattisten oireiden arviointiin; korostaa mittareiden kulttuuriin liittyvää sensitivisyyttä, erottelu- ja ennustekykyä

El-Gabalawy ym. 2013 1967–2013	Toiminnallisten oireiden yleisyys, tunnistaminen ja hoito ikääntyvässä aikuisväestössä	Terveysahdistus ikääntyvässä väestössä, ilmenevyys yhtä aikaa mielenterveyden häiriöiden ja somaattisten sairauksien kanssa	Ikääntyvillä tarvitaan enemmän tutkimusta vastaavista kuntoutusmenetelmistä (lääkkeettömät ja lääkehoidot) kuin nuoremmassa väestössä	Ikääntyvillä keskimäärin paljon somaattisia oireita, joista kaikki ei oikein diagnosoitu, myös terveysahdistus yleisempää ja mahdollisesti alitunnistettua kuin nuoremmilla aikuisilla
Grover ym. 2013 1965–2012	Konsultoivan psykiatrin toimintatavat PTH:n potilaiden, joilla on toiminnallisia oireita sekä samanaikaisia psykiatrisia oireita (esim. masennus tai ahdistus), hoidossa ja kuntoutuksessa	Useita eri diagnooseja erikoisaloittain (esim. kardiologia/epätyypillinen rintakipu, infektiosairaudet/krooninen väsymysoireyhtymä, sisätaudit/ärtyvän suolen oireyhtymä, ortopedia/alaselkäkipu, reumatologia/fibromyalgia)	Ajatusmallien uudelleenarvioiminen; KKT; antidepressiivinen lääkitys	Konsultoiva psykiatri voi vahvistaa PTH:n toimijoiden kykyä potilaskeskeiseen työotteeseen sekä tukea ymmärrystä oireiston synnystä; myös KKT esitetty vaikuttavana
Sharma ym. 2013 1980–2012	Käyttäytymisterapeuttisten ja psykologisten kuntoutusmuotojen vaikuttavuus toiminnallisissa oireissa.	DSM-V mukaiset toiminnalliset häiriöt, jotka aiheuttavat sosiaalisen, työn tai muun toimintakyvyn ongelmia	Useita eri psykoterapeuttisia menetelmiä (esim. psykiatrin konsultaatio, ajatusten uudelleenarviointi, KKT, psykodynaaminen psykoterapia)	Selkein näyttö KKT vaikuttavuudesta mutta yksittäisistä terapeuttisista menetelmistä vähän näyttöä; tuo esille, että kuntoutusmuotojen tarjoaminen psykiatrian yksiköstä voi lisätä stigmaa
Bouman 2014 1970–2012	Narratiivinen katsaus selvitti terveysahdistuneisuuden psykologisten hoito- ja kuntoutusmuotojen vaikuttavuutta	Hypokondria ja terveysahdistuneisuus	Psykoedukaatio (KKT-käsitteellistämisen pohjalta), eksplanatorinen terapia, kirjallisuusterapia sekä KKT	Psykoedukaation tulokset vaatimattomia, oletettavasti sopii lieviin oireisiin; KKT vaikuttavuudelle tukea eri asetelmilla
Leichsenring ja Klein 2014 1970–1991–2012	Psykodynaamisen psykoterapian vaikuttavuus keskeisten mielenterveyshäiriöiden hoidossa	Ärtyvän suolen oireyhtymä, toiminnalliset ylävatsaoireet, somatoforminen kipu, laaja somatoforminen häiriö	Psykodynaaminen psykoterapia, 8–33 kertaa	Psyykkisten ja fyysisten oireiden vähentyminen, tunteiden säätely, terveydenhuollon käytön väheneminen; vaikuttavuutta havaittu tavanomaiseen hoitoon, waiting-list-asetelmaan sekä lääkitykseen nähden; efektiä ei arvioitu
Rohlof ym. 2014 1985–2013	Somatisaation yleisyys ja eri vaikuttavat tekijät pakolaisilla	Pitkäaikaiset, sinnikkäät somaattiset oireet pakolaisilla	Ei ottanut kantaa yksittäisiin menetelmiin.	Pakolaisilla toiminnalliset oireet yleisempiä kuin ei-pakolaisväestössä. Huomattavat stressitekijät (kuten kidutus) voi olla yhteydessä oireiden ilmenemiseen; psyykkiseen oireiluun liittyvä kulttuurinen stigma voi vaikuttaa oireiden kanavoitumiseen somaattisesti
Hubley ym. 2016	Lääketieteellisesti selittämättömät	Pitkäaikaiset, sinnikkäät oireet	PTH:ssa toteutettavat toiminnot	Korostaa pitkän hoitosuhteen merkitystä



1985–2013	tömien oireiden tausta, yleisyys ja hoitomenetelmät PTH:n toimijoille	joille ei ole yksiselitteistä lääketieteellistä syytä; DSM-V tai ICD-10 mukaan.		monitekijäisyyden ymmärtämiseksi; portaittainen eteneminen potilaan tutkimisessa ja hoidon/kuntoutuksen toteuttamisessa; mikään yksittäinen menetelmä ole kaikille sopiva/vaikuttava
Graver 2017 1987–2014	Yhteenveto toiminnallisten häiriöiden tutkimuksesta ja arvioinnista sekä kuntoutuksesta suunnattuna erityisesti lääkäreille, joiden erikoisalana osteopatia		Katsauksessa suositellaan eri lähestymistapoja huomioiden, että pitkittyvistä lääketieteelliset tutkimukset voivat edistää kroonistumista ja että holistinen lähestymistapa keskeistä.	Esittää, että KKT vaikuttavaksi havaittu; lääkärin toimenpiteiden tulisi suuntautua yhteistyötä tukien jonka on havaittu vaikuttavan toimintakyvyn lisääntymiseen
Henningsen 2018 2007–2017	Katsaus julkaistuista katsauksista toiminnallisten häiriöiden hoidossa ja kuntoutuksesta	Laajasti eri toiminnallisia häiriöitä esim. temporomandibulaarinivelen dysfunktio, epätyypillinen kasvokipu, lantioalueen pitkäaikainen kiputila, virtsaputkioireyhtymä, tinnitus, heikotus, ärtyvän suolen oireyhtymä, fibromyalgia, krooninen väsymysoireyhtymä, pitkäaikainen alaselkäkipu, jännityspäänsärky, pitkäaikainen niskakipu	Portaittainen eteneminen potilaan oireiden vaikeusasteen mukaan keskeistä; huomio yksittäisten menetelmien vaikuttavuuden (mm. KKT, liikunta) sekä tiettyjen lääkkeiden vaikuttavuuden spesifeihin häiriöihin	Useita eri vastemuuttujia; Näyttöä vaikuttavuudesta erityisesti portaittainen hoito jossa moniammatillisuus lisääntyy potilaan oireiden vaikeusasteen mukaan ja KKT
van Driel ym. 2018 1967–2013	Eri mittareiden käytettävyys varttuneilla henkilöillä toiminnallisten häiriöiden tunnistamisessa, katsaus jatkoa vuonna 2013 julkaistulle katsaukselle	Lääketieteellisesti selittämättömät oireet	Ei tutki menetelmiä vaan mittareiden käytettävyyttä ikääntyvässä väestössä	Yleisimpien mittarien kysymykset ovat päällekkäisiä vanhusväestön oireiden kanssa, jolloin kyselyt yliarvioivat yleisyyttä

DSM = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; ICD = International Classification of Disease; KKT = Kognitiivinen käyttäytymisterapia; PTH = perusterveydenhuolto