UNIVERSITY OF HELSINKI

https://helda.helsinki.fi

Miten kohdata pitkittyneesti väsynyt?

Rauma, Kamilla; Partinen, Eemil; Hirvonen, Karoliina; Hyysalo, Jenni; Keurulainen, Meeri ...

2025
Suomen lääkäriliitto
http://hdl.handle.net/10138/625980
Rauma, K, Partinen, E, Hirvonen, K, Hyysalo, J, Keurulainen, M, Liesto, S, Partinen, M, Riihimäki, K, Rotkirch Virrantaus, H & Sainio, M 2025, 'Miten kohdata pitkittyneesti väsynyt?', Suomen lääkärilehti, Vuosikerta. 80, Nro 25, Sivut 1968-1972. < https://www.laakarilehti.fi/pdf/2025/SLL25-2025-1968.pdf >

Downloaded from Helda, University of Helsinki institutional repository. https://helda.helsinki.fi
This is an electronic reprint of the original article.
This reprint may differ from the original in pagination and typographic detail.
Please cite the original version.

Kamilla Rauma
LL, fysiatrian erikoislääkäri
Tays Moniammatillinen kuntoutuspoliklinikka

Eemil Partinen
LL, neurologian erikoislääkäri
Hus, unihäiriövastaanotto ja neurologian vastaanotto

Karoliina Hirvonen
LT, korva-, nenä- ja kurkkutautien erikoislääkäri, työterveyshuoltoon erikoistuva lääkäri
Hus Pitkittyneiden oireiden kuntoutusyksikkö

Jenni Hyysalo
LT, yleislääkäri
Terveystalo

Meeri Keurulainen
PsM väit., psykologi, terveyspsykologian erikoispsykologi
Hus Pitkittyneiden oireiden kuntoutusyksikkö ja Päijät-Hämeen hyvinvointialue, yleissairaalapsykiatrian poliklinikka

Sanna Liesto
psykologi
Hus Pitkittyneiden oireiden kuntoutusyksikkö

Markku Partinen
LT, professori, neurologian dosentti, vastuututkija
Helsingin yliopisto, Clinicum
seniorikonsultti
Terveystalo Helsinki Uniklinikka

Viittaus:
Suom Lääkäril 2025;80:e46219
www.laakarilehti.fi/e46219

VERTAISARVIOITU
KOLLEGIALT GRANSKAD
PEER-REVIEWED
www.tsv.fi/tunnus

Miten kohdata pitkittyneesti väsynyt?

- Väsymyksellä potilas saattaa tarkoittaa henkistä tai fyysistä uupumusta tai heikentynyttä rasituksensietoa.
- Väsymyksen syitä tulee arvioida biopsykososiaalisesta näkökulmasta. Samalla selvitellään taustalla olevia somaattisia ja psykiatrisia sairauksia.
- Pitkittyneestäkin väsymyksestä voi toipua. Kuntoutus suunnitellaan yksilöllisten tilaa ylläpitävien tekijöiden mukaan.
- Hyvä kohtaaminen on luottamuksellisen hoitosuhteen edellytys. Selityksen antaminen oireille, toivon luominen ja potilaan osallistaminen kuntoutuksen suunnitteluun tukevat toipumista.

PITKITTYNYT VÄSYMYS on yleinen syy hakeutua lääkärin vastaanotolle (1).

Väsymys on epäspesifinen oire, joka voi liittyä somaattiseen tai psykiatriseen sairauteen, riittämättömään uneen tai kuormitukseen (1). Se voidaan jakaa kahteen päätyyppiin: uneliaisuuteen (sleepiness) ja uupumukseen (fatigue).

Tässä artikkelissa tarkastelemme erityisesti pitkittynyttä uupumustyyppistä väsymystä, johon liittyy heikentynyt rasituksensieto ja joka ei selity millään tarkkaan määritellyllä sairaudella.

Pitkittyneen väsymyksen selvittely voi haastaa kokeneenkin kliinikon. Taustalla voi olla useita kohtaamisia terveydenhuollossa. Potilas ei ehkä ole kokenut tulleensa kuulluksi tai riittävästi tutkituksi ja kaipaa oireilleen selityksen (2). Esiin saattaa nousta kysymys kroonisesta väsymysoireyhtymästä (KVO).

Neljä vuosikymmentä tutkimusta ei ole selventänyt KVO:n etiologiaa, mikä on jättänyt tilaa toisistaan eriäville näkemyksille (3). Moni kansainvälinen tutkija ja osa terveydenhuollon ammattilaisista Suomessa kannattavat puhtaasti biologisen sairaussyyn tutkimista. Tämä on luonut pohjaa käsityksille parantumattomasta sairaudesta ja rasittumisen haitallisuudesta.

Tällaiset käsitykset voivat johtaa oireita pahentavaan noidankehään ja elämänpiirin kaventumiseen. Sen sijaan kokonaisvaltaisempi biopsykososiaalinen arviointi sekä siihen perustuvat hoito- ja tukitoimet edistävät toipumista (3,4).

Aivojen stressimekanismeilla on keskeinen rooli toiminnallisten häiriöiden eli pitkittyneiden kehollisten oireiden taustalla. Näiden mekanismien syvempi ymmärrys on avannut uusia mahdollisuuksia myös pitkittyneen väsymyksen hoitoon (1). Vaikeatkin oireet voivat väistyä ja toimintakyky palautua (5).

Biopsykososiaalinen lähestymistapa auttaa sekä potilasta että kliinikkoa ymmärtämään oireiden taustalla olevia ja niitä ylläpitäviä tekijöitä. Osaan tekijöistä voidaan vaikuttaa interventioilla (6).

Vaikeatkin oireet voivat väistyä ja toimintakyky palautua.

Tämän artikkelin tavoitteena on tarjota kliinikolle työkaluja potilaan kohtaamiseen ja toipumisen tukemiseen.

Uupunut ja monioireinen potilas vastaanotolla

Väsymyksen taustalla voi olla monia syitä (1). Tavallinen rasituksen tai univajeen aiheuttama väsymys korjaantuu levolla ja unella.

Uupumuksella tarkoitetaan epämiellyttävää kehollista tilannetta, johon liittyy heikentynyt kyky käynnistää tai ylläpitää aktiivista fyysistä tai henkistä toimintaa (7). Uupumuksen pahenemisesta rasituksen seurauksena käytetään nimitystä pem-oire (post-exertional malaise) (8).

Perusterveydenhuollon lääkärin tehtävänä on sulkea pois yleisimmät väsymyksen taustalla olevat somaattiset ja psykiatriset syyt. Labo-

TAULUKKO 1.

Poissulkututkimukset väsymyksen syiden selvittelyyn

Perustutkimukset	B-PVKT, fB-Gluk, S-TSH
Harkinnan mukaan	B-La, P-CRP, P-Na, P-K, P-Krea, P-alat, P-GT, P-ferrit, S-B12-TC2, U-KemSeul, B-HbA1c
Lisätutkimuksia, joita tehdään vain oireiden tai anamneesin perusteella	Thorax-kuva, EKG
	Yöpolygrafia uniapneaa epäiltäessä
	P-CK, P-Ca-albk, S-Korsol
	Vasta-ainetestit infektion osoittamiseen (S-HIVAgAb, S-HCVAb, S-EBVAb, S-Borr-Ab)
	Autoimmuunitautien tutkimukset (S-ana, RF, CCPAb)
	Keliakiatutkimukset (S-tTGAbA)

(9)

Kirsi Riihimäki
LT, dosentti, psykiatrian erikoislääkäri
Hus Pitkittyneiden oireiden kuntoutusyksikkö

Hélène Rotkirch Virrantaus
LL, yleislääketieteen erikoislääkäri, osastonlääkäri
Hus Pitkittyneiden oireiden kuntoutusyksikkö

Markku Sainio
LT, dosentti, neurologian erikoislääkäri
Hus Pitkittyneiden oireiden kuntoutusyksikkö

ratoriotutkimuksilla selviää väsymyksen syy vain noin 5 %:lla potilaista (taulukko 1) (9).

Etenkin vaikeasti oireileville voidaan tarvita erikoissairaanhoidon konsultaatioapua. Hoitosuhteen tulisi silti säilyä perusterveydenhuollossa. Potilaan joutuminen tutkimuskierteeseen erikoissairaanhoidon eri aloille saattaa vain lisää huolta ja ylläpitää oireita (10).

Kuormituksen sietokyvyn raja on yksilöllinen.

Sairauksien poissulkemisen rinnalla tulisi jo varhain pyrkiä tunnistamaan oireita voimistava keskushermoston herkistyminen (6,11). Siihen viittaavat useiden elinjärjestelmien oireilu, kuten kivut, ärtyvän suolen oireet, kognitiiviset oireet (aivosumu) ja ympäristöherkkyys (12,13).

Miksi meitä väsyttää?

KVO:n taustalla olevia mekanismeja on tutkittu vuosikymmenten ajan. Hiljattain tehdyn laajan katsauksen mukaan useimmin todettiin immunologisia, neuroendokriinisia ja psykososiaalisia mekanismeja (14).

Elämäntahti on kiihtynyt ja työelämän vaatimustaso lisääntynyt. Näin ollen ei yllätä, että uupumus ja muut kuormittumisen ilmentymät näkyvät lääkärin vastaanotolla. Allostaattisen kuormitusteorian mukaan kun stressireaktiot pitkittyvät ja palautuminen jää liian vähäiseksi, kehittyy ylikuormitustila. Se voi johtaa sairastumiseen (15).

Aivojen stressimekanismien aktivaatio voimistaa kehosta tulevia tavanomaisiakin viestejä. Tämä aiheuttaa elimistössä epätarkoituksenmukaisia vasteita – samanlaisia kuin ahdistuksessa ja paniikkireaktioissa. Pitkittyneenä stressireaktiot aiheuttavat kärsimystä mutta myös lisäävät terveysriskejä (6). Kuormituksen sietokyvyn raja on yksilöllinen.

Biopsykososiaalisen mallin avulla pitkittynyttä väsymystä voidaan arvioida kokonaisvaltaisesti ja kartoittaa oireille altistavia sekä niitä laukaisevia ja ylläpitäviä tekijöitä (kuvio 1). Sairastumiseen ja kuntoutumiseen vaikuttavat aina biologisten lisäksi yksilöpsykologiset, sosiaaliset ja yhteiskunnalliset tekijät. Taustalla voi olla myötävaikuttavia sairauksia ja oireita, pitkittynyttä stressiä, persoonallisuuden vaativuutta, pelko-välttämiskäyttäytymistä, haasteita sosiaalietuuksien saamisessa sekä huolta läheisistä tai omasta tulevaisuudesta.

Taustatekijät jaotellaan samalla tavalla kuin nosiplastisessa eli sentralisoituneessa kivussa. Siinä kivulle herkistävät, sitä voimistavat ja pitkittävät tekijät ovat keskushermostossa (16).

Näkökulmia diagnostiikkaan

Lääkärin vastaanotolle hakeutuessaan potilas on usein huolissaan sairauden mahdollisuudesta ja kaipaa oireilleen selityksen.

Pitkittyneesti väsyneille KVO:n Hyvä käytäntö -konsensussuositus ohjaa asettamaan diagnoosin G93.3 (Virusinfektiota seuraava väsymysoireyhtymä), mikäli kriteerit täyttyvät (17). Tämä diagnoosi on kliinisessä työssä ongelmallinen, koska vain osassa tapauksista oireiston alkuvaiheeseen liittyy virusinfektio.

Lisäksi epäspesifisen oirekuvan nimeäminen KVO:ksi vahvistaa käsitystä elimellisestä sairaudesta, jonka syytä ei tiedetä ja johon ei löydy hoitoa. Samalla tarpeellinen psykiatrinen diagnostiikka saattaa jäädä tekemättä. KVO-diagnoosin asettaminen voi johtaa oireiden tarkkailun lisääntymiseen ja siten itseään toteuttavaan ennusteeseen. Näin on todettu esimerkiksi pitkittyneen koronataudin diagnoosin kohdalla (18).

Toisaalta jos oireet ovat kestäneet vuosia, niiden nimeäminen selvästi voi edistää potilaan ymmärrystä tilanteestaan, tukea sopeutumista ja vapauttaa voimavaroja kuntoutumiseen (19).

Suomessa KVO-diagnoosi oikeuttaa vain harvoin etuuksiin. Tämän vuoksi potilaat ajautuvat pahimmillaan vuosia kestäviin etuustaisteluihin ja taloudelliseen ahdinkoon. Hoitomahdollisuuksia diagnoosi ei juuri tarjoa, eikä Hyvä käytäntökään anna näkymää toipumisesta tai suositusta hoidosta (17).

Kirjoittajaryhmä suosittelee oirekuvan nimeämistä KVO:n sijaan pitkittyneeksi väsymykseksi. Diagnoosikoodiksi suositellaan ensisijaisesti oirekoodia R53 (Huonovointisuus ja

KIRJALLISUUTTA

1 Maisel P, Baum E, Donner-Banzhoff N. Fatigue as the chief complaint–epidemiology, causes, diagnosis, and treatment. Dtsch Arztebl Int 2021;118:566–76.

2 Page L, Wessely S. Medically unexplained symptoms: exacerbating factors in the doctor-patient encounter. J R Soc Med 2003;96:223–7.

3 The Oslo Chronic Fatigue Consortium; Alme TN, Andreasson A, Asprusten TT ym. Chronic fatigue syndromes: real illnesses that people can recover from. Scan J Prim Health Care 2023;41:372–6.

4 Ludwig B, Olbert E, Trimmel K ym. Myalgische enzephalomyelitis/chronisches fatigue-syndrom: eine übersicht zur aktuellen evidenz. Nervenarzt 2023;94:725–33.

5 Saunders C, Sperling S, Bendstrup E. A new paradigm is needed to explain long COVID. Lancet Respir Med 2023;11:e12–3.

6 Löwe B, Toussaint A, Rosmalen JGM ym. Persistent physical symptoms: definition, genesis, and management. Lancet 2024;403:2649–62.

7 Vataja R. Tietoa potilaalle: krooninen väsymysoireyhtymä (ME/CFS). Lääkärikirja Duodecim. Kustannus oy Duodecim 2023 (siteerattu 6.2.2025). www.terveyskirjasto.fi/dlk01194

8 Jason LA, McManimen SL, Sunnquist M, Holtzman CS. Patient perceptions of post exertional malaise. Fatigue 2018;6:92–105.

9 Duodecim Terveysportti. Väsymysoire. Lääkärin käsikirja (siteerattu 6.2.2025). www.terveysportti.fi/apps/dna/ltk/article/ykt00875

10 Howard LM, Wessely S. Reappraising reassurance—the role of investigations. J Psychosom Res 1996;41:307–11.

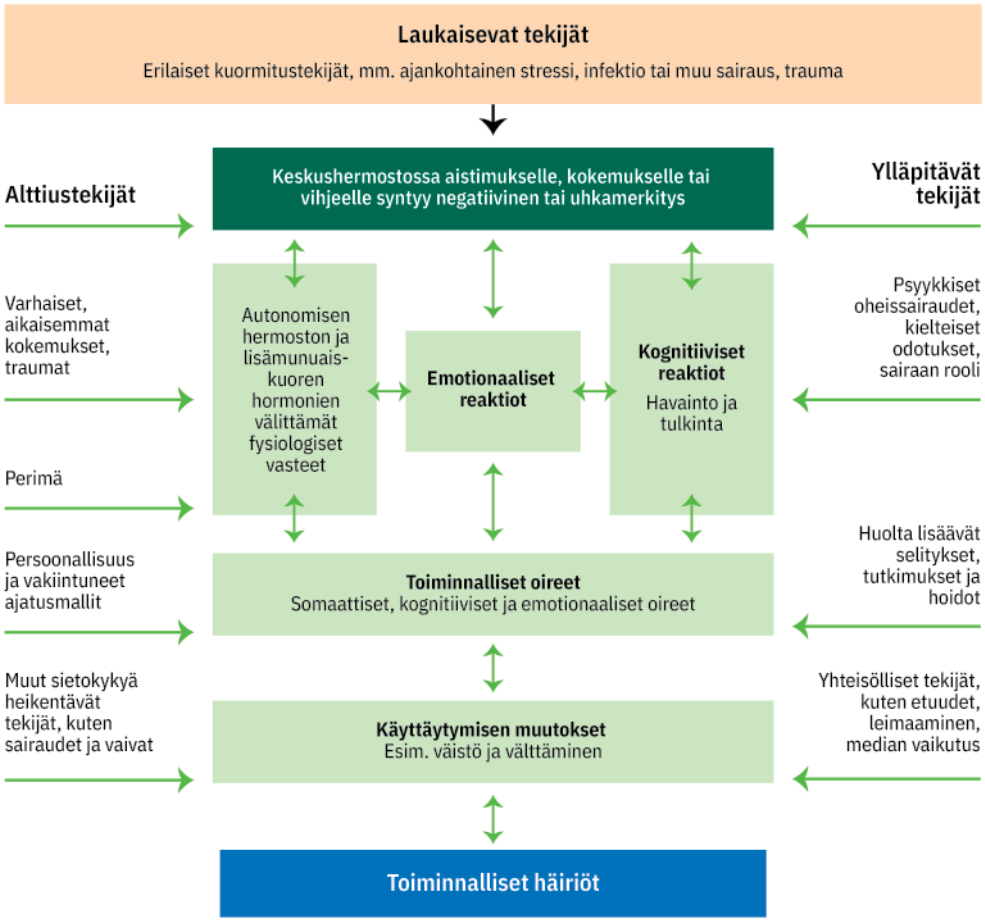
11 Henningsen P, Gündel H, Kop WJ ym. Persistent physical symptoms as perceptual dysregulation: a neuropsychobehavioral model and its clinical implications. Psychosom Med 2018;80:422–31.

12 Liira H, Virrantaus H, Sainio M. Pitkittyneiden kehollisten oireiden hoito – mitä uutta? Suom Lääkäril 2023;78:e38570. www.laakarilehti.fi/e38570

13 Petersen MW, Schröder A, Jørgensen T ym. Prevalence of functional somatic syndromes and bodily distress syndrome in the Danish population: the DanFunD study. Scand J Public Health 2020;48:567–76.

KUVIO 1.

Pitkittyneiden kehollisten oireiden biopsykososiaalinen selitysmalli



Uudelleenjulkaistaan Kustannus oy Duodecimin luvalla artikkelista Sainio M. Ympäristöherkkyydet. Kirjassa: Juva K, Hublin C, Kalska H ym., toim. Kliininen neuropsykiatria. Helsinki: Kustannus oy Duodecim, 2021.

väsymys). Tämäkään koodi ei oikeuta etuuksiin mutta voi vähentää sen riskiä, että potilas identifioituu kroonisesti sairaaksi.

ICD-11-luokituksessa käytettävissä ovat väsymyksen koodi MG22 (Fatigue), toiminnallisen häiriön koodi 6C20 (Bodily distress disorder) ja virusinfektion jälkeisen väsymysoireyhtymän koodi 8E49 (Postviral fatigue syndrome). Viimeksi mainitut poissulkevat toisensa, joten MG22 saattaa olla käypä valinta.

Mikäli KVO-diagnoosi päädytään asettamaan, tulisi sen olla hoitosuhteen alku eikä loppu (19).

Pitkittyneen väsymyksen hoito

Kohtaaminen ja psykoedukaatio

Pitkittyneestä väsymyksestä toipuminen edellyttää, että potilas ymmärtää oireiden taustalla vaikuttavat tekijät ja syntymekanismin. Oleellista on myös tunnistaa yhteys somaattisen oireilun ja psyykkisen tilan tai elämäntapahtumien välillä.

Reflektointi onnistuu parhaiten luottamuksellisessa yhteistyösuhteessa. Hoitosuhteen syntymistä edesauttaa kokemus kuulluksi ja ymmärretyksi tulemisesta. Validaatio tarkoittaa potilaan kokemuksen ottamista todesta ja sen ilmaisemista (20). Luottamusta terveydenhuoltoon vahvistaa myös kaikkien potilasta hoitavien ammattilaisten yhteneväinen linja.

Psykoedukaatio eli tiedon antaminen sairaudesta ja sen hoitokeinoista toteutuu vuorovaikutuksessa. Keskustelun tarkoituksena on muodostaa yhteisesti jaettu käsitys sairaudesta sekä kuntoutumisen tavoitteista ja keinoista (21).

Lempeä mutta napakka rajojen vetäminen synnyttää luottamusta. Liian jyrkkä konfrontaa-

TAULUKKO 2.

Esimerkkifraaseja vastaanotolle, kun potilaalla on pitkittynyt väsymys

Tavoite	Fraasi
Potilaan kohtaaminen ja yhteistyösuhteen luominen	
Validoi potilaan kokemus	”Kuulen, että oireisto on aiheuttanut sinulle paljon haittaa arjesta selviytymisessä.”
Ota potilaan ongelma todesta	”Oireesi ovat todellisia, enkä ajattele, että keksisit ne.”
Normalisoi oireet ja ilmaise tietäväsi, mistä on kyse	”Oireesi ovat yleisiä ja vastaanotollani hyvin tuttuja.”
Kerro, mistä on kyse – älä kerro, mistä kaikesta ei ole kyse	”Voin selittää, mistä oireesi todennäköisesti johtuvat.”
Psykoedukaatio	
Anna positiivinen diagnoosi	”Oireet ja löydökset sopivat keskushermoston herkistymiseen, josta on mahdollista toipua.”
Kerro, että mikään ei ole rikki	”Elimistön rakenteissa ei ole mitään vikaa, mutta elimistö on mennyt hälytystilaan.”
Vältä tarpeetonta psykiatrisointia mutta mahdollista psykososiaalisten tekijöiden prosessointi	”Se että ei löydy elimellistä vikaa, ei tarkoita, että on psyykkisesti sairas.”
	”Psyykkiset oireet ovat luonnollinen reaktio haittaaviin oireisiin ja toimintakyvyn heikkenemiseen.”
	”Pitkittyneiden oireiden taustalla on usein erilaisia tekijöitä.”
	”Psyykkinen kuormitus voi olla laukaiseva tai ylläpitävä tekijä. Toisaalta psyykkiset oireet ovat osa monioireistoa.”
Selvitä taustalla olevat huolet, mistä potilas on etsinyt tietoa sairaudesta ja potilaan oman selitysmalli	”Oletko sinä tai läheisesi ollut huolissaan jostain tietystä sairaudesta oireiden taustalla?”
	”Onko sinulla mielessäsi jokin lääketieteellinen tutkimus, joka pitäisi tehdä tilanteesi selvittämiseksi?”
	”Mistä lähteistä olet etsinyt tietoa sairaudestasi?”
	”Oletko ajatellut, että kuormittava elämäntilanteesi voisi olla kytköksissä oireiluun?”
Kerro, mitä tarkoittaa keskushermoston herkistyminen	”Aivot herkistyvät kehosta tuleville viesteille ja vahvistavat niitä.”
	”Aivot tulkitsevat tavanomaiset aistimukset kehosta uhkaaviksi, esim. rasituksen aiheuttaman huonovointisuuden. Se voimistaa kokemuksia aivoissa. Pienikin kuormitus tai sen ajattelu voi aktivoida aivojen oireita tuottavat ja voimistavat mekanismit.”
	”Elimistön suojaus- ja selviytymiskoneisto on aktivoitunut.”
	”Aivot ovat laukalla.”
	”Palohälytin hälyttää jo vesihöyrystä.”
Kerro, että kyseessä on korjautuva tila	”Oireita ja oireiluherkkyyttä voidaan hoitaa, ja kuntoutuminen on mahdollista.”
	”Tästä on mahdollista toipua täysin ja palata normaaliin elämään.”
Kerro, mihin kuntoutuminen perustuu	”Kuntoutuksella pyritään normalisoimaan aivojen epätarkoituksenmukaiset ja automaattiset reaktiot.”
	”Huomion kiinnittäminen oireisiin lisää niitä, kun taas huomion siirtäminen muualle vähentää. Esimerkiksi oirepäiväkirjan pitäminen voi lisätä oireita. Aktiivisuuspäiväkirja taas siirtää huomiota siihen, mitä kaikkea pystyt tekemään, ja voi auttaa jaksamaan paremmin.”
	”Oireita aiheuttavien asioiden välttäminen vahvistaa aivojen tulkintaa oireiden haitallisuudesta, mikä lisää niitä. Maltillinen altistaminen aiheuttajille tuottaa ajan mittaan positiivisia kokemuksia. Näin oireisiin liittyvä uhkamerkitys väistyy ja ne vähenevät.”
	”Terapeuttiset toimet kohdistuvat oireisiin liittyvien ajatusten, tunnereaktioiden ja niiden ohjaamien automatisoituneiden toimintamallien muuttamiseen sekä keskushermoston rauhoittamiseen.”
	”Ei-lääkkeelliset keinot perustuvat tarkkaavuuden hallintaan, mielikuvaharjoitteluun sekä kehon ja mielen rauhoittumiseen ja rentoutumiseen.”

(23)

tio taas saattaa olla yhteistyön päätepiste. Usein toimiva tapa on sanoittaa yhteinen päämäärä (esim. ”Mietitäänpä, mihin asioihin voisimme sinun tapauksessasi vaikuttaa ja miten, jotta oireesi vähenisivät ja toimintakykysi kohenisi”). Tavoitteiden asettaminen yhdessä lisää sitoutumista kuntoutumiseen ja edistää niiden saavuttamista (22).

Esimerkkifraaseja vastaanotolle on esitetty taulukossa 2 (23).

Vastaanoton jälkeen on suositeltavaa tarjota kirjallista materiaalia (24). Potilas tulee myös ohjata toipumista tukeville sivustoille mahdollisimman varhain (25–27). Tukea haetaan usein verkkoyhteisöistä, joista osa vahvistaa sairauskäsityksiä. Potilaan voi olla vaikea tunnistaa toipumista haittaava informaatio.

Yksilöllisesti suunniteltu kuntoutus

Keskustelun päämääränä on siis tunnistaa oireiden taustalla olevat biologiset, psykologiset ja sosiaaliset tekijät (kuvio 1).

Pitkittyneeseen väsymykseen kohdennettulla kuntoutuksella pyritään rauhoittamaan hermostoa, vähentämään oireiden uhkamerkitystä, lisäämään kuormituksensietoa ja aktivoimaan kuntoutujan toimijuus (taulukko 3).

Tarpeellisten ja sopivimpien kuntoutusinterventioiden valinnassa otetaan huomioon oireita ylläpitävät psykososiaaliset tekijät (4).

14 Muller AE, Tveito K, Bakken IJ, Flottorp SA, Mjaaland S, Larun L. Potential causal factors of CFS/ME: a concise and systematic scoping review of factors researched. J Transl Med 2020;18:484.

15 Hintsa T, Honkalampi K, Flink N. Stressi, allostaattinen kuormitus ja terveysriskit. Duodecim 2019;135:1961–6. www.duodecimlehti.fi/duo15189

16 Cohen SP, Vase L, Hooten WM. Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. Lancet 2021;397:2082–97.

17 Komulainen J, Kukkonen-Harjula K, Laukkala T, Nuotio K, Sipilä R, Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin nimittämän Krooninen

TAULUKKO 3.

Keinoja pitkittyneestä väsymyksestä toipumisen tukemiseen

Arkirytmin ylläpito (uni, ravitsemus, päivärutiinit)
Arjen toimintojen rytmittäminen
Konkreettisten, saavutettavissa olevien, aikaan sidottujen, mitattavien ja mielekkäiden tavoitteiden asettaminen
Taloudellisen tilanteen selvittäminen ja tarvittava tuki
Fyysinen aktiivisuus, fysioterapeuttinen harjoittelu
Rentoutusharjoitukset, mindfulness
Lääkehoidot
Pitkäaikaisten kehollisten oireiden omahoito-ohjelma
Pitkäaikaisten kehollisten oireiden nettiterapia
Psykologiset interventiot
Psykoterapia

Kuntoutumista voivat tukea eri ammattilaiset tarpeen ja paikallisten käytäntöjen mukaan, esim. lääkäri, hoitaja, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, psykologi, psykoterapeutti, sosiaalityöntekijä tai kuntoutusohjaaja. Interventioiden kohteita kartoitetaan biopsykososiaalisen mallin avulla.

Mitä vakavammasta oirekuvasta on kyse, sitä keskeisemmiksi nousevat myötävaikuttavien tekijöiden tunnistaminen ja hoito sekä moniammatillisen kuntoutuksen tarve (28).

Ensisijaisena tavoitteena on antaa potilaalle itselleen työkaluja kuntoutumiseen ja tukea aktiiviseen toimijuuteen.

Ylläpitävät tekijät ja psykiatrinen sairastavuus

Hoidossa tulee huomioida myös rinnakkainen psykiatrinen sairastavuus. Jopa 70 %:lla väsymyspotilaista on todettu ainakin yksi ajankohtainen psykiatrinen häiriö (29). Psykiatrinen sairastuminen, useimmin masennus tai ahdistuneisuus, voi edeltää väsymystä tai olla sen seuraus (30,31).

Osa kokee psyykkisten tekijöiden puheeksi ottamisen oireiden psykiatrisoinniksi. Siitä huolimatta potilasta tulisi auttaa havaitsemaan oireiden taustalla olevia psyykkisiä tekijöitä, tunnistaa psykiatriset häiriöt ja tarjota niihin hoitoa. Vastaanotolla päästään usein parhaiten eteenpäin tuomalla esiin, että psyykkinen oirehdinta on tärkeä huomioida – oli se sitten syy tai seuraus.

Sosiaalinen tilanne tulee kartoittaa mahdollisimman varhain. Heikko toimeentulo tai etuushakemusten toistuva hylkääminen voivat olla merkittäviä stressitekijöitä, jotka ylläpitävät oirekuvaa. Taistelu etuuksista on usein kuntoutumisen este, kun sairauttaan joutuu todistelemaan.

Oireiden luonteesta ja kuntoutuskeinoista ei aina päästä yhteisymmärrykseen. Tällöin kannattaa antaa potilaalle aikaa pohtia asiaa ja säästää interventiot myöhemmäksi. Luottamuksellisen hoitosuhteen jatkuminen esimerkiksi harvakseltaan toteutetuin käynnein nousee näissä tapauksissa entistäkin tärkeämmäksi.

Lopuksi

Pitkäkestoista uupumustyyppistä väsymystä voidaan lähestyä parhaiten biopsykososiaalisen mallin kautta. Väsymyksen taustalla olevat somaattiset ja psykiatriset sairaudet tulee sulkea pois riittävän laajasti, mutta pitkittyvää tutkimuskierrettä on syytä välttää.

Hoidossa on olennaista kohdata potilas kunnioittavasti, aktivoida hänen tarpeitaan vastaavat kuntoutustoimet, antaa toipumista edistävä selitysmalli sekä vahvistaa toimijuutta. Terveydenhuollon ammattilaisilla on keskeinen rooli kattavan selitysmallin antamisessa siten, että potilas voi ymmärtää ja hyväksyä sen. Joskus tämä voi viedä aikaa ja vaatia useita käyntejä.

Diagnostiikan ja hoidon kulmakivenä on altistavien, laukaisevien ja ylläpitävien tekijöiden tunnistaminen biopsykososiaalisen mallin mukaisesti. Hoito kohdennetaan yksilöllisesti niihin tekijöihin, joihin voidaan vaikuttaa. •

väsymysoireyhtymä (ME/CFS) Hyvä käytäntö -konsensussuosituspaneelin puolesta. Krooninen väsymysoireyhtymä (ME/CFS) Hyvä käytäntö -konsensussuositus. Duodecim Terveysportti (siteerattu 6.2.2025). https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/ltk/article/hsu00019

18 Mills F, Bhogal JK, Dennis A ym. The effects of messaging on long COVID expectations: an online experiment. Health Psychol 2022;41:853–63.

19 Huibers MJH, Wessely S. The act of diagnosis: pros and cons of labelling chronic fatigue syndrome. Psychol Med 2006;36:895.

20 Irma Karila, Seppo Kähkönen, Maaria Koivisto, Nils Holmberg, toim. Kognitiivinen psykoterapia. Helsinki: Kustannus oy Duodecim, 2021.

21 Cathébras P. Patient-centered medicine: a necessary condition for the management of functional somatic syndromes and bodily distress. Front Med 2021;8:585495.

22 Locke EA, Latham GP. Building a practically useful theory of goal setting and task motivation: a 35-year odyssey. American Psychologist 2002;57:705–17.

23 Carson A, Lehn A, Ludwig L, Stone J. Explaining functional disorders in the neurology clinic: a photo story. Pract Neurol 2016;16:56–61.

24 Stone J, Burton C, Carson A. Recognising and explaining functional neurological disorder. BMJ 2020;m3745.

25 FND Guide. Etusivu (siteerattu 6.2.2025). https://neurosymptoms.org/fi

26 Recovery Norge. Etusivu (siteerattu 6.2.2025). www.recoverynorway.org

27 Mielenterveystalo.fi. Pitkäaikaisten kehon oireiden omahoito-ohjelma (siteerattu 6.2.2025). www.mielenterveystalo.fi/fi/omahoito/pitkaaikaisten-kehon-oireiden-omahoito-ohjelma

28 Olde Hartman TC, Rosendal M, Aamland A ym. What do guidelines and systematic reviews tell us about the management of medically unexplained symptoms in primary care? BJGP Open 2017;1:bjgpopen17X101061.

29 Vincent A, Brimmer DJ, Whipple MO ym. Prevalence, incidence, and classification of chronic fatigue syndrome in Olmsted County, Minnesota, as estimated using the Rochester Epidemiology Project. Mayo Clin Proc 2012;87:1145–52.

30 Harvey SB, Wadsworth M, Wessely S, Hotopf M. The relationship between prior psychiatric disorder and chronic fatigue: evidence from a national birth cohort study. Psychol Med 2008;38:933–40.

31 Mariman A, Delesie L, Tobback E ym. Undiagnosed and comorbid disorders in patients with presumed chronic fatigue syndrome. J Psychosom Res 2013;75:491–6.

SIDONNAISUUDET

Kamilla Rauma, Karoliina Hirvonen, Jenni Hyysalo, Sanna Liesto, Kirsi Riihimäki, Markku Sainio: Ei sidonnaisuuksia.

Eemil Partinen: Hallituksen jäsen (Suomen unitutkimusseura), neuvonantaja (Suomen lääketieteellinen ME/CFS-yhdistys), yksityisvastaanotto (Terveystalo Helsinki Uniklinikka).

Meeri Keurulainen: Apurahat (Valtion tutkimusrahoitus), luentopalkkiot (Kymenlaakson hyvinvointialue).

Markku Partinen: Konsultointi (Orion Pharma, Takeda), apurahat (Signe ja Ane Gyllenbergin säätiö), luentopalkkiot (Duodecim), kliinisen tutkimuksen toteutus (Berlin Cures, Idorsia, Lundbeck), puheenjohtaja (Suomen neuropsykiatrinen yhdistys), jäsen (Hus TKKI-lautakunta, Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen tarkastuslautakunta, Suomen unitutkimusseuran erityispätevyystoimikunta).

Hélène Rotkirch Virrantaus: Apurahat (Signe ja Ane Gyllenbergin säätiö, Hus, Helsingin kaupungin tutkimustoimikunta, Horisontti Eurooppa), luentopalkkiot (Helsingin kaupunki, Teva), matka-, majoitus- tai kokouskulut (Horisontti Eurooppa).