

This is a self-archived version of an original article. This version may differ from the original in pagination and typographic details.

Author(s): Vuokko, Aki; Keinonen, Katariina; Selinheimo, Sanna; Lappalainen, Päivi; Salonen, Jaana; Sainio, Markku; Lappalainen, Raimo; Paunio, Tiina

Title: Pitkittyneiden kehollisten oireiden arviointiin löytyy työkalut

Year: 2024

Version: Published version

Copyright: © 2024 Suomen lääkäriliitto

Rights: In Copyright

Rights url: <http://rightsstatements.org/page/InC/1.0/?language=en>

Please cite the original version:

Vuokko, A., Keinonen, K., Selinheimo, S., Lappalainen, P., Salonen, J., Sainio, M., Lappalainen, R., & Paunio, T. (2024). Pitkittyneiden kehollisten oireiden arviointiin löytyy työkalut. *Lääkärilehti*, 79(15-16), 620-623. <https://www.laakarilehti.fi/lehdet/15-16-2024/pitkittyneiden-kehollisten-oireiden-arviointiin-loytyy-tyokalut/>

**Aki Vuokko***

LT, työterveyshuollon
erikoislääkäri
Työterveyslaitos

Katariina Keinonen*

Pst, kliinisen psykologian
yliopistonlehtori
Jyväskylän yliopisto,
psykologian laitos

Sanna Selinheimo

Pst, työterveyspsykologi
Työterveyslaitos

Päivi Lappalainen

FT, tutkijatohtori
Jyväskylän yliopisto,
psykologian laitos

Jaana Salonen

LL, työterveyslääkäri
Lääkärikeskus
Mehiläinen,
työelämäpalvelut

Markku Sainio

LKT, dosentti, neurologian
erikoislääkäri
Hus, pitkittyneiden
oireiden
kuntoutuspoliklinikka

Raimo Lappalainen

kliinisen psykologian ja
psykoterapian professori
Jyväskylän yliopisto,
psykologian laitos

Tiina Paunio

psykiatrian professori ja
psykiatrian erikoislääkäri
Helsingin yliopisto,
psykiatrian osasto
ja SleepWell-
tutkimusohjelma ja Hus
Psykiatria

* Jaettu ensimmäinen
kirjoittajuus.

**Liiteaineisto
verkkoversiossa**
www.laakarilehti.fi
SLL 15–16/2024

Viittaus:

Suom Lääkäril 2024;79:e39726



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

Pitkittyneiden kehollisten oireiden arviointiin löytyy työkalut

- Toiminnalliset oireet ilmenevät eri tavoin, mikä edellyttää hoidon yksilöllistä suunnittelua ja moniammatillista yhteistyötä.
- Lääkärin puolistrukturoitu haastattelu jäsentää diagnostista arviota ja auttaa kohdentamaan jatkoselvittelyjä.
- Psykososiaalinen arviointi ja hoidon tavoitteenasettelu täydentävät lääketieteellistä tietoa toimintakyvystä.
- Kuvaamamme arviointimallit ovat hyväksyttäviä ja ajallisesti tehokkaita menetelmiä monimuotoisten oireiden selvittämiseen ja hoidon suunnitteluun.

TOIMINNALLISET eli pitkittyneet keholliset oireet muodostavat merkittävän oire- ja häiriöryhmän, johon on vähän kliinisiä työkaluja. Niiden yleisyys terveydenhuollon potilaiden keskuudessa on 10–50 % (1,2). Ne heikentävät työ- ja toimintakykyä (3) ja lisäävät terveydenhuollon palveluiden käyttöä (4).

Toiminnallisten oireiden tunnistaminen perustuu potilaan oirekuvaukseen ja muiden sairauksien poissulkemiseen. Tärkeitä elementtejä kokonaisvaltaisessa kartoituksessa ovat somaattiset, kognitiiviset ja emotionaaliset oireet (kuten terveysahdistus), muuttunut terveyskäyttäytyminen ja oma tulkinta oireista (3–6). Toiminnalliset mekanismit voivat selittää sinnikästä oireilua muiden sairauksien hyvästä hoidosta huolimatta.

Haasteet kohtaamisessa ja hoidossa

Terveydenhuollossa potilaat eivät aina tule kuulluiksi ja kohdatuiksi, kun selitystä tai yhteisymmärrystä oireiden syistä ei löydy (7). Hoito- ja tutkimuskierre voi vahvistaa kohtaamattomuutta. Pitkittyneiden oireiden diagnosoinnissa ja hoidossa keskitytään usein vaikeimpiin oireisiin, ja hoitokäytännöt vaihtelevat eri erikoisalojen ja yksiköiden välillä (3). Sirpaloitunut toiminta vaikeuttaa kokonaisarviointia ja hoitoa. Myös ei-lääkkeelliset hoitovaihtoehdot ovat tärkeitä erityisesti, kun lääkehoidosta ei ole odotettua hyötyä.

Psykososiaalisten hoitojen vaikuttavuudesta toiminnallisten oireiden hoidossa on näyttöä, mutta hoitojen kohdentamisesta niistä eniten hyötyville tiedetään vähän. Lisäksi toiminnal-

lisia oireita kokevien potilaiden on raportoitu hyväksyvän psykososiaalisia hoitoja heikosti (3). Tarvitsemme joustavia, moniammatillisia ja potilaan hyväksymiä lähestymistapoja yksilöllisten tilanteiden ja tavoitteiden tunnistamiseen. Kokemus kuulluksi tulemisesta voi olla itsessään hoidollinen osa arviointia ja olennaista hoitoon sitoutumisessa (3).

Potilaat eivät aina tule kuulluiksi.

Esittelemme kaksi kliinistä työkalua kokonaistilanteen selvittämiseen ja hoidon suunnitteluun: lääkärin puolistrukturoitu haastattelu (5) ja tätä täydentävä holistinen psykososiaalinen arviointimalli (8–10), jonka voi toteuttaa psykologi tai muu perehtynyt terveydenhuollon ammattilainen. Käsittelemme myös DigiPimotutkimuksessa (tietolaatikko) (11) saatuja kokemuksia menetelmien hyväksyttävyydestä ja toimivuudesta.

Lääkärin puolistrukturoitu haastattelu

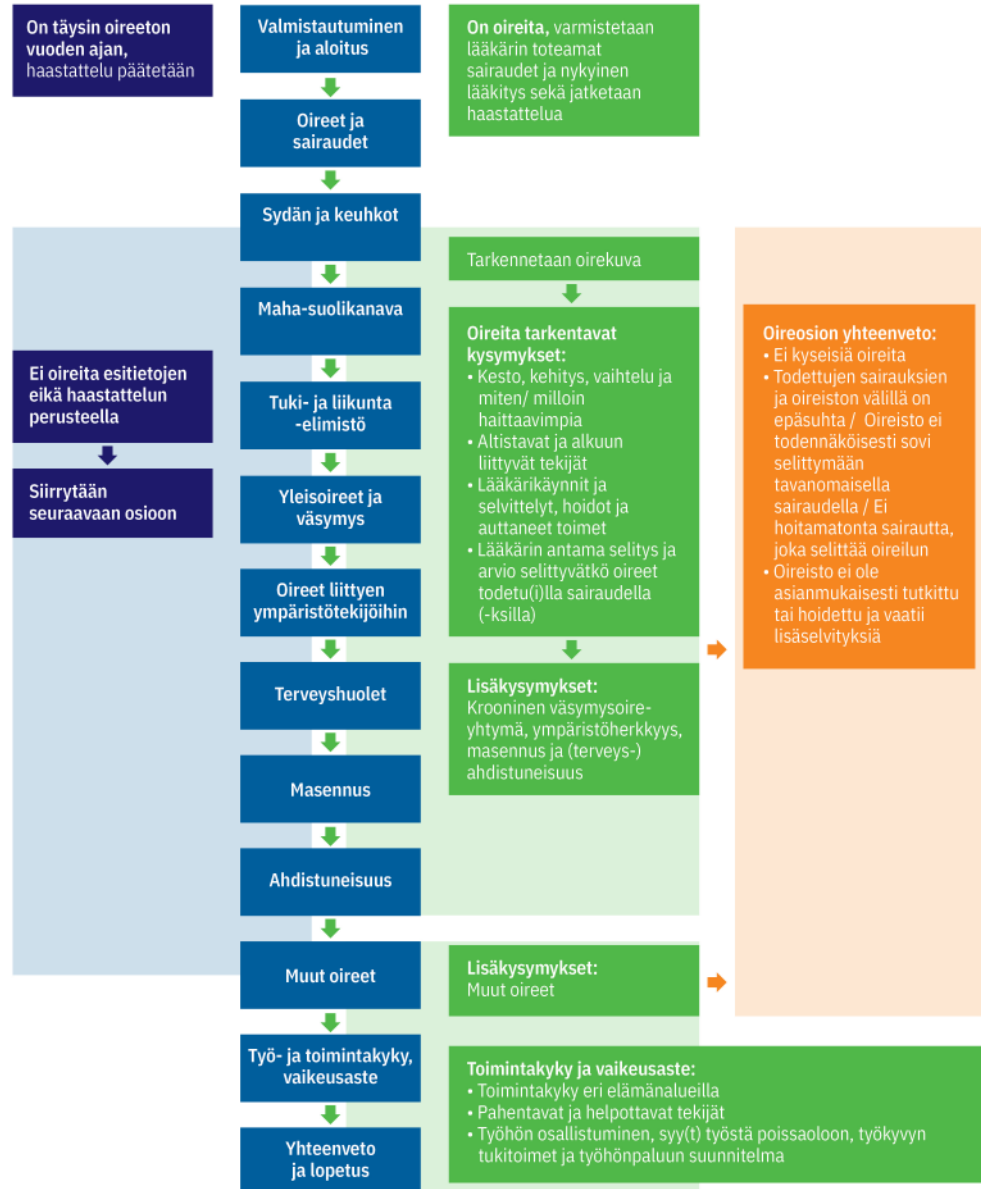
Tanskalainen tutkimusryhmä on kehittänyt RIFD-haastattelun (Research interview for functional somatic disorders) (5), joka kertaluonteisena auttaa tunnistamaan erilaisia oireyhtymiä, kuten ärtyvän suolen oireyhtymä, fibromyalgia, krooninen väsymysoireyhtymä ja ympäristöherkkyys. Haastatteluun sisältyy erotusdiagnostinen arvio sekä esitietokysely oireista ja sairauksista, eikä se vaadi aiempaa potilastieto-

KIRJALLISUUTTA

- Kirmayer LJ, Groleau D, Looper KJ, Dao MD. Explaining medically unexplained symptoms. *Can J Psychiatry* 2004;49:663–72.
- Loengard K, Bjonner 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.
- Henningsen P, Zipfel S, Sattel H, Creed F. Management of functional somatic syndromes and bodily distress. *Psychother Psychosom* 2018;87:12–31.
- Sainio M, Vataja R. Toiminnallisten häiriöiden diagnostiikka ja hoito. Kirjassa: Juva K, Hublin C, Kalska H ym., toim. Kliininen neuropsykologia, 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim 2021;394–407.
- Petersen MW, Schröder A, Jørgensen T ym. RIFD – A brief clinical research interview for functional somatic disorders and health anxiety. *J Psychosom Res* 2019;122:104–11.
- Sirri L, Fava GA, Sonino N. The unifying concept of illness behavior. *Psychother Psychosom* 2013;82:74–81.
- Houwen J, Lucassen PL, Stappers HW, Assendelft WJJ, van Dulmen S, Olde Hartman TC. Improving GP communication in consultations on medically unexplained symptoms: a qualitative interview study with patients in primary care. *Br J Gen Pract* 2017;67:e716–23.
- Strosahl KD, Robinson PJ, Gustavsson T. Brief interventions for radical change: Principles and practice of focused acceptance and commitment therapy. New Harbinger Publications 2012.
- Haynes SN, Williams AE. Case formulation and design of behavioral treatment programs: Matching treatment mechanisms to causal variables for behavior problems. *Eur J Psychol Assess* 2003;19:164–74.
- Tuomisto MT, Lappalainen R, Timonen TE. Funktionaalisen käyttäytymisanalyysin perusteet. Suomen Käyttäytymistieteellinen Tutkimuslaitos 1998.
- Selinheimo S, Keinonen K, Vuokko A ym. A randomized controlled trial protocol for persistent physical symptoms associated with indoor environment or chronic fatigue: Effectiveness of video-based functional case conceptualization and web-program for improving quality of life. *Front Psychol* 2023;13:923532.

KUVIO 1.

Haastattelu, jossa lääkäri selvittää potilaan oireita ja niiden vaikutuksia



Kussakin oireosiossa lääkäri arvioi myös aiempia tutkimuksia ja diagnosoituja sairauksia, jotka voivat selittää ajankohtaisia oireita. Jos potilas ei ilmoita oireosioon liittyviä oireita, siirrytään seuraavaan osioon (muokattu: 5).

jen tuntemusta. RIFD on vapaasti käytettävissä tutkimus- ja kliinisessä käytössä.

Muokkasimme suomennettua RIFD-versiota. Esitietokyselyyn lisäsimme lääkärin diagnoosioimia sairauksia (liitetaulukko 1) ja hyödynsimme vapaasti saatavilla olevia itsearviointikyselyjä (liitetaulukko 2).

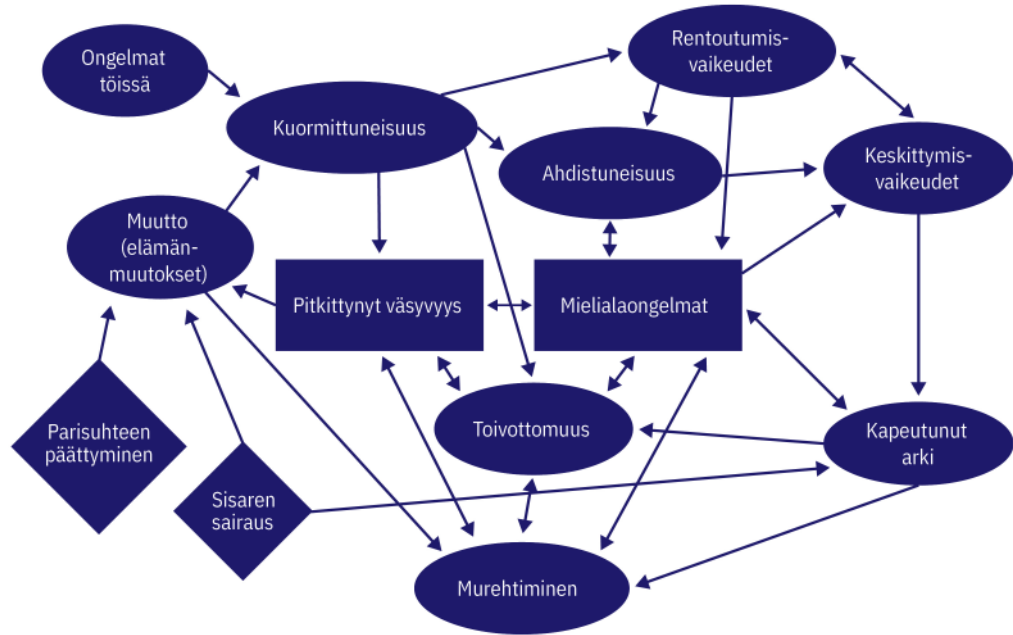
Oireosiossa on tarkentavia kysymyksiä ja yhteenveto, ja erillinen osio syventää tietoa työ- ja toimintakyvystä. Ympäristöherkkyysosioon on lisätty erilaisia ympäristötekijöitä,

ja väsymysoireyhtymään sisällytetty kroonisen väsymysoireyhtymän diagnostiset kriteerit, jotka noudattavat Duodecimin Hyvä käytäntö-konsensusuositusta vuodelta 2021 (ks. liitetaulukko 2). Terveysahdistus-, masennus- ja ahdistuneisuusosiot on tiivistetty esitietokyselyä hyödyntämällä.

Lääkärin haastattelu (45–60 minuuttia) noudattaa kuvion 1 teemojen ja osioiden rakennetta (ks. myös liitetaulukko 2). Jokaisessa oireosiossa lääkäri arvioi, onko potilaalla kyseisiä oireita ja

KUVIO 2.

Tapausjäsenitys psykologin psykososiaalisen haastattelun perusteella



Engl. Functional Analytic Clinical Case Conceptualization Model, FACCM.

Kuvan symbolit ja sisällöt käydään keskustellen läpi ja tehdään tarvittaessa korjauksia, jotta ne vastaavat potilaan kokemusta. Kuviossa suorakulmio kuvaa painotettua ongelmaa, vinoneliö edustaa taustatekijöitä, joihin ei enää voida vaikuttaa, ja ovaali kuvaa muita ongelmia ja hyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä. Kuvaajan pohjalta voidaan tunnistaa kokonaistilanteen kannalta tärkeitä tekijöitä, jotka vaativat huomiota hoidon ja kuntoutuksen suunnittelussa. Nämä voivat olla tekijät, joilla on vaikutusta muihin ongelmiin (esim. mielialaongelmat ja kuormittuneisuus), tai tekijöitä, joihin voi vaikuttaa lyhyemmälläkin interventiolla (esim. rentoutumisvaikeudet, murehtiminen) (8–10).

sairauksia. Hän arvioi myös niiden kulkua, kointunutta haittaa, tehtyjä tutkimuksia ja sairauksien yhteyttä oireisiin. Lääkäri arvioi oireosioisissa sairauksien diagnostisia kriteereitä ja tarvittaessa lisätutkimusten ja jatkohoidon tarvetta. Lopuksi lääkäri tiivistää päätelmät potilaalle.

Psykososiaalinen arviointimalli

Psykososiaalinen arviointimalli sisältää haastattelun (8) ja funktionaalisen tapauskuvausmallin (9,10). Tapauskuvaus on oppimisteoreettinen ja käyttäytymisterapeuttinen visuaalinen kuvaus keskeisistä ongelmista ja niihin vaikuttavista tekijöistä (kuvio 2). Kahdessa tapaamisessa saadaan monipuolinen ja käytännönläheinen tilannearvio yksilöllisistä oireista, niiden taustatekijöistä, vaikutuksista ja muista hyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä sekä niiden välisistä suhteista.

Ensimmäinen tapaaminen (30–45 min) keskittyy tiedon keräämiseen strukturoidulla haastattelulla (liitetaulukko 3). Tämän pohjalta muodostetaan listaus keskeisistä tekijöistä visuaalisen tapauskuvausmallin laatimiseksi. Potilaan näkökulma ja ilmaisut ohjaavat luetelon rakentamista.

Toisen tapaamisen tavoite on saada yhteinen käsitys hyvinvointiin vaikuttavien tekijöiden välisistä yhteyksistä. Ammatillainen auttaa potilasta hahmottamaan tekijöiden vuorovaikutusta ja tunnistamaan hoitovaihtoehtoja ja prioriteetteja: Mihin voidaan vaikuttaa ja mitä ei voida suoraan muuttaa? Mihin ketjuissa on helpompi vaikuttaa, mihin vaaditaan pidempi työskentely? Voidaanko tunnistaa laajalle heijastuvia tai erittäin voimakkaasti vaikuttavia tekijöitä? Mihin asioihin potilas on motivoitunut keskittymään?

Psykososiaalisten hoitojen kohdentamisesta tiedetään vähän.

Keskustelun keskiössä on yksilön käyttäytymisen merkitys hyvinvoinnille. Tavoitteena on välttää rajautumista fyysiseen terveyteen ja ottaa huomioon toimintakyky ja hyvinvointi eri elämänaalueilla.

SIDONNAISUUDET

Aki Vuokko: Apuraha (Kela: DigiPimo-hanke), työsuhde (Pohjola Vakuutus Oy), luentopalkkiot (Lääkäriliitto, Duodecim).

Katariina Keinonen: Apuraha (Kela: DigiPimo-hanke).

Sanna Selinheimo: Apuraha (Kela: DigiPimo-hanke).

Päivi Lappalainen: Apuraha (Kela: DigiPimo-hanke).

Jaana Salonen: Ei sidonnaisuuksia.

Markku Sainio: Luentopalkkiot (Shire, Lundbeck, Lääkäripäivät), korvaus koulutusaineiston tuottamisesta (Shire).

Raimo Lappalainen: Apuraha (Kela: DigiPimo-hanke).

Tiina Paunio: Ei sidonnaisuuksia.

Tapauskuvausmallin esittäminen

Toisella tapaamisella potilaalle esitetään tapauskuvausmalli (kuvio 2), joka on valmisteltu käyttäen symboleja ja nuolia kuvaamaan haastattelun pohjalta listattujen ongelmien vuorovaikutus- ja syy-seuraussuhteita.

Suomenkielinen manuaali (10) ohjaa mallin laatimista; suosittelemme sen hyödyntämistä. Painotettu ongelma (suorakulmio), taustatekijät (vinoneliöt) sekä muut ongelmat ja hyvinvointiin vaikuttavat tekijät (ovaalit) esitetään kuviossa. Tekijät voivat olla fysiologisia, emotionaalaisia, kognitiivisia tai behavioraalaisia, ja ne voivat liittyä henkilökohtaisiin, sosiaalisiin, ympäristöön tai työhön liittyviin ilmiöihin.

Arviointi voi toteutua kolmella tapaamisella.

Potilaalle selitetään symbolien merkitys, ja keskusteltaessa käytetään hänen ilmaisuun. Esimerkiksi: ”Mainitsitte ”sähköiskut”, jotka haittaavat nukahtamista. Huono uni aiheuttaa ”pinnan kiristymistä” ja lisää huolta tilanteesta.”

Kokemuksia menetelmistä

Kokemuksemme vahvistivat aiempia tietoja menetelmistä (mm. 5). Lääkärin haastattelu oli toteuttamiskelpoinen ja edisti potilaan kuuluksi tuleamista, tarvittavan tiedon keruuta, kokonaiskuvan jäsentämistä sekä lisäselvittelyiden ja hoidon tarpeiden tunnistamista. Se koettiin erityisen hyödylliseksi, mikäli oireita oli selvitelty useissa vaiheissa. Käyttämäämme haastattelulomaketta tulisi vielä selkeyttää ja oireosioissa tulisi selkeämmin viitata vakaviin sairauksiin (ns. red flags).

Psykososiaalisen arviointimallin koettiin myös vahvistavan kuulluksi tuleamista ja auttavan hahmottamaan yksilöllistä tilannetta. Lääkärin haastattelu, psykologin tapaamiset ja itsearviointilomakkeet yhdessä tuottivat monipuolisen kuvan potilaan tilanteesta. Koko moniammatillinen arviointiprosessi voi toteutua kolmella tapaamisella, myös etänä, ja soveltuu osaksi olemassa olevia käytänteitä terveydenhuollon perustasolle.

Lopuksi

Huolellinen ja riittävän laaja-alainen kartointus luo pohjaa hyvälle vuorovaikutussuhteelle

TIETOLAATIKKO

DigiPimo (Digitaalinen työkyky- ja toimintakykypolku pitkäaikaisesti ja monimuotoisesti oireileville) -hankkeessa (2019–2023) selvitettiin etäkuntoutuksen vaikutusta 1) ympäristötekijöihin liitetyissä pitkittyneissä monimuotoisissa oireissa ja 2) kroonisessa väsymyksessä, mukaan lukien COVID-19-infektion jälkeiset pitkittyneet oireet.

Etäkuntoutus perustui käyttäytymisterapian ja hyväksymis- ja omistautumisterapian (HOT) menetelmiin yhdistettynä psykologin haastatteluun ja tapausjäsenyykseen sekä tavanomaiseen hoitoon.

Tutkimuslääkärit (n = 5) haastattelivat 192 tutkimuspotilasta, joista 103 jatkoi tutkimukseen ja 51 osallistui psykologin haastatteluun ja tapausjäsenyykseen. Lääkäreiden kokemuksia haastattelusta kartoitettiin kyselyllä syksyllä 2022.

Tutkimuksen toteutti Työterveyslaitos yhteistyössä Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksen ja Helsingin yliopiston kanssa, ja siinä hyödynnettiin Husin pitkäaikaisten ja haittaavien kehollisten oireiden nettiterapiaa. Hankkeelle on saatu Husin eettisen toimikunnan puoltava lausunto (Hus/915/2020) ja tutkimuslupa (Hus/60/2020). Kela rahoitti hanketta, jonka tulokset julkaistaan erillisinä tutkimusjulkaisuina.

ja hoidon kohteiden määrittelylle yhteistyössä potilaan kanssa ja moniammatillisesti (12). Strukturoidut menetelmät auttavat rajaamaan monimuotoisen oireilun selvittelyä ja säästävät terveydenhuollon resursseja.

Lääkärin haastattelu auttaa tunnistamaan systemaattisesti oireiden ja sairauksien elämänkaarta, hoito- ja lisäselvittelytarpeita. Psykososiaalinen arviointimalli täydentää lääkärin arviota, tuottaen tietoa yksilöllisistä tekijöistä, jotka heijastuvat suoraan tai välillisesti terveydentilaan ja toimintakykyyn (4). Lääketieteen ja psykologian alan ammattilaisten tiivis yhteistyö on suositeltavaa pitkittyneiden kehollisten oireiden ja toimintakykyvaikutusten selvittämisessä ja hoitotavoitteiden asettamisessa. ●

Kirjoittajien ilmoittama käsikirjoitukseen liittyvä rahoitus: Kela, dx.doi.org/10.13039/501100002327